

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Adéla Štenglová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetrovatelství

Adéla Štenglová

ELEKTRONIZACE OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Adéla Štenglová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Elektronizace ošetrovatelské dokumentace

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 36

Počet stran – nečíslované: 30

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: Elektronizace, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces, kvalita péče, sestra a ošetrovatelství

Souhrn:

Technologický pokrok v oblasti zdravotnictví je již trendem několik let a tím ho lze označit jako aktuální, obzvláště s nástupem informačních systémů. Tato bakalářská práce se zabývá zkoumáním obsahu, právních aspektů, výhod a nevýhod spojených s elektronickým zpracováním ošetrovatelských dat. Hlavním cílem této práce je poskytnout informace a to nejen pro všeobecné sestry, které se s ošetrovatelskou dokumentací denně potýkají, ale i ostatním pracovníkům nemocničního zařízení. Zároveň se tato práce zabývá možnostmi vylepšení elektronizace ošetrovatelské dokumentace z pohledu sester v praxi a tím zvýšit svůj potenciál. Ten pak lze využít implementací do více nemocnic a učinit tak další technologický pokrok v rámci zlepšení kvality poskytované péče.

Abstract

Surname and name: Adéla Štenglová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Electronicization of nursing documentation

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 36

Number of pages – unnumbered: 30

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 52

Keywords: Electronicization, nursing documentation, nursing process, quality of care, nurse and nursing care

Summary:

The technological advancement in healthcare has been a trend for several years, particularly with the emergence of information systems. This bachelor thesis examines the content, legal aspects, advantages and disadvantages associated with electronic processing of nursing data. The main objective of this thesis is to provide information not only for general nurses who deal with nursing documentation on a daily basis but also for other hospital staff. Additionally, this thesis explores opportunities to enhance the electronic nursing documentation from the perspective of practicing nurses, aiming to increase its potential. This, in turn, could be leveraged by implementing it in more hospitals, thus furthering technological progress in improving the quality of care provided.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila uznání a vděk paní Mgr. Pavlíně Tůmové, která mi poskytla cenné odborné vedení během zpracování mé bakalářské práce. Její aktivní přístup, ochota, odbornost a konstruktivní připomínky nejenom posílily kvalitu mé práce, ale také mi byly neocenitelnou oporou v průběhu celé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat staničním sestřám, podílející se na průběhu rozhovorů a umožnily tím zpracování této práce.

OBSAH

SEZNAM SCHÉMÁT.....	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	14
1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE.....	15
1.1 Historie.....	15
1.2 Definice zdravotnické dokumentace.....	15
1.2.1 Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci	16
1.3 Formy zdravotnické dokumentace.....	17
1.4 Uchovávání a likvidace zdravotnické dokumentace.....	17
1.5 Obecné nařízení o ochraně osobních údajů	18
1.5.1 Souhlas se zpracováním osobních údajů	18
1.5.2 Povinná mlčenlivost	19
1.6 Audity	20
1.6.1 Hodnotící standardy auditu.....	20
1.6.2 Audity ošetrovatelské dokumentace.....	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	22
2.1 Definice ošetrovatelské dokumentace.....	22
2.1.1 Význam ošetrovatelské dokumentace	22
2.2 Obsah a formuláře ošetrovatelské dokumentace	23
2.2.1 Vstupní ošetrovatelská anamnéza.....	23
2.2.2 Ošetrovatelský plán	23
2.2.3 Překladové zprávy	23
2.2.4 Propouštěcí zprávy	24
2.2.5 Denní záznamy sester	24
2.2.6 Záznam vývoje stavu pacienta.....	24
2.2.7 Další.....	24
2.3 Vedení ošetrovatelské dokumentace.....	25
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	26
3.1 Definice ošetrovatelského procesu	26
3.1.1 Benefity využití ošetrovatelského procesu	26
3.2 První fáze - Zhodnocení zdravotního stavu pacienta.....	26
3.3 Druhá fáze - Diagnostika	27
3.3.1 NANDA.....	27

3.4	Třetí fáze - Plánování	28
3.5	Čtvrtá fáze - Realizace	28
3.6	Pátá fáze - Vyhodnocení	29
4	ELEKTRONIZACE DOKUMENTACE.....	30
4.1	Elektronizace zdravotnictví	30
4.2	Nemocniční informační systémy	30
4.2.1	STAPRO s.r.o.	30
4.2.2	HealthPRO.....	31
4.2.3	WinMedicalc	31
4.2.4	ICZ AMIS HD	31
4.3	Kyberbezpečnost dat	32
4.3.1	Ochrana proti kybernetickému útoku	32
4.4	eHealth v České republice	33
4.5	Elektronická ošetrovatelská dokumentace.....	34
4.5.1	Fotodokumentace	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
5	FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	35
6	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
6.1	Hlavní cíl.....	36
6.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	36
7	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	37
7.1	Metodologie výzkumu	37
7.2	Charakteristika sledovaného souboru	37
7.3	Organizace výzkumu	37
7.4	Zpracování dat	38
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	39
8.1	Kategorie vedení elektronické dokumentace na interním oddělení.....	40
8.1.1	Podkategorie ošetrovatelská anamnéza	40
8.1.2	Podkategorie ošetrovatelská péče.....	41
8.1.3	Podkategorie ostatní	41
8.2	Kategorie výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace.....	42
8.2.1	Podkategorie výhody obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace.....	43
8.2.2	Podkategorie výhody elektronizace.....	43
8.3	Kategorie nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace.....	44
8.3.1	Podkategorie nevýhody obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace.....	45
8.3.2	Podkategorie nevýhody elektronizace.....	45

8.4	Kategorie návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace	46
8.4.1	Podkategorie návrhy pro zlepšení kvality obsahu elektronické ošetrovatelské dokumentace	47
8.4.2	Podkategorie návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci elektronizace	47
	DISKUZE	49
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM LITERATURY	55
	SEZNAM PŘÍLOH	61
	PŘÍLOHY	62
	Příloha A, Ukázka řešeržního protokolu	62
	63	
	Příloha B, Otázky polostrukturovaného rozhovoru	64
	Příloha C, Informovaný souhlas respondentů	65
	Příloha D, Hodnocení rizika dekubitů dle stupnice Nortonové	66
	Příloha E, Barthelové test	67

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1 Úvodní schéma	Zdroj: Autorka.....	40
Schéma 2 Vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace	Zdroj: Autorka	42
Schéma 3 Výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace	Zdroj: Autorka.....	44
Schéma 4 Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace	Zdroj: Autorka	46
Schéma 5 Návrhy pro zlepšení elektronické ošetrovatelské dokumentace	Zdroj: Autorka	

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
EHR	Elektronické zdravotnické záznamy
EOD	Elektronická ošetrovatelská dokumentace
EU	Evropská unie
EZD	Elektronická zdravotnická dokumentace
GDPR.....	Ochrana osobních údajů
ICT	Informační a komunikační technologie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NANDA	Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
USA	Spojené státy americké
VoZD	Vyhláška o zdravotnické dokumentaci
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ.....	Zdravotnické zařízení

ÚVOD

Téma elektronizace zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, které je hlavním předmětem této bakalářské práce, nese významnou relevanci vzhledem k rozsáhlému využívání zdravotnické dokumentace ve všech oblastech poskytování zdravotní péče. S kontinuálním rozvojem technologií a modernizací zdravotnictví se mnoho poskytovatelů zdravotní péče snaží přejít na plně elektronickou formu dokumentace. Toto téma je také zajímavé v kontextu historického vývoje, protože je možné, že v budoucích letech budeme na současnou kombinaci různých forem dokumentace pohlížet jako na přechodné období v historii, zatímco elektronická dokumentace se stane primárním standardem.

Se samotnou elektronickou zdravotnickou dokumentací jsem se setkala na praxích i na pracovišti a pomocí této bakalářské práce, bych chtěla lépe porozumět praktické části mé budoucí profese s nadcházející implementací informačních technologií do praxe. Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část, která se zabývá primárně částmi zdravotnické dokumentace, ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace a samotné elektronizace a její součástí. Prostřednictvím praktické části, provedené pomocí polostrukturovaného rozhovoru, je mým cílem získat reálné pohledy sester, pracujících již s touto formou dokumentace ošetrovatelské péče. Dalším cílem plánuji detailněji analyzovat výhody a nevýhody, a také další návrhy pro zlepšení elektronické ošetrovatelské dokumentace v kontrastu s tradiční papírovou formou, abych mohla poskytnout komplexní přehled této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V rámci přípravy bakalářské práce byla provedena rešerže odborné literatury ve studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje (viz. Příloha A). Celkem bylo nalezeno 28 záznamů. Vyhledávání literárních zdrojů probíhalo v období od roku 2012 do roku 2022. Jazykově byla rešerže vymezena na český, slovenský a anglický jazyk. Použitá klíčová slova: elektronizace, ošetrovatelská dokumentace, ošetrovatelský proces, kvalita péče, sestra a ošetrovatelství.

Kvalita péče zahrnuje úroveň, jakou zdravotní služby poskytované jednotlivcům (pacientům) i populaci přispívají k dosažení požadovaných zdravotních výsledků, tedy k přínosům pro zdraví. Její základní principy spočívají v odborných znalostech opírající se o důkazy, hrající klíčovou roli při dosahování veřejného zdraví (NIKEZ, 2023). **Ošetrovatelství** představuje samostatnou vědní disciplínu, vyznačující se komplexním pohledem na jedince. Jde o obor, kombinující poznatky a metody z medicínských, humanitních, fyzikálních, biologických a behaviorálních věd, teorii řízení, vedení a vzdělávání. Tímto interdisciplinárním přístupem se ošetrovatelství zabývá komplexní péčí o člověka (STRNADOVÁ et al., 2021). **Elektronizace** zdravotní péče a služeb se primárně zabývá využitím informačních a komunikačních technologií v oblasti zdravotnictví (ARDIELLI, 2020). **Ošetrovatelský proces** je strukturovaný a logický přístup k plánování a poskytování ošetrovatelské péče, zaměřující se na dosažení pozitivních změn v zdravotním stavu pacienta (MASTILIAKOVÁ, 2014). **Sestra**, ať už v oboru všeobecného, dětského nebo praktického ošetrovatelství, hraje ve zdravotnických systémech klíčovou roli. Spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky se angažuje v širokém spektru zdravotních i sociálních služeb, jako je prevence, léčba, diagnostika, rehabilitace, paliativní péče, neodkladná péče a poskytování péče na ambulantní bázi. Aktivně se účastní i lékařského a ošetrovatelského výzkumu (STRNADOVÁ et al., 2021).

1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

1.1 Historie

První náznak zdravotnické dokumentace byl již v Egyptě 1500 let před naším letopočtem, psán na papyrusu. Nešlo ani tak úplně o samotnou dokumentaci o stavu pacienta, nýbrž o léčbu chronických ran způsobených ve válkách. Historií se psaly další náznaky dokumentace, největší zlom ale přinesla nejvýznamnější osoba v medicíně, Hippokratés. Byl to nejslavnější lékař starověku, také přezdíván jako „otec medicíny“, separující medicínu od magie a víry. Zapisoval si poznámky o pacientech, jejich symptomy, vzhled a aktuální zdravotní stav. Dodnes se stále používá Hippokratova sbírka, obsahující zásady důvěrných informací, které pacient podává lékaři a zároveň sepsal základy povinnosti mlčenlivosti (DALIANIS, 2018).

Bohatým zdrojem informací jsou také takzvané „casebooks“, významně rozšířené během 18. století. Lékaři a léčitelé té doby se inspirovali Hippokratem, zakladatelem západní medicíny a systematicky zaznamenávali podrobné informace o průběhu nemoci, sledující je den za dnem. Tyto záznamy se následně stávaly základem pro vytváření učebnic a díky nimž se šířila znalost o různých patologických stavech a jejich léčbě.

Případové knihy nabývaly různých forem, jako jsou deníky zachycující průběh nemoci, kolekce různorodých kazuistik nebo systematické pozorování a popisy případů. I přes tuto rozmanitost zaznamenávání podléhaly však určitému obecnému vzoru a struktuře. Právě tato jednotná forma a standardizovaný vzhled případové knihy představovaly základ, na kterém se později modelovala moderní zdravotnická dokumentace. Tyto historické případové knihy se tak staly jakýmsi průkopníkem, ovlivňující podobu a organizaci zdravotnických záznamů dodnes (LAUREN, 2014).

1.2 Definice zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace představuje komplexní sbírku informací o pacientovi, zahrnující identifikační údaje až po detailní anamnézu a informace o průběhu a výsledku poskytované zdravotní péče. Obsahuje diagnostické údaje, navrhované léčebné postupy, výsledky provedených vyšetření, sledování aktuálního vývoje zdravotního stavu, záznamy o předepsaných či podaných léčivech, ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Zkrátka, zdravotnická dokumentace poskytuje ucelený obraz o zdravotním stavu pacienta a průběhu léčby. Tato dokumentace se dále rozděluje do několika kategorií,

zahrnující lékařskou dokumentaci, zaměřující se na lékařské aspekty péče, ošetrovatelskou dokumentaci, soustředící se na ošetrovatelské aspekty péče, zahrnuje například ošetrovatelskou anamnézu, denní záznamy sester a nakonec provozní dokumentaci, mapující fungování celého zdravotnického provozu, kde je péče poskytována. Každá z těchto částí má svůj specifický účel a přispívá k celkové efektivitě a kvalitě poskytované péče (MZČR, 2023).

1.2.1 Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci

Ve sféře zdravotnictví jsou všechny aktivity podrobeny předpisům různé právní síly, obecně závaznými. Tento právní rámec se přenáší i na oblast zdravotnické dokumentace, kde stanovuje normy a požadavky týkající se způsobu vedení, obsahu a dalších aspektů zdravotnických záznamů. Tyto předpisy jsou zásadní pro zajištění standardů péče, zabezpečení soukromí pacientů a zachování integrity dat. Zahrnují pravidla pro správné vedení záznamů, specifikace formátu, požadavky na zabezpečení, přístup k dokumentaci a další aspekty, které mají klíčový vliv na kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče. Tato legislativa slouží jako rámec, poskytující směrnice a záruky pro správné a etické zacházení se zdravotnickými informacemi a tím přispívá k ochraně zájmů pacientů a kvalitě poskytované péče (SVEJKOVSKÝ, 2016).

Vyhláška č.64/2007 Sb., tedy vyhláška, modifikující předchozí vyhlášku č.385/2006 Sb. A následné změny provedené vyhláškou č. 479/2006 Sb., stanovuje základní pravidla pro zdravotnickou dokumentaci v České republice (AION CS, 2023). Tato vyhláška definuje správné údaje, obsažené v dokumentaci zdravotnického zařízení včetně informací o pacientovi a dalších povinných údajů. Kromě toho vyžaduje zahrnutí informovaného souhlasu pacienta, lékařského posudku a dobu uchovávání dokumentace (ZDRAVOTNÍ SLUŽBY, 2022).

Nicméně, v roce 2012 byla tato vyhláška nahrazena Zákonem č.372/2011 Sb., regulující zdravotní služby a podmínky jejich poskytování. Následně vyhláška č.279/2020 Sb., upravující zdravotnickou dokumentaci, změnila předchozí vyhlášku č.98/2012 Sb., na základě změn provedených vyhláškou č.137/2018 Sb. Tato nová vyhláška zdůrazňuje nejdůležitější identifikační údaje o pacientovi, včetně epikrízy a plánu dalšího léčebného postupu, identifikaci poskytovatele zdravotních služeb a podpis zdravotního pracovníka. Dále se zmiňuje o převodu listinné zdravotnické dokumentace do elektronické podoby a o zničení starších dokumentů, které jsou již zastaralé nebo neaktuální (AION CS, 2023).

Zákon č.20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, pak nahradil Zákon č.372/2011 Sb. a upravuje širší oblasti zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, poskytovatele zdravotních služeb a pracovníků v oblasti zdravotnictví. Tento zákon zahrnuje i podmínky hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a integruje příslušné evropské předpisy. Taková legislativní opatření jsou klíčová pro zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče a pro dodržení evropských standardů v této oblasti (AION CS, 2023).

1.3 Formy zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace může existovat ve třech různých formách, pokud jsou splněny požadavky stanovené zákonem, zohledňující elektronický podpis osoby, vytvářející dokumentaci. Tato problematika je dále upravena zákonem č. 227/200 Sb., zabývající se elektronickým podpisem a změnou některých dalších právních předpisů. Formy zdravotnické dokumentace se dělí na listinnou, která je stále nejběžnější, avšak vývojem směřuje k elektronizaci, čímž postupně roste význam elektronické formy, uchovávanou na paměťových nosičích. Existuje také kombinovaná forma, kdy se zdravotnická dokumentace skládá z listinné i elektronické podoby. Důležité je si uvědomit, že zdravotnická dokumentace není pouze jednoduchý formulář, ale spíše soubor různorodých dokumentů. Tyto soubory jsou velmi komplexní a liší se v závislosti na konkrétním zdravotnickém zařízení a oddělení, starajícího se o pacienta. Přestože mohou být tyto dokumenty rozmanité, musí vždy splňovat minimální zákonné požadavky a neměly by zbytečně komplikovat práci zdravotníků (EURO, 2015).

1.4 Uchovávání a likvidace zdravotnické dokumentace

Pokud není v příloze č. 3 Vyhlášky č.98/2012 Sb. Uvedeno jinak, začíná doba uchovávání zdravotnické dokumentace dnem 1.ledna následujícího kalendářního roku po dni, ve kterém byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta. V případě existence více událostí ovlivňujících počínání této lhůty se jako počátek doby uchovávání použije událost, nastávající dříve, pokud je poskytovateli známa. Jednou z hlavních povinností poskytovatele zdravotních služeb je vyřazování a zničení zdravotnické dokumentace. Zničení může proběhnout pouze v případě, že dokumentace dosáhla konce doby uchovávání. Doba uchování dokumentace může být prodloužena o minimálně pět let v případě, že je posouzena jako nezbytná pro další poskytování služeb. V zaznamenané zdravotnické dokumentaci by měl být také záznam obsahující informace o

způsobu, kdy, jak a kým byla dokumentace zničena. Poskytovatel je povinen uchovávat tento písemný záznam bez časového omezení. Při skartaci zdravotnické dokumentace určené k vyřazení je nutné dodržovat zásady správného skartování tak, aby byla zajištěna její nedostupnost pro rekonstrukci a identifikaci obsahu (VZP ČR, 2023).

1.5 Obecné nařízení o ochraně osobních údajů

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, známé jako GDPR, platí od 25. května 2018 a nahrazuje dřívější zákon o ochraně osobních údajů. Toto nařízení je povinné pro všechny členské státy EU a představuje přísnější normy ochrany osobních údajů. Je důležité si uvědomit, že GDPR není pouhým doporučením, ale právně závazným nařízením, vyžadující dodržování bez možnosti významných úprav. Porušení GDPR může být postihováno vysokými pokutami až do výše 550 milionů korun. Organizace jsou tak povinny přizpůsobit své procesy a zabezpečení osobních údajů novým požadavkům GDPR (NEZMAR, 2017).

Správce osobních údajů má povinnost zajistit bezpečné zpracování dat a informovat úřad a dotčenou osobu o jakémkoli porušení bezpečnosti dat. Zabezpečení zpracování spočívá v přijetí odpovídajících technických a organizačních opatření, jako je šifrování dat, udržování důvěrnosti a dostupnosti systémů, schopnost obnovit data v případě incidentu a pravidelné testování bezpečnosti. Tato opatření musí být přizpůsobena stavu technologie, nákladům, povaze a účelům zpracování a také rizikům pro práva a svobody jednotlivců. Důležité je také zajistit, aby osoby s přístupem k datům jednaly pouze na pokyn správce. Soulad s GDPR lze prokázat dodržováním kodexu chování nebo vydáváním certifikátů, nebo minimálně prostřednictvím záznamů o zpracování (ÚZIS, 2017).

1.5.1 Souhlas se zpracováním osobních údajů

Správně udělený souhlas je klíčovým prvkem souladu s nařízením GDPR. V mnoha případech lze omezení týkající se zpracování osobních údajů překonat získáním souhlasu od dotčené osoby. GDPR stanoví podmínky pro platný souhlas, který musí být vyjádřen svobodně, konkrétně, informovaně a jednoznačně. Souhlas musí být prokázán prostřednictvím prohlášení nebo jiného jednoznačného pozitivního projevu. Za dodržení těchto kritérií je zodpovědný správce osobních údajů. Zabezpečení toho, že jednotlivci souhlasí se zpracováním svých osobních údajů, je klíčové pro ochranu jejich práv, svobody a dodržování zásad ochrany soukromí. Získání souhlasu je nejjednodušší způsob zajištění,

že zpracování osobních údajů je zákonné a v souladu se základními principy ochrany osobních údajů (NEZMAR, 2017).

1.5.2 Povinná mlčenlivost

Podle zákona je každý pracovník zdravotnictví povinen ctít mlčenlivost týkající se všech informací, se kterými se setkává při výkonu své profese. Tato mlčenlivost se vztahuje na veškeré informace o zdravotním stavu pacientů a dalších údajů. Hlavním cílem dodržování mlčenlivosti je poskytnout pacientům nebo klientům bezpečné prostředí pro sdílení svých obav, otázek a starostí, aniž by museli mít obavy z následného zveřejnění těchto informací. Mlčenlivost vytváří atmosféru respektu a důvěry, což napomáhá pacientům lépe se otevřít a vyhledat pomoc. Zejména ti, kteří by jinak kvůli strachu, hanbě nebo obavám odsunuli žádost o pomoc stranou. Je důležité si uvědomit, že mlčenlivost znamená nejen uchovávání informací v důvěře, ale také jejich sdílení s ostatními pouze v případě souhlasu dotyčné osoby, na její žádost, nebo za účelem ochrany ostatních před možnými škodami. Mlčenlivost však není určena k ochraně pachatelů před odpovědností za své činy, ani k zajištění privilegovaného postavení zdravotníků na úkor těch, jimž slouží. Jejím hlavním účelem je poskytovat ochranu důvěrnosti a respektovat právo jednotlivce na soukromí a autonomii v oblasti zdravotní péče (FORTUNE, 2014).

Mlčenlivost, dodržovaná zdravotníky, má své specifické výjimky, umožňující odchylku od pravidla mlčenlivosti v určitých situacích. Jednou z těchto výjimek je potřeba sdílet informace o pacientovi mezi zdravotníky za účelem kontinuity péče, i když zákon tento postup explicitně nestanovuje. V takových případech má však i příjemce informací povinnost zachovat mlčenlivost. Dalšími výjimkami z povinné mlčenlivosti jsou situace, kdy pacient udělí souhlas s předáním svých informací třetí straně, plnění oznamovací povinnosti podle zákonných předpisů, spolupráce v trestním řízení, kdy může být vyžadováno poskytnutí informací Policii ČR, nebo za účelem identifikace neznámé mrtvoly. Je důležité, aby výjimky z povinné mlčenlivosti byly používány s maximální opatrností a uvážeností a to v souladu s etickými a právními principy. Bezpečnost a důvěrnost informací o pacientech musí být vždy zajištěny a to tak, aby mohly být přístupné pouze zdravotníkům s odpovídajícím odborným oprávněním a důvodem k získání těchto informací (MACH, 2010).

1.6 Audity

Česká společnost pro akreditaci v oblasti zdravotnictví získala pravomoc k provádění jakosti a bezpečnosti zdravotních služeb v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. a vyhláškou č. 102/2012 Sb. Hodnocení různých typů lůžkové péče, včetně akutní, následné nebo dlouhodobé, se uskutečňuje na základě Hodnotících standardů a ukazatelů kvality a bezpečnosti poskytovaných lůžkových zdravotních služeb, stanovených Českou společností pro akreditaci ve zdravotnictví. Tyto standardy byly přijaly Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Postupy související s externím hodnocením kvality a bezpečnosti jsou také podrobně specifikovány v dokumentech, procházejících schvalovacím procesem Ministerstva zdravotnictví České republiky (ČSAZ, 2023).

Zdravotní úřady a organizace dávají důraz na využívání auditů jako prostředku k posilování kvality poskytované péče. Tyto audity systematicky vyhodnocují poskytovanou péči, identifikují oblasti, kde lze dosáhnout zlepšení a provádějí nezbytné změny s cílem dosáhnout lepší kvality. Existuje několik druhů auditů včetně externích, interních, peer review a klinických auditů. Nicméně i přes jejich různorodost mají všechny společný problém: implementace navržených zlepšení často selhává v uzavření propasti v kvalitě, kterou audit odhalil. Tento nedostatek účinnosti může být způsoben různými faktory a vyžaduje důkladné zhodnocení, pro efektivnější přístup k procesu zlepšování kvality péče (HUT-MOSSEL, AHAUS, WELKER, GANS, 2021).

1.6.1 Hodnotící standardy auditu

Standard má za cíl začlenění principů a aktivit zaměřených na zlepšování kvality a bezpečnosti jako klíčového prvku do systému řízení lůžkové zdravotní péče. Ukazatele pro dosažení tohoto standardu jsou:

1. Existuje a je aktivně implementován program pro zvyšování kvality a bezpečnosti ve všech částech ZZ a je aktualizován.
2. Jsou jasně stanoveny odpovědné osoby za realizaci programu zvyšování kvality a bezpečnosti.
3. Principy a aktivity jsou integrovány do praxe prostřednictvím operačních postupů, jsou pravidelně revidovány a aktualizovány minimálně jednou ročně.
4. Osoby, poskytující lůžkovou zdravotní péči, jsou aktivně zapojeny do programu pro zvyšování kvality a bezpečí.

5. V ZZ jsou implementovány rezortní bezpečnostní cíle a standardy pro interní hodnocení kvality a bezpečnosti, v souladu s platnými směrnici. Tyto opatření zahrnují bezpečnou identifikaci pacientů, bezpečnost při podávání léčiv s vyšším rizikem, prevenci chyb v identifikaci pacienta, výkonu procedur a jejich lokalizace, prevenci pádů, zavedení optimálních hygienických postupů, prevence vzniku proleženin u hospitalizovaných pacientů, bezpečnou komunikaci a předávání pacientů (PODSTATOVÁ, CHOCHOLÁČ, FILKA, 2023).

1.6.2 Audity ošetrovatelské dokumentace

Při kontrole dokumentace auditovým procesem lze hodnotit její kvalitu a identifikovat oblasti, které by mohly být vylepšeny a pracovníci by měly být poučeni. Pro sledování úrovně záznamů by měly být stanoveny nástroje auditu na místní úrovni a sloužit jako základ pro hodnocení a diskuzi. Bez ohledu na konkrétní metody auditu by měl být důraz kladen spíše na potřeby pacientů než na pohodlí organizace. Důvěrnost informací o pacientovi je v auditu stejně důležitá jako při samotném vedení dokumentace. Kvalitní ošetrovatelská dokumentace má klíčový význam pro poskytování kvalitní péče a přispívá k celkové spokojenosti pacientů, což je jedním z hlavních cílů profesionálního ošetrovatelství (VACKOVÁ, 2014).

2 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

2.1 Definice ošetrovatelské dokumentace

I přesto, že v českém právním kontextu není pojem „ošetřovatelské dokumentace“ explicitně uveden, mezi zdravotnickými profesionály se o něm diskutovalo již dlouho. Skutečným průlomem se stal významný moment s přijetím Vyhlášky č.385/2006 Sb., týkající se zdravotnické dokumentace (dále jen VoZD). I když VoZD nepoužívá termín „ošetřovatelská dokumentace“, místo toho se odkazuje na „dokumentaci ošetrovatelské péče“. Podle VoZD je ošetrovatelská dokumentace definována jako systematické zaznamenávání plánované a poskytované péče pacientovi, kterou vykonává kvalifikovaná sestra a ostatní členové ošetrovatelského týmu pod vedením této sestry (KUDLOVÁ, 2016).

Kvalitní záznamy o ošetrovatelské péči jsou indikátorem profesionální úrovně v praxi. Správně provedená a účinná dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka. Neexistuje univerzální metoda nebo šablona pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Nejlepší dokumentace vzniká prostřednictvím konzultací a diskuzí mezi členy zdravotnického týmu i s pacientem. Měla by být pružná a upravitelná podle individuálních potřeb a umožňovat poskytování péče sestrami v různých fázích péče a různých prostředích. Ošetrovatelská dokumentace je klíčovým nástrojem pro komunikaci v rámci týmu i s pacienty. Dobře vedená dokumentace je výsledkem spolupráce týmu a zvyšuje kvalitu poskytované péče. Dokumentace musí být logicky a metodicky uspořádaná s jasnými cíli a milníky v rámci ošetrovatelského procesu (ČAS).

2.1.1 Význam ošetrovatelské dokumentace

Hlavním cílem ošetrovatelské dokumentace je již řečená komunikace uvnitř týmu zdravotnických pracovníků a poskytování informací pro ostatní profesionály. Může být také využita k právním aspektům, kdy klinické zprávy a další dokumenty o pacientovi jsou důležité důkazy v právních záležitostech. Neúplná, nepřesná, časově opožděná, nečitelná či nedostupná dokumentace, může vést k několika nežádoucím následkům včetně ztížení právního zjišťování skutečností, ohrožení práv jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotní péče, nebo vystavení riziku odpovědnosti zdravotnických organizací a poskytovatelů. Dále je využívána ke zlepšení kvality péče v rámci auditů a poskytuje tak hodnotící důkazy, pokud standardy vyžadují úpravy k dosažení cílů. V neposlední řadě lze ošetrovatelskou

dokumentaci využít k výzkumným účelům, kdy lze data z dokumentace využít k dosažení cílů a zkvalitnění péči (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2010).

2.2 Obsah a formuláře ošetrovatelské dokumentace

Na formuláře neexistuje univerzální šablona nebo standardizovaný formát pro dokumentaci. Běžně se používá sada předtištěných formulářů, tvořící dohromady komplexní informační soubor o pacientovi. Tyto formuláře jsou navrženy tak, aby pokryly různé aspekty péče o pacienta a umožnily zaznamenávání relevantních údajů. Tento přístup umožňuje lékařům, sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům efektivně a přesně sdílet informace a zajistit koordinaci péče mezi různými odděleními a poskytovateli zdravotní péče (IS MUNI, 2020).

2.2.1 Vstupní ošetrovatelská anamnéza

Formulář pro ošetrovatelskou anamnézu představuje klíčovou část ošetrovatelské dokumentace, shromažďující důležité informace o pacientovi. První část zahrnuje osobní údaje pacienta, důvod přijetí do zařízení, jeho vnímání zdravotního stavu, reakce na situaci a informace o domácím prostředí. Druhá část obsahuje záznamy získané z rozhovoru, fyzikálního vyšetření, pozorování a dalších zdrojů, týkající se různých aspektů jako je zdravotní stav, výživa, aktivita, spánek, emocionální stav, sebepojetí, sociální role, sexualita, stres a náboženské přesvědčení (MASTILIAKOVÁ, 2014).

2.2.2 Ošetrovatelský plán

Další formulář se věnuje ošetrovatelskému plánu, obsahující podrobný popis ošetrovatelských problémů, stanovení ošetrovatelské diagnózy, metody poskytování péče a časové plánování jednotlivých procedur. Je klíčové zaznamenat veškeré změny v ošetrovatelském plánu, vyskytující se v průběhu ošetrovatelského procesu. Tento plán slouží jako vodítko pro ošetrovatele a jeho tým, aby efektivně a systematicky řídili péči poskytovanou pacientovi a umožňuje také sledovat pokrok v léčbě a případně provádět úpravy podle aktuálních potřeb pacienta (POLICAR, 2010).

2.2.3 Překladové zprávy

Nemocný je obvykle hospitalizován na jednom oddělení a po zlepšení stavu propuštěn domů. Pokud je potřeba, může být přeložen na jiné oddělení nebo do jiného zařízení na základě rozhodnutí lékaře. Před překladem je připravena ošetrovatelská dokumentace, obsahující aktuální stav pacienta a jeho ošetrovatelský plán pro předání informací další sestře. Pacient musí být informován o důvodech překlady. Pokud je pacient

přemístěn do jiného zařízení, probíhá to jako propuštění a následně je znovu přijat v novém zařízení (JIRKOVSKÝ a kol., 2012).

2.2.4 Propouštěcí zprávy

Pokud se zdravotní stav pacienta výrazně zlepšil a je možné pokračovat v léčbě ambulantně nebo doma, je propuštěn z nemocnice. Propuštění může být iniciativou pacienta, což se označuje jako „revers“. Rozhodnutí o propuštění je v kompetenci ošetřujícího lékaře ve spolupráci s vedoucím lékařem příslušného oddělení. Součástí procesu propuštění je také vypracování propouštěcí zprávy sester, dokumentující současný stav pacienta, zakončuje ošetřovatelský plán a vytváří závěrečné shrnutí, spolu s edukací pacienta. V případě, že pacient nemá dostatečnou podporu příbuzných pro odvoz, sestra zajistí potřebnou dopravu sanitním vozem s ohledem na zdravotní potřeby pacienta (JIRKOVSKÝ a kol., 2012).

2.2.5 Denní záznamy sester

Denní záznamy sester slouží jako klíčový zdroj informací o pacientech a efektivního provozu oddělení. Představují formální dokumentaci a vizitku celého pracoviště. Jsou klíčovým nástrojem pro správné řízení a koordinaci péče poskytované pacientům a pro další komunikaci mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Kromě toho, že zaznamenávají lékařské úkony a podávání léků, denní záznamy také kontrolují předávání návykových látek, nástrojů a přístrojů v souladu s předepsanými postupy a bezpečnostními standardy. Jsou tak klíčovým prvkem pro udržení kvality péče a bezpečnosti pacientů (IS MUNI, 2016).

2.2.6 Záznam vývoje stavu pacienta

Záznam o vývoji stavu pacienta nebo pozorování zahrnuje sumarizaci ošetřovatelských potřeb, což je klíčové pro udržení nepřetržité péče. Denní reflexe a adaptace na potřeby pacienta jsou pravidlem, kdy se stav pacienta systematicky monitoruje a podle potřeby se implementují příslušné úpravy v poskytované péči. Sledování a dokumentace těchto změn a potřeb umožňuje pečlivě a efektivně plánovat budoucí kroky a zabezpečit, že péče bude odpovídat aktuálním potřebám pacienta (IS MUNI, 2020).

2.2.7 Další

V závislosti na specifických potřebách pacienta nebo klienta lze rozšířit obsah ošetřovatelské dokumentace o další složky. Tyto doplňující prvky slouží k individuálnímu přizpůsobení péče a poskytují důležité informace o zdravotním stavu a průběhu léčby. Mezi tyto prvky může patřit například plán péče zaměřený na prevenci dekubitů dle

Nortonové, záznamy o intenzitě a lokalizaci bolesti, evidenci uložených osobních věcí a cenností pacienta, sledování příjmu a výdeje tekutin, výsledky laboratorních vyšetření nebo souhlas s prováděním edukačních aktivit (IS MUNI, 2020).

2.3 Vedení ošetrovatelské dokumentace

Zákon č.372/2011 Sb. O zdravotních službách, spolu s Vyhláškou č.98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci a Vyhláškou č. 102/2011 Sb. O hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče, tvoří legislativní rámec pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Tento právní soubor stanovuje povinnosti a standardy pro zachování a správné vedení záznamů o péči poskytované pacientům. Jedná se o důležité předpisy, zajišťujících kvalitu a bezpečnost zdravotní péče a zároveň regulují postupy spojené s ošetrovatelskou dokumentací. Zajišťují, že ošetrovatelská dokumentace je vedena v souladu s právními normami a že je dostupná, přesná a kompletní, což je klíčové pro poskytování kvalitní zdravotní péče a ochranu práv pacientů (ZDRAVOTNÍ SLUŽBY, 2022).

Aby zdravotnická dokumentace efektivně plnila svou úlohu a snížila riziko výskytu nežádoucích událostí, je nezbytné dodržovat určitý postup, který mnoho nelékařských zdravotnických pracovníků může považovat za nadbytečný. Důležité je, aby dokumentace byla vedena systematicky, věrohodně a srozumitelně. Každý záznam by měl být opatřen časovým a datovým razítkem, aby byl jednoznačně identifikovatelný a byla zajištěna jeho aktuálnost. Kromě toho by zdravotnická dokumentace měla být strukturovaná a zbavená zbytečných zkratkami. Měla by být vytvořena tak, aby byla snadno dostupná pro ty, kteří potřebují k ní přístup a zároveň stručná, aby se minimalizovala ztráta času při hledání potřebných informací. Takový přístup k vedení dokumentace pomáhá zlepšit komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a poskytuje jasný a přehledný obraz o péči poskytované pacientům (VONDRÁČEK; WIRTHOVÁ, 2008).

V ošetrovatelské dokumentaci mají oprávnění zaznamenávat údaje a provádět zápisy různí zdravotničtí pracovníci pod dohledem nebo samostatně. Mezi ně patří všeobecné sestry (s tituly DiS, Bc., Mgr.), porodní asistentky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, nutriční terapeuti, radiologičtí asistenti, ošetrovatelky a další profese podle zákona č. 96/2004 Sb. Ti, kteří jsou oprávněni vést ošetrovatelskou dokumentaci, mají odpovědnost za záznamy týkající se anamnézy, hodnocení stavu pacienta, formulaci ošetrovatelských plánů a tvorbu příslušných částí dokumentace. Tato praxe je důležitá pro zachování přesných a úplných záznamů o péči (POLICAR, 2010).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

3.1 Definice ošetřovatelského procesu

Pojetí ošetřovatelského procesu jako termínu, má své počátky v roce 1955, americkou sestrou Lýdií Hall. Během 60. let se ošetřovatelský proces stal více zkoumaným tématem v teorii ošetřovatelství, například Dorothea Orlandová v roce 1958 popisovala čtyři fáze ošetřovatelského procesu (posouzení, plánování, realizace, vyhodnocení) ve své knize „The Dynamic Nurse – Patient Relationship“. Cílem ošetřovatelského procesu je poskytovat kvalitní péči, což zahrnuje uspokojení individuálních potřeb pacienta a zlepšení jeho zdravotního stavu a kvality života. Sestra začíná spoluprací s pacientem, aby zhodnotila jeho celkový zdravotní stav a získala o něm podrobné informace, včetně provedení fyzikálního vyšetření a posouzení dat. Poté analyzuje získané informace, identifikuje aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy a stanoví očekávané výsledky a intervenční strategie. Následně vypracuje individuální plán péče, buď elektronickou nebo písemnou formou. Průběh péče a reakce pacienta jsou pečlivě zaznamenávány a účinnost péče je pravidelně vyhodnocována. V případě, že pacient není schopen spolupracovat, může sestra zapojit jeho blízké osoby do procesu péče (MASTILIAKOVÁ, 2014).

3.1.1 Benefity využití ošetřovatelského procesu

Použití ošetřovatelského procesu má mnoho výhod pro sestry a pacienty. Mezi tyto výhody patří podpora kvalitní péče o pacienty, poskytnutí průvodce pro poskytování konzistentní a citlivé péče, podpora spolupráce, zlepšení bezpečnosti pacientů, zvýšení spokojenosti pacientů, identifikace cílů pacienta a strategií k jejich dosažení a ke zvýšení pravděpodobnosti dosažení pozitivních výsledků. Používání těchto fází ošetřovatelského procesu jako modelu kritického myšlení sestry plánují intervence přizpůsobené potřebám pacienta, plánují výstupy a intervence a určují, zda tyto akce účinně splňují potřeby pacienta (ERNSTMEYER, 2021).

3.2 První fáze - Zhodnocení zdravotního stavu pacienta

Proces zahájení ošetřovatelské péče začíná tím, že sestra získá všechny relevantní informace o pacientovi, nezbytné pro poskytnutí účinné péče. Je klíčové, aby sestra měla povědomí o tom, jak rozlišovat mezi zkreslenými a pravdivými informacemi a oddělit domněnky od skutečnosti, aby se minimalizovalo zkreslení dat. Zhodnocení stavu pacienta lze rozdělit do dvou hlavních fází. První fáze zahrnuje sběr dat a vytvoření databáze na

základě dotazů k pacientovi a jeho reakcím na zdravotní problémy či nemoci. Druhá fáze spočívá v zaznamenání těchto informací do ošetrovatelské dokumentace. Informace, jak subjektivní tak objektivní, lze získat prostřednictvím rozhovorů s pacientem, sběrem anamnézy, prováděním fyzikálního vyšetření, pozorováním, záznamem symptomatických projevů a využitím informací od rodinných příslušníků a dalších důležitých osob v životě pacienta. Je důležité zachovat holistický přístup, zahrnující všechny aspekty lidského života, včetně biologických, emocionálních, duševních, sociálních a kognitivních aspektů (HUDÁČKOVÁ, 2014).

3.3 Druhá fáze - Diagnostika

Formulace ošetrovatelské diagnózy na základě klinického posouzení má klíčový význam pro plánování a poskytování péče pacientům. Organizace North American Nursing Diagnosis Association (dále jen NANDA), poskytuje sestřám aktualizovaný seznam ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelská diagnóza, jak ji definuje NANDA, představuje klinické posouzení reakcí na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy pacienta. Ošetrovatelská diagnóza reflektuje Maslowovu hierarchii potřeb a slouží jako nástroj pro plánování a prioritizaci péče, zaměřující se na výsledky pacienta. Poukazuje na to, že základní fyziologické a bezpečnostní potřeby musí být uspokojeny, než mohou být dosaženy vyšší potřeby, jako je sebeúcta a seberealizace. Při plánování péče je tedy důležité brát v úvahu tyto základní aspekty a zaměřovat se na uspokojení potřeb, které jsou v danou chvíli nejnaléhavější (TONEY-BUTLER, THAYER, 2023).

Ošetrovatelská diagnóza se může vyskytovat jako dvousložková nebo tříložková, kdy první složku diagnózy tvoří problém, druhou složku vyvolávající nebo související faktory a třetí složku vytvářejí znaky a příznaky. Samotné fáze diagnostického procesu je zpracování údajů, interpretovaných sesbíraných dat, hodnocení zdravotních problémů, zdravotních rizik a pozitivních stránek pacienta a formulování ošetrovatelských diagnóz (HUDÁČKOVÁ, 2014).

3.3.1 NANDA

V roce 1982 vznikla asociace NANDA, zkráceně North American Nursing Diagnosis Association, sjednocující sestry z Jižní Ameriky, Kanady, Evropy a Asie. V tomto roce prezentovaly Callista Royová a spol. asociaci NANDA a jejímu výboru nový rámec taxonomie ošetrovatelské diagnostiky nazvaný „Patterns of Unitary Man“, neboli vzorec jednotného člověka. V roce 1986 byla provedena revize diagnóz podle první taxonomie.

V tomto roce byla diagnostická klasifikace NANDA zaslána Světové zdravotnické organizaci (WHO) s cílem jejího zahrnutí do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). V návaznosti byl v roce 2000 předložen nový systém taxonomie II, založen na struktuře 13 diagnostických domén a 47 tříd. Základní strukturu zahrnuje podporu zdraví, výživu, vylučování a výměnu, aktivitu a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe a sebepojetí, role a vztahy, sexualitu, zvládání stresu, životní principy, bezpečnost a ochranu, komfort a růst. NANDA si klade za cíl definovat, zdokonalovat a posunout taxonomii vpřed. Snaží se neustále vylepšovat a inovovat terminologii, což sehraává klíčovou roli v posilování a rozvoji profesionálního prostředí sester, přispívající ke zlepšení péče a celkovému rozvoji zdravotnického systému (VOROSOVÁ, SOLGAJOVÁ, ARCHALOUSOVÁ, 2015).

3.4 Třetí fáze - Plánování

Tato fáze se soustředí na definici cílů, zaměřující se na potřeby pacienta a na plánování strategií, které nám pomohou tyto cíle dosáhnout. Jedná se o plán obsahující všechny ošetrovatelské aktivity a odpovídající kritéria. Sestra, vytvářející plán, musí mít schopnosti rozhodování a řešení problémů. Při tvorbě plánu sestra spolupracuje nejen s pacientem a jeho rodinou, ale také s dalšími členy multidisciplinárního týmu a využívá odbornou literaturu. Všechny informace související s pacientovými problémy jsou pečlivě dokumentovány. Plánování souvisí úzce s ošetrovatelskou diagnózou a zahrnuje šest kroků. Jako je určení priorit, stanovení cílů pro pacienta a odpovídajících kritérií, plánování ošetrovatelských intervencí, záznam sesterských intervencí, dokumentace plánu ošetrovatelské péče a případná konzultace. Tento proces slouží k určení ošetrovatelských strategií nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace identifikovaných zdravotních problémů pacienta. Tyto aktivity jsou nezbytné pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče a vedou k odstranění problémů, identifikovaných v diagnostické fázi. Správně formulovaný a zdokumentovaný plán péče poskytuje zdravotnickému personálu směrnice pro další fáze ošetrovatelského procesu (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

3.5 Čtvrtá fáze - Realizace

Realizace představuje samotné provádění ošetrovatelských intervencí, které jsou zaznamenány v plánu ošetrovatelské péče. Tato činnost je zaměřena na dosažení stanovených cílů a požadovaného výsledku. Realizace spojuje všechny předchozí fáze a vytváří dynamický celek, jenž je naplněním ošetrovatelského procesu. Bez provedení

plánovaných intervencí nemůže pacient zažít zlepšení kvality péče a samotný proces zůstane jenom v administrativní formě. Během realizace je důležitá aktivní účast pacienta, avšak míra této účasti závisí na jeho zdravotním stavu (KUDLOVÁ, 2016).

Před provedením intervence je důležité, aby sestra opětovně zhodnotila pacienta, pro zjištění, zda intervence stále odpovídá potřebám pacienta. I když je v plánu péče uveden příkaz, stav pacienta se může změnit. Další úkoly mohou být svěřeny i dalším členům zdravotnického týmu. Sestra může potřebovat pomoc při provádění určitých intervenčních opatření, jako je pohyb pacienta s nestabilním stavem nebo přemístění pacienta. Kromě vědomostí, teorie ošetrovatelství a právních aspektů, musí sestra také mít psychomotorické dovednosti. Důležité je, aby sestra pacientovi před provedením intervence vysvětlila, co může očekávat a jaký je plán péče. Při poskytování péče sestra vykonává činnosti, které mohou být nezávislé, závislé nebo vzájemně závislé (WAYNE, 2023).

3.6 Pátá fáze - Vyhodnocení

Pro ukončení ošetrovatelského procesu je potřeba zhodnocení účinnosti poskytované péče a vyhodnotí se zda a do jaké míry byly pacientovy cíle splněny. Vyhodnocovací proces v sobě zahrnuje získání údajů vzhledem na vymezená kritéria, porovnávání sesbíraných údajů se stanovenými kritérii a posouzení, zda cílů bylo opravdu dosaženo, porovnání ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta, eventuálně revizi a modifikaci ošetrovatelské péče. Jde o velmi významný aspekt ošetrovatelského procesu, jelikož u něj dochází k zodpovědnosti sester nepokračovat v neúčinných činnostech a přijmout činnosti účinné (HUDÁČKOVÁ, 2014).

Samotný hodnotící proces se skládá ze šesti částí. První část využijeme na stanovení výsledných kritérií, pokud nebyly stanovené během třetího kroku ošetrovatelského procesu. Druhá část se zabývá získáváním specifických údajů. Třetí část se věnuje hodnocení dosažení vytyčeného cíle. Čtvrtá část slouží jako vztah mezi ošetrovatelskými intervencemi a výsledným stavem pacienta. Dále se provádí revize plánu ošetrovatelských intervencí a jako poslední šestou částí je modifikace tohoto plánu. Na základě porovnávání může sestra nebo zdravotnický pracovník dospět ke třem možným závěrům a to těch, že buď byl cíl splněn, byl splněn jen částečně, nebo cíl splněn nebyl (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011).

4 ELEKTRONIZACE DOKUMENTACE

4.1 Elektronizace zdravotnictví

Elektronické zdravotnictví je součástí tzv. digitálního zdravotnictví. eHealth označuje soubor nástrojů a služeb, které využívají ICT, nebo-li informační a komunikační technologie ve zdravotnictví. Základ eHealth je propojování a sdílení informací mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče a dalšími účastníky využívající moderních informačních technologií. Samotná digitalizace zdravotnictví a rozvoj eHealth je v současnosti jednou z prioritních oblastí s nejvyšším potenciálem ke zlepšení zdravotní péče v ČR a klíčový aspekt modernizace zdravotnictví a reformy. Tento potenciál je spatřován především ve zlepšení celkové efektivity zdravotního systému, zlepšování zdraví české populace a jako prostředek zvládnutí zátěže se současnými trendy socioekonomického vývoje a technologického pokroku v EU (ARDIELLI, 2021).

4.2 Nemocniční informační systémy

Základním stavebním kamenem pro digitalizaci a modernizaci zdravotnických procesů jsou zdravotnické informační systémy, umožňující elektronické vedení zdravotnické dokumentace (EZD). Přejít od tradiční papírové formy záznamů k digitálním systémům se obecně považuje za významný krok vpřed jak pro poskytovatele zdravotní péče, tak pro pacienty. Tento posun otevírá nové možnosti v oblasti efektivity, bezpečnosti a dostupnosti zdravotnických informací. Je však důležité vnímat EZD jako technologický nástroj, ale také její roli v reálném provozu zdravotnických zařízení a v kontextu celkového eHealth ekosystému. To zahrnuje nejen správnou implementaci technických řešení, ale i dodržování přísných zákonů a předpisů týkajících se ochrany osobních údajů a práv pacientů a zdravotníků. Pouze s komplexním pochopením a vhodným řízením může být elektronická zdravotnická dokumentace skutečně efektivním nástrojem pro zlepšení péče o pacienty a optimalizaci zdravotnických procesů (PURKERT, 2016).

4.2.1 STAPRO s.r.o.

Jednou z předních firem poskytujících informační systémy v oblasti zdravotnictví je společnost STAPRO s.r.o., která se na trhu pohybuje již od roku 1990. Během svého působení si firma vybudovala pevné postavení a širokou základnu zákazníků díky svým službám v oblasti informačních technologií pro zdravotnictví. Od roku 1993 se společnost

úspěšně rozšířila i na slovenský trh prostřednictvím své dceřinné společnosti STAPRO Slovensko s.r.o.

Společnost STAPRO s.r.o. drží významné podíly ve společnostech MLAB software s.r.o., IT Divize GrayFox společnosti Medicon od roku 2008 a společnosti HiComp a.s. od roku 2010. Tato diverzifikace investic do dalších firem v zdravotnickém sektoru svědčí o stabilitě a silné pozici společnosti STAPRO na trhu. Portfolio produktů společnosti STAPRO zahrnuje informační systémy z řady FONS. Mezi tyto patří mimo jiné FONS Enterprise, nejnovější nemocniční informační systém, FONS Akord pro nemocnice, STAPRO Media, starší nemocniční informační systém. Tato rozmanitost produktů poskytuje zákazníkům přizpůsobení jejich potřebám a požadavkům (STAPRO, 2015).

4.2.2 HealthPRO

Health Pro je další komplexní softwarové řešení pro správu nemocnic, je efektivní a uživatelsky přívětivé. Každý den jsou vyvíjeny nové technologické inovace a zařízení, snažící se zlepšit péči. Health Pro je jedním z těchto inovativních prvků, usilující o zjednodušení správy nemocnic. Tento systém automatizuje a propojuje všechna oddělení nemocnice, což umožňuje nemocnicím a lékařům poskytovat pacientům lepší služby s maximální kontrolou nad všemi procesy a službami spojenými s provozem nemocnice (ANSSOFT, 2023).

4.2.3 WinMedicalc

Jde o software vytvořený v roce 2002 českou firmou a tím se stává i nejvíce používanějším v České republice. Medicalc je zaměřen na plnou automatizaci a digitalizaci procesů uvnitř nemocnice, s cílem eliminovat používání papírové dokumentace v souladu s platnou legislativou a také má snahu propojit dokumentaci lékařskou s ošetrovatelskou. Hlavním účelem je uchovávat a sdílet zdravotní informace pacientů v elektronické podobě. Platforma Medicalc propojuje různé systémy a komponenty s cílem zlepšit efektivitu, snížit náklady, zlepšit bezpečnost ochrany dat pacientů a minimalizovat negativní dopady na životní prostředí. Odstranění papírové dokumentace snižuje riziko chyb, usnadňuje sdílení informací a přispívá ke zvýšení celkové kvality a bezpečnosti péče o pacienty (MEDICALC, 2023).

4.2.4 ICZ AMIS HD

Nový nemocniční informační systém ICZ AMIS HD je náhrada za AMIS H a je vrcholným prvkem produktové řady pro středně velké až krajské a fakultní nemocnice. Je

plně vyvinut v České republice a patří k nejmodernějším na evropském trhu. Poskytuje komplexní informační podporu pro moderní zdravotnická zařízení s cílem plné digitalizace pracoviště. Nabízí širokou škálu funkcí, včetně podpory Evidence Based Medicine, Clinical Intelligence, klinických workflow a integraci různých komunikačních protokolů. Je optimalizován pro mobilní zařízení a připraven na dlouhodobou elektronickou archivaci v souladu s legislativou (ICZ, 2023).

4.3 Kyberbezpečnost dat

Informace o zdraví patří mezi nejcitlivější osobní údaje a je zásadní chránit jejich důvěrnost, aby se zachovalo soukromí osob v péči. Bezpečnost a soukromí elektronických zdravotních záznamů (dále jen EHR), mohou být ohroženy hackery, viry a ztrátou dat. Obavy o bezpečnost dat se objevují ve studiích v různých zemích. K omezení těchto obav organizace, jako je Certifikační komise pro informační technologie v zdravotnictví, nabízejí program, zahrnující důkladnou kontrolu zabezpečení na základě standardů. Bezpečnostní chyby by mohly způsobit zveřejnění informací neoprávněným osobám nebo společnostem. EHR také mají obtíže s udržováním ochrany dat vzhledem k personálu, který může získat přístup k informacím bez explicitního souhlasu pacienta (TOVAL et al, 2013).

V roce 2020 vyvstala závažná výstraha ze strany Národního úřadu pro kybernetickou bezpečnost týkající se potenciálních hrozeb. Konkrétně se jednalo o možnost rozsáhlých a cílených kybernetických útoků na informační a komunikační systémy v České republice, přičemž zvláštní pozornost byla věnována systémům v zdravotnických zařízeních. Tyto útoky by mohly mít závažné dopady na celkovou dostupnost, důvěrnost a integritu klíčových informací v těchto systémech. Bezpečnostní rizika spojená s těmito útoky jsou značná a vyžadují ochranu a prevenci ze strany orgánů odpovědných za kybernetickou bezpečnost, stejně jako od provozovatelů zdravotnických zařízení (NÚKIB, 2020).

4.3.1 Ochrana proti kybernetickému útoku

Proti těmto hrozbám lze provést opatření a snížit tak jejich pravděpodobnost pomocí několika praktických kroků. Je klíčové používat pouze oficiální operační systémy, zajistit jejich pravidelné aktualizace a nastavit silná hesla pro přihlašování. Dále je důležité aktivovat funkci automatického vypnutí obrazovky při absenci aktivity a nainstalovat antivirový software. Zálohování veškerých dat v systému a pravidelná kontrola jsou také ochranné kroky. Dalším krokem je dbát na bezpečné zacházení s médii, na která se

ukládají citlivé informace a pokud již tato média nejsou potřeba, je nutno mít na paměti, že pouhé smazání dat nestačí. Je nezbytné použít specializovaný software, zaručující, že data nejsou obnovitelná. Důležité je rovněž poskytnout školení zaměstnancům, aby byli schopni identifikovat nejčastější formy útoků (MZČR, 2023).

4.4 eHealth v České republice

V České republice dlouhodobě chyběla stabilní a dlouhodobě udržitelná koncepce rozvoje eHealth, která by přetrvala několik let. S rychlou výměnou ministrů zdravotnictví docházelo ke změnám názorů na eHealth, přičemž noví ministři někdy přicházeli s radikálními změnami. V roce 2012 se ministerstvo zdravotnictví rozhodlo řešit nedostatek koncepce vyhlášením soutěže „Hospodárné a funkční elektronické zdravotnictví“, s cílem najít optimální řešení pro elektronizaci českého zdravotnictví. Návrh vybraný v rámci této soutěže se zaměřil na procesní modely jako výměna zdravotnické dokumentace, patientský portál, registr radiační zátěže a elektronickou preskripci. Dále se rozvíjelo propojení s mezinárodním systémem epSOS, umožňující výměnu informací o zdravotním stavu pacienta v zemích Evropské unie (KOFRÁNEK, FELIX, POLÁK, 2013).

Změna přišla v roce 2018, kdy ministerstvo zdravotnictví připravilo nový koncept zákona, jehož účinnost se předpokládala v polovině roku 2020. Tento koncept stanovuje jasná pravidla pro přechod z papírového světa do elektronického. Kontrola nad sdílením informací bude v tomto konceptu v rukou pacientů. Všechny služby elektronického zdravotnictví budou dobrovolné pro pacienty, kteří budou mít možnost udělit nebo odmítnout souhlas se službami a rovněž udělovat oprávnění k přístupu a vedení svého zdravotního záznamu u certifikovaných poskytovatelů. Pro poskytovatele zdravotních služeb bude elektronizace výhodná díky jasným legislativní normám a standardům pro vytváření, vedení a sdílení zdravotnické dokumentace, stanovené tímto zákonem. Tyto pravidla vycházejí z ochrany osobních údajů, certifikace elektronických zdravotnických služeb a záruky poskytované státem (MZČR, 2018).

V současné době je již v platnosti Zákon č.325/2021 Sb. O elektronizaci zdravotnictví. Avšak zákon má postupnou účinnost, kdy první část je platná od 1.1. 2022 a plná účinnost je od 1.1. 2026. Zákon definuje elektronické zdravotnictví, zahrnující integrované datové rozhraní pro bezpečné sdílení informací mezi zúčastněnými stranami, místo vyvážení nového centrálního úložiště. Tím se zajišťuje jednotný přístup ke službám

elektronického zdravotnictví a sdílení informací. Zákon také zavádí nové identifikátory osob v elektronické zdravotnictví, nahrazující rodná čísla. Zároveň je krokem k usnadnění mezinárodní spolupráce mezi evropskými státy (MAŠKOVÁ, KUPCOVÁ 2022).

4.5 Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je písemný důkaz prokazující, že byly splněny autorizované a morální povinnosti sestry, aby byla péče zhodnocena. Zlepšuje výsledky pacientů, zvyšuje kvalitu a bezpečnost zdravotnických služeb, zajišťuje odpovědnost za praxi a usnadňuje komunikaci mezi různými zúčastněnými zdravotnickými partnery. Vedení ošetrovatelské dokumentace je rutinní událost, která by měla být prováděna několikrát během pracovního dne sestry a proto sestry tráví asi 37% svého celkového pracovního času psaním. Tento přístup má několik nevýhod, včetně ztraceného času, narušení péče o pacienty, lékařských chyb, ohrožení bezpečnosti pacientů, vyblednutí a nečitelnost papírové práce, vysoké míry fluktuace zaměstnanců, právních problémů a dalších faktorů. Vzhledem k rychlým změnám v informační technologii se zdravotnický průmysl aktivně snaží využívat elektronické zdravotní záznamy a její implementaci do ošetrovatelství. Realizace elektronizace ošetrovatelské dokumentace poskytuje ošetrovatelské aktivity, prostřednictvím kterých jsou data shromažďována, vyměňována, ukládána, extrahována a prezentována. Bylo dokonce zjištěno z výzkumů, že tato elektronizace vede ke kvalitnější, úplnější a pacientovi orientovanější dokumentaci, než ruční ošetrovatelská dokumentace. Avšak v současné době u nás ve většině případů přetrvává písemná forma (SHAFIEE, 2022).

4.5.1 Fotodokumentace

Hlavní výhodou fotodokumentace je její schopnost přesně, objektivně a věrně zaznamenávat skutečnosti a události týkající se pacientova zdravotního stavu. Může sloužit jako důkaz kvality poskytované ošetrovatelské péče a jako přehled o změnách v pacientově stavu. Fotodokumentace může také sloužit jako důkaz v soudních řízeních a jako výzkumný nástroj ve vzdělávacím prostředí. Pro využití fotodokumentace je důležité dodržovat stanovená pravidla a postupy, včetně technických, právních a etických norem, chránící práva a důstojnost pacienta. Použití fotoaparátu v mobilním telefonu je nevhodné kvůli nedostatečné kvalitě a riziku zneužití dat. Při fotodokumentaci je důležité dodržovat pravidla osvětlení, vzdálenosti, pozadí a zachycení různých úhlů pohledu. Každá fotografie by měla obsahovat identifikační údaje pacienta, datum a čas pořízení (VICÁŇOVÁ, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V elektronické dokumentaci ošetrovatelské péče v České republice lze pozorovat mnoho nedostatků, vyžadující pozornost a úpravy. Nejvýraznějším problémem je nedostatečná legislativa, zůstávající pozadu za současnými potřebami a nevytváří adekvátní rámec pro rozvoj elektronického zdravotnictví. Například v ní chybí jasná definice standardů zdravotnické informatiky, klíčových pro elektronickou zdravotnickou dokumentaci (ERNST, 2018). Dalším zásadním problémem je potenciální riziko zneužití osobních dat pacientů, což vyvolává obavy o důvěrnost a bezpečnost těchto údajů. (NÚKIB, 2020). Vysoké náklady spojené se zavedením nových systémů elektronické dokumentace představují další finanční překážku, obzvláště největší překážkou v rámci financování dle ředitelů nemocnic jsou časová razítka (MEDICAL TRIBUNE, 2019). Dalším zásadním aspektem je potřeba dostatečného technologického školení a dostupnosti časových zdrojů ze strany sester, aby byly schopny efektivně ovládat a využívat nové technologie v rámci elektronické ošetrovatelské dokumentace. Tato část bakalářské práce se zaměřuje na provedení průzkumu mezi sestrami, kde se analyzují jejich postoje k procesu elektronizace ošetrovatelské dokumentace v reálném provozu. Během tohoto výzkumu je kladen důraz na identifikaci vnímaných výhod a nevýhod tohoto přechodu. Na základě získaných poznatků a zjištění jsou poté formulována konkrétní opatření a návrhy na zlepšení, mající za cíl optimalizovat a efektivněji využívat elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Jaký dopad má elektronizace ošetrovatelské dokumentace?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jak vnímají staniční sestry elektronizaci ošetrovatelské dokumentace v praxi.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

1. Dílčí cíl: Popsat, jaké prvky zaznamenávají staniční sestry v rámci vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace.
 2. Dílčí cíl: Popsat jaké jsou výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace.
 3. Dílčí cíl: Popsat jaké jsou nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace.
 4. Dílčí cíl: Popsat jaké jsou návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester.
-
1. Výzkumná otázka: Jaké prvky zaznamenávají staniční sestry v rámci vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace?
 2. Výzkumná otázka: Jaké jsou výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace?
 3. Výzkumná otázka: Jaké jsou nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace?
 4. Výzkumná otázka: Jaké jsou návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester?

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

Pro výzkumnou část této práce byla zvolena kvalitativní metodologie. K získání dat bylo využito přímého dotazování participantů, při kterém byly použity formulované polostrukturované otázky ve formě rozhovoru. Rozhovor se skládal ze 17 polostrukturovaných otázek (viz příloha B). Data byla poté zpracována za pomoci otevřeného kódování.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Participantky, které se staly účastníky této studie, byly staniční sestry působící na interních odděleních v nemocnici vybraného kraje. Před zahájením sběru dat absolvovaly proces, během něhož poskytly písemný souhlas k nahrávání rozhovorů v digitální formě. Důležitým aspektem tohoto procesu bylo zachování anonymity participantů, kteří svou identitu neupřesnili. Samotné podepsané souhlasy nebyly přímo začleněny do textu bakalářské práce, avšak jsou k dispozici u autorky studie, aby byla zajištěna důvěrnost a anonymita všech zúčastněných osob.

Pro realizaci průzkumu byl získán informovaný souhlas odpovědného zaměstnance příslušného oddělení, který byl důkladně seznámen s cíli a metodikou této výzkumné práce. Souhlas byl vyjádřen prostřednictvím e-mailové a písemné komunikace, archivován u autorky práce a k dispozici pro případné ověření. Tento krok byl podniknut s cílem zajistit transparentnost, etický postup a respektování soukromí participantů v rámci průběhu studie.

7.3 Organizace výzkumu

V průběhu února a března 2024 probíhal průzkum, který začínal uváděním autorky studie, představením tématu a hlavních cílů. Trvání každého jednotlivého rozhovoru se pohybovalo v průměru okolo 20-25 minut. Po skončení každého rozhovoru autorka vřele poděkovala každé staniční sestře za její ochotu a spolupráci. Dále bylo každé staniční sestře zapojené do průzkumu detailně vysvětlen postup zpracování získaných dat a pokud měla zájem, byla ji nabídnuta další informace ohledně následného výzkumného procesu.

7.4 Zpracování dat

Po kompletním digitálním shromáždění veškerých informací a odpovědí byl celý materiál pečlivě přepsán do softwaru Microsoft Office Word 2019. Zpracovaná data byla následně systematicky kategorizována s podkategoriemi, aby byla usnadněna jejich analýza. Tento analytický proces byl prováděn formou otevřeného kódování. Pro lepší organizaci a srozumitelnost textu bylo participantkám přiděleny identifikační označení od P1 do P6.

Na základě výsledků průzkumu byla následně vytvořena schémata a grafické reprezentaci pomocí aplikace Diagrams.net. Tyto vizualizace pomáhají lépe porozumět datům a zároveň přispěly k jejich srozumitelnější prezentaci. Tento postup umožnil komplexní analýzu získaných informací a vytvoření strukturovaného a podrobného pohledu na zkoumanou problematiku.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části studie byly získávány informace od participantů týkající se jejich věku, pracovní pozice a zkušeností s používáním elektronické zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace. Dotazy číslo 1 až 3, které byly součástí rozhovorů, byly zaměřeny na konkrétní aspekty. Cílem této sekce bylo získat povědomí o charakteristikách participantů a jejich předchozí zkušenosti s elektronickými zdravotnickými systémy, což nám poskytne kontext pro další analýzu a interpretaci dat z průzkumu.

Participant 1 (dále jen P1): První dotazována je 33letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení. S elektronickou dokumentací pracuje již 14let.

Participant 2 (dále jen P2): Druhou participantkou, která byla dotazována je 46letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení. S elektronizací zdravotnické dokumentace se potýká cca 15let.

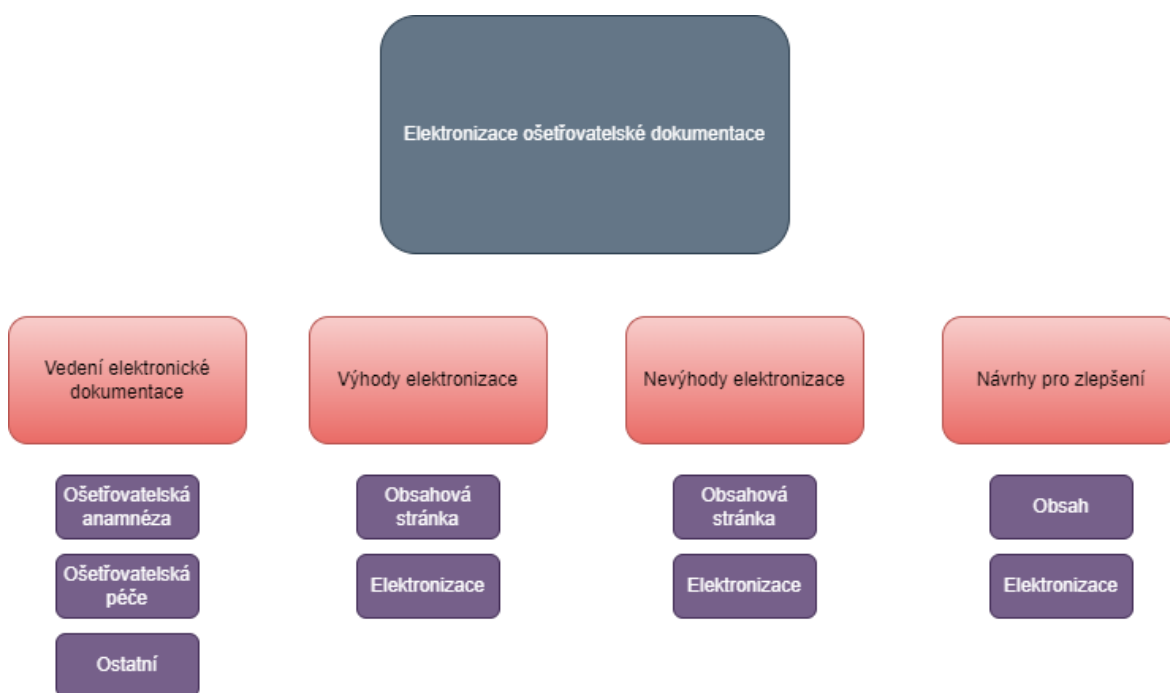
Participant 3 (dále jen P3): Třetí dotazována je 23letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení. Od svého nástupu na pracoviště se již potýkala s elektronickou zdravotnickou dokumentací, což je 5let.

Participant 4 (dále jen P4): Čtvrtou dotazovanou participantkou je 59letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení. S elektronickou dokumentací má praxi 2 roky.

Participant 5 (dále jen P5): Pátou dotazovanou participantkou je 42letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení. S elektronickou dokumentací pracuje 2 roky.

Participant 6 (dále jen P6): Šestou participantkou je 38letá všeobecná sestra na pozici staniční sestry na interním oddělení, příjmové ambulanci. S elektronickou dokumentací pracuje 8 let.

Pro lepší orientaci a úplnost v úvodu zde přikládám obecný přehled, který bude podrobněji popsán v této praktické části. Skládá se ze 4 kategorií a jejich podkategoriemi. Tento komplexní rámec slouží k poskytnutí základního vhledu do tématu (viz Schéma č.1).



8.1 Kategorie vedení elektronické dokumentace na interním oddělení

K 1. dílčímu cíli této bakalářské práce, **Popsat, jaké prvky zaznamenávají staniční sestry na interních oddělení v praxi, v rámci vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace**, byla stanovena výzkumná otázka č. 1 **Jak je vedena elektronická ošetrovatelská dokumentace na interním oddělení z pohledu staničních sester?** Pro získání relevantních informací odpovídajících první výzkumné otázce byly využity otázky č. 4 až 6 z rozhovoru. Tato kategorie byla dále rozdělena do tří podkategorií, aby lépe reflektovala specifické oblasti zkoumané problematiky.

8.1.1 Podkategorie ošetrovatelská anamnéza

Tato podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č. 4: **Jaké prvky zaznamenáváte v elektronické ošetrovatelské dokumentaci v rámci anamnézy?** Všechny z dotazovaných staničních sester (P1-P6) uvedly celkový stav pacienta a poté vyjmenovaly dané oblasti jako jsou alergie, kognitivní funkce, spánek a kompenzační pomůcky. P1 uvedla: „Zapisuji jak pacienta vnímáme my sestry, zakládáme ošetrovatelskou anamnézu.“. P5 vyjmenovala: „Zapisujeme do počítače alergie, kognitivní funkce, kompenzační pomůcky, spánek, návykové látky, sociální anamnézu.“ Tyto aspekty se opakovaly u všech dotazovaných, kdy P4 ještě dodala náboženství a s P5 se shodla na

sociální anamnéze. Dále se čtyři respondentky (P1, P2, P4, P5) shodlo na tom, že zapisují do elektronické anamnézy také návykové látky. Souhrn důležitých prvků zahrnutých v rámci anamnézy v ošetrovatelské dokumentaci v grafické reprezentaci (viz Schéma č.2).

8.1.2 Podkategorie ošetrovatelská péče

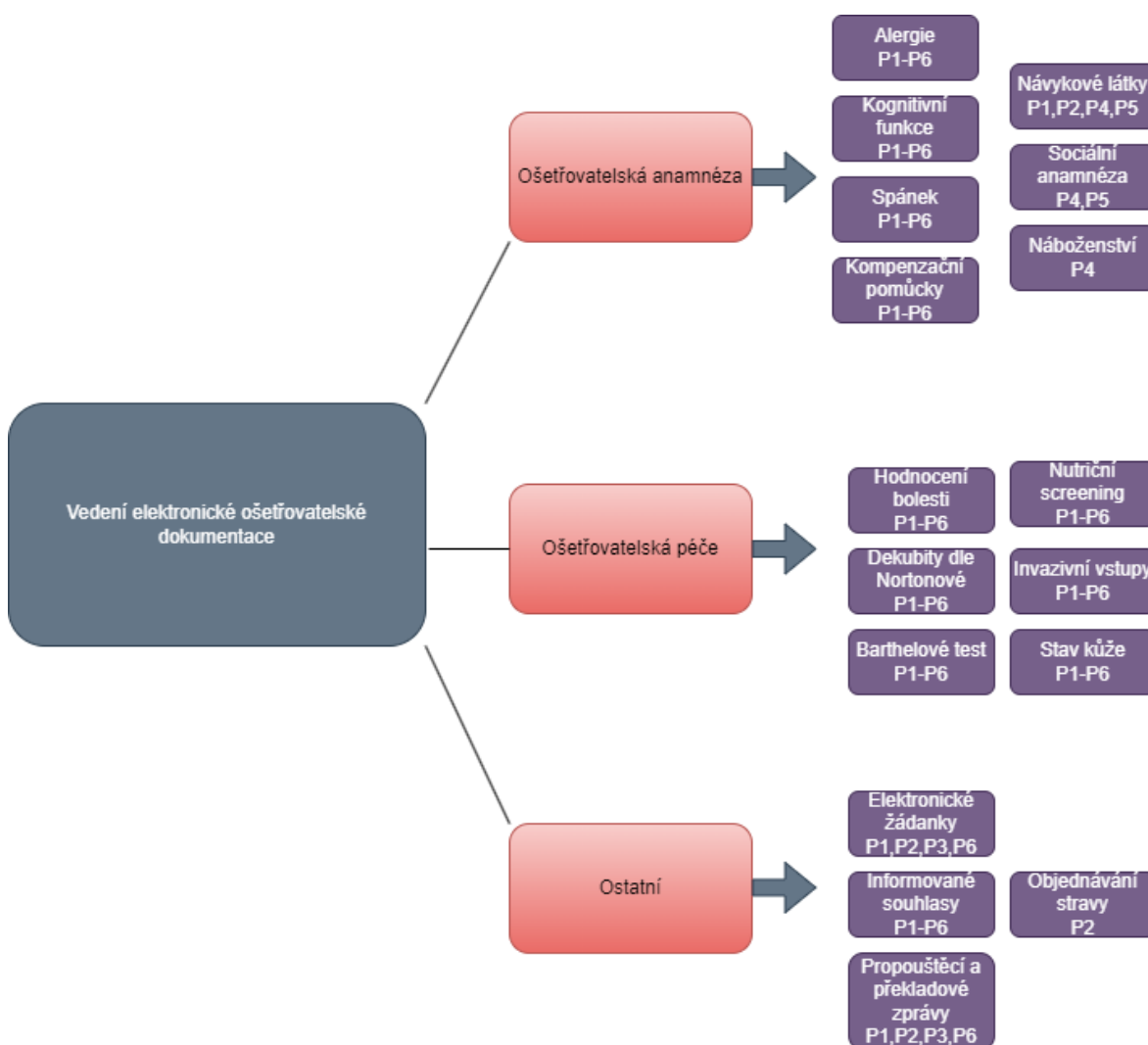
Druhá podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č. 5: **Jaké prvky zaznamenáváte v elektronické ošetrovatelské dokumentaci v rámci ošetrovatelské péče?** Všechny z dotazovaných participantek se v této podkategorii shodly, zmínily vyplňování dekubitů dle Nortonové a na invazivních vstupech. Stejně tak se shodly na Barthelové test základních všedních činností, kde P1 uvedla: *„Pomocí Barthelové test zjistíme soběstačnost pacienta a počítač nám sám vypočítá body.“*. Všechny respondentky se shodly na nutričním screeningu. P3 k tomu uvedla: *„Hodnotíme jak je schopen přijímat per os, nebo není-li za potřeby pacienta konzultovat s nutričním terapeutem.“* Všechny respondentky také doplnily, že pokud pacient trpí bolestí, zakládá protokol o bolesti a vyplní jej, v návaznosti k bolesti P1 uvedla co vše vyplňuje a jak často za směnu. Souhrn důležitých prvků zahrnutých v rámci ošetrovatelské péče v elektronické ošetrovatelské dokumentaci v grafické reprezentaci (viz Schéma č.2).

8.1.3 Podkategorie ostatní

Třetí podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č. 6: **Jaké jiné prvky zaznamenáváte v elektronické ošetrovatelské dokumentaci?** Všechny participantky se shodly na tisku informovaných souhlasů na vyšetření a k hospitalizaci. P2 dále uvedla objednávání stravy: *„Napadá mi objednávání stravy, tu děláme my sestry, objednáváme v počítači na celý den, přičemž můžeme diety kdykoliv změnit.“* Čtyři respondentky (P1, P2, P3, P6) uvedly vytváření elektronických žádanek. Tyto sestry se také shodly na vytváření propouštěcích a překládových ošetrovatelských zpráv. Souhrn podkategorie ostatní v elektronické ošetrovatelské dokumentaci v grafické reprezentaci (viz. Schéma č.2).

Schéma 2 Vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace

Zdroj: Autorka



8.2 Kategorie výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

K 2. dílčímu cíli této bakalářské práce, **Popsat, jaké jsou výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester na interních odděleních v praxi**, byla stanovena výzkumná otázka č. 2 **Jaké jsou výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester v praxi?** Pro získání relevantních informací odpovídajících druhé výzkumné otázce byly využity otázky č. 7 až 10 z rozhovoru. Tato kategorie byla dále rozdělena do dvou podkategorií, aby lépe reflektovala specifické oblasti zkoumané problematiky.

8.2.1 Podkategorie výhody obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace

Tato podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.7: **Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci obsahu?** Čtyři participantky (P2, P3, P4, P5) označily jako pozitivum elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci obsahu předpřipravené šablony a výběr možností, kdy P3 doplnila: *„Líbí se mi že jsou tam automatické odpovědi a samo to vypočítává dny, což je výhoda třeba u kanyl.“* Dvě participantky (P1, P5) vnímají jako výhodu v obsahu větší detailnost. P1 odpověděla: *„Vnímám výhodu zapisování dekubitů, kde je celkový popis s rozměry a sleduje se vývoj toho hojení.“* Souhrn výhod obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.3).

8.2.2 Podkategorie výhody elektronizace

Druhá podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.8: **Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské péče?** Na tuto otázku pět participantek (P1, P2, P4, P5, P6) odpovědělo, že výhodou v rámci poskytování ošetrovatelské péče vnímají čitelnost zápisů o ošetrovatelské péči. P2 ohledně čitelnosti odpověděla tímto: *„Je to stručné a jasné. Jde tam i hezky vidět jestli se pacient zlepšil nebo zhoršil.“* P1 také uvedla jako pozitivum uchovávání dat, odpověděla: *„Asi celková výhoda v obsahu je, že když potřebuju něco zjistit, kouknu do počítače a můžu zpětně několik dní, či roků se podívat, jak se průběh té nemoci a ošetrování probíhalo. Takže já tam vidím výhodu v tom že se mohu kdykoliv podívat a můžu kdykoliv tam něco dopsat, když třeba zapomenou.“* P3 uvedla jako výhodu elektronické ošetrovatelské dokumentace automatickou kontrolu. *„Výhodu vnímám v tom, že vás to samo upozorní na chyby, třeba když něco zapomenete, například převaz, nebo alergie.“* Souhrn výhod elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské péče v grafické reprezentaci (viz Obrázek č.3).

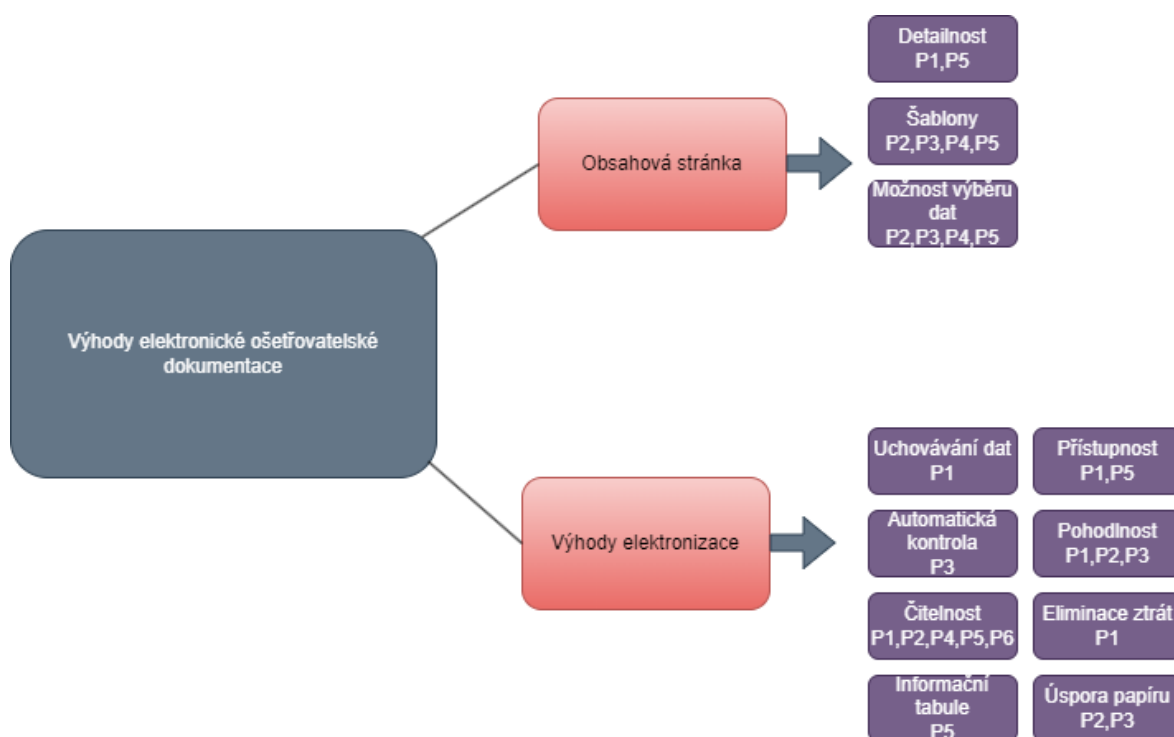
Zde je v rámci druhé podkategorie přehled odpovědí na otázku č.9: **Jaké další výhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace?** S odpovědí na tuto otázku se shodly tři participantky (P1, P2, P3) s pohodlností. P1 uvedla: *„Sestřičky nemusí ručně dlouze psát, takhle se člověk vypíše na klávesnici, je to takhle pohodlnější mi přijde.“* Dvě participantky (P1, P5) také dodaly jako výhodu přístupnost elektronické ošetrovatelské dokumentace, P1 uvedla: *„Je to krásně k dispozici, člověk nemusí hledat nebo čekat na dokumentaci, než ji přinese doktor a já se podívám a vím vše, i když nemám papíry u*

sebe.“ P5 doplnila komfortní možnost propojení systému s informační tabulí, uvedla: „Máme tady informační tabuli, která je propojená s tou anamnézou a informace se zobrazí na tabuli.“ Souhrn dalších výhod elektronické ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.3).

Zde je v rámci druhé podkategorie přehled odpovědí na otázku č.10: **Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti listinné ošetrovatelské dokumentaci?** Dvě participantky (P2, P3) uvedly úsporu papíru. P1 na tuto otázku zmínila eliminaci ztrát: „U tý listinný Vám kolikrát něco upadne a válí se to na zemi a už to nikdo nenajde.“ Souhrn výhod elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti listinné ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.3).

Schéma 3 Výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

Zdroj: Autorka



8.3 Kategorie nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

K 3. dílčímu cíli této bakalářské práce, **Popsat, jaké jsou nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester na interních odděleních v praxi**, byla stanovena výzkumná otázka č.3 **Jaké jsou nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu staničních sester v praxi?** Pro získání relevantních informací odpovídajících třetí výzkumné otázce byly využity otázky č.11 až

14 z rozhovoru. Tato kategorie byla dále rozdělena do dvou podkategorií, aby lépe reflektovala specifické oblasti zkoumané problematiky.

8.3.1 Podkategorie nevýhody obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace

První podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.11: **Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci obsahu?** Dvě participantky (P1, P2) vnímají jako obsahovou nevýhodu omezené odpovědi. P1 dodala: *„No když je tam předdefinovaný text a vy ho jen vyplňujete, tak ani jedna z možností není správná, pak se musím rozepisovat v poznámkách.“* P2 navázala: *„Někdy jsou tam prostě špatný možnosti a nelze vybrat žádnou.“* P3 na tuto otázku odpověděla, že nevýhodou elektronické ošetrovatelské dokumentace je její žádání o kompletní vyplnění všech informací, jinak ji nelze uložit. Dvě participantky (P4, P5) uvedly jako nevýhodu v obsahu její přílišnou detailnost, P5 řekla: *„Někdy je možná podrobná až moc.“* P4 v rámci detailnosti odpověděla: *„Když zadáváme dekubity, tak se s tím musí člověk trošku poprat.“* Souhrn nevýhod obsahové stránky elektronické ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.4).

8.3.2 Podkategorie nevýhody elektronizace

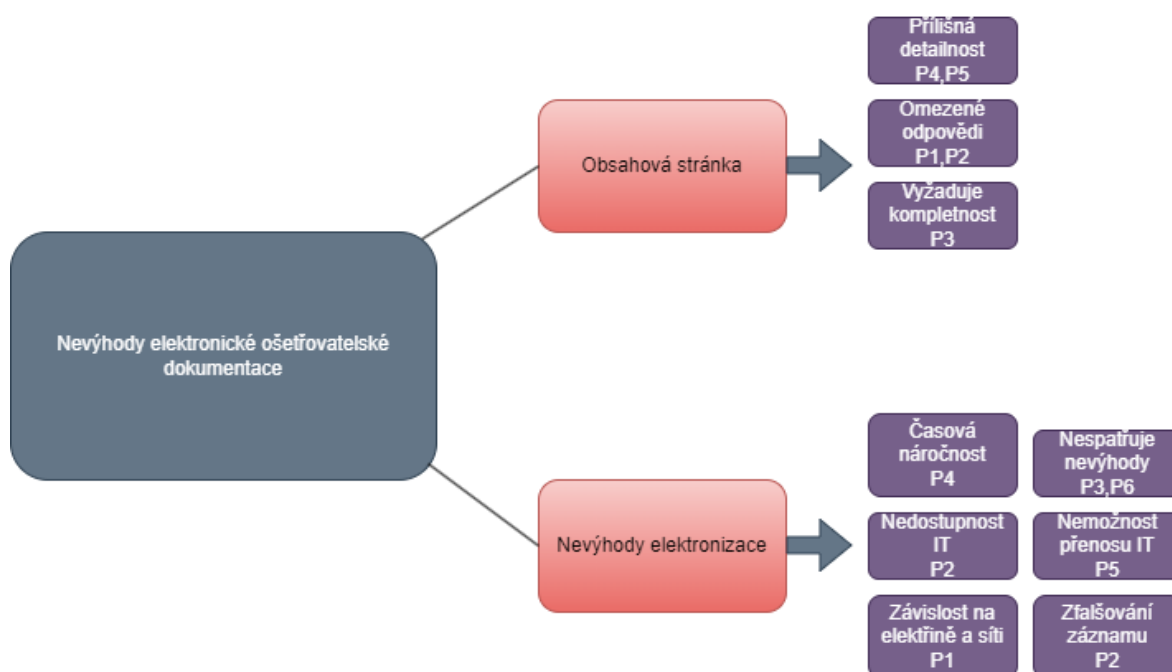
Druhá podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.12: **Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské péče?** Participantka P5 udává jako nevýhodu nemožnost přenosu IT, uvedla: *„Pacienta nemohu vzít k počítači, takže musím stejně s papírem za pacientem a pak zpátky k počítači a tam to doplnit.“* Participantka P4 vnímá jako nevýhodu elektronizace časovou náročnost záznamů, odpověděla: *„Zdržuje to, protože to musíte naklikat a pak stejně napsat v listinné formě.“* Souhrn nevýhod elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.4).

Zde se nachází přehled odpovědí na otázku č.13: **Jaké další nevýhody vnímáte u elektronické ošetrovatelské dokumentace?** V polorozhovoru se P1 k této otázce vyjádřila, že jako další nevýhodu vnímá závislost elektronické ošetrovatelské dokumentace na elektřině a síti. *„Pokud je výpadek, tak to je konečná.“* P2 zmínila nedostupnost informačních technologií. Uvedla: *„My tu máme dva počítače a když přijde doktor a ještě konzultační doktor, tak nemám možnost se k tomu počítači dostat.“* Participantky (P3, P6) nespatřují další nevýhody. Souhrn dalších nevýhod elektronické ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.4).

Zde je přehled odpovědí na otázku č.14: **Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace oproti listinné ošetřovatelské dokumentaci?** Participantka P1 uvedla, že preferuje možnost mít obojí, jak elektronickou ošetřovatelskou dokumentaci, tak listinnou. P2 na tuto otázku zmínila možnost zfalšování záznamu. „*Myslím si, že asi není úplně dobře, že se do toho člověk může zpětně dostat a opravit to. Člověk to může zfalšovat a nic se neděje.*“ Souhrn nevýhod elektronické ošetřovatelské dokumentace oproti listinné v grafické reprezentaci (viz Schéma č.4).

Schéma 4 Nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace

Zdroj: Autorka



8.4 Kategorie návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské dokumentace

K 4. dílčímu cíli této bakalářské práce, **Popsat, jaké jsou návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské dokumentace z pohledu staničních sester na interních odděleních v praxi**, byla stanovena výzkumná otázka č.4 **Jaké jsou návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské dokumentace z pohledu staničních sester v praxi?** Pro získání relevantních informací odpovídajících čtvrté výzkumné otázce byly využity otázky č.15 až 17 z rozhovoru. Tato kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií, aby lépe reflektovala specifické oblasti zkoumané problematiky.

8.4.1 Podkategorie návrhy pro zlepšení kvality obsahu elektronické ošetrovatelské dokumentace

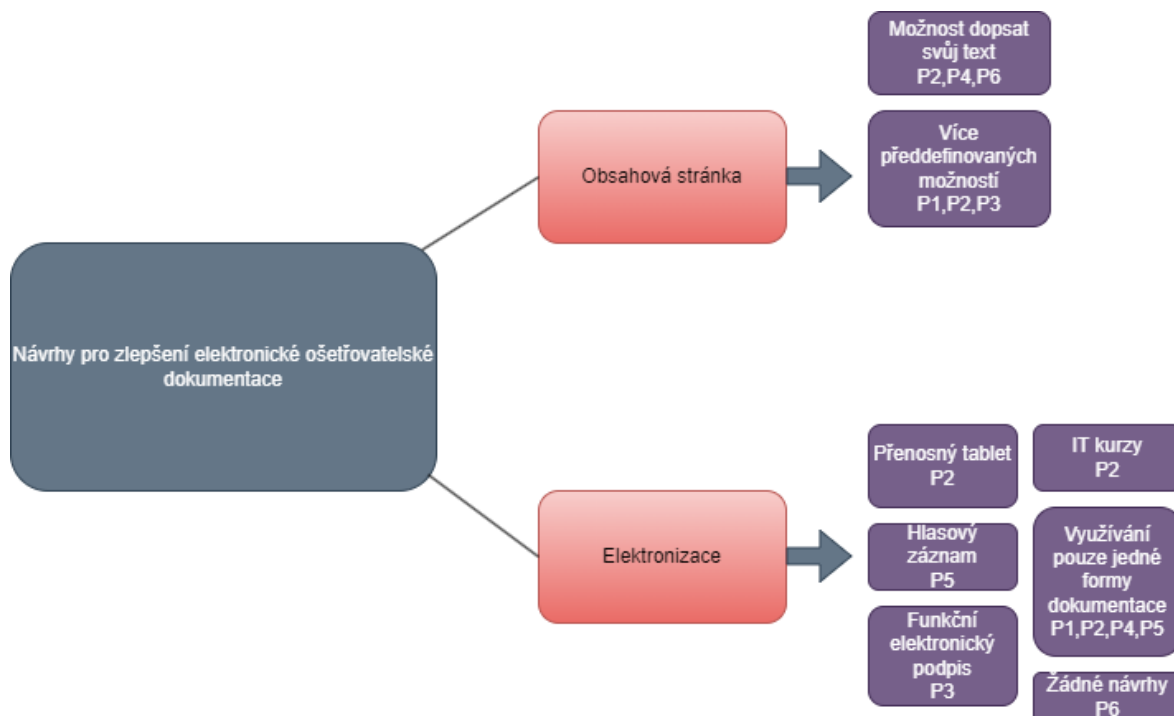
Tato podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.15: **Jaké jsou Vaše návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci obsahu?** Tři participantky (P1, P2, P3) mají návrh většího výběru možností, zaznamenávaných do dokumentace. P2 odpověděla: *„Asi větší výběr těch předdefinovaných možností.“* P1 odpověděla téměř stejným návrhem: *„Větší možnosti výběru. U vědomí nemám třeba možnost dopsat občasnou zmatenost, porušené vědomí. U nutrice mi chybí třeba možnost chce jíst, ale nemůže.“* Tři participantky (P2, P4, P6) uvedly jako možnost zlepšení obsahové stránky pomocí možnosti dopsat svůj vlastní text, P4 uvedla: *„Aby tam šlo dopisovat z naší strany, třeba u těch dekubitů.“* Souhrn dalších návrhů pro zlepšení kvality obsahu elektronické ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.5).

8.4.2 Podkategorie návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci elektronizace

Druhá podkategorie poskytuje přehled odpovědí na otázku č.16: **Jaké jsou Vaše návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské péče?** P2 jako návrh zmínila možnost přenosného tabletu, který si lze vzít k lůžku a zapisovat informace u pacienta. Její návrh zněl: *„Asi by se mi líbila možnost tabletů, jako mají záchranáři, pokud by se to hned přeneslo do počítače. Často než dojdu k počítači, tak to zapomenu.“* P5 odpověděla žádostí o hlasový záznam, uvedla: *„Mně by se líbil hlasový záznam, který by se rovnou překládal do textové podoby.“* P3 na tuto otázku odpověděla s návrhem ohledně elektronického podpisu. Používaný elektronický systém, který používají na pracovišti, nemá zavedený kvalifikovaný elektronický podpis. P3 doplnila: *„Náš program nemá elektronický podpis, co se týká ošetrovatelské péče, takhle to musíme vyplnit, vytisknout a podepsat, strašně to zdržuje.“* Čtyři participantky (P1, P2, P4, P5) by vnímaly jako velké zlepšení používání pouze jedné formy dokumentace, kvůli archivaci a nedostatečné elektronizaci musí vyplňovat stejný formulář jak listinnou formou, tak elektronickou, P5 uvedla: *„Kdyby se to nemuselo tisknout, podepisovat a zakládat, člověk něco zapomene zadat do počítače, ale do listinné to napsal a pak už se tyto dvě formy liší.“* Souhrn návrhů pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace v rámci ošetrovatelské péče v grafické reprezentaci (viz Schéma č.5).

Tato část poskytuje přehled odpovědí na otázku č.17: **Jaké jsou Vaše další návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetrovatelské dokumentace?** P6 nemá již žádné návrhy. P2 uvedla možnost kurzů pro nové či starší sestry, které nejsou s elektronizací úplně seznámeny. „*Asi bych uvítala nějaké kurzy pro správnou manipulaci a vyplňování do počítače.*“ Souhrn dalších návrhů pro zlepšení kvality elektronizace ošetrovatelské dokumentace v grafické reprezentaci (viz Schéma č.5).

Schéma 5 Návrhy pro zlepšení elektronické ošetrovatelské dokumentace Zdroj: Autorka



DISKUZE

Průzkumná fáze v rámci bakalářské práce se soustředila na analýzu elektronické ošetrovatelské dokumentace ze strany staničních sester, působících na interních odděleních v určeném kraji. V první části výzkumu byl kladen důraz na samotné vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Respondenti autorky Včelové (2012) uvedli, že mají zkušenost s používáním elektronické formy ošetrovatelské dokumentace. Podobně i respondenti této bakalářské práce, konkrétně participantky P1 a P2, se s elektronickou formou dokumentace setkaly v praxi již po dobu 15 let. Tento fakt naznačuje, že elektronizace zdravotní dokumentace zůstává aktuálním tématem a většina zdravotnického personálu má s touto technologií již zkušenosti. Tuto aktuálnost implementování informačních technologií ve zdravotnictví také potvrzuje publikace od Ardielli (2021).

V oblasti vedení ošetrovatelské dokumentaci podle publikace Mastiliakové (2014) by měly být v ošetrovatelské anamnéze obsaženy informace týkající se široké škály aspektů, včetně fyzického zdraví, stravovacích návyků, úrovně aktivity, spánku, duševního stavu, vnímání sebe sama, sociálních rolí, sexuálního života, zvládnání stresu a náboženských přesvědčení. Kromě sexuálního života a zvládnání stresu všechny participantky v této práci tyto informace v elektronické dokumentaci uvádí, včetně doplňujících informací, jako jsou kompenzační pomůcky a návykové látky. Nejfrekventovanějšími jsou hodnotící škály.

Z výsledků průzkumného šetření vyplývá, že v oblasti pozitiv elektronické ošetrovatelské dokumentace jsou participantky přesvědčeny o výhodách používání šablon a již připraveného výběru dat. Tato zjištění naznačují, že participantkám přináší elektronická ošetrovatelská dokumentace užitek prostřednictvím standardizovaných forem a předdefinovaných možností zaznamenávání dat, i přes jejich návrhy pro možnost doplnění vlastního textu. Dle jedné respondentky u autorky Křeválkové (2022), která uvádí že pomocí posloupnosti a jednoduchosti vyplňování dokumentace není možné na nic zapomenout. Lze spekulovat o výhodě těchto šablon i v rámci jiného zdravotního týmu.

Participantky tohoto výzkumu identifikují hlavní výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace zejména v oblasti snadné čitelnosti dokumentace. Téměř všechny dotazované participantky zdůrazňují, že nesprávně čitelné zápisy v

listinných lékařských ordinacích mohou vést k chybám, nedorozuměním nebo dokonce k přehlédnutí důležitých informací, což může zpomalit proces péče a ovlivnit kvalitu poskytovaných služeb. Porušení čitelnosti zmiňuje také autorka publikace Kudlová (2016).

V rámci identifikace negativních aspektů elektronické ošetrovatelské dokumentace v této bakalářské práci se jako nejvýraznější nevýhoda jeví opakované zdvojování záznamů kvůli archivaci a omezené přenosnosti informačních technologií. Tento problém byl zdůrazněn i v pracích jiných autorů, jako je Bohmová (2019). Tím je naznačeno, že i přes pokrok v elektronizaci dokumentace stále přetrvávají určité problémy spojené s duplikací dat a omezenou přenosností informací. K této nevýhodě dvě participantky navrhly dvě alternativy, P2 navrhla použití tabletu jako přenosný informační systém, toto řešení ale v rozhovoru P5 jevila jako negativní a spíše by preferovala hlasový záznam, který by informace převedl do textové formy a sám se zapsal do systému.

V poslední části průzkumného šetření návrhů pro zlepšení elektronizace ošetrovatelské dokumentace uvedla P2 ve svých návrzích pro zlepšení poskytnutí IT kurzů, což je doporučení, které lze naplnit prostřednictvím oficiálních i jiných informačních zdrojů, využívající nemocniční informační systémy. Tyto zdroje jako například hlavní stránky Medicalc (2023) poskytují rozmanité kurzy zaměřené na manipulaci s jejich systémy, což může napomoci personálu získat potřebné dovednosti pro efektivní práci s elektronickou dokumentací a zlepšení celkového procesu péče o pacienty.

Považují za zajímavé zjištění, že v průzkumné části této práce nebyla zmínka o využití fotodokumentace, zatímco autorka Vicáňová (2017) zdůrazňuje fotodokumentaci jako klíčovou výhodu elektronické dokumentace, sloužící nejen pro účely vzdělávací, ale i soudní. Tento rozpor naznačuje, že možnosti fotodokumentace v rámci elektronické dokumentace zůstávají nedostatečně zkoumány nebo využívány, ačkoliv mají potenciál poskytnout další rozšíření informačního záznamu a rozšířit jeho využití pro různé účely.

LIMITY VÝZKUMU

Jako omezení mé bakalářské práce považuji skutečnost, že není možné plně zobecnit výsledky z důvodu relativně malého počtu participantů a rozmanitosti jejich věkových skupin. Tato variabilita v respondentech může ovlivnit výsledky studie a brání v jejich širším uplatnění na celkovou populaci sester. Aby se zajistila větší reprezentativnost výzkumu, mohlo by být v budoucí práci vhodné rozšířit vzorek participantů a zajistit vyváženější zastoupení různých věkových skupin. Takový přístup by mohl vést k robustnějším a obecnějším závěrům.

Dalším omezením mé bakalářské práce může být potenciální neochota některých participantů k účasti na rozhovoru, což by mohlo znamenat nemožnost realizovat plánovanou výzkumnou část práce. Tento aspekt může být problematický, protože nedostatečná účast participantů může vést k omezení rozsahu dat a následně snížit věrohodnost výsledků. Je třeba brát v úvahu, že individuální faktory, jako je časová dostupnost, komfort s tématem rozhovoru nebo obavy z anonymity, mohou ovlivnit ochotu účastnit se výzkumu. Pro minimalizaci tohoto omezení by bylo vhodné použít strategie motivace participantů a zajištění dostatečné komunikace a důvěry, což by mohlo zvýšit pravděpodobnost účasti a tím i kvalitu získaných dat.

Následným limitem mé bakalářské práce je omezení výběru pouze na jednu specifickou skupinu sester, konkrétně staniční sestry na interním oddělení. Tímto zúžením vzorku nelze přesně reprezentovat celkovou populaci sester, což může vést k zkreslení výsledků mé práce. Toto výběrové zkreslení může ovlivnit celkovou validitu a spolehlivost výsledků, protože jedna konkrétní skupina nemusí plně zastupovat různorodost a rozmanitost ve zkušenostech a perspektivách sester jako celku.

Nakonec bych chtěla zdůraznit časové omezení, které vnímám jako další limitaci mé bakalářské práce. Problematická oblast elektronizace dokumentace se v dnešní době neustále vyvíjí a to jak v reakci na změny v zákonech, tak v souvislosti s rozvojem nových softwarů a informačních technologií. Vzhledem k této dynamice je důležité si uvědomit, že výsledky mého výzkumu mohou být pouze relevantní v daném časovém okamžiku a nemusí zohledňovat budoucí trendy či změny. Proto by bylo vhodné provést opakované šetření v budoucnosti, aby se sledovalo, jak se problematika elektronické dokumentace vyvíjí a jaké nové výzvy, nebo možnosti se objevují. Tímto způsobem by se mohlo lépe

porozumět dlouhodobému dopadu elektronizace na práci zdravotnického personálu a lépe se připravit na budoucí potřeby a požadavky v této oblasti.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Moje doporučení pro pokrok v oblasti elektronizace ošetrovatelské dokumentace zahrnuje několik klíčových opatření:

- Zabezpečit adekvátní počet výkonných výpočetních zařízení a zvážit možnost nasazení tabletů s cílem zlepšit manipulaci v terénu sester a efektivnější sběr dat od pacientů.
- Zabezpečení adekvátního a sjednoceného vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti používání elektronické ošetrovatelské dokumentace. Vhodná by byla nabídka široké škály seminářů či školení, která poslouží k posílení jejich porozumění informačních technologií. Takové aktivity nejenže podpoří efektivnější využití systémů, ale také pomohou zdravotníkům lépe porozumět a využívat moderní technologie v jejich pracovním prostředí.
- Bylo by prospěšné, rozšířit funkcionalitu systému tak, aby umožňoval zdravotním sestřám zapisovat více variant, nebo přidávat vlastní text do elektronické dokumentace. Tímto by se předešlo nesprávným zápisům a nesrovnalostem mezi jinými zápisy sester u stejného pacienta.
- Dále by se měla věnovat pozornost zlepšení přehlednosti programu a poskytnout sestřám možnost naučit se v rámci informačních technologií, jak si systém přizpůsobit svým individuálním preferencím. Tato úprava by přinesla výhody v podobě lepší flexibility a efektivity v práci zdravotní sestry.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na aktuální problémy spojené s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací. I když je téma bakalářské práce považováno za aktuální, stále existují nedostatky, které je třeba vyřešit.

Teoretická část práce je strukturována do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá představením zdravotnické dokumentace, zahrnuje historický vývoj, definici tohoto typu dokumentace, právní předpisy týkající se jejího vedení, různé formy dokumentace, postupy pro uchovávání a likvidaci dokumentů. Dále popisuje problematiku související s GDPR a audity. Druhá část této práce se zaměřuje na ošetrovatelskou dokumentaci a způsoby jejího vedení, zahrnující formuláře používané sestrami v praxi. Třetí kapitola se zabývá ošetrovatelským procesem, jeho definicí a jednotlivými fázemi, včetně podrobné klasifikace NANDA. Poslední část této práce je věnována elektronizaci dokumentace, přehledu nemocničních informačních systémů, konceptu eHealth v České republice a problematice kyberbezpečnosti v souvislosti s elektronickou zdravotnickou dokumentací. V praktické části bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda průzkumu, konkrétně polostrukturované rozhovory se staničními sestrami působícími na interním oddělení vybraného kraje. Každý rozhovor měl 17 otázek, jejichž výsledky byly analyzovány a prezentovány ve formě schémat, k usnadnění jejich interpretaci. Praktická část byla strukturována do čtyř hlavních kategorií. První kategorie analyzovala prvky zaznamenávané při vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace. Druhá kategorie zkoumala výhody elektronického dokumentování ošetrovatelské péče, zatímco třetí kategorie se zaměřovala na nevýhody. V poslední části byla zjišťována doporučení staničních sester týkající se možných zlepšení v oblasti elektronizace ošetrovatelské dokumentace. Výsledky průzkumného šetření naznačují, že přechod na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace přináší s sebou několik výzev, s nimiž se sestry potýkají, i přesto, že byly zjištěny různé výhody této formy. Je patrné, že přestože elektronizace nabízí možnosti zlepšení, ne všechny aspekty této změny jsou jednoduše implementovatelné a přijatelné pro všechny zúčastněné. Nicméně, je zřejmé, že realizace navržených opatření by mohla sehrát klíčovou roli při překonávání těchto výzev a posunout elektronizaci ošetrovatelské dokumentace vpřed. Všechny stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

AION CS. *Vyhláška č.64/2007 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č.385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.* Online. Zákony pro lidi, 2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-64/zneni-20070401>. [citováno 2023 10-30].

AION CS. *Vyhláška č.98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci.* Online. Zákony pro lidi, 2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>. [citováno 2023 10-15].

AION CS. *Zákon č.372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).* Online. Zákony pro lidi, 2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/nabidka/cs/2011-372/zneni-20120401>. [citováno 2023 10-13].

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Principles of nursing documentation.* Online. Silver Spring, MD: American Nurses Association, 2010. ISBN: 978-1-55810-284-2. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/>. [citováno 2024 03-09].

ANSSOFT Incorporation Pvt. Ltd. *Health Pro.* Online. 2023. Dostupné z: <https://anssoftinc.com.np/portfolio/health-pro/>. [citováno 2024 01-13].

ARDIELLI, Eva. *eHealth in the European Union-comparative study.* Online. ACC Journal, Issue B, Science of Economics, 2020, vol.26, no.2, s.1-18. ISSN 1803-9782. [citováno 2024 03-02].

ARDIELLI, Eva. *Use of eHealth Tools by Primary Care Physicians According to the Provided Healthcare in the Czech Republic.* Online. Scipap, 2021, roč.29, s.1-2. Dostupné z: <https://editorial.upce.cz/1804-8048/29/3/1336>. [citováno 2023 12-01].

ČAS. *Vedení ošetrovatelské dokumentace.* Online. Česká asociace sester, Praha. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>. [citováno 2024 02-18].

ČR, ÚZIS. *GDPR ve zdravotnictví.* Online. 2017. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas--ochrana-osobnich-udaju--gdpr-ve-zdravotnictvi>. [citováno 2024 03-01].

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO AKREDITACI VE ZDRAVOTNICTVÍ. *Externí hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.csaz.cz/nase-sluzby/kvalita-a-bezpeci/>. [citováno 2024 03-02].

DALIANIS, Herkules. *The history of the Patient Record and the Paper Record*. Clinical Text mining, Cham: Springer, 2018, s.5-12. ISBN 978-3-319-78502-8.

ERNST YOUNG, s.r.o. *Analýza současného stavu elektronizace zdravotnictví*. Online. MZČR, 2018. Dostupné z: https://ncez.mzcr.cz/sites/default/files/media-documents/Analýza_soucasneho_stavu_eHealth.pdf. [citováno 2024 03-06].

ERNSTMAYER, Kimberly; CHRISTMAN, Elizabeth. *Nursing Fundamentals*. Online. XanEdu Publishing, Inc, 2021. ISBN: 9781734914146 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591823/>. [citováno 2024 02-14].

FORTUNE, Marie. *Confidentiality and Mandatory Reporting: A Clergy Dilemma?* Online. FaithTrust Institute, 2014. Dostupné z: <https://www.faithtrustinstitute.org/resources/articles>. [citováno 2024 02-13].

HUDÁČKOVÁ, Andrea. *Dokumentace ošetrovatelské péče*. In: *TÓTHOVÁ, Valérie et al. Ošetrovatelský proces a jeho realizace*, 2. aktualiz. Vyd. Praha: Triton, 2014, s. 135-144. ISBN 978-80-7387-785-9.

HUT-MOSSEL, Lisanne; AHAUS, Kees; WELKER, Gera; GANS, Rijk. *Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review*. Online. PloS ONE vol. 16, no .3, 2021. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248677>. [citováno 2024 03-02].

ICZ a.s. *Nemocniční informační systém ICZ AMIS HD*. Online. Praha: 2023. Dostupné z: <https://www.iczgroup.com/produkty-a-sluzby/zdravotnictvi/nemocnicni-informacni-system/>. [citováno 2024 03-02].

IS MUNI. *Ošetrovatelská dokumentace*. Online. 2020. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2020/BZOE0121p/um/10_ose_dokum.pdf?lang=en;stahnout=1;dk=c41W4tIB. [citováno 2024 03-02].

IS MUNI. *Ošetrovatelská dokumentace*. Online. 2016. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/14_-_Osetrovatelska_dokumentace.pdf. [citováno 2024 03-02].

JIRKOVSKÝ, Daniel a kol. *Ošetrovatelské postupy a intervence- učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Online. FN MOTOL, Praha: 2012. ISBN: 978-80-87347-13-3. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/files/page/files/2016/inouceb.pdf>. [citováno 2024 03-02].

KOFRÁNEK, Jiří; FELIX, Ondřej; POLÁK, Jiří. *Jak informatizovat zdravotnictví a nevytvořit přitom velkého bratra*. Online. Praha: 2015. Dostupné z: https://creativeconnections.cz/medsoft/2013/Medsoft_2013_Kofranek.pdf. [citováno 2024 02-18].

KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Nakladatelství UTB, 2016, 1.vyd., s.131. ISBN 978-80-7454-600-6.

LAUREN, Kassell. *Casebooks in Early Modern England: Medicine, Astrology and written Record. Bulletin of the History of Medicine*. Online. Johns Hopkins University Press: 2014, vol. 1, s. 595-625. ISSN: 0007-5140. Dostupné z: <http://muse.jhu.edu/journals/bhm/>. [citováno 2023 10-15].

MACH, Jan. *Lékař a právo*. Praha: GRADA, 2010, s. 320. ISBN 978-80-247-3683-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA, 2014, vyd. 1., s. 192. ISBN 978-80-247-5376-8.

MAŠKOVÁ, Monika; KUPCOVÁ, Kristýna. *Zákon o elektronizaci zdravotnictví*. Online. EPRAVO.CZ, 2022. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/zakon-o-elektronizaci-zdravotnictvi-114665.html>. [citováno 2024 02-18].

MEDICAL TRIBUNE. *eHealth s nejasnými náklady*. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/ehealth-s-nejasnymi-naklady/>. [citováno 2024 03-06].

MEDICALC Software, s.r.o. *Medicalc Software*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.medicalc.cz/cs#home>. [citováno 2024 01-13].

Mgr. STRNADOVÁ, Alice; MBA et al. *Koncepce ošetrovatelství*. Online. MZČR, 2021. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf. [citováno 2024 03-02].

MZČR. *Kybernetická příručka pro lékaře, 10+1 kroků k ochraně ordinace*. Online. Praha: 2023. Dostupné z: <https://ncez.mzcr.cz/cs/kyberneticka-bezpecnost/metodika-kyberneticke-bezpecnosti>. [citováno 2024 03-15].

MZČR, Národní zdravotnický informační portál. *Zdravotnická dokumentace*. Online. Praha:2023. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1074-zdravotnicka-dokumentace>. [citováno 2023 01-16].

NEZMAR, Luděk. *GDPR: Praktický průvodce implementací*. Praha: GRADA, 2017. ISBN: 978-80-271-0668-4.

NIKEZ. *Hodnocení kvality*. Online. MZČR, 2023. Dostupné z: <https://nikez.mzcr.cz/cs/hodnoceni-kvality/>. [citováno 2024 03-02].

NÚKIB. *Varování před hrozbou kybernetických útoků na nemocnice a jiné významné cíle ČR*. Online. 2020. Dostupné z: <https://nukib.gov.cz/cs/infoservis/aktuality/1425-hrozba-kybernetickyh-utoku-na-nemocnice-a-jine-vyznamne-cile-cr/>. [citováno 2024 02-20].

PhDr. VACKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace*. Online. 2014. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickyh-konferencnich-abstrakt/oseetrovatelska-dokumentace/>. [citováno 2024 03-02].

POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: GRADA, 2010, s. 2223. ISBN: 978-80-247-2358-7.

PURKERT, Jan. *Elektronická forma zdravotnické dokumentace*. Online. STAPRO, 2016. Dostupné z: <https://www.stapro.cz/elektronicka-forma-zdravotnicke-dokumentace/>. [citováno 2024 02-22].

RNDr. PODSTATOVÁ, Renata, MBA; MUDR. Mgr. Ing. CHOCHOLÁČ, Dalimil, Ph.D., MBA, LL.M.; Doc. MUDr. FILKA, Jozef, Ph.D. *Hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. Online. ČSAZ, 2023. Dostupné z: <https://www.csaz.cz/wp->

content/uploads/2023/11/FINAL-Hodnotici-standardy-kvality-a-bezpeci-2023.pdf.

[citováno 2024 03-02].

SHAFIEE, Mohsen et al. MBC Nursing. *Development and evaluation of an electronic nursing documentation system*. Online. SpringerLink, 2022. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00790-1> . [citováno 2024 01-16].

STAPRO s.r.o. *Informace v ceně života*. Online. 2015. Dostupné z: <https://www.stapro.cz/>. [citováno 2024 01-14].

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav; VOJTEK, Petr; TESKA ARNOŠTOVÁ, Lenka. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C.H.Beck, 2016, s. 289. ISBN: 978-80-7400-619.

SYSEL, Dušan; BELEJOVÁ, Hana; MASÁR, Oto. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011, s. 280. ISBN: 978-80-263-0001-4

TONEY-BUTLER, Tammy J.; THAYER, Jennifer M. *Nursing Process*. Online. StatPearls, 2023. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763112/>. [citováno 2024 02-19].

TOVAL, Ambrosio et al. *Security and privacy in electronic health records: A systematic literature review*. *Journal of Biomedical Informatics*. Online. Murcia: 2013. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046412001864>. [citováno 2024 02-17].

VICÁŇOVÁ, Michaela; IŽOVÁ, Marcela. *Význam fotodokumentácie v práci sestry*. Vědecko-odborný časopis Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Rožomberku, 2017, roč. 9., č. 2.

VONDRÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. Praha: GRADA, 2008, vyd. 1. ISBN: 978-80-247-2763-9

VOROŠOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ Andrea; ARCHALOUSOVÁ Alexandra. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: GRADA, 2015, vyd. 1. ISBN: 978-80-247-5304-1.

VOROŠOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ, Andrea. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: GRADA, 2015, vyd. 1. ISBN: 978-80-247-5538-0.

VÝZNAM, *Forma a druhy zdravotnické dokumentace*. Online. 2023. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/vyznam-formy-a-druhy-zdravotnicke-dokumentace>. [citováno 2023 10-25].

VZP ČR. *Doba uchování a likvidace zdravotnické dokumentace*. Online. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2023. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/doba-uchovani-a-likvidace-zdravotnicke-dokumentace>. [citováno 2023 12-03].

WAYNE, Gil BSN, R.N. *The nursing process: A comprehensive Guide*. Online. Nurseslabs, 2023. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/nursing-process/#h-4-implementation-putting-the-plan-into-action>. [citováno 2024 02-17].

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY. *Úplné znění zdravotních služeb, změny zákonů a vyhlášek od 1.1. 2022*. Praha: Nakladatelství Sagit, 2022, vyd. 1. ISBN: 978-80-7488-575-4.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A, Ukázka rešeržního protokolu

Příloha B, Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha C, Informovaný souhlas respondentů

Příloha D, Hodnocení rizika dekubitů dle stupnice Nortonové

Příloha E, Barthelové test

PŘÍLOHY

Příloha A, Ukázka rešeržního protokolu



Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 91/2022
Počet záznamů: 28

Elektronizace ošetrovatelské dokumentace v rámci zvyšování kvality poskytované péče

Vypracoval/a: Jitka Hausteinová
prosinec 2022

Úvod

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na oddíly Knihy a Články a stati. V případě, že je dokument online, záznam obsahuje odkaz na plný text. V oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit, a/nebo odkazy na plné texty dostupné online. V elektronické podobě rešerše obsahuje tučně podtržené texty s odkazy do katalogů knihoven, zejména SVK PK.

Časové vymezení: 2012–2022

Jazykové vymezení: čeština, angličtina, slovenština

Použité informační zdroje:

ANL: výběr článků v českých novinách, časopisech a sbornících [online databáze]. Praha: Národní knihovna České republiky, 1991– [vid. 2022-12-09]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=find-b-0&local_base=anl.

Bibliographia medica Českoslovasca [online databáze]. Praha: Národní lékařská knihovna [vid. 2022-12-09]. Databáze v systému DaWinci-Medvik. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc>.

Dokumenty SVK PK [online databáze]. Plzeň: Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, 2000– [vid. 2022-12-09]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: <https://aleph.svkpk.cz>.

EBSCOhost [online databáze]. Ipswich (MA): Ebsco Information Services [vid. 2022-12-09]. Dostupné v licenci z: <https://bit.ly/2I77OQH>.

Knihovny.cz [online databáze]. Moravská zemská knihovna, 2015– [vid. 2022-2022-12-09]. Dostupné z: <https://www.knihovny.cz>.

Kramerius: Národní digitální knihovna [online]. Praha: Národní knihovna České republiky [vid. 2022-12-09]. Dostupné z: <https://ndk.cz/>.

ProQuest Central [online databáze]. Ann Arbor (MI): ProQuest [vid. 2022-12-09]. Dostupné v licenci z: <https://search.proquest.com/?accountid=45047>.

SKC – Souborný katalog České republiky (CASLIN) [online databáze]. Praha: Národní knihovna České republiky [vid. 2022-12-09]. Databáze v systému Aleph500. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC.

Internet

Poznámky:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím online katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní služba na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; dokumenty je možné objednat přes online [formulář](#), e-mailová adresa: mvs@svkpk.cz. Tyto služby jsou zpoplatněny.

Časopisy a noviny jsou určeny k prezenčnímu studiu (poslední dva kalendářní roky jen v čítrně časopisů, starší vázané ve studovnách SVK PK).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím online katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem).

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
MVS = meziknihovní služba

Příloha B, Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Identifikační otázky

1. Kolik je Vám let?
2. Jaká je Vaše pracovní pozice?
3. Jak dlouho máte zkušenosti s elektronickou (ošetřovatelskou) dokumentací v praxi?

Průzkumná otázka č.1 (Jak je vedena elektronická ošetřovatelská dokumentace na interním oddělení z pohledu staničních sester?)

1. Jaké náležitosti zaznamenáváte v elektronické ošetřovatelské dokumentaci v rámci anamnézy?
2. Jaké náležitosti zaznamenáváte v elektronické ošetřovatelské dokumentaci v rámci ošetřovatelské péče?
3. Jaké jiné náležitosti zaznamenáváte v elektronické ošetřovatelské dokumentaci?

Průzkumná otázka č.2 (Jaké jsou výhody elektronické ošetřovatelské dokumentace z pohledu sester v praxi?)

1. Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace v rámci obsahu?
2. Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentaci v rámci ošetřovatelské péče?
3. Jaké další výhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace?
4. Jaké výhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentaci oproti listinné ošetřovatelské dokumentaci?

Průzkumná otázka č.3 (Jaké jsou nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace z pohledu sester v praxi?)

1. Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace v rámci obsahu?
2. Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace v rámci ošetřovatelské péče?
3. Jaké další nevýhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentace?
4. Jaké nevýhody vnímáte u elektronické ošetřovatelské dokumentaci oproti listinné ošetřovatelské dokumentaci?

Průzkumná otázka č.4 (Jaké jsou návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské péče z pohledu sester v praxi?)

1. Jaké jsou Vaše návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské dokumentace v rámci obsahu?
2. Jaké jsou Vaše návrhy pro zlepšení kvality elektronické ošetřovatelské dokumentace v rámci ošetřovatelské péče?
3. Jaké další návrhy pro zlepšení elektronické ošetřovatelské dokumentace navrhuje?

Příloha C, Informovaný souhlas respondentů



Žádost o poskytnutí informací

Vážená paní,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření jež je součástí závěrečné bakalářské práce studenta/ky Adély Štenglové, posluchače/ky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit Jak vnímají sestry v praxi vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace, její výhody a nevýhody.

Sběr dat bude proveden polostrukturovaným rozhovorem a bude anonymní

s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Pavlíný Tůmové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

V dne

.....

Podpis respondenta

Příloha D, Hodnocení rizika dekubitů dle stupnice Nortonové

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Příloha E, Barthelové test

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomoci	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>