

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Palackého nám. č 4, 128 01 Praha 2, IČ: 00024341



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Propouštěcí zpráva


Funkční specifikace – souhrn

Projekt Národní centrum elektronického zdravotnictví
(registrační číslo CZ.31.1.01/MV/22_05/0000005)

Verze: 01
Platnost od: 13.03.2023



Obsah



1. Úvod.....	2
2. Popis problému	3
2. Popis problému	4
3. Základní principy standardu.....	5
4. Nejdůležitější úpravy propouštěcí zprávy.....	5
5. Přehled struktury propouštěcí zprávy	7
6. Implementační specifikace HL7 FHI	9

1. Úvod

Propouštěcí zpráva (PZ) je jednou ze základních součástí zdravotnické dokumentace. Standardu propouštěcí zprávy předcházela analýza známých existujících řešení v EU, analýza funkčních požadavků, včetně popisu kontroverzí z nich plynoucích. V současnosti v České republice žádný obecně přijímaný standard PZ dosud nevznikl. Je běžnou praxí, že si jednotlivá zdravotnická zařízení domlouvají s dodavatelem nemocničního informačního systému (NIS) individuální strukturu propouštěcí zprávy, v praxi se však může konkrétní jednotlivá PZ od původního standardu libovolně vzdálit.

Z uvedeného vyplývá, že standard, popsany v tomto dokumentu, přichází do prostředí, které je extrémně nestandardizované a v němž existují aktéři s rozdílnými (nezřídka protichůdnými) názory, jak by měla PZ vypadat. Z toho důvodu ponechává standard poměrně širokou volnost pro implementační řešení. Struktura a datový formát sice zajistí lepší podmínky pro další práci s PZ (např. vyhledání specifických údajů), ale nezajistí kvalitní, plně srozumitelnou a dobře „čitelnou“ PZ. Proto jsou zapotřebí také doporučení, jak používat standardizovanou strukturu PZ (v její povinné, požadované i volitelné části).

Standard řeší základní aspekty lékařských propouštěcích zpráv (včetně zpráv předběžných) při propuštění ze všech typů zařízení lůžkové péče; všeobecných nemocnic, psychiatrických nemocnic; specializovaných lůžkových zařízení nebo zdravotnických zařízení, která vydávají dokument, který lze považovat za propouštěcí zprávu.

Standard zahrnuje pouze základní části propouštěcích zpráv společné pro všechny obory. Standard neobsahuje specializované části potřebné pro některé velmi specifické situace, např. porod. Specifikace oborově specifických částí by měly být postupně doplněny, bude-li to shledáno jako nutné¹, v navazujících projektech.

Standard je aplikovatelný na případy akutní hospitalizační péče, stejně jako na jiné druhy nemocniční péče, včetně péče ošetrovatelské a péče jednodenní. Dokument však není specifikací ošetrovatelské propouštěcí zprávy.

¹ Na základě zahraničních zkušeností lze usuzovat, že se potřeba modifikovat základní standard týká porodnictví, psychiatrie a možná geriatric.

2. Popis problému

Z dostupných zahraničních studií považujeme za prokázané, že přechod z nemocniční péče do ambulantní péče může představovat značné riziko pro pacienta, neboť

- stav pacienta nemusí být stabilizovaný
- pacient přechází do jiného prostředí a režimu poskytování zdravotní péče
- při propuštění často dochází k posledním změnám léčby (zvláště medikace) a není jisté, jak na tyto změny bude pacient reagovat
- pacienta přebírá do péče lékař, který často nemá detailní znalosti specifické klinické problematiky a vychází v další péči značnou měrou z informací a doporučení, která jsou obsažena v PZ.

Z tohoto pohledu představují hlavní rizika – kromě opožděného předání – propouštěcí zprávy

- s chybnými (nepravdivými, nepřesnými či neaktuálními) údaji
- špatně srozumitelné (zkratky, jazykově nesprávné, nesrozumitelné věty a souvětí)
- velmi rozsáhlé, v nichž se střídají důležité a „balastní“ (nevýznamné, nepoužitelné) informace; praktický lékař má omezený čas na čtení zprávy a dlouhou PZ čte selektivně; tedy je riziko, že přeskóčí či přehlédne to, co je důležité
- s nepraktickým řazením oddílů, které komplikuje efektivní získání podstatných informací (souvisí s předchozím)
- s duplicitami (vzniklými kopírováním), které mohou být špatně pochopeny, či dokonce se zdánlivými duplicitami (informace se v detailech liší).

Na tato rizika standard reaguje srozumitelnou a pro uživatele logickou strukturou, vymezením obsahu jednotlivých částí a možností neuvádět nepodstatné či jinde dohledatelné údaje.²

Tím umožňuje PZ vrátit k tomu, co napovídá její název: k řízenému, cílenému předání informací, vztahujících se k této hospitalizaci, nezbytných pro zajištění kontinuity péče. Část informací z PZ přitom bude včleněna do patientského souhrnu pro potřebu jakékoli další péče vč. přeshraniční.

² Součástí elektronické dokumentace bude, byť s určitým odstupem, patientský souhrn (PS), který je v současnosti legislativou umožněn a předpokládán. Po postupném zavedení do praxe bude jednou ze základních částí individuální zdravotnické dokumentace (vedle sdílených výsledků diagnostických metod, ambulantních zpráv, lékového záznamu atd.).

2. Popis problému

Propouštěcí zpráva slouží především k zajištění kontinuity péče po propuštění pacienta z lůžkového zařízení. Primárním příjemcem propouštěcí zprávy je registrující praktický lékař v příslušném oboru. Propouštěcí zpráva však slouží jako zdroj informací i pro řadu dalších příjemců včetně pacienta samotného a může být zdrojem informací využitelným pro další účely.

Pro odesílání elektronické PZ musí být stanovena jasná pravidla zajišťující, že se PZ dostane:

1. Registrujícímu lékaři (PL, PLDD či GYN)
2. Infikujícímu lékaři
3. pracovišti, kam je pacient překládán, pokud jde o překlad
4. pacientovi, pokud o to požádá
5. ostatním PZS, které jako příjemce pacient uvede

Z pohledu předání, získání a následného využití lze identifikovat následující obecné scénáře ("use case", účely) použití propouštěcí zprávy:

1. Propouštěcí zpráva³ pro zajištění kontinuity péče – tedy zpráva pro jiného poskytovatele, primárně registrujícího praktického lékaře, ambulantního specialistu či poskytovatele rehabilitační, domácí, ošetrovatelské či jiné péče, a to včetně péče v jiném lůžkovém zařízení
2. Propouštěcí zpráva jako zdroj informací pro pacienta či osoby o pacienta pečující
3. Vyhledání a získání propouštěcí zprávy oprávněnou osobou (pacientem, oprávněným lékařem)
4. Propouštěcí zpráva pro sekundární zpracování dat, sběr dat pro statistické účely a zdravotnický výzkum
5. Propouštěcí zpráva jako podklad pro úhradu zdravotní péče (v systému DRG)

Standardu je zaměřen na první dva uvedené scénáře a jim odpovídající okruhy příjemců, tedy poskytovatele zdravotní péče a pacienty, plně však respektuje i požadavky na sekundární využití informací v propouštěcí zprávě (bod 4 a 5 výše). Problematika vyhledání a získání, resp. přístupu k PZ, je předmětem samostatného dokumentu.

³ Termín propouštěcí zpráva se vztahuje také na překlad pacienta „z lůžka na lůžko“, a to k jinému poskytovateli.

3. Základní principy standardu

Standardu propouštěcí zprávy je založen na následujících principech:

- Hlavním cílem PZ je zajištění kontinuity péče po propuštění z lůžkového zdravotnického zařízení. Další případné cíle musí být podřízeny hlavnímu cíli.
- Standard PZ musí vyhovovat ve stávajícím prostředí, kde je PZ jediným prostředkem komunikace mezi poskytovatelem hospitalizační péče propouštějícím pacienta a dalšími poskytovateli zajišťujícími kontinuitu péče o pacienta, stejně tak jako v prostředí, kde vedle PZ existují další způsoby přenosu či sdílení informací (zejména patientský souhrn, sdílené výsledky vyšetření apod.)
- Standard PZ je vysoce strukturovaný, což umožňuje snadněji nalézat informace určitého typu.
- Interoperabilita PZ se vztahuje mj. také k evropskému standardu PZ a k českému standardu patientského souhrnu.
- Navrhované kódové systémy jsou doplňkové ke strukturované textové informaci a vycházejí vstříc požadavku na sekundární využití PZ (např. pro statistické účely) a přeshraniční interoperabilitu.

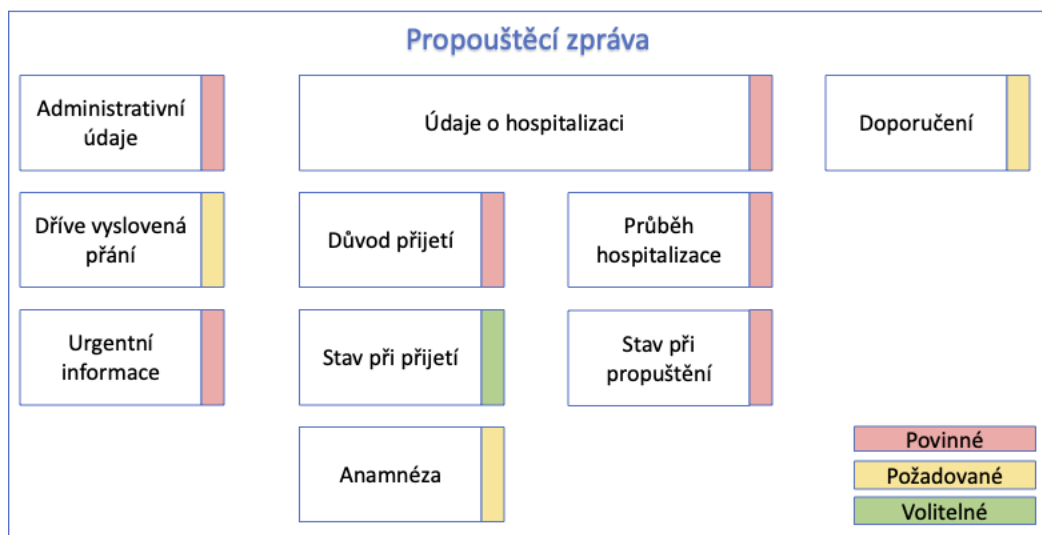
4. Nejdůležitější úpravy propouštěcí zprávy

Standard přináší proti stávající praxi dvě významné úpravy.

První je **rozdělení okruhů informací (oddílů PZ) do dvou kategorií**:

- 1a. Informace, které musejí být v PZ uvedeny vždy – tyto části PZ jsou v označeny jako „**Povinné**“;
- 1b. Informace, které musí být uvedeny, pokud jsou známy (existují) – tyto části PZ jsou označeny jako „**Požadované**“;
- 2. Informace, které v PZ uvedeny být mohou, ale nemusí – tyto části jsou označeny jako „**Volitelné**“.

Povinné, požadované a volitelné součásti PZ jsou uvedeny na obrázku 1:

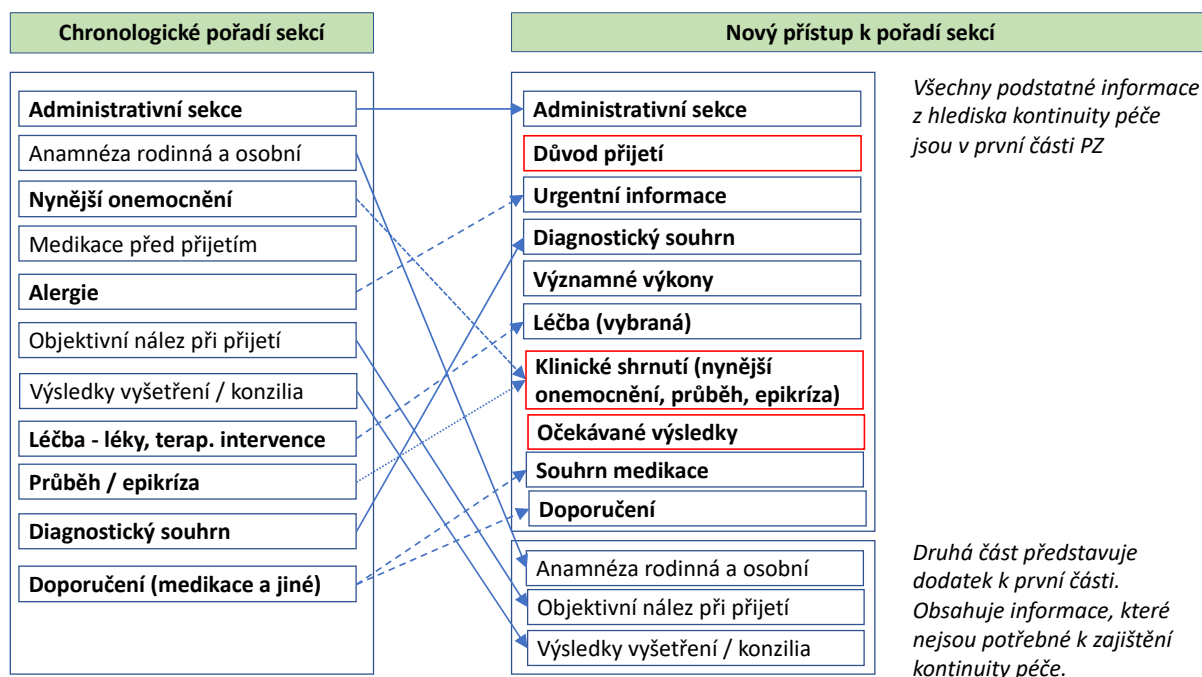


OBRÁZEK 1: ZÁKLADNÍ ČÁSTI PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVY

Druhou odlišností standardu od převažujících zvyklostí vytváření PZ je **řazení jejích částí**, nikoli jejich zásadně jiný obsah. Převažující současnou praxí v uspořádání částí/sekcí PZ je chronologické řazení, které do značné míry respektuje postupný sběr a záznam informací o pacientovi během hospitalizace od přijetí až do propuštění. Při tomto způsobu prezentace informací hrozí nezanedbatelné riziko, že čtenář vynechá či nenalezne důležité informace. Adekvátním řešením je uspořádat PZ tak, že nejdůležitější sekce jsou na začátku dokumentu. Současně to jsou oddíly povinné nebo požadované, dané vyhláškou 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Zbývající sekce PZ jsou volitelné a je na zvážení lékaře, zda je využije a v jakém rozsahu, resp. do jaké podrobnosti je vyplní.

Pořadí informací v propouštěcí zprávě a jeho porovnání s tradičním způsobem řazení je uvedeno na obrázku 2.



OBRÁZEK 2: POROVNÁNÍ CHRONOLOGICKÉHO A DOPORUČENÉHO ŘASENÍ SEKCÍ PZ

Největší obsahovou změnou je sloučení popisu pacientových obtíží nebo stavů, které vedly k přijetí (tradičně známých jako „nynější onemocnění“), do jednoho celku s klinickým shrnutím hospitalizace (dosud většinou označovaným jako „průběh“ nebo „epikríza“). Tato sekce „**klinické shrnutí**“ je jediným narativním („příběh vyprávějícím“) oddílem zprávy.

5. Přehled struktury propouštěcí zprávy

- Administrativní údaje
 - Identifikační údaje poskytovatele⁴
 - Identifikační a kontaktní údaje pacienta⁵
 - Identifikace příjemce(ů) PZ
 - Metadata dokumentu
- Dříve vyslovená přání
- Údaje o hospitalizaci
 - Příjem
 - Propuštění
 - Hospitalizace na jednotlivých oddělení(ch)
- Důvod přijetí

⁴ §1, odst. 1, písm. a) vyhl. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci

⁵ §1, odst. 1, písm. b) vyhl. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci

- Důvod přijetí volným textem a př. kódem
 - Právní okolnosti přijetí
- Stav při přijetí
 - Objektivní nález
 - Funkční stav
- Urgentní informace
 - Alergie
 - Varování
- Anamnéza
 - Osobní
 - Abusus
 - Rodinná
 - Sociální
 - Epidemiologická
- Popis hospitalizace
 - Diagnostický souhrn
 - Významné výkony (operace, významné terapeutické intervence)
 - Implantáty
 - Další významná léčba (vč. medikamentózní a podání krevních derivátů)
 - Výsledky vyšetření vč. konzilií
 - Vyšetření, jejichž výsledky dosud nejsou k dispozici
 - Klinické shrnutí
- Stav při propuštění
 - Objektivní nález
 - Funkční stav
- Doporučení
 - Zdravotní a sociální opatření po propuštění
 - Režimová + stravovací doporučení
 - Souhrn medikace
 - Další postup vč. naplánovaných vyšetření, termín kontroly nebo termín další hospitalizace atd.

6. Implementační specifikace HL7 FHI

Na základě funkční specifikace propouštěcí zprávy byl vypracován úvodní draft implementační specifikace ve standardu HL7 FHIR. Tato specifikace je technickým návodem určeným pro dodavatele informačních řešení a je publikována na veřejné adrese <https://build.fhir.org/ig/ncez-cz/cz-hdr>.