



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Optimalizace ošetrovatelské dokumentace

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jesika Kubičková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Optimalizace ošetrovatelské dokumentace*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2020

.....

Bc. Jesika Kubičková

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat zejména svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D., za jeho odborné vedení a cenné rady, za ochotnou pomoc a čas, který mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Další dík patří Mgr. Olze Dvořáčkové za vstřícnou pomoc při vyhodnocení statistických dat hypotéz mé práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a účastnili se výzkumného šetření. V neposlední řadě samozřejmě děkuji celé své rodině za jejich čas a podporu.

Optimalizace ošetrovatelské dokumentace

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce na téma „*Optimalizace ošetrovatelské dokumentace*“ se zabývá problematikou ošetrovatelské dokumentace. Teoretická část práce se věnuje ošetrovatelské dokumentaci, její historii a legislativě. Dále je konkrétně zaměřena na její obsah, formy a zásady, které je nutné při vedení ošetrovatelské dokumentace dodržovat. V dnešní době se používají tři základní formy ošetrovatelské dokumentace. Mezi tyto formy patří listinná, elektronická a fotodokumentace. Dále je popsána odpovědnost za ošetrovatelskou dokumentaci a případné chyby, které se mohou při jejím vedení objevit.

Další oblastí, které se teoretická část práce věnuje, je kvalita ošetrovatelské péče, která úzce souvisí právě s vedením ošetrovatelské dokumentace. Zde je popsána standardizace ošetrovatelské péče, její indikátory kvality, audit a akreditace.

K realizaci výzkumného šetření jsme zvolili kombinaci kvalitativního přístupu s kvantitativním. Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů; kvantitativní pomocí dotazníkového šetření a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace.

Prvním cílem bylo porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních. Ukázalo se, že naprostá většina sester používá při své práci kombinaci listinné formy ošetrovatelské dokumentace s tou elektronickou. Oproti tomu jen několik málo z nich používá při práci výhradně elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace.

Druhým ze stanovených cílů bylo zjistit názor na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci. Více než polovina sester považuje ošetrovatelskou dokumentaci v aktuální podobě za vyhovující, avšak najde se i dost sester, které v ní shledávají nedostatky, jež jim spokojenost s dokumentací znemožňují.

Posledním cílem bylo zjistit konkrétní požadavky sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Tyto výsledky jsou dále uvedeny v diskuzi.

Z výzkumu vychází závěr, že většina sester je s aktuální ošetrovatelskou dokumentací celkem spokojena. Velká část z nich považuje ošetrovatelskou

dokumentaci za důležitou a přínosnou nejen pro ně samotné, ale i pro pacienty a kvalitní ošetrovatelskou péči.

Naše výzkumné šetření otevírá prostor pro hlubší výzkumy, které by mohly být zaměřené na porovnání listinné formy ošetrovatelské dokumentace s formou elektronickou. Vzhledem k tomu, že veškerá odvětví v dnešní době spějí právě k postupné elektronizaci, u zdravotnictví tomu není jinak. Bylo by zajímavé zjistit, zda tato elektronická ošetrovatelská dokumentace, která je již v některých zdravotnických zařízeních používána, bude mít pro ošetrovatelskou péči opravdu pozitivní přínos.

Klíčová slova

sestra, ošetrovatelství, dokumentace, péče, záznam, nemocnice

Optimization of nursing documentation

Abstract

The presented thesis addresses the topic of nursing documentation and its management. The theoretical part of this thesis is focused on nursing documentation, its history and legislation. Further, it focuses specifically on its content, forms and practices necessary to follow when managing the documentation. There are three main forms of nursing documentation that are widely used nowadays. These forms include paper-based documentation, electronic documentation and photo documentation. Further, the thesis describes the responsibility for nursing documentation and possible mistakes that may appear during documentation management.

Another area being addressed within the theoretical part of this thesis is the quality of nursing care, which is closely linked to the management of nursing documentation. Here, standardization of nursing care is described as well as its quality indicators, audit, and accreditation.

A combination of qualitative and quantitative research was chosen to implement the survey. Qualitative research was carried out using semi-structured interviews and quantitative research was carried out using questionnaire survey and content analysis of nursing documentation.

The first objective was to compare nursing documentation in chosen nursing facilities. It was proven that the majority of nurses use the combination of paper-based nursing documentation and electronic documentation. In contrast, only a small minority of surveyed nurses use electronic form of nursing documentation exclusively.

The second chosen objective was to survey the perception of the current nursing documentation quality. This survey showed that the majority of nurses find the current nursing documentation to be satisfactory, however, there is still a significant number of nurses, who find the current version of the documentation to be limiting.

The last objective was to collect specific requirements for nursing documentation from the surveyed nurses. These results are given further on, in the Discussion part.

The result of the research is that most nurses typically find the current nursing documentation to be satisfactory. Many of them find nursing documentation to be

important and beneficial, not only for their own purposes, but also for their patients and high-quality nursing care in general.

Our survey opens up possibilities for a deeper research that may be focused on comparing paper-based nursing documentation with its electronic form. Given the fact that most of the industries nowadays are gradually shifting towards electronization, healthcare is not an exception. One area in specific that is worth researching further would be surveying the facilities that already embraced the electronic nursing documentation, specifically the impact of the transition on the overall quality of nursing care.

Keywords

nurse, nursing, documentation, care, record, hospital

OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV	3
1.1	<i>Ošetrovatelská dokumentace</i>	3
1.2	<i>Historie ošetrovatelské dokumentace</i>	5
1.3	<i>Obsah ošetrovatelské dokumentace</i>	6
1.3.1	<i>Ošetrovatelská anamnéza</i>	7
1.3.2	<i>Ošetrovatelský plán</i>	8
1.3.3	<i>Záznam vývoje stavu pacienta</i>	9
1.3.4	<i>Překladová a propouštěcí zpráva</i>	10
1.4	<i>Legislativa ošetrovatelské dokumentace</i>	10
1.5	<i>Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace</i>	13
1.6	<i>Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost</i>	14
1.7	<i>Formy ošetrovatelské dokumentace</i>	14
1.7.1	<i>Listinná podoba ošetrovatelské dokumentace</i>	15
1.7.2	<i>Elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace</i>	16
1.7.3	<i>Fotodokumentace</i>	18
1.8	<i>Chyby v ošetrovatelské dokumentaci</i>	19
1.9	<i>Kvalita ošetrovatelské péče</i>	21
1.9.1	<i>Standardizace ošetrovatelské péče</i>	22
1.9.2	<i>Indikátory kvality ošetrovatelské péče</i>	24

1.9.3 Ošetrovatelský audit.....	25
1.9.4 Akreditace.....	27
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Hypotézy	30
2.3 Výzkumné otázky.....	30
3 METODIKA.....	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu – dotazník.....	33
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – hypotézy	60
4.3 Výsledky kvantitativního výzkumu – obsahová analýza oš. dokumentace.....	62
4.3.1 Analýza příjmové ošetrovatelské anamnézy.....	63
4.3.2 Analýza plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace	65
4.3.3 Analýza překladové ošetrovatelské zprávy.....	66
4.4 Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizace rozhovorů se sestrami	67
4.4.1 První kategorie – Představa o ošetrovatelské dokumentaci	68
4.4.2 Druhá kategorie – Účel ošetrovatelské dokumentace.....	69
4.4.3 Třetí kategorie – Forma a přehlednost ošetrovatelské dokumentace	71

4.4.4 Čtvrtá kategorie – Názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace.....	72
4.4.5 Pátá kategorie – Chybějící údaje v ošetrovatelské dokumentaci.....	73
4.4.6 Šestá kategorie – Přebývající údaje v ošetrovatelské dokumentaci.	73
4.4.7 Sedmá kategorie - Čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací.....	74
4.4.8 Osmá kategorie – Ošetrovatelská péče bez ošetrovatelské dokumentace.....	74
4.4.9 Devátá kategorie – Přínos ošetrovatelské dokumentace.....	75
4.4.10 Desátá kategorie – Nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z r. 2018.....	76
5 DISKUZE.....	77
6 ZÁVĚR.....	88
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	90
8 SEZNAM PŘÍLOH	99
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	

ÚVOD

Téma předkládané diplomové práce „*Optimalizace ošetrovatelské dokumentace*“ jsem si vybrala z několika důvodů. Tou hlavní pohnutkou je osobní zájem o tuto problematiku. Dále jde o zájem profesní a v neposlední řadě považuji toto téma za dlouhodobě aktuální a podstatné pro náš obor.

Vzhledem k tomu, že bychom měli ošetrovatelskou péči poskytovat pomocí ošetrovatelského procesu, je samozřejmě důležité zaznamenávání všech ošetrovatelských činností a k tomu nám má sloužit právě ošetrovatelská dokumentace. Kvalitní a poctivé vedení ošetrovatelské dokumentace rovněž reflektuje profesionální praxi. Pokud je dokumentace vedena efektivně a správně, může být jakousi vizitkou kvalifikovaného pracoviště či jednotlivce. Pokud je však dokumentace neúplná a nedbale vedená, mohou se za tím skrývat větší problémy zdravotnického pracoviště či jednotlivého pracovníka.

Právě na nadbytečnou byrokracii a dokumentaci jsou v poslední době od ošetrovatelského personálu veliké stížnosti. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) na tyto stížnosti reagovalo s cílem ošetrovatelskou dokumentaci zjednodušit tak, aby čas strávený evidováním ošetrovatelské péče byl ve správném poměru k samotné péči o pacienta a ve prospěch času na ošetrovatelskou péči. Dne 27. června 2018 byla vydána vyhláška MZ č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, z níž byly odstraněny jasné požadavky na vedení dokumentace ošetrovatelské.

Hlavním cílem bylo porovnat ošetrovatelské dokumentace a jejich vedení ve vybraných zdravotnických zařízeních a zároveň zjistit názor ošetrovatelského personálu na jejich aktuální ošetrovatelskou dokumentaci. Dalším cílem bylo odhalit jednotlivé požadavky pracovníků v těchto zařízeních a posoudit, zda je jejich názor ovlivněn délkou praxe. Použitými metodami jsme se snažili poznat kvalitu a účelnost obsahových prvků, myšlenek a názorů.

Dostupná literatura se věnuje převážně obsahu, formě a legislativě ošetrovatelské dokumentace. Novější zdroje jsou zaměřeny na novelizaci a změny, které se dokumentace týkají. Další zdroje se zabývají kvalitou ošetrovatelské péče, která je s dokumentací úzce spjata.

Vzhledem k tomu, že ošetrovatelská dokumentace výrazně ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, považujeme za nutné, aby byla vedena nejen kvalitně, ale zejména efektivně s přínosem pro každého jednotlivého pacienta.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Ošetrovatelská dokumentace

Jak je již z názvu patrné, budeme se v této práci zabývat ošetrovatelskou dokumentací a její optimalizací. Optimalizací je myšlen proces, při kterém se vybírá nejlepší možná varianta ze všech nabízených. Považujeme za důležité si objasnit, co to vůbec ošetrovatelská dokumentace je a co vše obsahuje. Všechny informace obsažené v následujících podkapitolách jsou důležité pro naši další práci s tímto tématem a v neposlední řadě pak pro praktickou část, kterou nelze realizovat bez náležitých teoretických znalostí této problematiky.

Ošetrovatelskou dokumentací se rozumí soustavné zaznamenávání poskytované ošetrovatelské péče, a to plánované i neplánované (Vondráček et al., 2008). Patří sem všechny písemné a grafické záznamy zdravotní sestry či porodní asistentky, které se vztahují k poskytování ošetrovatelské péče (Kudlová, 2016).

Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace je právě dokumentace ošetrovatelská, která musí být zřízena u všech pacientů. Každé zdravotnické zařízení bez výjimky je povinno tuto dokumentaci spravovat. Jakmile se pacientovi poskytuje ošetrovatelská péče, musí být všechny jednotlivé činnosti, které byly provedeny, řádně zaznamenány (Policar, 2010).

V ošetrovatelské dokumentaci můžeme dohledat zejména veškeré informace o výkonech, které již byly provedeny, ale také o péči, kterou je teprve nutné poskytnout. V neposlední řadě je důležité zmínit ošetrovatelské diagnózy, které jsou zde taktéž zaznamenány (Kudlová, 2016). Oproti dokumentaci lékařské, která obsahuje především ordinace lékaře, tedy to, jaké vyšetření požaduje se a jaké již bylo provedeno, je ošetrovatelská dokumentace více zaměřena na veškeré pacientovy potřeby. Údaje z lékařské dokumentace jsou však pro tu ošetrovatelskou nezbytné, neboť na jejich základě sestra vykonává péči o pacienta a vše splněné zaznamenává (Ščepečová, 2009).

Hlavním smyslem ošetrovatelské dokumentace by mělo být nikoli personál časově přetěžovat administrativou, ale naopak ošetrovatelskou péči usnadnit. Ošetrovatelská dokumentace má práci ošetrovatelskému personálu maximálně ulehčit tak, aby mohl většinu času zaměřit na pacientovy problémy a co nejrychleji a nejefektivněji je řešit.

Účel není jen administrativní, ale i klinický (Capriotti, 2019). Má být zaměřena na problémy pacienta tak, aby byl personál dle ní schopen tyto problémy identifikovat a následně řešit. Je zdrojem informací nejen o potřebách jedince, nýbrž jsou v ní obsaženy veškeré důležité údaje včetně cílů samotné ošetrovatelské péče a jejích výsledků. Chronologický přehled veškeré poskytnuté a plánované péče si pak mohou pracovníci mezi sebou předávat. Nesmíme také zapomínat, že jde o jeden z důležitých nástrojů hodnocení kvality ošetrovatelské péče (Doenges et al., 2016).

Tato dokumentace je sestavována na základě ošetrovatelského procesu. Pokud je správně vedena, svědčí to o schopnostech a kvalitách ošetrovatelského personálu. Za nejlepší a nejkvalitnější ošetrovatelskou dokumentaci by měla být považována ta, která vznikla na základě konzultací, jež probíhají mezi všemi členy multidisciplinárního zdravotnického týmu společně s pacientem (Wilson, 2018). Taková ošetrovatelská dokumentace je hodnocena a dále upravována podle aktuálních potřeb pacienta. Nesmí se ovšem zapomínat na skutečnost, že při vedení ošetrovatelské dokumentace je nutné vycházet především z právních předpisů (Mastiliáková, 2014). Kvalita dokumentace je často ovlivněna zastaralým postojem sester k vedení dokumentace a s tím spojenou administrativní prací, kterou často odmítají. Dokumentace by měla být chápána jako nástroj k osobnějšímu přístupu v ošetrovatelství, který má v ošetrovatelském procesu veliký význam (Kvapilová, 2015).

V současné době je široce propagováno moderní ošetrovatelství, které by mělo být zejména správné, kvalitní a zaměřené na pacienta. K tomu slouží právě jednoduchá, srozumitelná a hlavně kvalitní ošetrovatelská dokumentace. Největším problémem současné doby je sjednocení dokumentace do jednotné formy (Wilson, 2018). Každé zdravotnické zařízení má svá specifika a různé požadavky na zpracování této dokumentace, které je potřeba dodržovat. Vedoucí pracovníci si mohou dokumentaci vytvářet dle svých vlastních představ (Policar, 2010).

Jednotlivá zdravotnická pracoviště a oddělení používají různé druhy a formy ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem k tomu, že každé pracoviště má jiné požadavky a jiný názor na strukturu ošetrovatelské dokumentace, zvolí si vždy takovou formu, která pracovníkům nejvíce vyhovuje. Vzhledem k tomuto faktu je velice obtížné se pokoušet o sjednocení veškeré ošetrovatelské dokumentace do jednotné podoby a formy (Česká asociace sester, 2002). Vedoucí pracovníci si často vytvářejí své vlastní

formuláře, které přesně odpovídají jejich představám a potřebám daného oddělení. Změna formulářů probíhá zejména na základě komunikace jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, ale i na základě komunikace mezi personálem a pacientem (Sedlářová, 2008).

Dne 27. června 2018 byla vydána vyhláška MZ č. 137/2018 Sb., se kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ze které byly odstraněny jednoznačné požadavky na vedení a zpracování ošetrovatelské dokumentace (Vyhláška č.137/2018 Sb.).

Nová vyhláška přináší na jednu stranu úlevu od nadměrné byrokratické zátěže pro sestry, avšak nejasná pravidla při vedení ošetrovatelské dokumentace mohou být potenciálním problémem v případě soudu, kdy nebude možné prokázat, že péče o pacienta byla prováděna lege artis (Koubová, 2018). Pravdou je, že ošetrovatelská dokumentace nebyla přímo zrušena, pouze byl poskytnut managementu větší prostor a svoboda při tvorbě vnitřních pravidel ošetrovatelské dokumentace (Štěpanyová, 2018).

Je důležité, aby tato vyhláška nebyla špatně chápána a interpretována. Není pravdou, že ošetrovatelská dokumentace byla MZ ČR zcela zrušena, jak by mohlo být mylně vyloženo (Koubová, 2018). Vzhledem k tomu, že součástí zdravotnické dokumentace stále musí být záznamy o péči ošetrovatelské, je zřejmé, že o zrušení se nejedná. Záznam musí provést ten, kdo konkrétní úkon provedl, což znamená sestra či jiný nezdravotnický pracovník (Šochmanová, 2018).

1.2 Historie ošetrovatelské dokumentace

V České republice nastaly největší změny v ošetrovatelství koncem 90. let. Tyto změny byly zaměřeny hlavně na samotnou práci sester a na jejich myšlení. Cílem bylo zkvalitnit péči nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v terénu. Hlavním nástrojem, který měl toto zlepšení zajistit, byl především ošetrovatelský proces jakožto metoda ošetrovatelské péče (Kutnohorská, 2010). Zavedení ošetrovatelské dokumentace mělo být dalším krokem ke zdokonalení ošetrovatelské péče. Nejen v ošetrovatelství, ale i v ošetrovatelské dokumentaci došlo ke spoustě změn, tudíž i ošetrovatelská dokumentace má svou historii (Staňková, 1999).

První, kdo použil termín ošetrovatelský proces, byla v roce 1955 Lydia Hallová. Před tím, než se tento proces zavedl do praxe, sestry dělaly zejména to, co jim dal lékař písemným příkazem. Ostatní ošetrovatelské činnosti poskytovaly pacientovi na základě své intuice a zkušeností tzn., že o vědecké metodě zde nemůže být řeč (Snowden, 2010). V praxi začal být ošetrovatelský proces poprvé používán v roce 1973 v USA, kde Americká asociace sester ustanovila pět základních fází tohoto procesu, jimiž jsou: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Seaback, 2012).

V České republice nebyl ošetrovatelský proces používán až do 21. století. Dle věstníku č. 9/2004 Sb. je ošetrovatelský proces jedinou metodou, podle které by měly být uspokojovány individuální potřeby pacienta. Tato metoda ošetrovatelské praxe byla formulována v koncepci rozvoje českého ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004).

Než vznikla ošetrovatelská dokumentace, sestry zaznamenávaly všechny údaje o pacientech do sešitů, které byly nazývány „hlášení sester“. Tento způsob byl používán zejména na standardních ošetrovatelských jednotkách. Zapisovala se zde nejen ošetrovatelská péče, ale i zdravotní stav pacienta a příprava na všechna další vyšetření. Existoval ještě tzv. „šokový záznam“, do kterého byly zaznamenávány veškeré změny u pacienta, a to především na jednotkách intenzivní péče (Staňková, 1999).

Tento způsob evidence však s sebou nesl spoustu negativ. To největší z nich bylo neustálé opisování stejných a někdy bohužel nedůležitých informací, čímž vznikaly nepotřebné duplicitní záznamy. Na druhou stranu nebylo výjimkou časté vynechání a opomenutí údajů důležitých (Burton, 2019). Záznamy byly často dosti rozsáhlé a nepřehledné, což orientaci v nich příliš neusnadňovalo. Velikým úskalím byla i nejednotnost formulářů v rámci jednoho zdravotnického zařízení. Přijetím Koncepce ošetrovatelství jakožto metodického návodu MZ České republiky se nejednotnost v ošetrovatelských dokumentacích začala postupně odstraňovat (Staňková, 1999).

1.3 Obsah ošetrovatelské dokumentace

Každý pacient musí mít vedenou svou samostatnou ošetrovatelskou dokumentaci, která by měla obsahovat ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán, záznam vývoje stavu pacienta a překladovou či propouštěcí zprávu. Toto jsou základní složky, které by u žádného pacienta neměly chybět (Kudlová, 2016). Přitom

lze zařadit i další položky v závislosti na individuálních problémech jednotlivých pacientů. Sem můžeme zařadit např. záznam bolesti či plán péče o dekubity aj. Každá jednotlivá složka musí obsahovat osobní údaje o pacientovi v takovém rozsahu, aby byla možná jeho identifikace (Česká asociace sester, 2002).

Jak již bylo výše zmíněno, v současné době není jasně definovaná struktura ošetrovatelské dokumentace. Aktuálně je stanoven pouze minimální obsah ošetrovatelské dokumentace a dále už záleží na managementu konkrétního zdravotnického zařízení, ponechá-li či pozmění-li její rozsah (Vyhláška č.137/2018 Sb.). Je zcela na úsudku jednotlivých manažerů, zda se nějaká část dokumentace odebere či naopak rozšíří. Co vše bude součástí ošetrovatelské dokumentace je zcela individuální. Co se bude sledovat, jaké škály se budou používat, zda se budou určovat ošetrovatelské diagnózy, jak bude celkový ošetrovatelský plán podrobný, zda jsou nutné propouštěcí a překladové zprávy aj. (Šnajdrová, 2018).

1.3.1 Ošetrovatelská anamnéza

Jednou ze základních dovedností, které by měla sestra v praxi ovládat, je právě ošetrovatelské zhodnocení stavu pacienta (Kudlová, 2016). Vzhledem k tomu, že sběr veškerých informací o pacientovi je první fází ošetrovatelského procesu, je zpracování kvalitní ošetrovatelské anamnézy základem pro hodnotný průběh všech ostatních fází ošetrovatelského procesu (Vondráček et al., 2008).

Anamnéza je standardně odebírána do 24 hodin od přijetí pacienta, na odděleních JIP to může být až 48 hodin. Ke správnému zpracování ošetrovatelské anamnézy je potřeba mít nejen dostatek dovedností, ale i znalostí. Mezi ty základní patří znalost holistického přístupu k lidské osobnosti. Důležitá je také znalost patologie a patofyziologie jak zdraví, tak nemoci. V neposlední řadě jsou zde znalosti z dalších oborů, jako je psychologie, sociologie, multikultura aj. (Habermann et al., 2005). Z dalších dovedností je rovněž nutné umět efektivně komunikovat a navodit partnerský vztah s pacientem. Také provést fyzikální vyšetření, sestavit anamnézu a screeningové vyšetření patří mezi základní dovednosti, které by sestra měla ovládat (Peate et al., 2018).

Anamnézu má tedy za úkol sestavit sestra, nikoliv lékař. Při odebírání je nutné se zaměřit na oblast životního stylu, na pacientův přístup ke zdraví a jeho zvyklosti

v oblasti lidských potřeb. Na základě těchto informací může naplánovat individuální a specifickou ošetrovatelskou péči (Posenau, 2016).

Je nutné se zaměřit především na oblast výživy, vyprazdňování, aktivity, spánku, odpočinku, celkového postoje ke zdraví, sociálních rolí a vztahů, sexuality, stresové zátěže, náboženství, hodnotové orientace a dalších potřebných informací. Díky těmto všem údajům lze sestavit individuální péči (Mastiliáková, 2014). Jde vlastně o zhodnocení zdravotního stavu dle modelu funkčního zdraví Gordonové, který je z holistického hlediska nejkomplexnější. Podle získaných dat se následně sestaví ošetrovatelské diagnózy a realizuje se ošetrovatelská péče (Vörösová et al., 2015).

Obsahem ošetrovatelské dokumentace jsou zejména informace o základních fyziologických a psychických potřebách pacienta. Dále zde najdeme data o veškerých problémech, neuspokojených potřebách, změnách zdravotního stavu či různých zvláštnotech, které by mohly být důležité pro sestavení ošetrovatelského plánu. Rozlišujeme zde údaje jak objektivní, tak subjektivní (Vondráček et al., 2008). Objektivní údaje zpravidla získáváme pozorováním, pohledem, poklepem, pohmatem či srovnáním s určitou normou. Řadíme sem například hodnoty krevního tlaku, barvu kůže, zápach aj. Subjektivní údaje získáváme od pacienta samotného. Zaměřujeme se na jeho vnímání zdravotního stavu či momentální životní situace. Zjišťujeme strach, úzkost, svědění aj. Je velice důležité, aby byly všechny informace přesně zaznamenány tak, abychom nemohli původní význam informací jakkoliv zkreslit (Capriotti, 2019).

1.3.2 Ošetrovatelský plán

Sestavení individuálního ošetrovatelského plánu je součástí ošetrovatelského procesu. Vzhledem k tomu, že se stále zvyšují nároky na kvalitu ošetrovatelské péče, musí být plán co nejvíce komplexní, což právě vede ke zkvalitnění celého ošetrovatelského procesu (Haugen, 2011). Plán ošetrovatelské péče se musí nejdříve sestavit, následně se realizuje a nakonec se zhodnotí. Musí tedy obsahovat všechny potřebné náležitosti, kterými jsou: ošetrovatelská diagnóza, cíl, plán, realizace a zhodnocení (Gulanick, 2016). Plánování ošetrovatelské péče patří do druhé fáze ošetrovatelského procesu. Plán musí být sestaven do 24 hodin od přijetí pacienta a kontroluje se průběžně. Podstatné je, aby se sestaveným ošetrovatelským plánem byli

seznámení všichni členové ošetřovatelského týmu. V neposlední řadě je důležité neopomenout, že celý plán by měl zahrnovat všechny bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta (Haugen, 2011).

Pro správné sestavení ošetřovatelského plánu je nutné si nejprve zvolit vhodný ošetřovatelský model, který bývá většinou zvolen dle zvyklosti určitého pracoviště. Následuje sestavení stručné a přehledné ošetřovatelské anamnézy (Frei, 2007). Nejvíce údajů získáváme z oblasti uspokojování potřeb, kde postupujeme podle zvoleného modelu. Zaměřujeme se jak na subjektivní, tak na objektivní oblast (Gulanick, 2016). Další částí je fyzikální vyšetření, u kterého je důležité postupovat dle určité posloupnosti, při které zhodnotíme stav pacienta celkově a podrobněji se zaměříme na problémy a patologie. Zdravotní stav lze také klasifikovat dle různých hodnotících škál. Důležité je uvést datum, kdy byl proces proveden, a následně zaznamenat každou změnu či nově vyskytnutý problém. V posledním kroku definujeme problém a stanovíme si reálný cíl, který poté zhodnotíme (Frei, 2007).

Dále přichází na řadu ošetřovatelská diagnóza neboli problém daného pacienta. Ta vychází ze všech informací, které jsme dosud získali z odebrané anamnézy. Jde o hodnocení jednotlivých potřeb, ve kterých se hledají případné problémy (Kelnarová et al., 2009). Problémem je zde myšlena neuspokojená potřeba pacienta, kterou se během hospitalizace snažíme odstranit nebo alespoň zmírnit. Rozlišujeme ošetřovatelské diagnózy aktuální a potenciální. Aktuální jsou ty, které je nutné řešit okamžitě, potenciální jsou pak ty, které se mohou v průběhu hospitalizace objevit a tím zhoršit celý průběh léčby (Vörösová et al., 2015). Neměli bychom zapomínat také na edukační problémy, které nastávají v případě, kdy pacientovi nejsou podány všechny potřebné informace. Je důležité pacientovi sdělit takové informace, které pro něj budou dostačující natolik, aby mohly vést ke zlepšování jeho zdravotního stavu. Ošetřovatelskou diagnózou je popsán přesně definovaný problém (Kelnarová et al., 2009).

1.3.3 Záznam vývoje stavu pacienta

Poslední fází ošetřovatelského procesu je hodnocení, ke kterému slouží právě formulář o záznamu vývoje stavu pacienta. Sestra odhaluje, zda u svého pacienta dosáhla stanovených výsledků. Dále zjišťuje, zda musí plán a jednotlivé ošetřovatelské

intervence pozměnit či revidovat (Mastiliáková, 2014). Hodnocení poukazuje na efektivitu či neefektivitu stanovených ošetrovatelských intervencí. Musí obsahovat datum a podpis toho, kdo hodnocení realizoval. Lze říci, že tento formulář hodnotí kvalitu poskytnuté ošetrovatelské péče (Policar, 2010).

Obecné instrukce pro zaznamenávání do tohoto formuláře ukládají, že je třeba zaznamenat veškerou péči, která byla poskytnuta, včetně času provedení a reakce pacienta, kterou jsme vyzorovali. Pokud sestra asistuje při nějakém výkonu, musí to též zapsat. Při opuštění jednotky pacientem je nutné zapsat dobu, kdy pacient odchází a kdy se vrací (Field, 2008). Veškeré reakce na poskytovanou péči a všechny výkony či podané léky je třeba rovněž zaznamenat. Pokud končí služba jedné směny, je nezbytné sepsat veškeré změny stavu nemocného. Záznam by měl být úplný, přesný, ale zároveň by neměl obsahovat irelevantní informace (Pokorná et al., 2019).

1.3.4 Překladová a propouštěcí zpráva

Tyto dvě zprávy jsou jedním z nástrojů zajišťování kontinuální péče. Jsou vyplňovány při překladu pacienta mezi odděleními, ale i stanicemi a také při propuštění do jiného zdravotnického zařízení či do domácí péče (Tingle et al., 2013).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, přesně stanovuje, které údaje se do těchto zpráv zapisují. Zejména je nutné shrnout ošetrovatelskou anamnézu a aktuální informace o poskytnuté ošetrovatelské péči, a to včetně časové posloupnosti. Také podané léčivé přípravky a potraviny pro speciální lékařské výkony musí být zaznamenány. Zaevidovat aktuální zdravotní stav pacienta je samozřejmostí (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.4 Legislativa ošetrovatelské dokumentace

Veškerý zdravotnický personál je trvale ohrožen rizikem pochybení, a to nejen při poskytování péče zdravotnické či ošetrovatelské, ale právě i při vedení dokumentace (Škrla et al., 2008). Z toho důvodu je nutné, aby se chránil nejen zdravotnický pracovník, ale i pacient. K tomu mají vést zákonné předpisy, dle kterých se má veškerá činnost vykonávat (Policar, 2010).

Ošetrovatelská dokumentace může být někdy požadována jako důkaz při soudním procesu či při vyšetřování interních stížností. Je tedy vždy nutné mít vedeny všechny

složky dokumentace, neboť je někdo může chtít podrobně zkoumat (Česká asociace sester, 2002). Jak již bylo zmíněno výše, obdobný problém nastává i u soudu, tzn., pokud se nějaký úkon vykonal, avšak nebyl řádně zaznamenán, soud k věci přihlíží tak, jako by se vůbec nestal (Mach et al., 2013).

To, jak musí být zdravotnická dokumentace vedena, ukládá legislativa České republiky. Záznam dokumentace by měl být běžnou součástí ošetrovatelské praxe. Vzhledem k tomu, že ve zdravotnickém zařízení nastávají často náročné a chaotické situace, může se stát, že se dokumentace stane nepřehlednou (Bartůněk, 2016). Bohužel chyby a různá opomenutí v dokumentaci mohou být pro sestru zdrojem právního rizika. Neadekvátní dokumentace je jedním z nejčastějších problémů, pokud dojde k zanedbání povinné péče spojené právě s tou péčí ošetrovatelskou (Mach, 2010).

Zákon, který ukládá zdravotnickým zařízením zdravotnickou dokumentaci vést, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon rovněž ukládá zdravotníkům povinnou mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděli při výkonu svého povolání. Dále je zde stanoveno, co taková dokumentace obsahuje. Jsou to osobní údaje v nezbytném rozsahu pro identifikaci pacienta a zjištění jeho anamnézy. Rovněž obsahuje informace o onemocnění, o jeho průběhu a výsledcích vyšetření či léčení. Všechny zápisy musí být vedeny čitelně a pravdivě. Dokumentace může mít záznamovou, textovou, grafickou či audiovizuální podobu. (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Ochrana osobních dat a citlivých údajů, které jsou uvedeny v ošetrovatelské dokumentaci, je upravována zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Je zde stanoveno, že správce a zpracovatel těchto údajů je povinen udělat taková opatření, která zabrání neoprávněnému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení či ztrátě (Zákon č. 110/2019 Sb.).

Ošetrovatelskou dokumentaci nelze vést bez povinné mlčenlivosti. Právě ta je základním závazkem jak nelékařského, tak i lékařského personálu. Jak ukládá Listina základních práv a svobod, je důležité zaručit nedotknutelnost každé osoby (Vondráček et al., 2009). Samozřejmě i tady existují výjimky, kdy zdravotnický pracovník může vstup do ošetrovatelské dokumentace povolit. Povinná mlčenlivost se nedodrжуje v rámci multidisciplinárního týmu, který tvoří jak lékařští, tak nelékařští pracovníci, kteří zajišťují kontinuitu zdravotnické péče. Pokud dojde ke změně, ať už

ošetřujícího či praktického lékaře, ani zde povinná mlčenlivost neplatí, neboť je povinností tohoto lékaře předat veškeré potřebné informace lékaři novému (Kverjik, 2010). Je vyloučené, aby se důvěrné informace dostaly mimo ty, kteří poskytují ošetrovatelskou či zdravotnickou péči. Jediná možnost, kdy zdravotník může sdělit chráněné informace o pacientovi, jsou soudní řízení jako například obhajoby či obrany (Policar, 2010).

Dalším problémem, který se ošetrovatelské dokumentace týká, může být nahlížení do ní. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jak již bylo výše zmíněno, vypovídá právě i o této problematice. Dle tohoto zákona je lékař povinen vhodně informovat nejen pacienta, ale i ostatní členy rodiny o onemocnění a potřebných výkonech tak, aby se pacient mohl sám na péči aktivně podílet (Zákon č. 372/2011 Sb.). Zákon nestanovuje přesný způsob, jak má být nemocný poučen, což ovšem také neznamená, že lékař musí nemocného či rodinu nechat do dokumentace nahlížet. Tím, kdo do dokumentace přístup má, jsou sestry, lékaři, rehabilitační pracovníci, lékárníci, psychologové a logopedové. Dále také členové příslušné komory, revizní lékaři, soudní znalci a další typy lékařů např. lékaři pracovních či správních úřadů (Vondráček et al., 2008). Zvláštním případem je nahlížení do dokumentace studenty. Sem patří žáci SZŠ, studenti lékařských fakult, kliničtí psychologové a logopedové. U všech těchto pracovníků je nutný písemný souhlas pacienta. Pokud někdo neoprávněně nakládá s osobními údaji, byť i z nedbalosti, může být potrestán odnětím svobody až na 3 roky, může mu být zakázána pracovní činnost či uložena peněžité pokuta (Zákon č. 372/2011 Sb.).

V neposlední řadě je tu nová vyhláška MZ č. 137/2018 Sb., se kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ze které byly odstraněny jasné požadavky na vedení ošetrovatelské dokumentace (Vyhláška č. 137/2018 Sb.).

Mnoho lidí se mylně domnívá, že touto novou vyhláškou jako by výše uvedené zákony neexistovaly. Pravdou je, že vyhláška již přesně nestanovuje kroky ošetrovatelského procesu, které je nutné zaznamenávat, to nicméně v žádném případě neznamená úplné zrušení ošetrovatelské dokumentace. Vše, co by v ní mělo být obsaženo, definuje MZ ČR pomocí metodického pokynu (Koubová, 2018).

Dokumentace sama o sobě pochopitelně nezajistí bezpečí pacientů a kvalitní ošetrovatelskou péči, o to dbají sestry, které se o pacienty starají, a k tomu potřebují mít

dostatek prostoru a času pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Právě zjednodušení ošetrovatelské dokumentace má zajistit optimální rovnováhu mezi časem stráveným dokumentací a tím, který sestry skutečně věnují pacientům (Nesládková et al., 2019).

1.5 Zásady vedení ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace musí nejen odpovídat všem právním předpisům, ale především by měla plnit svou funkci. Je proto nutné vést dokumentaci pravdivě, ale také jasně, čitelně a srozumitelně (Vondráček et al., 2009). Dále by měla být vedena v souladu s časovou posloupností všech úkonů. Měli bychom se vyvarovat slangovým výrazům a vulgarismům. Všechny záznamy by měly korelovat se správnou medicínskou terminologií (Vondráček et al., 2008).

Východiskem pro funkčnost ošetrovatelské dokumentace je dodržování několika hlavních zásad. Jedna z prvních je založení dokumentace u každého pacienta bez výjimky (Griffith, 2019). Každý list je důležité označit hlavičkou zdravotnického zařízení a oddělením, na kterém je pacient hospitalizován, jeho jménem, příjmením a rodným číslem. Ošetrovatelská dokumentace je součástí celé dokumentace zdravotnické, tudíž společně tvoří jeden celek, který by měl být vždy uložen na vyhrazeném místě (Ning et al., 2011).

V dokumentaci by samozřejmě měly být pouze pravdivé informace, neboť i jeden nepravdivý záznam může celou dokumentaci negativně ovlivnit. Vyvarovat bychom se měli především zkresleným a nepřesným časovým údajům, ať už o podání léků, odchodu pacienta aj. (Griffith, 2019). Jedním z častých problémů, který se ve vedení ošetrovatelské dokumentace objevuje, je nečitelnost záznamů, což může vést k pochybení a následnému poškození pacienta. Zásadní však není jen čitelnost, ale též užití správného jazyka, a to nejen z etických důvodů, nýbrž i kvůli správnému předání informací mezi všemi pracovníky (Škrla et al., 2008).

Další velice důležitou věcí je, aby byl každý záznam autorizován, tedy označen jmenovkou a podpisem. Jmenovkou je myšleno razítko se jménem a titulem konkrétní sestry, nebo alespoň jméno napsané hůlkovým písmem. Pouze samotný podpis není dostačující (Ning et al., 2011). Vyvarovat bychom se měli subjektivních pocitů, které do ošetrovatelské dokumentace rozhodně nepatří. Pokud se tak stane, lze to považovat za

nekompetentní přístup pracovníka. Údaje musí popisovat pouze skutečnosti, které pacient uvedl, a musí být nazývány odborně (Vondráček et al., 2008).

Nedílnou součástí při vedení ošetrovatelské dokumentace je hodnocení a zaznamenávání bolesti. Hned jak nám pacient sdělí bolest, či její změnu, je nutné o tom provést záznam se všemi náležitostmi a zároveň informovat lékaře, který naordinuje léčbu. K určení bolesti využíváme nejčastěji vizuální analogickou škálu VAS, kdy pacient hodnotí bolest dle stupnice od 0 do 10 (Šamánková, 2011).

1.6 Ošetrovatelská dokumentace a odpovědnost

Nejen za vedení, ale také za kvalitu ošetrovatelské dokumentace musí někdo nést odpovědnost. Ve zdravotnickém zařízení je to náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, tzn. hlavní sestra (Mach et al., 2013). Na oddělení je to vrchní sestra a na stanici sestra staniční. Za určitý záznam u konkrétního pacienta je zodpovědná ta sestra, která záznam provedla, či neprovedla, ač ho provést měla (Vondráček et al., 2009).

Dle zákoníku práce je vedoucí pracovník nejen oprávněn, ale i povinen dokumentaci kontrolovat. Tím je myšlena vrchní a staniční sestra, popřípadě primář daného oddělení (Mach et al., 2013). Pokud se tak neděje, neplní tato osoba své povinnosti, které jí zákoník práce stanovuje. Kontroluje se nejen formální, ale i obsahová stránka dokumentace. Dle výsledků kontrol se následně přijímají potřebná opatření (Plevová et al., 2012).

Je třeba, aby vedení ošetrovatelské dokumentace byla věnována patřičná pozornost, stejně tak, jako je tomu u poskytování přímé péče pacientovi. Jen kvalitně a náležitě vedenou dokumentací lze doložit správnost všech postupů (Vondráček et al., 2011). Na druhou stranu nedostatečná a nekvalitní dokumentace může být důvodem, jehož vinou je sestra vedena k odpovědnosti s možností následné sankce. U takovéto dokumentace pak nelze obhajovat správný postup sestry při poskytování ošetrovatelské péče (Vondráček et al., 2008).

1.7 Formy ošetrovatelské dokumentace

Právní předpis, který se vztahuje k dokumentaci ve zdravotnictví v České republice, povoluje dokumentaci vést v několika formách. Mezi ty hlavní patří listinná či elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace (Pokorná et al., 2019).

Dokumentace může být i kombinace obou těchto variant. U elektronické dokumentace je podstatné, aby byl dodržen správný postup, který zákon ukládá. Řeč je zejména o elektronickém podpisu osoby, která zápis učinila (Polícar, 2010).

Podrobné informace lze najít v zákoně č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů. Důležité je také zajistit, aby nikdo nemohl zpětně zasahovat do již provedených zápisů a aby byla z bezpečnostních důvodů vždy pořízena kopie (Kvapilová, 2015).

V dnešní době se nejvíce setkáváme s písemnou formou ošetrovatelské dokumentace, přestože současným trendem je vše digitalizovat, čemuž se samozřejmě nevyhnuly ani ošetrovatelské obory (Polícar, 2010). V řadě zdravotnických zařízení využívají právě kombinaci písemné a elektronické formy záznamů ošetrovatelské dokumentace. V posledních letech je nicméně stále patrnější rozvoj elektronické formy, ke které přechází postupně čím dál více zdravotnických zařízení (Čeledová et al., 2017).

1.7.1 Listinná podoba ošetrovatelské dokumentace

Přestože je elektronizace v českém zdravotnictví relativně pokročilá, stále převládá „papírová“ podoba dokumentace. Avšak i tato dokumentace je připravována specializovaným softwarem a uchovává se jako elektronický datový soubor (Sucharda, 2015).

Objektivně vzato má listinná podoba dokumentace spíše negativa, jimiž jsou potenciální nečitelnost, nesoulad lékařské dokumentace s ošetrovatelskou, opisování, přepisování a v neposlední řadě nekorektně provedené opravy a duplicitní záznamy. Naopka pozitivem je možnost rychlého dopisování (Podstatová, 2014).

Nejčastěji se pro zápis do dokumentace používá kombinace dvou barev, a to červené a modré. Modrá barva se používá pro běžné denní zápisy sester. Červená se zvolí v případě důležitého záznamu, kterým může být například aplikace opiátů, záznam komplikací či mimořádných situací (Vyhláška č. 137/2008 Sb.). Na některých odděleních se ještě barevně rozlišují zápisy jednotlivých směn. Například černou pro směnu odpolední a zelenou pro noční (Vondráček et al., 2008).

O elektronizaci se mluví už déle, ale na úplné převedení dokumentace do elektronické podoby si asi ještě nějaký čas počkáme. V České republice se už sice

začala tato metoda prosazovat, ale změny probíhají pomalu (Deloitte, 2020). Ve většině zařízení zatím funguje kombinace papírové a elektronické formy. Jediné, co je zatím povinné, a to již od ledna 2019, jsou elektronické recepty. Elektronická dokumentace je však také v pořadí. Ministerstvo by chtělo mít hotové znění zákona tak, aby od poloviny roku 2020 mohl nabýt účinnosti (Böhmová, 2018).

1.7.2 Elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace

Celá dnešní společnost spěje k postupné elektronizaci všech lidských oblastí. Je tedy zřejmé, že se to dříve či později dotkne i zdravotnictví. Jak již bylo zmíněno výše, současná legislativa povoluje zdravotnickým zařízením za daných podmínek používat výhradně elektronickou dokumentaci namísto listinné (Šupšáková, 2017). V praxi to ovšem s sebou může nést spoustu nejasností a komplikací oproti vedení papírové dokumentace. Důvodem je, že tato forma nemá dlouhou tradici a ani není používána všemi zařízeními (Policar, 2010).

Je několik hlavních podmínek, které je nutné splňovat a dodržovat, aby ošetrovatelská dokumentace mohla být kvalitně vedena. Jednou z nejdůležitějších jsou technické prostředky, které umožňují dodatečné zapisování do dokumentace (Skolnik, 2011). Dále je nutný vhodný informační systém, který je schopen vést seznam identifikátorů záznamů v této dokumentaci a zároveň dovoluje dálkový přístup. V neposlední řadě musí být zajištěno vytváření bezpečnostních kopií alespoň jednou za pracovní den (Mach et al., 2013).

Elektronická dokumentace poskytuje oproti té listinné celou řadu výhod. Zejména má menší organizační, ale i prostorové nároky. Nejenom, že se ušetří personál i místo, ale díky nižší spotřebě veškerého materiálu jako jsou papír, toner do tiskárny aj. se uspoří také finanční prostředky (Amatayakul, 2013). Umožňuje rovněž větší kontrolu toho, kdo do dokumentace zapisoval a jak s ní pracoval. Dále je možné strukturovat pravomoci přístupu k určitým údajům. Velkou výhodou je čitelnost a také celkové zefektivnění péče. Mezi nedostatky této dokumentace lze zmínit možné zneužití dat, neznalost práce s počítačem či nedostatečné vybavení (Středa et al., 2016).

Tento typ dokumentace má vést nejen ke kvalitnější péči, ale i k vyšší bezpečnosti pacientů. S postupným přechodem z papírové ošetrovatelské dokumentace na elektronickou je nutné identifikovat zásahy, které kvalitu péče a bezpečnost pacientů

účinně zvyšují (Evans, 2016). Tento plánovaný přístup managementu, který umožňuje sestřám přizpůsobit se novým elektronickým systémům dokumentace, se zdá být dobrou investicí, pokud jde o efektivitu pracovní doby, neboť by to mělo vést k získání času navíc, který lze využít na přímou ošetrovatelskou péči (McCarthy, 2018)

Kromě výhody ve formě snazší a efektivnější práce zdravotnických zařízení, přináší elektronická dokumentace benefit i pro pacienty, kteří mají jak snazší přístup k informacím, tak lepší kontrolu. Zefektivnění celého systému má výhody i pro zdravotní pojišťovny, a nepřímo tedy i pro samotný stát (Robles, 2009). V oblasti dostupnosti informací je největší předností okamžité získání všech údajů o zdravotní péči aj. Efektivita je podpořena hlavně odstraněním duplicity záznamů a nadbytečných vyšetření. V neposlední řadě je tu celkové zlepšení komunikace mezi všemi poskytovateli a pacientem (Neugebauer, 2009).

Z jedné kvalitativní studie, která se zabývala akceptací elektronických technologií, vyplývají základní problémy spojené právě s používáním systému elektronické dokumentace. Z analýzy údajů vyplývají dvě základní kategorie: vnímaná užitečnost a vnímaná obtížnost (Gagnon et al., 2016). Dle modelu akceptace technologií je pro podporu přijetí tohoto systému důležité zdůraznit přínosy jeho použití. Největšími překážkami přijetí jsou znalost předchozí metody a pohodlnost spojená s touto znalostí (Heidarizadeh et al., 2017).

Velkou nevýhodou elektronické formy ošetrovatelské dokumentace je finanční náročnost. Zdravničtí pracovníci, kteří se s tímto typem dokumentace ještě neselekali, mohou mít s touto podobou značné potíže a budou ji přijímat jen s velkou námahou. Problémem může být její nepochopení, které později začne komplikovat jejich práci (Hannah et al., 2014).

Pro správné fungování této dokumentace je nutno zajistit několik náležitostí. Základem je správné proškolení pracovníků, kteří mají s danou dokumentací pracovat. Dále je třeba zaručit bezpečnost přenosu všech dat a zároveň jejich spolehlivost (Kruse et al., 2017). Nutné je rovněž dokázat dohledat zdroje dat. Samozřejmostí by měla být také samostatnost a nezávislost na dalších subjektech včetně zdravotnických pracovníků. Data by dále měla jít generovat všemi poskytovateli zdravotní péče. V neposlední řadě je záhodno zajistit možnost online vyhledávání veškerých dat a záznamů (Neugebauer, 2009).

Pokud chce zdravotnické zařízení používat výlučně elektronickou podobu ošetrovatelské dokumentace, je důležité splnit několik podmínek. Každý zápis musí být stejně jako v listinné formě podepsán daným pracovníkem. V tomto případě máme k dispozici elektronický podpis, který stanovuje zákon č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce. Tento zákon udává jednoznačnou spojitost elektronického podpisu s daným jedincem, který zapisoval jakékoliv informace do ošetrovatelské dokumentace a lze jej dle něho identifikovat (Zákon č. 297/2016 Sb.). Nejméně jedenkrát za den musí být vykonána bezpečnostní kopie všech datových souborů. Dále je důležité pořídit opisy všech archivních kopií a zabránit jejich zneužití případným dodatečným zapisováním údajů. I elektronickou dokumentaci je nutné archivovat, právě tak jako tu papírovou (Policar, 2010).

V dnešní době je stále častěji navrhováno přepracování ošetrovatelské dokumentace za pomoci využití dat z Electronic Health Record (EHR) a klinické inteligence. Jde především o optimalizaci účinnosti ošetrovatelské dokumentace. EHR představuje systematický sběr zdravotních dat a informací, které jsou elektronicky uloženy. Data lze sdílet napříč různými zdravotnickými zařízeními (O'Brien et al., 2015). Jedna studie se zaměřila na posouzení účinnosti a kvality klinického procesu v elektronickém zdravotním záznamu po zanesení základních údajů o historii hospitalizace. Hodnocení probíhalo pomocí měření času a počtu kliknutí, která jsou potřebná k dokončení historie přijetí. Bylo zjištěno, že se průměrná doba strávená s dokumentováním anamnézy pomocí tohoto systému snížila o 72 % (Karp, 2019). Tento návrh dokumentace EHR musí dosáhnout takové rovnováhy, aby byla zajištěna bezpečná, kvalitní a spolehlivá péče včetně zapojení pacienta. Již v roce 2014 byla sestavena skupina vedoucích pracovníků z oblasti informatiky, kteří se zaměřili právě na co nejlepší transformaci elektronické dokumentace tak, aby poskytovala co nejvyšší hodnotu v oblasti péče nejen sestřám v provozu, ale i na vedoucích pozicích (O'Brien et al., 2015).

1.7.3 Fotodokumentace

Samostatnou kapitolou je fotodokumentace, která by měla pomoci lépe se orientovat v daném problému, a to nejen sestřám, ale i laikům. Nejvýhodnější se pro zdravotnický personál stává při potenciální obhajobě před soudem, při které může mít tato dokumentace rozhodovací váhu (Vondráček et al., 2005). Nejvíce se tato forma

zaznamenávání využívá u dekubitů. Sestry podrobně vidí průběh a hlavně hojení těchto defektů. Je nutné, aby se zdravotnický personál držel při zaznamenávání, používání a práci s touto dokumentací všech etických norem (Vondráček et al., 2009). Běžně je také vyžadován souhlas pacienta s pořízením fotodokumentace, se kterým ovšem vesměs všichni pacienti souhlasí (Kolektiv autorů, 2002).

V dnešní době najde své uplatnění také při výjimečných situacích, kdy chceme dokázat úspěchy moderní léčby, která není zcela obvyklá a běžná. Dále se využívá, pokud chceme prezentovat různé léčebné úspěchy, ke kterým je třeba vizuálního vjemu; nejčastěji se fotodokumentace provádí při hojení chronických ran, jako jsou dekubity či bércové vředy, nebo též u popálenin a všech poranění hojících se per secundam (Kučera, 2005). Tento způsob dokumentace slouží jako důkaz o kvalitě a odbornosti poskytnuté zdravotnické péče. Situace, kdy může být fotodokumentace nutností, jsou případy, kdy vznikne iatrogenní poškození při ošetrovatelské péči. Tím je myšlena např. nekróza při podání léku paravenózně nebo poranění kůže v důsledku použití nesprávného dezinfekčního prostředku (Burton, 2014).

Takové speciální použití může být v primární péči, kdy pediatr pořídí fotodokumentaci, která následně může sloužit jako důkaz pro policii při podezření z týrání či zanedbávání dítěte. Stejně tak lze samozřejmě využít tento druh fotodokumentace u jakékoliv jiné věkové kategorie při podezření na týrání (Vondráček et al., 2008).

Tato forma vedení ošetrovatelské dokumentace s sebou nese mnoho pozitiv. Jedním z největších je jistota, že zjištěné skutečnosti jsou zaznamenávány objektivně, jsou zcela průkazné a účelné. Vzhledem k tomu, že přítomné patologie nelze zkreslit, máme plnohodnotný a věrohodný zdroj dat. V případě potřeby je tak fotodokumentace nenahraditelným důkazem kvality ošetrovatelské péče (Vondráček et al., 2009).

1.8 Chyby v ošetrovatelské dokumentaci

Elektronizace ošetrovatelské dokumentace je sice na vzestupu, avšak nejvíce používanou formou je stále forma listinná, což znamená, že většina záznamů je psána ručně. Právě tyto dokumenty s sebou ovšem nesou potenciálně vysoké riziko chyby (Sčeпоňová, 2009). Abychom mohli vedení ošetrovatelské dokumentace považovat za správné a kvalitní, je nutné, aby se sestra při vedení všech záznamů nedopouštěla

závažných chyb, které by mohly ohrozit či poškodit pacienta (Duclos-Miller, 2016). Samozřejmostí tedy je řídit se právními předpisy, za které sestra odpovídá svým podpisem pod každým záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Především je nutné se vyhnout následujícím pochybením (Ščeпоňová, 2009):

Prvním, a vcelku závažným pochybením, je nepravdivost záznamů. Bohužel ani toto není výjimkou, i v ošetrovatelské dokumentaci se s nepravdivým záznamem můžeme setkat. Je velice důležité usilovat o to, abychom se tomuto pochybení zcela vyhnuli, neboť to může vést ke znehodnocení celé pacientovy ošetrovatelské dokumentace (Škrla et al., 2008).

Dále může dojít k situaci, kdy budou záznamy nečitelné. I toto vede k velkému množství problémů, kterým bychom měli předcházet. Je třeba mít na paměti, že samotná ošetrovatelská dokumentace chrání nejen pacienta, ale i členy celého multidisciplinárního týmu (Mach et al., 2013). Vzhledem k tomu, že toto pochybení se často zmiňuje u soudního řízení, může mít nečitelnost evidence pro sestru právní následky.

Méně závažnou chybou je nesprávné použití českého jazyka v záznamech. Myšleny jsou zejména gramatické chyby, kterých se sestry dopouštějí. Méně často se vyskytují slangové či vulgární výrazy. Aby ošetrovatelská dokumentace byla správná, efektivní a kvalitní, musí být psána v jazyce českém (Štefan et al., 2012).

Důležité je také umět správně popsat problém, aby nedocházelo k nesrozumitelnosti a nepochopení záznamu. Záznam a popis problému by měl být vždy nejen věcně správný, ale i úplný. Každý zápis by měl být srozumitelný a jasný. V této oblasti dochází k chybě hlavně při psaní otazníků a vykřičníků, které mohou vést ke špatnému posouzení daného problému jiným členem multidisciplinárního týmu, a tím k poskytnutí chybné ošetrovatelské péče (Vondráček et al., 2008). Toto pochybení může potenciálně vést až k ohrožení pacienta. Samozřejmostí je potvrdit datem a podpisem každý údaj, který sestra zapsala, (Pokorná et al., 2019).

Každému se pochopitelně může stát, že něco zapíše špatně, nicméně je nutné vědět, jakým způsobem tuto chybu správně napravit. Rozhodně není vhodné záznamy nějak přelepovat, zaškrtnout apod. Tento postup totiž může následně vést ke zpochybnění všech záznamů v ošetrovatelské dokumentaci (Policar, 2010). Správná oprava tkví pouze v jednom přeškrtnutí chybného záznamu tak, aby bylo možné přečíst

i ten původní, neboť je z toho zřejmé, že se sestra nesnaží chybu skrýt, nýbrž pouze opravit. Správný údaj je potom nutné uvést pod původní anebo vedle něj a vše stvrdit podpisem a datem změny (Kapounová, 2020).

1.9 Kvalita ošetrovatelské péče

Vzhledem k tomu, že kvalita ošetrovatelské péče je úzce spojena právě s ošetrovatelskou dokumentací, považujeme za důležité otázku kvality ošetrovatelské péče objasnit.

Ošetrovatelství od doby svého vzniku prošlo řadou změn, které z něj postupně učinily prestižní povolání. Není zaměřené pouze na péči v nemoci, ale i ve zdraví a zejména na předcházení všem nemocím. Jde o profesi, kde jsou jasně stanovené a definované kompetence v rámci celkové zdravotní péče (Kutnohorská, 2010). Kvalita ošetrovatelské péče se stále zvyšuje. Ošetrovatelství je nyní vědní disciplínou, jehož součástí je i výzkum při profesní přípravě nelékařských pracovníků. Ošetrovatelství je nekončícím procesem obsahujícím každodenní úkoly, včetně edukace pacientů (Marková, 2012).

Ayanian a Markel (2016) popisují kvalitu zdravotní péče jako péči, kdy je nutné očekávat maximální přínos pro zdraví pacienta a kdy je zároveň očekávaný přínos vyšší než vynaložené náklady, a to ve všech fázích léčebného procesu (Ayanian et al., 2016).

Donabedian (2002) definuje kvalitu zdravotní péče jako: *„Takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“*.

Jarošová et al. (2015) uvádí, že poskytování ošetrovatelské péče je stále více riziková oblast celé zdravotní péče. Nejen na sestry je kladeno stále více požadavků, a to včetně nároků na jejich odbornost a odpovědnost za poskytování právě ošetrovatelské péče. V současné době je právě poskytování kvalitní ošetrovatelské péče běžným trendem ve všech zdravotních zařízeních a ne vždy to musí být podmíněno vysokými náklady.

Kvalita ošetrovatelské péče má nejen pro pacienty stále větší význam. V dnešní době je nejen v každé zemi, ale i v každém zařízení zavedeno jasné pojetí ošetrovatelství, kdy péče je poskytována dle ošetrovatelského procesu a odvíjí se od aktuálních potřeb pacienta (Duffy, 2009). Ošetrovatelský personál pracuje

v multidisciplinárním týmu, který by měl být nejen odborně vzdělaný, ale také správně motivovaný. Důležité především je stanovit si na začátku cíle, které by měly být reálně uskutečnitelné. Samozřejmostí je dodržování profesionálního etického kodexu (Fričová, 2012). Dalším důležitým znakem toho, že je péče poskytována dle ošetřovatelského procesu, je aktivní zapojení pacienta do veškeré ošetřovatelské péče, která je vědecky podložená. Všeho výše zmíněného lze dosáhnout pouze, pokud funguje mezioborová spolupráce (Duffy, 2009).

Ke zjištění, zda je ošetřovatelská péče poskytována opravdu kvalitně, se používají tzv. indikátory pro měření kvality ošetřovatelské péče, které definovala Americká asociace sester (American Nurses Association). Indikátory lze rozdělit do několika oblastí (Huber, 2013). Mezi první spadá spokojenost pacientů nejen s ošetřovatelskou péčí, ale i s tlumením bolesti a s kvalitou poskytovaných informací. Do další oblasti spadá spokojenost sester. Dále se mezi indikátory kvality ošetřovatelské péče řadí prevalence dekubitů a počet pádů pacientů, neboť ty jsou v ošetřovatelské péči ve zdravotnických zařízeních nejvíce podstatné (Barbosa et al., 2015).

1.9.1 Standardizace ošetřovatelské péče

Co se týče problematiky kvality ošetřovatelské péče, v posledních letech bylo vytvořeno systémové opatření ve formě tzv. standardních doporučených postupů (Dingová Šliková et al., 2018).

Pokud hovoříme o ekonomicky vyspělých zemích, většinou si zdravotnická zařízení sama vytvářejí vlastní systémy, které se zabývají rozvíjením a především standardizací kvality. Standardizací je myšlen proces vytváření standardu procesu, struktury a výsledku (Kilíková et al., 2008).

Definované standardy a jiné systémové řídicí dokumenty slouží právě k měření a hodnocení poskytované péče ve zdravotnických zařízeních. Potřebu standardů v oblasti ošetřovatelství poprvé zmínila již Florence Nightingalová při ošetřování raněných vojáků v Krymské válce, kdy vytyčila minimální požadavky na čistotu prostředí, dále na postupy, které bylo nutné dodržovat jako prevenci infekce, nebo sledování, jak moc je poskytnutá ošetřovatelská péče efektivní (Jarošová et al., 2015). Zde tedy můžeme mluvit o prvních standardech zaměřených na ošetřovatelský proces, při jejichž užívání se značně snížila úmrtnost pacientů (Garkisch, 2020).

V posledních letech se stále diskutuje o vymezení ošetřovatelství jako samostatného vědního oboru, se kterým úzce souvisí standardizace ošetřovatelské péče, ošetřovatelské terminologie a klasifikačních systémů v ošetřovatelství (Plevová, 2018). Jak Langová již před 25 lety uvedla: „*Pokud nejsme schopni věci pojmenovat, nelze je nejen kontrolovat, ale ani zkoumat, vyučovat či financovat.*“ (Pokorná, 2016) Cílem standardizace je vymezit ošetřovatelskou profesi tak, aby byl jasně definován obsah práce, aby bylo vidět to, co dělá, a zviditelnit to, co předtím nebylo tak zřejmé (Jarošová, 2000). Mluvíme o vymezení jedinečné a nezaměnitelné role ošetřovatelství. K tomu všemu je nutné vzájemné porozumění, k němuž má mimo jiné sloužit ošetřovatelská dokumentace s jasnými a jednoznačnými záznamy (Pokorná, 2016).

Největší motivací pro zavedení terminologie a klasifikačních systémů je zvyšování kvality ošetřovatelské péče. Dosažení kvalitní ošetřovatelské péče stojí na vzájemném porozumění, které má být zprostředkováno pomocí realizace ošetřovatelského procesu, vzájemného porovnávání a vyhodnocování informací a samozřejmě také pomocí sledování úrovně kvality (Plevová, 2018). Kvalitu péče lze rovněž zlepšit pomocí informační a komunikační technologie, která nám zprostředkovává počítačové zpracování dat. K růstu kvality ošetřovatelské péče vede též definování rozsahu ošetřovatelské praxe, které vymezí činnosti sester a celkovou roli ošetřovatelství (Sewell, 2018).

Význam neustálého rozvoje standardizované terminologie slouží především pro podporu profesionální zodpovědnosti, již míníme přesné a jasné definování nezávislých činností v ošetřovatelské péči. Dále máme možnost testovat platnost všech provedených ošetřovatelských zásahů, které jsou podkladem pro ošetřovatelský výzkum (Vörösová et al., 2015). Výsledky poté mohou sloužit k rozvoji ošetřovatelství a výuky ošetřovatelských předmětů. Plánování financí a všech zdrojů k poskytování ošetřovatelských služeb a podpora vzájemné komunikace jsou pomocí standardizace rovněž jednodušší (Pokorná, 2016).

Jak se postupně vyvíjela ošetřovatelská terminologie a informatika, tak zároveň došlo k vývoji odborné konfigurace, která obsahuje standardizovaný koncept všech ošetřovatelských diagnóz vytvářených sdružením North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Marečková, 2006). Záměr poskytnout ošetřovatelské praxi komplexní klasifikační systém začal propojováním výsledků klasifikací

NANDA, Nursing Interventions Classification (NIC) a Nursing Outcomes Classification (NOC). NANDA klasifikuje ošetrovatelské diagnózy, NIC ošetrovatelské činnosti neboli intervence a NOC ošetrovatelské výsledky. Intervencí je myšleno ošetření, ke kterému dochází po diagnostickém závěru ošetrovatelského personálu a které je poskytováno ve prospěch pacienta (Patiraki et al., 2015). Ošetrovatelské výsledky jsou klasifikací, při které se hodnotí především efekt ošetrovatelské péče a její výsledek, který lze definovat jako měřitelný status (Marečková, 2006).

Standardy tedy určují měřitelná kritéria, dle kterých lze stanovit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem je míněna dohodnutá norma kvality. Tyto standardy jsou tvořeny zdravotnickým zařízením, ve kterém se stávají platnými a zároveň vymahatelnými (Dingová Šliková et al., 2018). Standard obsahuje základní kritéria, mezi něž patří kritéria strukturální, procesuální a kritéria výsledku. Zdravotnická zařízení mají povinnost vést zdravotnickou dokumentaci a zároveň jsou povinna dodržovat standardy, které jsou dány legislativními normami (Kudlová, 2016).

1.9.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Americká asociace sester (ANA) definovala indikátory, kterými lze měřit kvalitu ošetrovatelské péče. Dvěma oblastmi, které jsou obvykle pro zdravotnická zařízení v okruhu ošetrovatelské péče nejvíce vypovídající, jsou pády pacientů a výskyt dekubitů (Plevová et al., 2012). Rozeznáváme ovšem ještě několik dalších oblastí, mezi které patří spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, s množstvím, ale i kvalitou poskytnutých informací, s tlumením bolesti, dále také spokojenost sester, poměr personálu na danou ošetrovací jednotku či počet hodin strávených ošetrovatelskou péčí (Jarošová et al., 2015).

Indikátorem je myšlen ukazatel kvality, jímž je definováno měřitelné kritérium, které se porovnává s určitým standardem či směrnici. Vypovídá o tom, do jaké míry bylo standardu dosaženo (Plevová, 2012). Poskytuje tedy zpětnou vazbu o efektu a kvalitě poskytnuté péče. Indikátor je statistickým ukazatelem, který je vyjádřen kvantitativně, tzn. číslem nebo procenty (Vašátková et al., 2007). Můžeme ho vnímat jako jisté riziko či neobvyklou událost. Všechny tyto ukazatele identifikujeme, vyhodnocujeme a řešíme jako již vzniklé či potenciální problémy. Údaj

je tedy kvantitativní, avšak jeho vypovídací hodnota je kvalitativní, neboť jde o srovnávání nejen v čase, ale i mezi jednotlivými zařízeními. Jejich validita by měla být samozřejmostí. Musíme porovnávat něco s něčím a hlavně měřit to, pro co jsou tyto indikátory určené (Melnyk et al., 2018).

Indikátory kvality ošetrovatelské péče slouží především ke zvyšování kvality, proto je nutné, aby byly smysluplné. Ani indikátory samozřejmě nejsou vždy neomylné. Zpravidla bývají zaměřeny na pozitivní či negativní jevy. Mohou být orientovány na sestru, událost, systém či proces. Pokud není dán žádný kontext, jedná se o pouhou statistiku, již nelze kvalitu rozvíjet (Škrála et al., 2008).

1.9.3 Ošetrovatelský audit

Auditem je myšleno systematické hodnocení kvality ošetrovatelské péče, která je poskytována s ohledem na účinnost, etickou přiměřenost a efektivní využití finančních zdrojů (Hulková, 2016). Tato metoda je používána, pokud chceme hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče, která je nemocným poskytována. Audit je zaměřen především na realizaci ošetrovatelského procesu a na výsledky ošetrovatelské péče u pacientů (Madar, 2004). Právě tyto dva aspekty jsou při hodnocení kvality péče velice důležité. Toto hodnocení zvýší nejen kvalitu péče u jednotlivých pacientů, ale i celkovou kvalitu v daném zdravotnickém zařízení (Clement, 2015).

Již od počátku 80. let 20. století se začal audit ve zdravotnictví využívat. Metoda auditu není vhodná pro ty sestry, které přímo poskytují péči u lůžka. Jedná se o velice náročnou metodu, která je odvádí od péče o pacienty, a není proto možné, aby tato skupina byla prostředkem pro zlepšování kvality, nýbrž jejím cílem (Mastiliáková, 2002). Je tedy jasné, že na této úrovni je využití auditu zcela neefektivní a neopodstatněné. Metoda auditu je vhodná k používání vrcholovým či středním managementem zdravotnictví a samozřejmě také profesionálními firmami, které se audity zabývají (Courtney et al., 2010).

Na začátku, kdy jsou ošetrovatelské standardy formovány a vytvářeny, je důležité si stanovit, jakým způsobem a jak budou vyhodnocovány. Audit je zaměřen zejména na objektivní stránky kvality ošetrovatelské péče, které jsou snadno měřitelné (Plevová, 2012). Mnohem složitější je pak objektivní posouzení subjektivních

stanovisek kvality, kam můžeme zařadit například spokojenost pacientů (Hulková, 2016).

Hlavním cílem auditu je neustálé zvyšování kvality ošetrovatelské péče, což patří mezi postupy řízené managementem. Pokud dojde v průběhu ošetrovatelské péče ke zlepšení péče a snížení rizik pro pacienta či jsou sníženy celkové náklady pro zaměstnavatele, lze to považovat za dosažení cíle (Clement, 2015). Audit je důležitý nejen při zjišťování kvality poskytované ošetrovatelské péče, ale i při vedení ošetrovatelské dokumentace. Dle dokumentace lze během auditu posuzovat úroveň poskytované ošetrovatelské péče a zároveň identifikovat oblasti, ve kterých by mělo dojít k nápravě či zlepšení (Česká asociace sester, 2002).

Předtím, než je vůbec možné s nějakým měřením kvality ošetrovatelské péče pomocí auditů začít, je nutné mít pomocí standardů, směrnic, zákonů aj. jasně a zřetelně definovanou kvalitu (Škrla et al., 2003). Cílem by nikdy nemělo být posuzování výkonu sester, které by vedlo k hledání chyb a následnému řešení kázeňských přestupků, ale naopak se snažit o co nejrychlejší napravení nalezených slabých míst, ať už v systému či procesu (Plevová, 2012). Důležité je uvědomit si, že pokud dané oddělení nemá zájem či neumí zaujmout flexibilní postoj k reakcím na dané problémy, které se při ošetrovatelském auditu objeví, audit je zcela bezpředmětný. Je tedy zřejmé, že pokud chceme, aby byl ošetrovatelský audit úspěšný, je zároveň nutné, aby dané oddělení bylo schopné a ochotné změny realizovat (Škrla et al., 2003).

Audit je zpravidla součástí každé ošetrovatelské kontroly, kde se monitorují jednotlivá kritéria jak struktury, tak výsledku a procesu. Jde tedy o systematický a zároveň nezávislý proces, kde získáváme důkazy o tom, zda jsou činnosti prováděny správným způsobem (Pokorná et al., 2019). Výsledkem je pak zhodnocení ošetrovatelské péče neboli zjištění, nakolik skutečnost odpovídá standardu. Důležité je zjistit, zda není potřeba provést nějaké změny u standardu a zda je standard stále aktuální a platný (Plevová, 2012). Obsahem je poté vyhodnocení, do jaké míry je standard plněn, název oddělení, jména auditorů, metody, které byly pro audit použity, a v neposlední řadě datum uskutečnění (Madar et al., 2004)

Audit lze rozdělit na interní či externí. U externího auditu provádí kontrolu certifikovaná organizace nebo komise, která není přímo zúčastněná na ošetrovatelské péči (Plevová, 2012). Naopak interní audit provádějí auditori interní, tedy ti, kteří se

ošetřovatelské péče přímo účastní. Audit dále může být plánovaný či neplánovaný (Clement, 2012).

1.9.4 Akreditace

Akreditací se rozumí proces, při kterém je hodnoceno zdravotnické zařízení externí organizací a zjišťuje se, zda se práce na daném oddělení shoduje s požadavky, které jsou kladeny na zvyšování kvality péče (Šupšáková, 2017). Akreditace není povinná, je dobrovolná a standardy jsou chápány jako dosažitelné a optimální. Účelem akreditace je zvyšování kvality péče, zajištění bezpečného prostředí, ve kterém by měla být poskytována systematická péče se snahou snížení počtu rizik nejen pro pacienty, ale i pro zaměstnance (Myers, 2011). Pokud je akreditační řízení úspěšné, zdravotnické zařízení získá certifikát, který dokládá jeho důvěryhodnost a způsobilost. (Marx et al., 2008).

Existuje důkaz, že akreditační programy zlepšují nejen proces poskytování zdravotní péče, ale také klinické výsledky. Je tedy zřejmé, že akreditační programy by měly být jako nástroj vedoucí ke kontinuálnímu zvyšování kvality zdravotní péče plně podpořeny (Alkhenizan et al., 2011).

Největší akreditující organizací, která působí na mezinárodní úrovni je The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (The Joint Commission, JCAHO) v USA, jejímž cílem a úkolem je neustálé zvyšování kvality péče v mezinárodním prostředí (Schulte, 2012). Nástrojem pro hodnocení jsou mezinárodní standardy, indikátory a bezpečnostní cíle, jež jsou používány pro akreditaci zdravotnických zařízení, které JCAHO vydala a které je nutné pro získání akreditačního certifikátu splňovat (Madar, 2004). Tyto standardy lze rozdělit do dvou skupin. První z nich je zaměřena na potřeby pacientů, druhá na funkci samotného zdravotnického zařízení. Je důležité zmínit, že tento akreditační proces bere ohled na individualitu každého státu a respektuje dané právní prostředí včetně jeho kultury a náboženství (Plevová, 2012). Podle velikosti daného zdravotnického zařízení a jeho konceptu poskytovaných služeb se stanoví program včetně akreditační komise. K udělení akreditačního certifikátu dojde jen tehdy, pokud zařízení obdrží objektivní, pravdivé a spolehlivé hodnocení. Výsledek je sestaven z celkové úrovně dodržování všech standardů ve zdravotnickém zařízení (Schulte, 2012).

V České republice pod záštitou MZ v roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise (SAK), která navázala právě na práci JCAHO. Tudíž je zřejmé, že primárním předmětem jejího zájmu je rovněž zvyšování kvality péče včetně jejího bezpečného poskytování (Plevová, 2012). Hlavní pracovní náplní komise není jen akreditace zdravotnických zařízení, ale i poradenská činnost, která spočívá v přípravě na samotnou akreditaci, dále činnost publikační, včetně vydávání akreditačních standardů. Taktéž má na starost organizaci různých celostátních vzdělávacích akcí včetně mezinárodní spolupráce v oblasti kvality péče (Marx et al., 2014).

Základními podklady akreditačního programu jsou výše zmíněné standardy. Ty jsou vypracovávány mezinárodní skupinou a schváleny mezinárodní správní radou. Jejich naplnění vyžaduje kontinuální zvyšování kvality (Joint Commission International, 2008). Mezinárodní standardy byly vyvíjeny pracovní skupinou, ve které byli lékaři, zdravotní sestry a pracovníci nemocniční a veřejné správy. K ověření těchto standardů dochází pomocí připomínek odborníků a tzv. pilotního testování. Kritérium pro jejich sestavení je především splnění aktuálních podmínek odborné praxe (Plevová, 2012). Standardy jsou řazeny do kapitol, přičemž každá odpovídá jednotlivé činnosti zdravotnického zařízení. Může jít například o standardy kontinuálního vzdělávání pracovníků, prevence a kontroly nozokomiálních nákaz, standardy podávání léků či standardy týkající se komunikačních procesů (Marx et al., 2008).

Dalo by se říci, že zájem o akreditace celosvětově stále stoupá, neboť je lze využít jako účinný nástroj pro řízení a hodnocení kvality. Je tedy běžné, že zdravotnická zařízení žádají o akreditační řízení sama a dobrovolně (Joint Commission International, 2008).

Po doložení akreditačního certifikátu lze na dané zdravotnické zařízení nahlížet jako na důvěryhodné a způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče. K jeho dosažení jsou jasně stanoveny cíle a podmínky, za kterých ke zvyšování nejen kvality, ale i bezpečnosti dochází. Při dodržování a plnění těchto podmínek mohou tyto informace sloužit k následnému rozhodování ostatních organizací (Žiaková, 2009).

K čemu je tedy akreditace dobrá? Největším přínosem pro zdravotnická zařízení je standardizace a tudíž nižší variabilita mezi zdravotnickými zařízeními v České republice (Myers, 2011). Pro pacienty jde především o záruku kvality a bezpečnosti poskytované péče. Jistá výhoda je tu i pro plátce čili pro zdravotní pojišťovny, pro něž

akreditace daného zdravotnického zařízení znamená, že jejich peníze jsou investovány do instituce, kde je prokazatelný určitý standard zdravotní péče (Joint Commission International, 2008). V neposlední řadě jsou akreditací vytvářeny podmínky pro zavedení kontinuálního zvyšování kvality, které je známé pod zkratkou TQM (total quality management). Bez tohoto programu nelze kvalitně řídit moderní provoz zdravotnického zařízení (Myers, 2011).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních.
2. Zmapovat názor sester na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci.
3. Zjistit požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci

2.2 Hypotézy

1. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe.
2. Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn typem pracoviště.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaký mají sestry názor na aktuální vedení ošetrovatelské dokumentace?
2. Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro výzkumné šetření byla s ohledem na zvolené cíle použita kombinace kvantitativní a kvalitativní metody. Pro sběr dat kvantitativního výzkumu bylo využito dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na sestry pracující na různých odděleních a na různých pozicích včetně těch manažerských. Použit byl nestandardizovaný dotazník (Příloha č. 1). V rámci dotazníkového šetření jsme zjišťovali názor sester na jejich aktuální ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou každý den pracují. Dále jsme odhalovali, zda je názor na ošetrovatelskou dokumentaci ovlivněn délkou praxe či typem pracoviště, na němž sestra pracuje. Další otázky dotazníku odpovídaly na celkovou spokojenost či nespokojenost s aktuálním vedením ošetrovatelské dokumentace.

Druhou část kvantitativní metody tvoří obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace. Analyzovány byly dokumenty ze dvou zdravotnických zařízení. Předmětem této analýzy byly dva typy ošetrovatelské dokumentace. Prvním byla elektronická a druhým standardní listinná forma ošetrovatelské dokumentace. Následně jsme mohli tyto dvě formy ošetrovatelských dokumentací navzájem porovnat a zjistit jejich pozitivní a negativní stránky.

Kvalitativní část výzkumného šetření byla zpracována pomocí polostrukturovaných rozhovorů (Příloha č. 2). Rozhovory byly provedeny se sestrami, tedy respondenty, kteří také pracují na různých odděleních, různých pozicích a poskytují ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Tito respondenti byli vybráni dle předem stanovených kritérií. Výběrovým kritériem byla sestra pracující na kterémkoliv standardním oddělení s podmínkou poskytování ošetrovatelské péče a s tím spojenou prací s ošetrovatelskou dokumentací.

Výzkumné šetření bylo provedeno ve čtyřech nejmenovaných zdravotnických zařízeních. Rozhovory byly následně zaznamenány přímou transkripcí. Každý respondent byl předem ujistěn o zachování úplné anonymity, což bylo samozřejmě dodrženo. Kvalitativní přístup jsme zvolili jako další výzkumnou metodu zejména kvůli jeho výhodě, která nám umožňuje jedince zkoumat v jeho přirozeném prostředí a získat od něj podrobný popis.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumné šetření byly vybrány čtyři nemocnice. V těchto nemocnicích byla zvolena různá oddělení a různé sestry. Šetření jsme nicméně prováděli pouze na standardních odděleních, neboť na jednotkách intenzivní péče či na dětských odděleních je často ošetrovatelská dokumentace odlišná od té, která se používá na běžných odděleních. Výzkumné šetření bylo samozřejmě zahájeno až po souhlasu a schválení všech nemocnic.

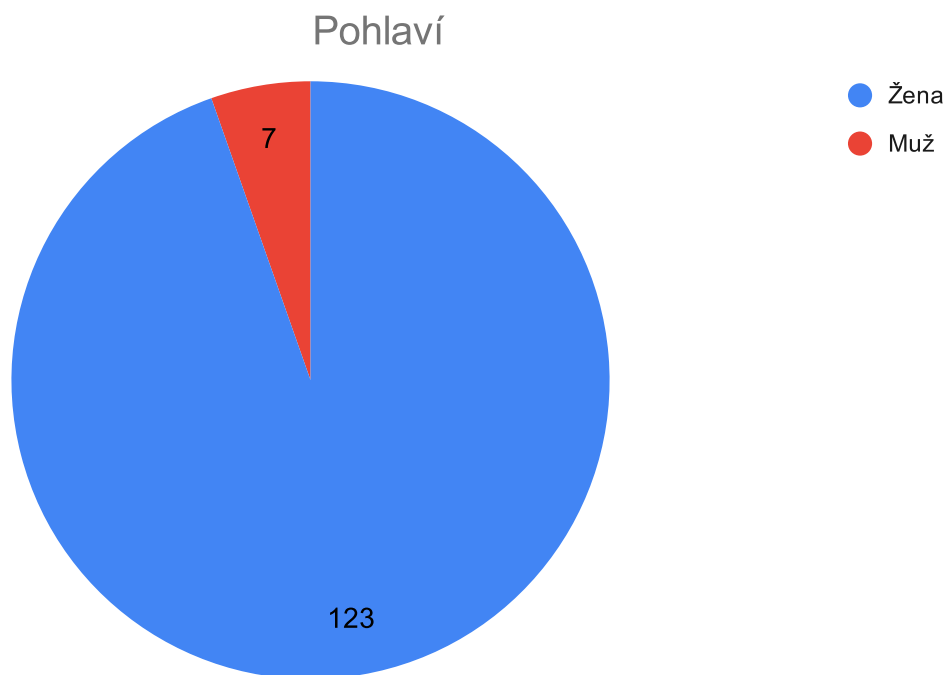
V kvantitativním výzkumném šetření, které jsme realizovali pomocí dotazníků, bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž se jich vyplněných vrátilo 131, tedy 87 %. Jeden dotazník byl vyřazen, jelikož byl vyplněn neúplně a nesprávně. Ke zpracování jich tedy bylo zařazeno 130.

Výzkumný soubor kvalitativního šetření tvořilo 9 sester, též z různých oddělení. Vybrané sestry splňovaly kritéria práce na standardním oddělení, s nímž je spojena jejich běžná a rutinní práce s ošetrovatelskou dokumentací. Sestry hodnotily právě tuto ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou pracují, a celkovou situaci ohledně této problematiky. Zjišťovali jsme jejich názor na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci a zkoumali, zda jim forma této dokumentace vyhovuje, či nikoli. Všechny tyto informace jsme zjišťovali pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Všechny rozhovory byly zaznamenány, přepsány a následně zpracovány pomocí metody tužka – papír. Sebraná a uspořádaná data byla rozdělena do 10 kategorií. Těmito kategoriemi jsou: 1. Představa o ošetrovatelské dokumentaci, 2. Účel ošetrovatelské dokumentace, 3. Forma a přehlednost ošetrovatelské dokumentace, 4. Názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, 5. Chybějící údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 6. Přebývající údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 7. Čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací, 8. Ošetrovatelská péče bez ošetrovatelské dokumentace, 9. Přínos ošetrovatelské dokumentace, 10. Nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z roku 2018.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

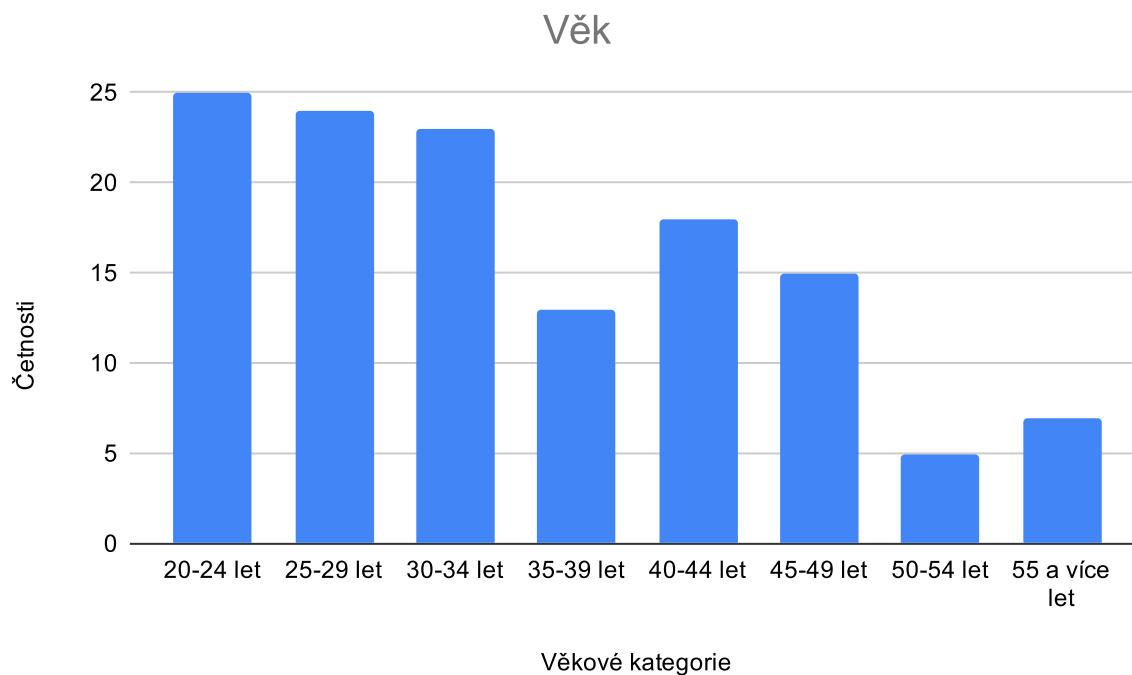
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu – dotazník

Graf 1



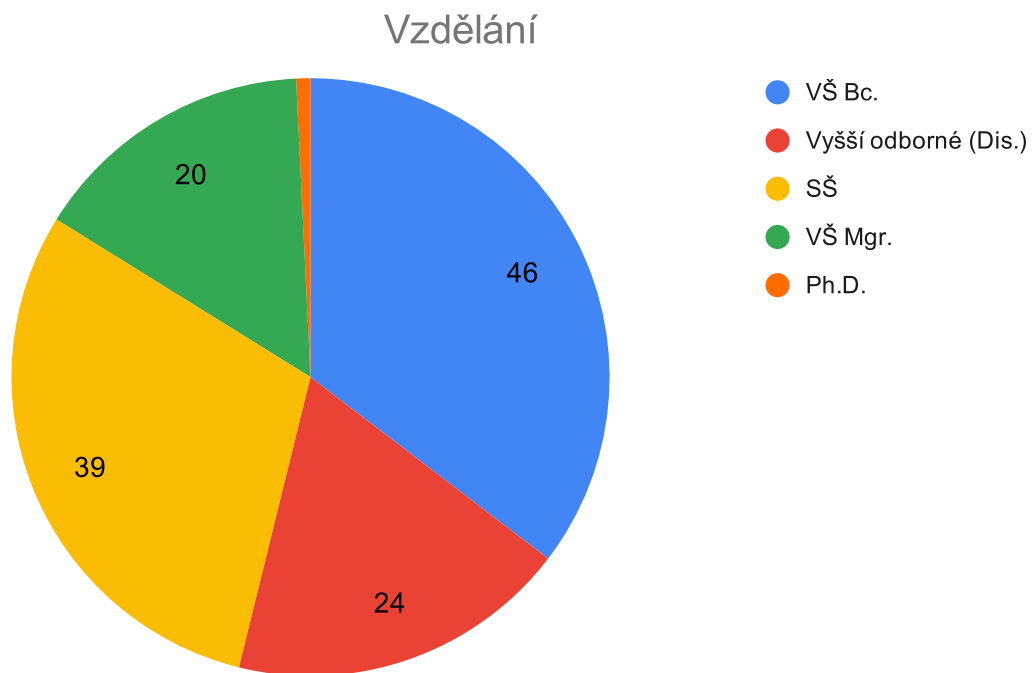
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů bylo 123 žen (95 %) a 7 mužů (5 %).

Graf 2



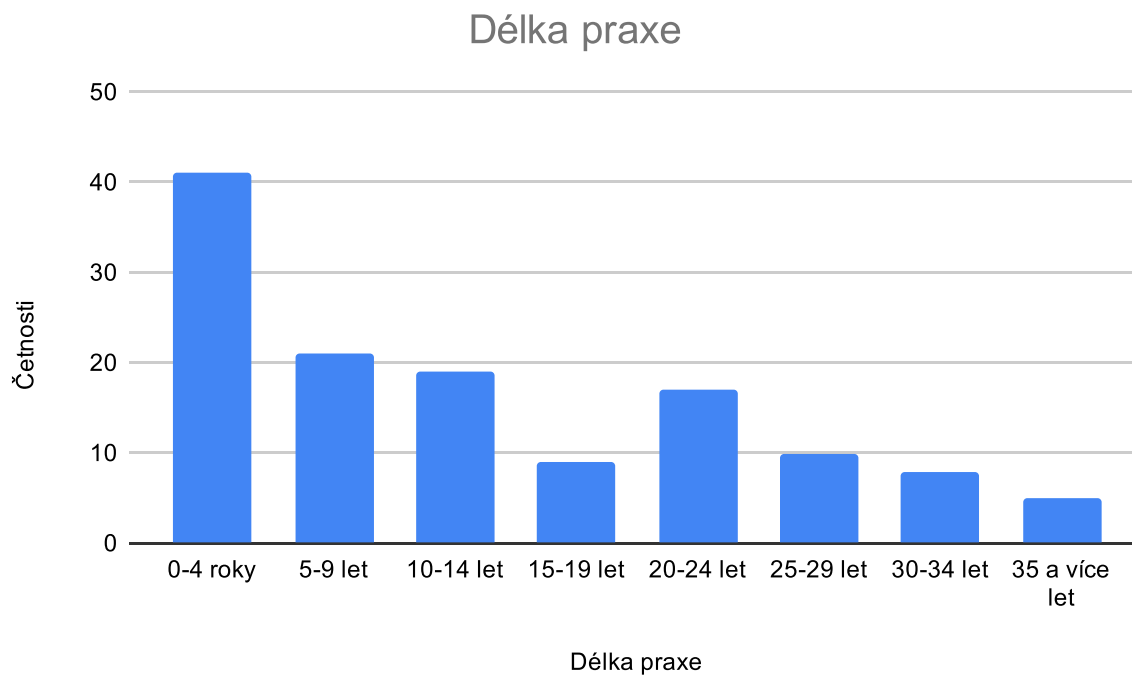
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů bylo 25 (19 %) respondentů ve věku od 20–24 let, 24 (18 %) respondentů ve věku od 25–29, 23 (18 %) respondentů ve věku od 30–34 let, 13 (10 %) respondentů ve věku od 35–39 let, 18 (14 %) respondentů ve věku 40–44 let, 15 (12 %) respondentů ve věku 45–49 let, 5 (4 %) respondentů ve věku 50–54 let a 7 (5 %) respondentů ve věku 55 a více let.

Graf 3



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů má 46 (35 %) vysokoškolské vzdělání (Bc.), 39 (30 %) respondentů středoškolské vzdělání, 24 (18 %) vyšší odborné vzdělání (Dis.), 20 (15 %) vysokoškolské vzdělání (Mgr.) a 1 (1 %) z respondentů získal postgraduální vzdělání (Ph.D.).

Graf 4



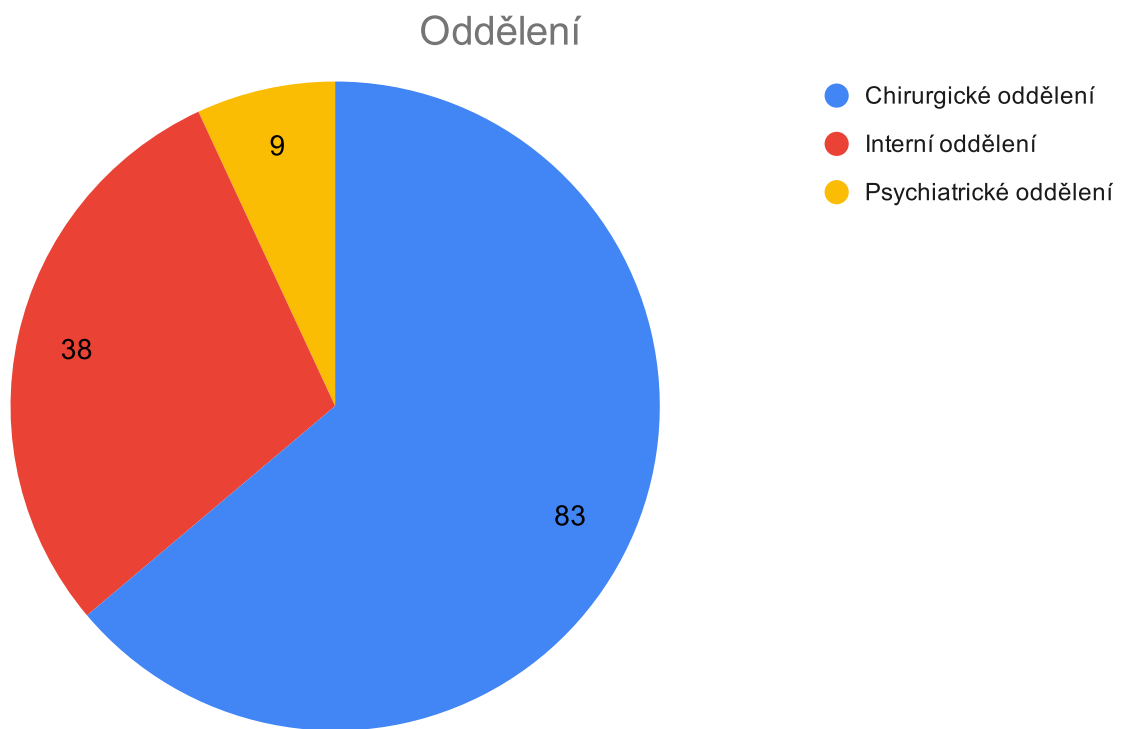
Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů má 41 respondentů (32 %) praxi v oboru 0–4 let, 21 (16 %) respondentů 5–9 let, 19 respondentů (14 %) 10–14 let, 9 (7 %) respondentů 15–19 let, 17 (13 %) respondentů 20–24 let, 10 (8 %) respondentů 25–29 let, 8 (6 %) respondentů 30–34 let a 5 (4 %) respondentů 35 a více let.

Graf 5



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů je 105 (81 %) respondentů sestra u lůžka, 18 (14 %) respondentů je praktická sestra, 4 (3 %) respondenti jsou staniční sestry a 3 (2 %) respondenti jsou sestry vrchní.

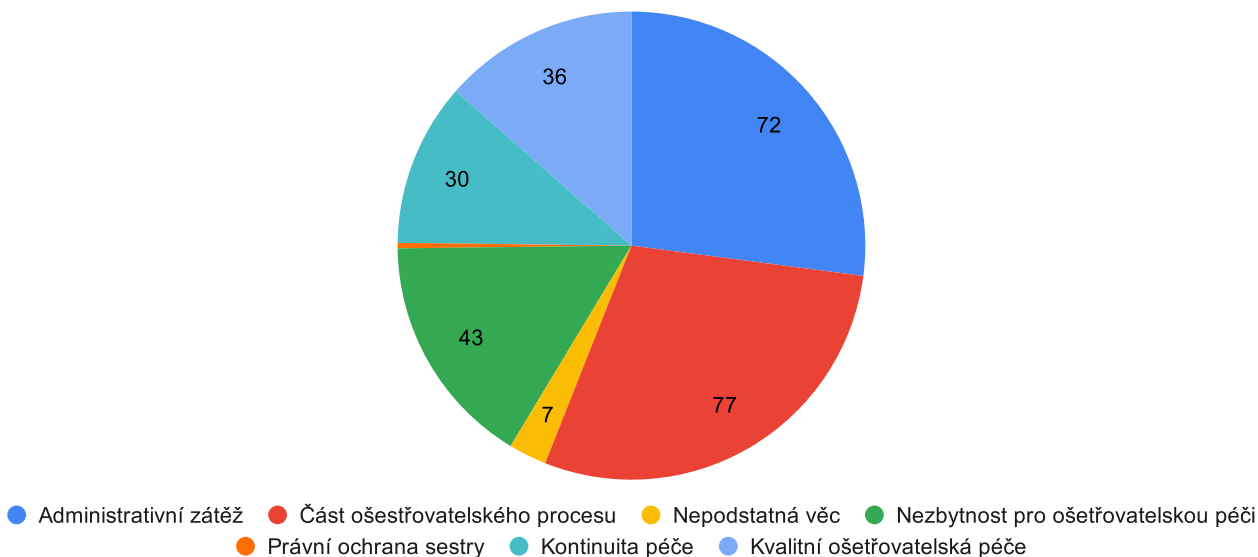
Graf 6



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 83 (64 %) pracuje na chirurgickém oddělení, 38 (29 %) na interním oddělení a 9 (7 %) na oddělení psychiatrickém.

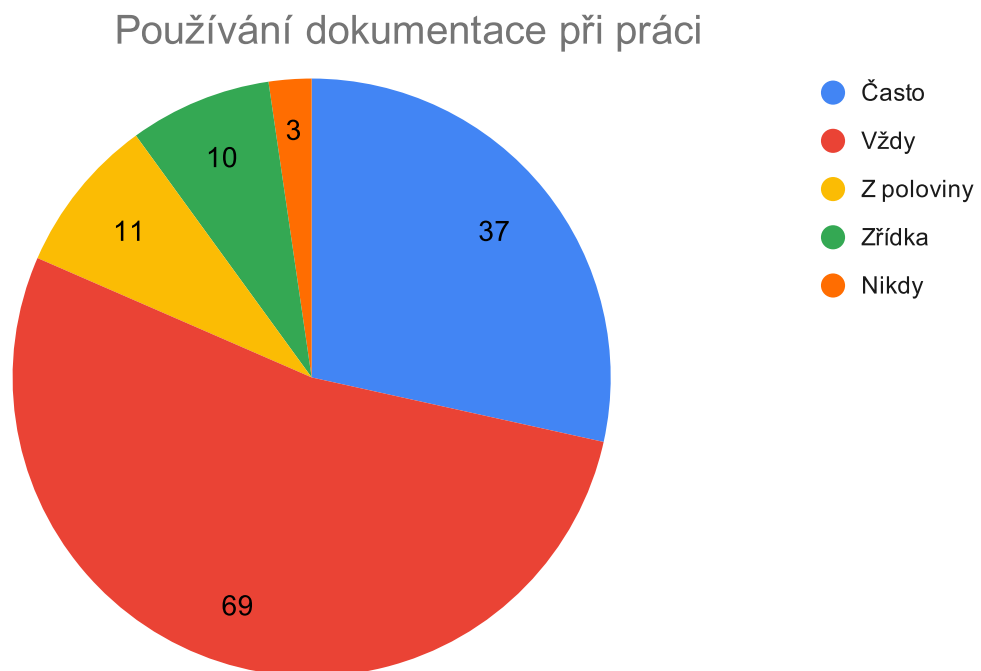
Graf 7

Představa o ošetrovatelské dokumentaci



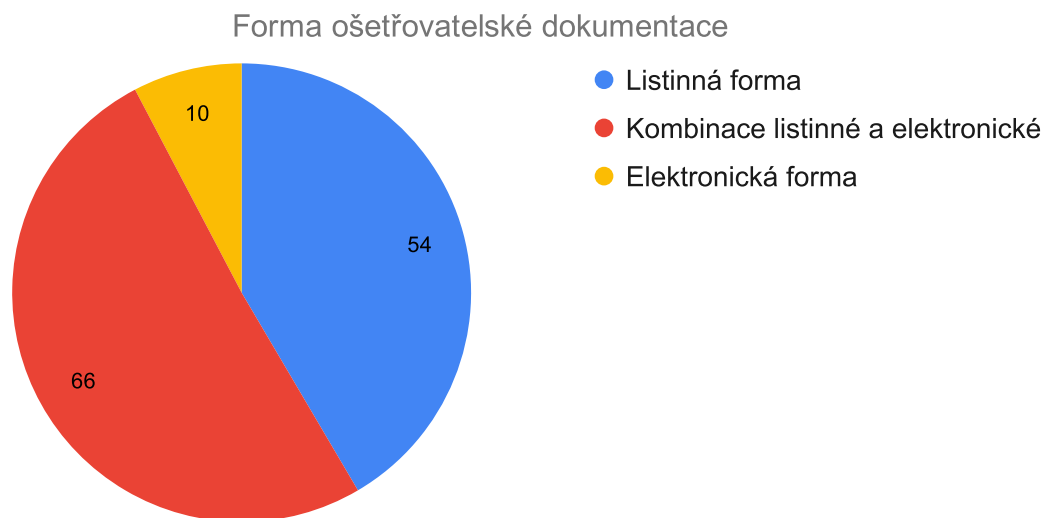
V následující otázce měl celkový počet 130 (100 %) respondentů možnost více odpovědí. Nejvíce respondentů, 77 (29 %), vidí ošetrovatelskou dokumentaci jako důležitou část ošetrovatelského procesu, 72 (27 %) respondentů však považuje ošetrovatelskou dokumentaci za administrativní zátěž, 43 (16 %) respondentů ji považuje za nezbytnou pro poskytování ošetrovatelské péče, dalších 36 (14 %) respondentů si myslí, že zajištění kvalitní ošetrovatelské péče lze dosáhnout právě pomocí ošetrovatelské dokumentace, 30 (11 %) respondentů se domnívá, že se pomocí ošetrovatelské dokumentace zajistí také kontinuální ošetrovatelská péče, a pouze 7 (3 %) respondentů vnímá ošetrovatelskou dokumentaci jako nepodstatnou.

Graf 8



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 69 respondentů (53 %) používá dokumentaci při své práci vždy, 37 (29 %) respondentů uvedlo, že dokumentaci používají často, 11 (9 %) z nich ji používá jen z poloviny, 10 (8 %) respondentů jen zřídka a 3 (1 %) respondenti uvedli, že ošetrovatelskou dokumentaci nepoužívají při své práci nikdy.

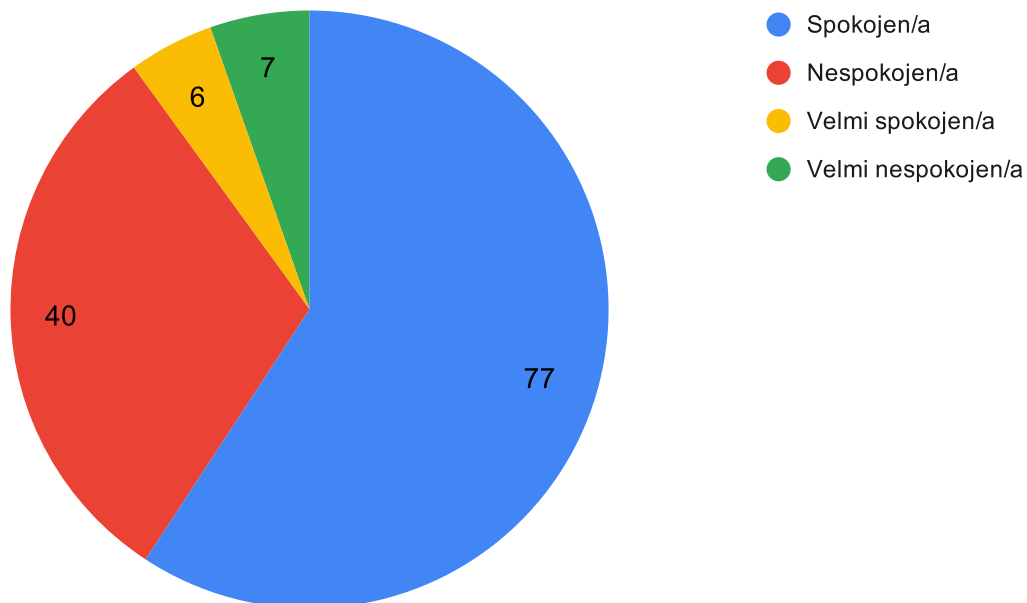
Graf 9



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 66 respondentů (51 %) využívá při své práci kombinaci listinné a elektronické formy ošetrovateľskej dokumentácie, 54 (41 %) respondentů používa pouze listinnou formu ošetrovateľskej dokumentácie a 10 (8 %) respondentů uvedlo výhradní používání elektronické formy ošetrovateľskej dokumentácie.

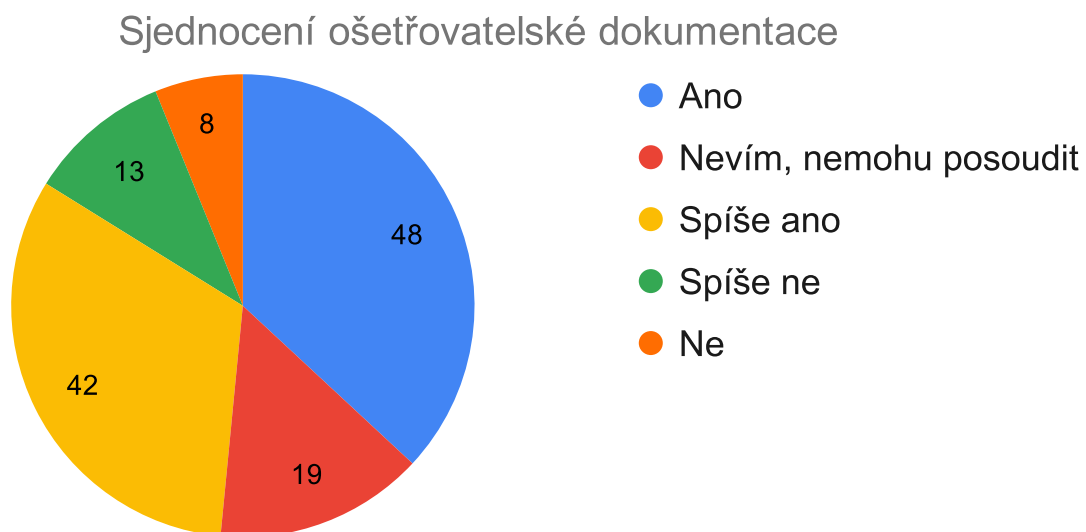
Graf 10

Spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 77 respondentů (59 %) uvedlo, že jsou spokojeni s ošetrovatelskou dokumentací, se kterou aktuálně pracují, 40 respondentů (31 %) jich je nespokojeno, 7 (5 %) respondentů je s ošetrovatelskou dokumentací velmi nespokojeno a 6 (5 %) velmi spokojeno.

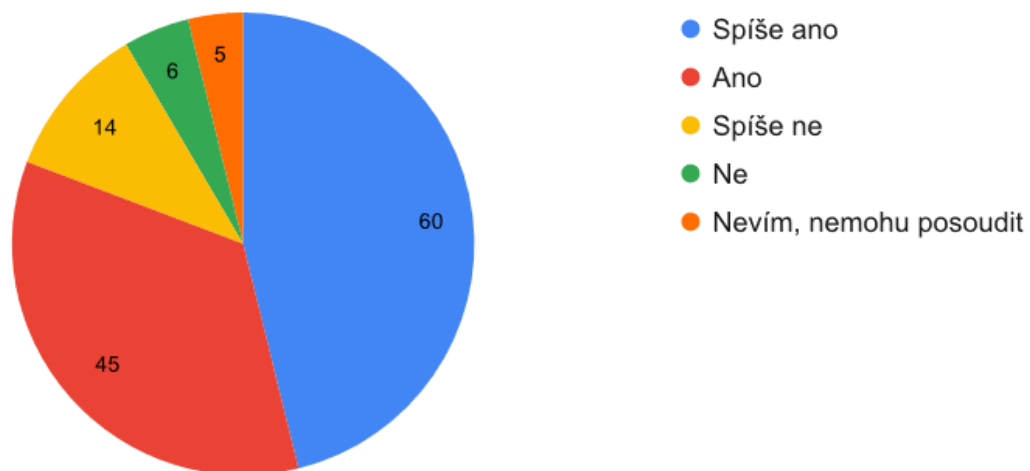
Graf 11



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 48 respondentů (37 %) uvedlo, že by byli pro sjednocení ošetrovateľskej dokumentácie ve všech nemocnicích, 42 (32 %) respondentů uvedlo spíše ano, 19 (15 %) respondentů si myslí, že toto nemohou soudit, 13 (10 %) respondentů se přiklání spíše k nesjednocení ošetrovateľskej dokumentácie a 8 (6 %) respondentů vysloveně nechce sjednocení ošetrovateľskej dokumentácie pro všechny nemocnice.

Graf 12

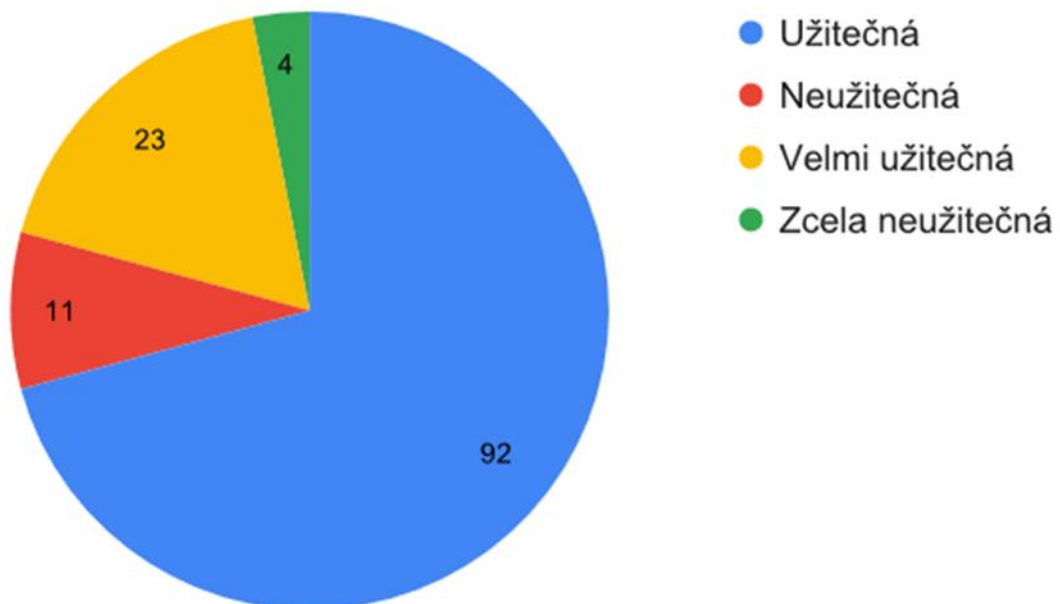
Přínos ošetřovatelské dokumentace pro ošetřovatelskou péči



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 60 (46 %) respondentů myslí, že ošetřovatelská dokumentace přínos pro ošetřovatelskou péči spíše má, 45 (35 %) respondentů je o přínosu ošetřovatelské dokumentace přesvědčeno, 14 (10 %) respondentů se přiklání k odpovědi spíše ne, 6 (5 %) je přesvědčeno, že přínos ošetřovatelské dokumentace pro ošetřovatelskou péči není žádný, a 5 (4 %) respondentů tento názor nemůže posoudit.

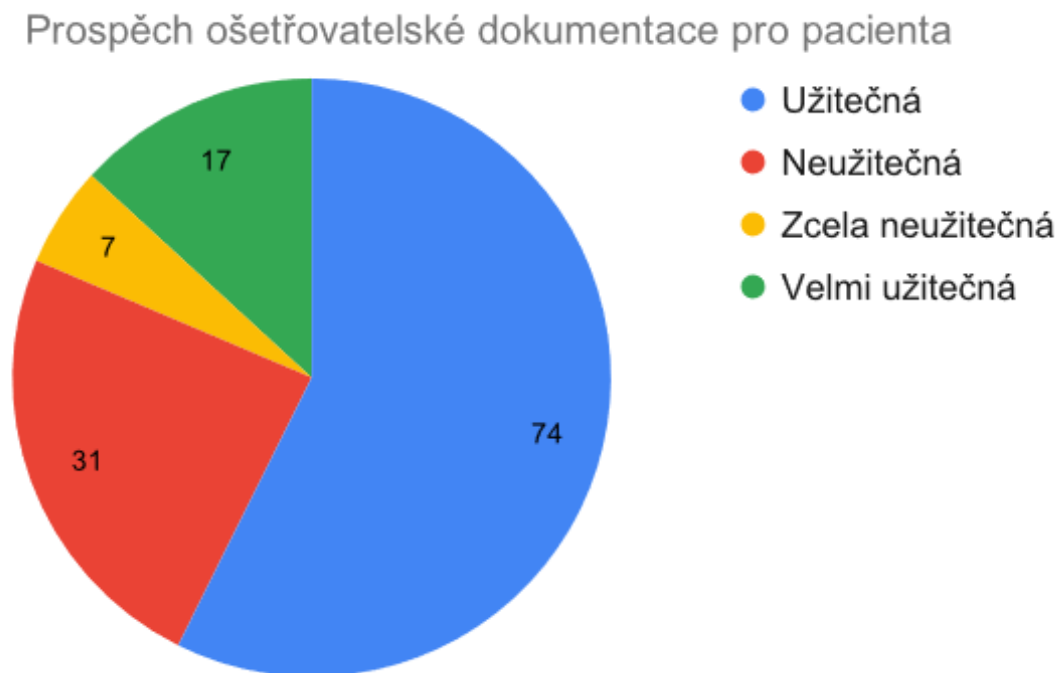
Graf 13

Prospěch ošetrovatelské dokumentace pro sestru



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 92 (71 %) respondentů myslí, že ošetrovatelská dokumentace je pro sestru užitečná, 23 (9 %) respondentů ji považuje dokonce za velmi užitečnou, 11 respondentů (18 %) si myslí, že je pro ně ošetrovatelská dokumentace neužitečná, a zbývajících 4 (2 %) respondenti ji považují dokonce za zcela neužitečnou.

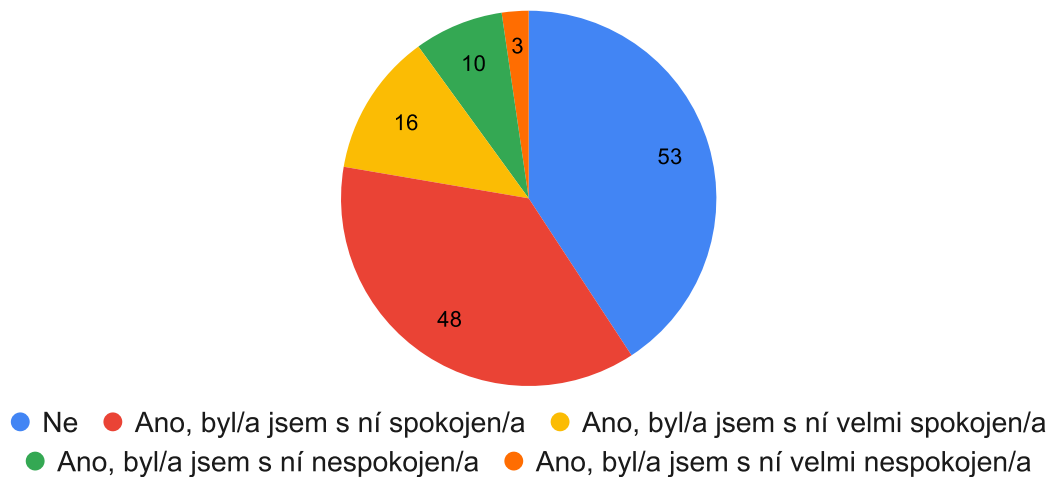
Graf 14



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 74 (58 %) respondentů myslí, že ošetrovatelská dokumentace je pro pacienta užitečná, 31 (24 %) respondentů ji považuje za neužitečnou pro pacienta, 17 (13 %) respondentů si myslí, že je pro pacienty ošetrovatelská dokumentace velmi užitečná, a zbývajících 7 (5 %) respondentů ji považuje za zcela neužitečnou pro pacienta.

Graf 15

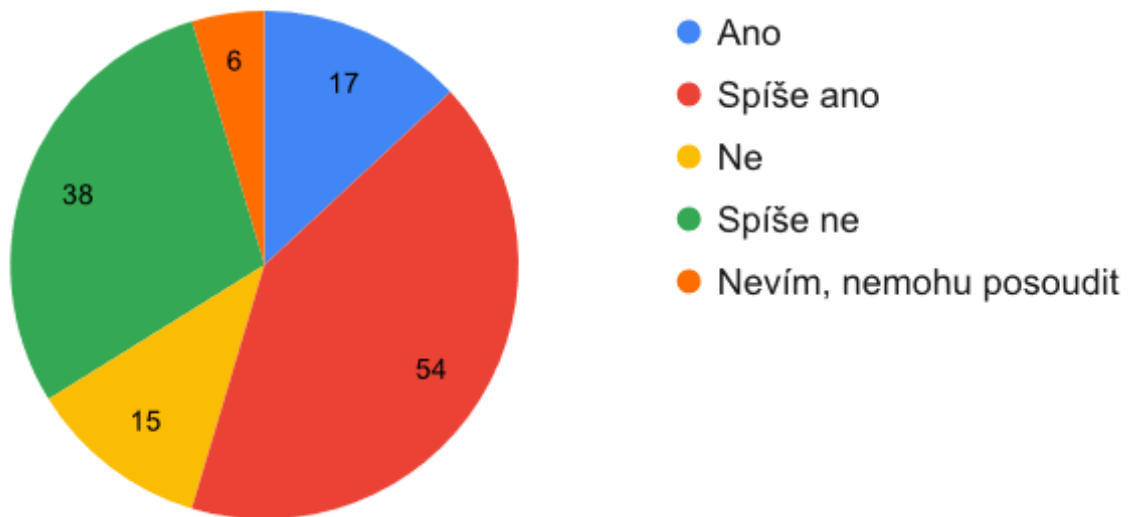
Zkušenost s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 53 (41 %) respondentů nemá žádnou zkušenost s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace, 48 (37 %) respondentů se již s touto formou setkala a byli s ní spokojeni, 16 (12 %) jich bylo dokonce velmi spokojeno s touto formou, 10 (8 %) respondentů, kteří již mají zkušenost s elektronickou formou, s ní bylo nespokojeno a 3 (2 %) respondenti byli dokonce velmi nespokojeni.

Graf 16

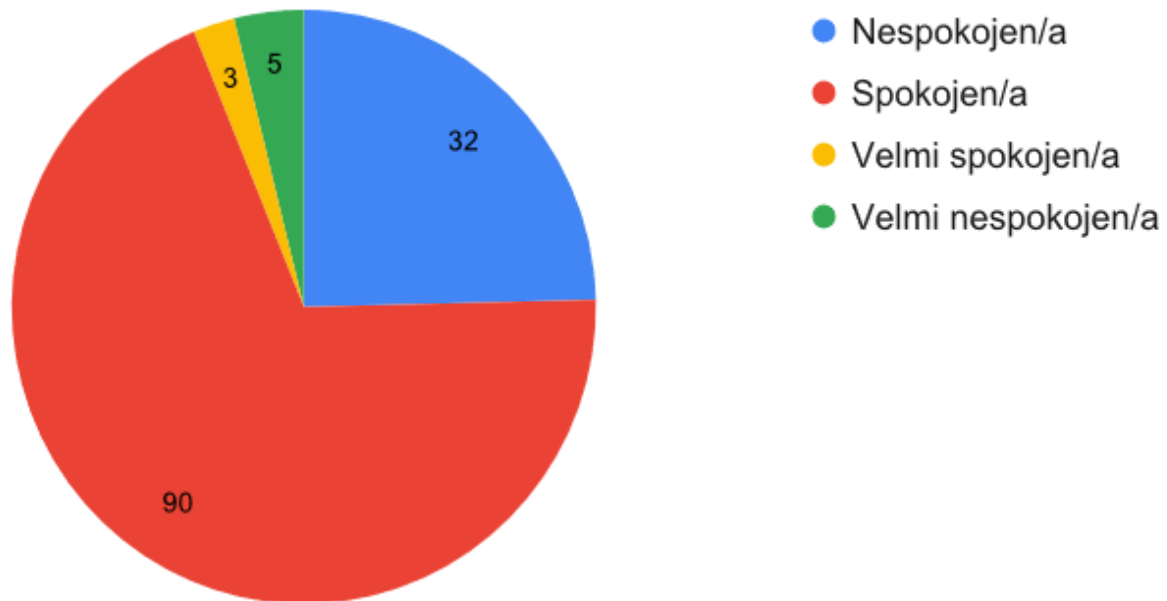
Jednodušší ošetrovatelská péče zásluhou ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 54 (42 %) myslí, že ošetrovatelská péče je díky ošetrovatelské dokumentaci spíše jednodušší, 38 (29 %) respondentů si myslí pravý opak, 17 (13 %) respondentů je přesvědčeno o jednodušší ošetrovatelské péči zásluhou ošetrovatelské dokumentace, 15 (12 %) respondentů je přesvědčeno o pravém opaku a 6 (4 %) respondentů nedokáže toto posoudit.

Graf 17

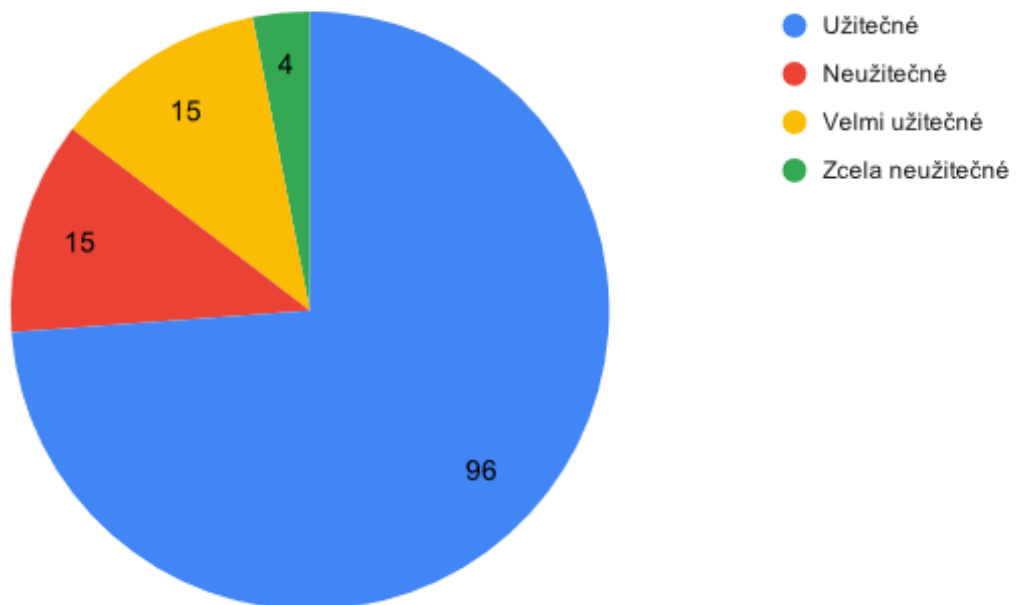
Spokojenost s grafickou podobou ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů je 90 respondentů (69 %) spokojeno s grafickou podobou jejich ošetrovatelské dokumentace, se kterou pracují, 32 (25 %) respondentů je s grafickou podobou naopak nespokojeno, 5 (4 %) respondentů je velice nespokojeno a 3 (2 %) naopak velmi spokojeni s grafickou podobou ošetrovatelské dokumentace.

Graf 18

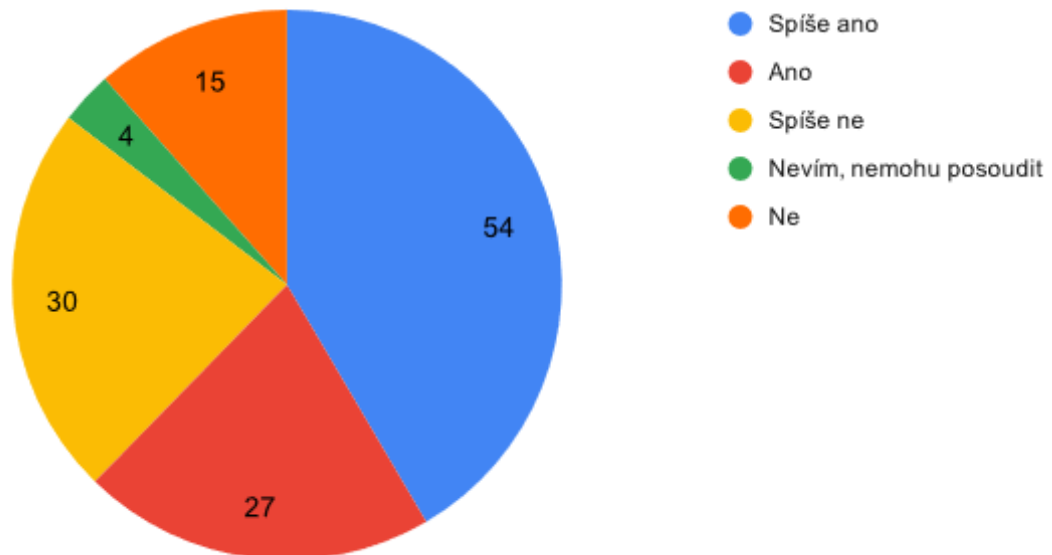
Význam vedení ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 96 respondentů (74 %) považuje vedení ošetrovatelské dokumentace za užitečné, 15 (12 %) respondentů za velice užitečné, stejně tak 15 (12 %) respondentů její vedení považuje za neužitečné a 4 (2 %) respondenti dokonce za zcela neužitečné.

Graf 19

Negativní projev absence ošetrovatelské dokumentace na ošetrovatelskou péči

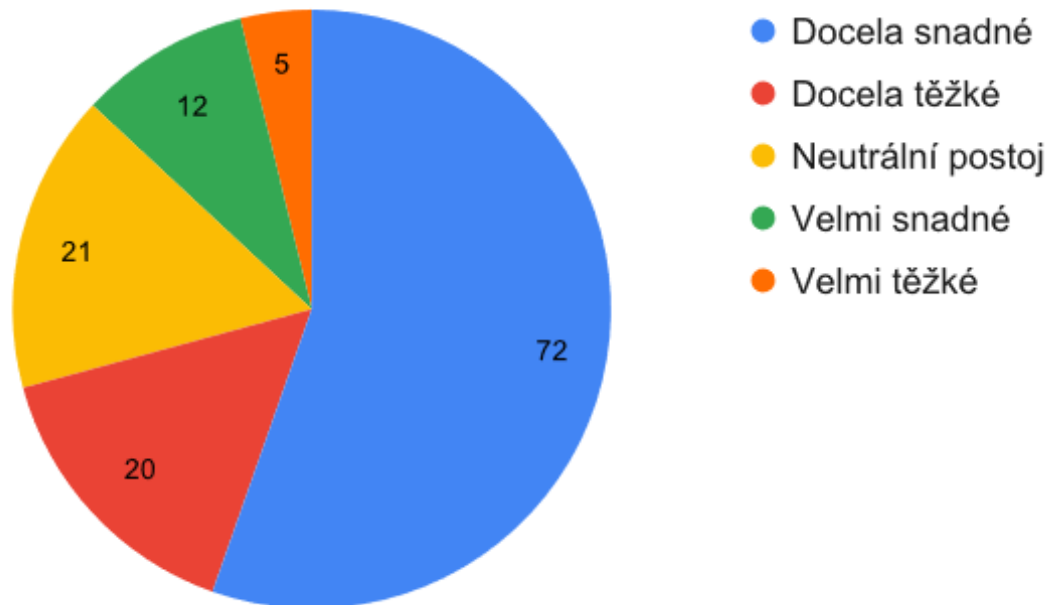


Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 54 (41 %) spíše myslí, že pokud by ošetrovatelská dokumentace nebyla vedena, mělo by to negativní vliv na ošetrovatelskou péči, 30 (23 %) respondentů si myslí, že spíše ne, 27 (21 %) respondentů je pevně přesvědčeno o negativním vlivu absence ošetrovatelské dokumentace na ošetrovatelskou péči a 15 (12 %) respondentů je přesvědčeno o pravém opaku, pouze 4 (3 %) respondenti toto nedokázali posoudit.

..

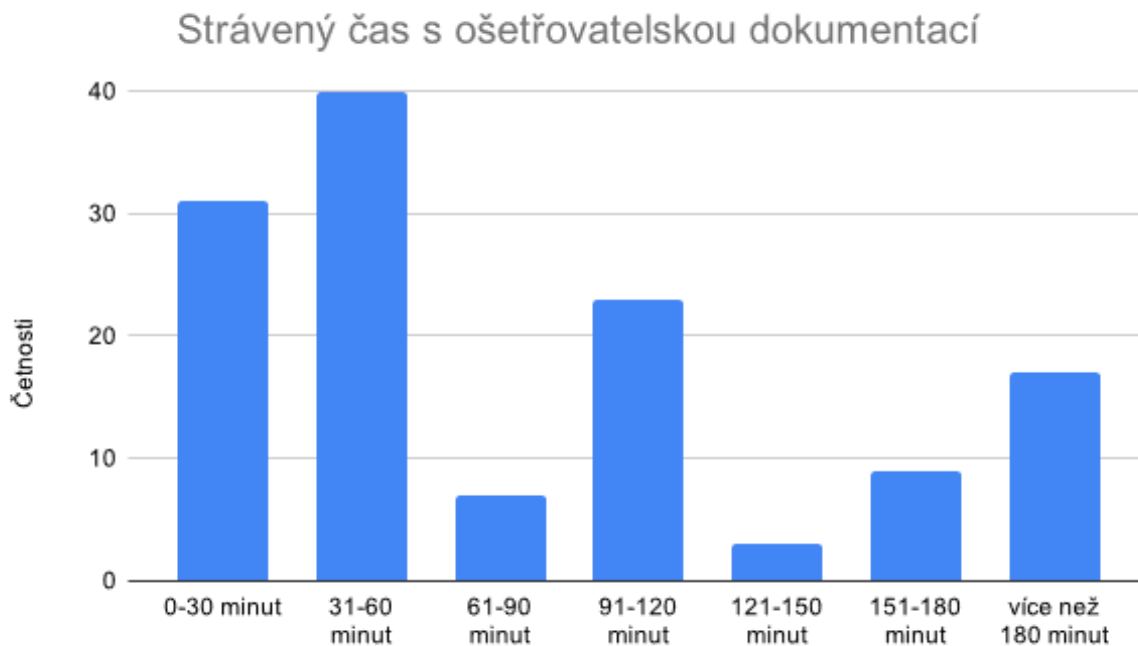
Graf 20

Náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 72 (55 %) považuje vedení ošetrovatelské dokumentace za celkem snadné, 21 (16 %) se k náročnosti vedení ošetrovatelské dokumentace staví neutrálně, 20 (15 %) si naopak myslí, že je to docela těžké, 12 (9 %) respondentů vedení ošetrovatelské dokumentace považuje za velice snadné a 5 (5 %) respondentů naopak za velice těžké.

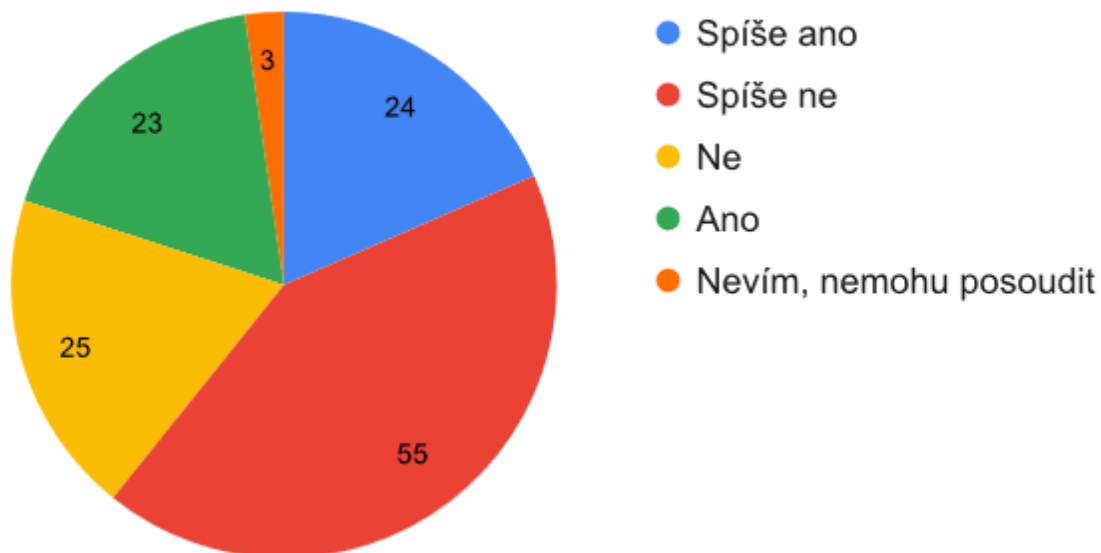
Graf 21



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 31 (24 %) respondentů stráví s psaním ošetrovatelské dokumentace 0–30 minut za směnu, 40 (31 %) respondentů 31–60 minut, 7 (5 %) respondentů 61–90 minut, 23 (18 %) respondentů 91–120 minut, 3 (2 %) respondenti 121–150 minut, 9 (7 %) respondentů 151–180 minut a 17 (13 %) respondentů 180 a více minut.

Graf 22

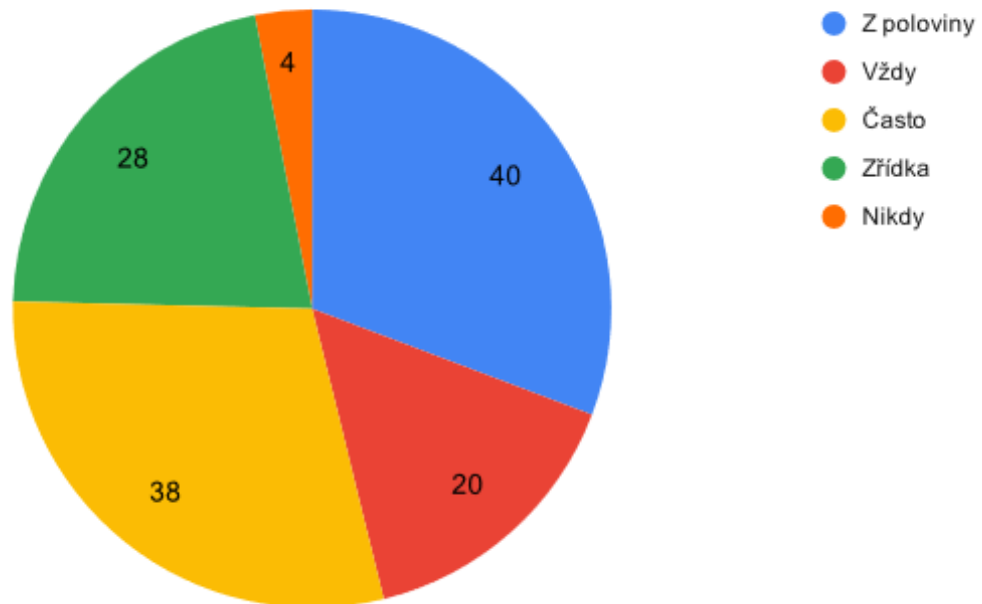
Převaha stráveného času s ošetrovatelskou dokumentací oproti
přímé péči o pacienta



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 55 (43 %) uvádí, že si nemyslí, že by s dokumentací strávili více času než s přímou péčí o pacienta, 25 (19 %) respondentů je o tom zcela přesvědčeno, 24 (18 %) respondentů uvádí, že spíše stráví více času s dokumentací než s přímou ošetrovatelskou péčí o pacienta, 23 (17 %) respondentů je o tom přesvědčeno a pouze 3 (3 %) nemohou toto posoudit.

Graf 23

Čerpání informací z ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 40 (31 %) respondentů čerpá informace z ošetrovatelské dokumentace jen z poloviny, 38 (29 %) respondentů uvádí, že z ošetrovatelské dokumentace čerpá často, 28 (22 %) respondentů jen zřídka, 20 (15 %) vždycky a jen 4 (3 %) respondenti uvedli, že z ošetrovatelské dokumentace nečerpají nikdy.

Graf 24



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 60 (49 %) respondentů uvedlo, že nadbytečné údaje v ošetrovateľskej dokumentácii dle nich spíše nejsou, 24 (19 %) respondentů však jsou přesvědčeni o tom, že některé informace jsou v ošetrovateľskej dokumentácii nadbytečné, 19 (15 %) respondentů je přesvědčeno o pravém opaku, 15 (11 %) respondentů si myslí, že spíše ano, a 8 (6 %) respondentů nedokáže posoudit.

..

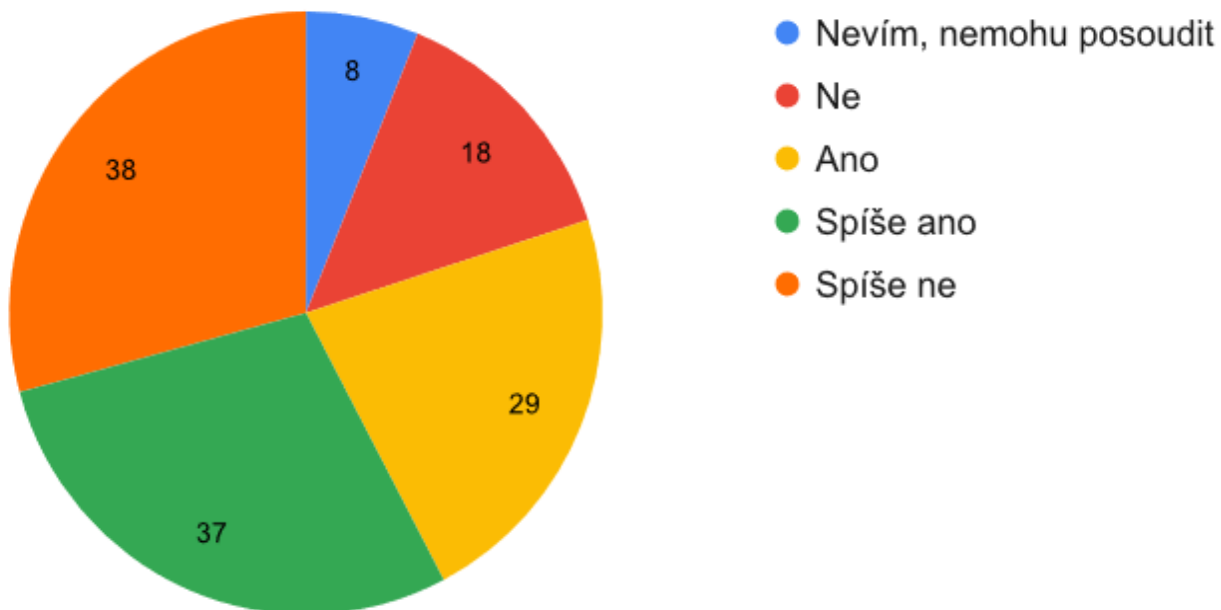
Graf 25



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů 59 (45 %) respondentů uvedlo, že spíše nenachází údaje, které by jim v ošetrovatelské dokumentaci chyběly, 35 (27 %) respondentů je o tom dokonce zcela přesvědčeno, 14 (11 %) respondentů si naopak spíše myslí, že jsou údaje, které v ošetrovatelské dokumentaci chybí, 13 (10 %) respondentů neumí posoudit a 9 (7 %) respondentů je přesvědčeno o chybějících informacích v ošetrovatelské dokumentaci.

Graf 26

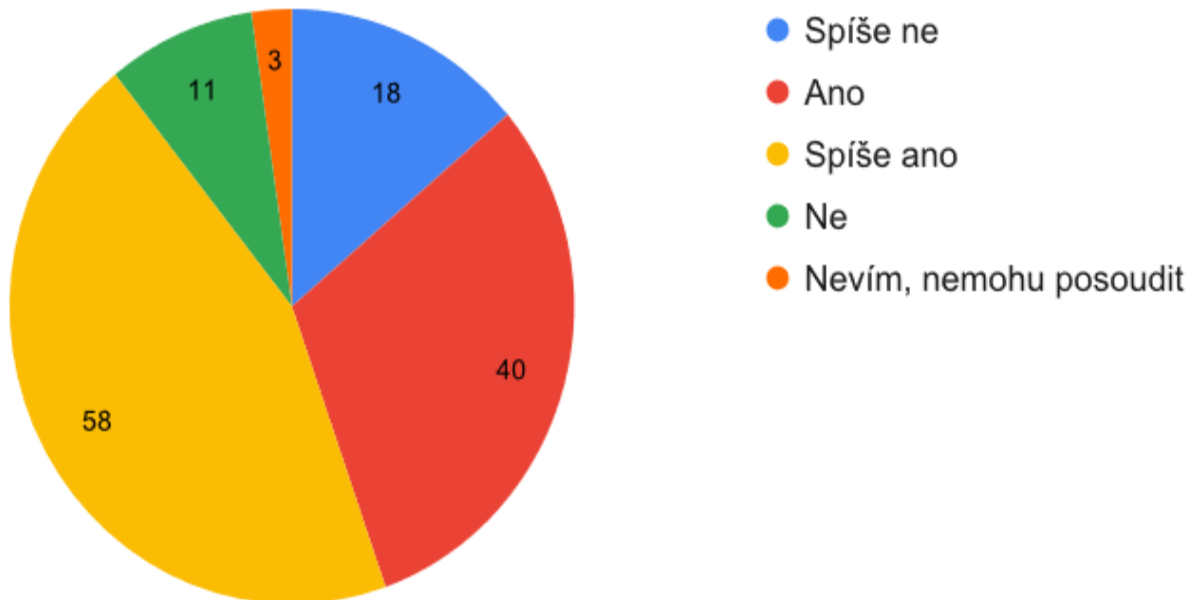
Lékařská dokumentace hodnotnější než ošetrovatelská



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 38 (29 %) respondentů spíše nemyslí, že by lékařská dokumentace byla hodnotnější než ta ošetrovatelská, 37 (28 %) respondentů si naopak spíše myslí, že lékařská dokumentace je hodnotnější, 29 (23 %) respondentů je o tom dokonce přesvědčeno, 18 (14 %) je přesvědčeno, že určitě není lékařská dokumentace hodnotnější než ošetrovatelská, a 8 (6 %) respondentů nedokáže posoudit

Graf 27

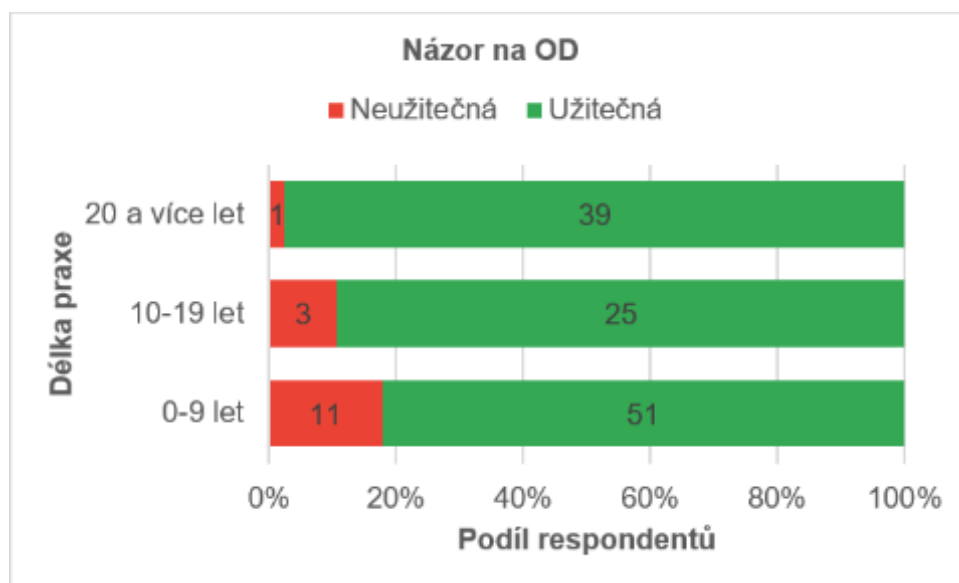
Větší spolupráce lékařů s ošetrovatelskou dokumentací



Z celkového počtu 130 (100 %) respondentů si 58 (45 %) respondentů myslí, že by lékaři měli spíše více pracovat s ošetrovatelskou dokumentací, než neměli, 40 (31 %) respondentů je o tom zcela přesvědčeno, 18 (14 %) respondentů si myslí, že spíše ne, 11 (8 %) si myslí, že zcela určitě není nutné, aby lékaři více pracovali s ošetrovatelskou dokumentací, a 3 (2 %) respondenti to nedokážou posoudit.

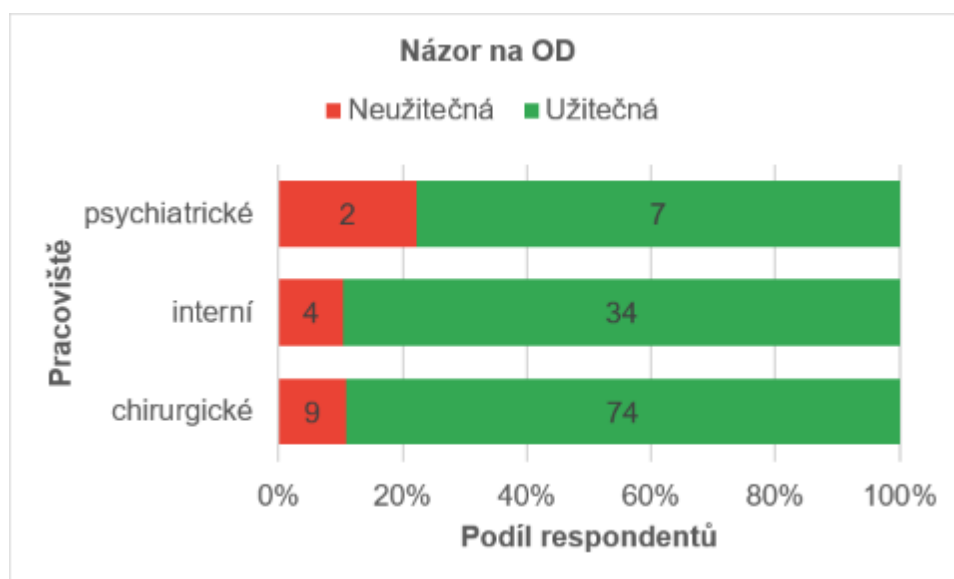
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumu – hypotézy

Graf 28: Hypotéza 1 – Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe



Hypotéza 1: Na základě získaných informací nelze tuto hypotézu potvrdit. Vliv délky praxe na názor o ošetrovatelské dokumentaci nebyl prokázán, i když velmi těsně. Je možné, že by při větším testovaném vzorku by byl rozdíl v názoru již statisticky významný. Zdá se, že respondenti s delší praxí mají příznivější názor na ošetrovatelskou dokumentaci, než ti, kteří jsou v praxi kratší dobu.

Graf 29: Hypotéza 2 – Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn typem pracoviště



Hypotéza 2: Na základě získaných informací nelze tuto hypotézu potvrdit. Pracoviště respondentů nemá vliv na názor o ošetrovatelské dokumentaci.

4.3 Výsledky kvantitativního výzkumu – obsahová analýza oš. dokumentace

V následujícím výzkumu jsme se zaměřili na obsah ošetřovatelské dokumentace. Pro porovnání byly vybrány dvě ošetřovatelské dokumentace nejmenovaných zdravotnických zařízení, z nichž jedna byla čistě v listinné formě zatímco druhá pouze ve formě elektronické. Soustředili jsme se jak na jednotlivé složky ošetřovatelské dokumentace, tak na příjmovou ošetřovatelskou anamnézu, plán ošetřovatelské péče či na překladovou zprávu. Zjišťovali jsme, jak moc je každá z nich obsáhlá a zda jsou mezi nimi nějaké významné rozdíly.

Základní ošetřovatelská dokumentace listinné formy se skládá z celkem 10 základních složek. Mezi ně patří: příjmová ošetřovatelská anamnéza, Barthelův test základních všedních činností, stupnice dle Nortonové k posouzení nebezpečí vzniku dekubitů, zjištění rizika pádu, překladová ošetřovatelská zpráva, hodnocení bolesti během hospitalizace, klíčový problém pacienta společně s edukací, klíčový problém pacienta s dekubitem/ránou společně s edukací, plán péče o dekubity/rány, plán ošetřovatelské péče, realizace a jeho hodnocení.

Zvláštním typem formuláře je tzv. krátkodobá hospitalizace. Tento formulář je používán, pokud délku hospitalizace známe již předem. Obsahuje základní ošetřovatelskou anamnézu, kterou je nezbytně nutné znát, plán ošetřovatelské péče a realizaci ošetřovatelského plánu spolu s hodnocením.

Myslíme, že jde o klasickou listinnou podobu ošetřovatelské dokumentace obsahující základní formuláře, které jsou dostatečně vypovídající o ošetřovatelské anamnéze daného pacienta. Oproti dokumentaci, která byla používána do zavedení nové vyhlášky z roku 2018, mi připadá o něco jednodušší a přehlednější.

Základní ošetřovatelská dokumentace elektronické formy se skládá z celkem 12 složek. Mezi ně patří: sesterský zápis, vstupní anamnéza, plán ošetřovatelské péče, evidence dekubitů a jiných kožních defektů, evidence invazivních vstupů, edukace, Barthelův test základních všedních činností, riziko pádu, riziko dekubitů, nutriční skóre, hodnocení bolesti dle VAS a překladová zpráva.

Zvláštním formulářem v této elektronické podobě ošetřovatelské dokumentace je tzv. FLACC. Jde o škálu hodnocení bolesti u dětských jedinců, kteří nejsou schopni slovního vyjádření. Zkratka FLACC znamená – Face, Leg, Activity, Cry, Consolability, což lze jednoduše přeložit jako – tvář, končetiny, aktivita, pláč a utěšitelnost. Je

zřejmé, že právě na těchto 5 aspektů se musíme zaměřit, pokud chceme zhodnotit stupnici bolesti u dítěte, které není schopné ji nijak popsat. Přestože tato stupnice a celkově tento formulář není pro náš výzkum podstatný, přišlo nám zajímavé ho zmínit, neboť já sama jsem se s ním setkala poprvé.

Myslíme si, že elektronická forma ošetrovatelské dokumentace je opravdu budoucností kvalitní ošetrovatelské péče. Původně jsem se sama klonila spíše ke klasickému typu ošetrovatelské dokumentace, u níž si můžu papíry vzít do rukou a podívat se na ně, nicméně po seznámení se s elektronickou formou dokumentace jsem opravdu nadšená její přehledností, čitelností, informační schopností a hlavně rychlostí a jednoduchostí záznamu. Na druhou stranu musíme zmínit, že jsem s touto dokumentací osobně nepracovala, takže nemohu posoudit, jak se s ní zachází z dlouhodobé perspektivy, avšak myslíme si, že pokud je k tomuto typu ošetrovatelské dokumentace dostatečné technické zázemí, musí být ošetrovatelská péče nejen kvalitnější, ale i jednodušší pro personál a srozumitelnější pro pacienta.

4.3.1 Analýza příjmové ošetrovatelské anamnézy

Tabulka 1: Analýza dokumentace dle položek, kterými se sestra musí při příjmu pacienta zabývat

Příjmová anamnéza	Listinná forma dokumentace	Elektronická forma dokumentace
Počet položek	106	136
Počet oblastí	17	17

Základní příjmová ošetrovatelská anamnéza listinné dokumentace obsahuje 17 základních oblastí, mezi které patří: datum přijetí, alergie, informovanost rodiny, vědomí orientace, psychický stav, dýchání, smyslové bariéry, soběstačnost, bolest, pomůcky, výživa, invazivní vstupy, vyprazdňování, kůže, sociální situace a jiné. Samozřejmě jako každý formulář musí být označena identifikačním štítkem, datem, časem a podpisem sestry. K těmto základním informacím se v příjmové ošetrovatelské dokumentaci dále řadí Barthelův test základních všedních činností, zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice

Nortonové a zjištění rizika pádu. Každý z těchto formulářů obsahuje určitý počet oblastí, které musí sestra vyplnit. Můžeme tedy říct, že se příjmová ošetrovatelská dokumentace skládá ze čtyř hlavních formulářů.

V elektronické podobě je příjmová ošetrovatelská dokumentace nazvána jako „vstupní anamnéza“. Obsahuje též 17 základních oblastí, mezi které patří: vědomí, handicap, soběstačnost, rehabilitační ošetření, výživa a hydratace, bolest, poruchy kožní integrity, vylučování, schopnost edukace, potřeba duchovních potřeb, identifikační náramek, jiná sdělení, Barthelův test základních všedních činností, zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, zjištění rizika pádu, sociální rizika a nutrice. Velikou výhodou představuje elektronický záznam právě při příjmu pacienta, kdy se sestře na základě vyplňování vstupní anamnézy automaticky zanesou problémy pacienta do plánu ošetrovatelské péče.

Stupnice Nortonové a Barthelův test se přehodnocuje při každé změně stavu a také každou sobotu; v ošetrovatelské dokumentaci pak lze lehce dohledat historii skóre těchto testů.

Co se týče položek, které musí sestra během příjmu pacienta projít, rozdíl v jejich počtu není až tak rozdílný. V listinné formě je jich 106 a v elektronické 136. Svým obsahem se v zásadě neliší. Činnosti, které zde zaznamenáváme, se týkají ošetrovatelské péče a zároveň jsou již předmětem samotného plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace, který je nutný stvrdit podpisem každé sestry za směnu. Některé intervence a činnosti musí být potvrzovány i několikrát za den. V elektronické formě se na základě této vstupní ošetrovatelské anamnézy automaticky vygeneruje ošetrovatelský plán, který si lze upravit podle potřeby. Samotná anamnéza elektronické formy má sice větší počet položek než anamnéza formy listinné, avšak pravděpodobně je rychleji hotová. Nejedná se o žádné vypisování, uživatel se pouze proklikává již předem předvoleným výběrem.

4.3.2 Analýza plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace

Tabulka 2: Analýza plánu ošetrovatelské péče a jeho realizace dle počtu položek

Realizace péče a ošetrovatelských činností	Listinná forma dokumentace	Elektronická forma dokumentace
Počet položek	27	68
Počet oblastí	7	4

Plán ošetrovatelské péče listinné formy je zaměřen na tři hlavní oblasti: bolest, riziko infekce a riziko krvácení. Každá tato oblast má další podoblasti a úkony, které sestra musí provádět v rámci plnění plánu. V realizaci plánu najdeme čtyři základní položky, na které je nutné se při ošetrovatelské péči zaměřit, a těmi jsou: hygiena, katetry, péče o ránu, příprava k výkonům. V hodnocení se udává datum, čas a jméno s podpisem sestry.

V elektronické formě se mi tento formulář jeví velice jednoduchý, přehledný a dostatečně vypovídající o problémech pacienta. Obsahuje základní oblast problému, konkrétní ošetrovatelský problém, odůvodnění a intervence, které si sestra stanoví. Dále je zde kolonka pro zhodnocení, zda byl cíl splněn či nikoliv. Záznam je stejně jako v listinné podobě podepsán a označen datem. Každý ošetrovatelský problém, na který je nutné se v plánu ošetrovatelské péče zaměřit, má svou přehlednou tabulku, ve které se rychle a jednoduše zorientuje i člověk, který tento záznam vidí poprvé. Vidíme popsany problém, poznáme, jak byl řešen, zda jsou nutné další intervence aj.

Když porovnáme formulář plánu ošetrovatelské péče a jejich činností, zjistíme, že formulář v elektronické formě má o 41 položek více. Je však třeba zmínit, že nejde o položky, která sestra vyplnit musí, ale pouze o položky, které potenciálně vyplnit lze. Největší výhoda elektronické ošetrovatelské dokumentace se projeví právě při vytváření plánu ošetrovatelské péče a jeho realizaci. Při vyplňování vstupní anamnézy se automaticky sestavuje ošetrovatelský plán podle problémů, které jsme v příjmové ošetrovatelské anamnéze zjistili. Vygenerovaný ošetrovatelský plán lze upravovat dle potřeby. Nemusíme nic dlouze vypisovat, pouze vybíráme z nabízených možností. Počet položek, které sestra vyplňuje, závisí na počtu problémů

pacienta, s nímž je ošetrovatelský plán spojen. Je zde zaznamenána oblast, které se problém týká, konkrétní problém, důvod a dané intervence, které sestra musí plnit, tudíž je zde stanoven i cíl. Sestry postupně plní ošetrovatelský plán a vše stvrzují svým podpisem za směnu, kdy se o daného pacienta starají. Realizace plánu ošetrovatelské péče je v této elektronické podobě dokumentace dle mého názoru velice jednoduchá a přehledná. Problémy lze lehce měnit, zaznamenávat průběh ošetrovatelského plánu či ošetrovatelský problém ukončit. Vše je předtištěné a sestra se formulářem musí v podstatě jen proklikat.

V listinné podobě jde o standardní formulář, který zná většina sester. Jsou zde předepsané ošetrovatelské problémy, včetně ošetrovatelských intervencí, které je nutné u daného problému provádět, a sestra pouze zaškrťává, kdy a co provedla, a vše stvrdí svým podpisem. Sestra si tedy musí problém sama určit a vyhledat z nabídky a následně s ním pracovat. V listinné formě ošetrovatelské dokumentace není stanoven konkrétní ošetrovatelský cíl ošetrovatelského plánu. Jde sice též o celkem přehledné a jednoduché zaznamenávání, avšak sestra musí pořád přemýšlet, kterou z nabízených možností si vybere apod., zatímco u té elektronické podoby má již vše automaticky vygenerované.

4.3.3 Analýza překladové ošetrovatelské zprávy

Tabulka 3: Analýza překladové zprávy dle počtu položek, které je nutné vyplnit

Překladová zpráva	Listinná forma dokumentace	Elektronická forma dokumentace
Počet položek	129	156

Překladová zpráva listinné formy dokumentace se skládá ze základních údajů, které jsou potřebné pro identifikaci. Mezi tyto údaje patří: doba hospitalizace, místo překlada, datum, hodina, alergie, kontakt na příbuzné a dg. stanovená při přijetí. Dále jsou zde uvedeny základní oblasti, které jsou třeba pro zhodnocení ošetrovatelské anamnézy pacienta: vědomí, pohyblivost, spolupráce, dýchání, hygiena, příjem potravy, vyprazdňování, handicap, invazivní vstupy, fyziologické funkce, zvláštní upozornění, rány, drény, kůže, bolest a pomůcky. Poslední částí jsou informace o poslední terapii (čas, medikace a způsob podání), o sociálním

šetření, edukaci, rizicích, nutričním screeningu, rizicích infekce a o seznamu osobních věcí. Všechny tyto údaje by měly být dostačující pro zařízení, kde je pacient přijímán a které o něm nemá žádné informace.

Formulář elektronické překladové zprávy je hodně podobný vstupní anamnéze. Je tedy zřejmé, že ani od listinné překladové zprávy se elektronická podoba nijak zvlášť neliší.

V Tabulce 3 můžeme vidět, kolik pojmů musí sestra projít v listinné formě ošetrovatelské dokumentace a kolik v elektronické. Započítány byly jednotlivé oblasti a k nim náležící položky. Nejsou zde započítány odpovědi „ano, ne“. Pokud je odpověď upřesněna či vybrána z více nabízených možností, pak započítána je. V listinné formě ošetrovatelské dokumentace je překladová zpráva vytvořena na základě tzv. průpisu, kdy je zhotovena ve dvou provedeních. Originál je odevzdán zařízení, do kterého je pacient překládán, a kopie zůstává na původním oddělení. V elektronické formě je překladová zpráva samozřejmě vypsána na počítači a následně vytisknuta. Výhodou může být případné přiložení fotodokumentace aj. V podstatě zde nalezneme totožné informace jako v listinné podobě dokumentace, avšak je zde možnost vybrat podrobnější popis problému.

Z analýzy těchto dvou dokumentací je zřejmé, že obsah obou dokumentací se od sebe navzájem příliš neodlišuje. Jde v podstatě o podobně obsáhlé dokumentace se stejnými informacemi, jen s rozdílným typem záznamu. Právě forma záznamu, jíž jsou data zapisována, může hrát důležitou roli nejen v kvalitě, přehlednosti a čitelnosti záznamů, ale především v časové náročnosti, o níž soudím, že je u listinné podoby vyšší než u formy elektronické. Nezbytnou podmínkou je samozřejmě dostatečně kvalitní technologie, ve které má být elektronická dokumentace zaznamenávána.

Myslíme, že toto by mohl být zajímavý podklad pro další výzkum, ve kterém by se zjišťovala nejen časová náročnost těchto dvou typů ošetrovatelských dokumentací, ale zároveň vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a celkovou spokojenost ošetrovatelského personálu.

4.4 Výsledky kvalitativního výzkumu – kategorizace rozhovorů se sestrami

V této části se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření z polostrukturovaných rozhovorů. Vycházíme zde z informací, které nám sestry v rozhovorech poskytly.

Sestrám z různých standardních oddělení, pracujícím s ošetrovatelskou dokumentací, byly položeny různé otázky (Příloha č. 2), které se ošetrovatelské dokumentace týkaly.

Na základě otázek, na něž byly sestry dotazovány, jsme vytvořili deset kategorií, kterými jsou: 1. Představa o ošetrovatelské dokumentaci, 2. Účel ošetrovatelské dokumentace, 3. Forma a přehlednost ošetrovatelské dokumentace, 4. Názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, 5. Chybějící údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 6. Přebývající údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 7. Čas strávený ošetrovatelskou dokumentací, 8. Ošetrovatelská péče bez ošetrovatelské dokumentace, 9. Přínos ošetrovatelské dokumentace, 10. nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z roku 2018.

Každé sestře bylo přiřazeno jedno číslo 1-9 s písmenem S (sestra).

Tabulka 4: Věk, vzdělání a délka praxe u dotazovaných sester

Sestra	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe
S1	25 let	Bc.	2 roky
S2	25 let	SŠ.	5 let
S3	26 let	Mgr.	3 roky
S4	32 let	Bc.	10 let
S5	30 let	Bc.	8 let
S6	36 let	Bc.	15 let
S7	28 let	Bc.	8 let
S8	34 let	Bc.	11 let
S9	24 let	Bc.	2 roky

4.4.1 První kategorie – Představa o ošetrovatelské dokumentaci

První otázkou, na kterou jsme se sester ptali, bylo, co si představí, když se řekne ošetrovatelská dokumentace. Většina sester vidí ošetrovatelskou dokumentaci jako administrativní zátěž, spoustu papírů, avšak shodnou se, že i přesto je velice důležitá

pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Tento názor sdílí sestry S1, S2, S4, S6 a S7. Sestra S1 se k otázce vyjádřila následovně: „*Ošetrovatelská dokumentace je důležitá součást ošetrovatelského procesu, avšak občas to vidím jen jako zátěž, neboť nad ní strávím více času než nad přímou péčí o pacienta, ale myslím si, že i tak je důležitá.*“ Další dvě sestry S6 a S7 se na svém názoru v podstatě shodly. Jako první se jim vybaví jen hromada papírů, která je v práci zdržuje a zatěžuje, avšak ani jedna z nich si nedovede představit, že by ošetrovatelská péče byla bez ošetrovatelské dokumentace možná. Sestra S2 zmiňuje, že právě přes ty spousty papírů se dostáváme ke stále lepší a kvalitnější ošetrovatelské péči: „*Představím si spousty papírů, které mi kolikrát brání v tom se více věnovat pacientům, avšak podle mě ošetrovatelská dokumentace a její poctivé vedení vede ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.*“ Sestra S4 konkrétně mluví o určitých součástech ošetrovatelské dokumentace: „*Vidím spoustu papírů, avšak některé jsou velice důležité a zlepšují kvalitu ošetrovatelské péče, ale jiné jsou méně podstatné. Jsou dokumenty, ke kterým se během hospitalizace vracíme, a pak jsou ty, které Vám projdou rukama jen při příjmu pacienta.*“ U dalších tří sester S5, S8 a S9 převládal pouze negativní názor na ošetrovatelskou dokumentaci. Jak uvádí sestra S5: „*Představím si pouze tu obrovskou hromadu papírů a administrativní zátěž, nic více.*“ Sestry S8 a S9 sdílí stejný názor, že vedení ošetrovatelské dokumentace je zbytečně rozsáhlé, zabere příliš času na úkor péče o pacienta a je v podstatě nic nevyovídající. Jak říká sestra S9: „*Představím si nadbytečnou administrativu, soubor papírů, který ve většině případů neodpovídá skutečně tomu, jak by se ošetrovatelská dokumentace měla správně vést. Vidím tedy spíše administrativní zátěž, kdy tento čas bych mohla věnovat přímo pacientovi. Často dochází k předepisování údajů o pacientech, a tudíž ošetrovatelská dokumentace ztrácí jak funkci kvality, tak funkci kontinuity ošetrovatelské péče.*“ Zcela odlišný názor na ošetrovatelskou dokumentaci měla sestra S3, která uvádí: „*Když se řekne ošetrovatelská dokumentace, vidím určité zlepšení celé ošetrovatelské péče, vidím posun a snahu o modernizaci.*“ Z této odpovědi je zřejmé, že má na ošetrovatelskou spíše pozitivní pohled.

4.4.2 Druhá kategorie – Účel ošetrovatelské dokumentace

V následující kategorii nás zajímalo, jaký hlavní účel plní ošetrovatelská dokumentace v ošetrovatelské péči. Zaměřili jsme se na účel nejen pro sestru, která

s dokumentací pracuje, ale i pro samotného pacienta, o němž je vedena. Naprosto všechny sestry, tzn. S1 – S9, se shodly na hlavním účelu ošetrovatelské dokumentace, kterým je dle nich záznam a zpětné vyhledání podstatných informací o pacientovi. Jak říká např. sestra S3: „*Ošetrovatelská dokumentace je nástroj pro zaznamenávání všech podstatných informací o pacientovi, které jsou potřebné pro ošetrovatelskou péči.*“ Dále sestra S8: „*Účel ošetrovatelské dokumentace je především v zaznamenávání všech důležitých informací o pacientovi.*“ Nebo sestra S3 uvádí: „*V ošetrovatelské dokumentaci se dozvíme vše důležité o pacientovi.*“ Názor sester se však začal lišit v pohledu na účel ošetrovatelské dokumentace pro sestru a pro pacienta. Většina sestra vidí účel ošetrovatelské dokumentace pro ně samotné především v jednodušší péči o pacienta. Na tomto se shodly sestry S1, S3, S4, S8 a S9. Například sestra S1 uvádí: „*Ošetrovatelská dokumentace nám ulehčuje péči o pacienty, neboť zde máme zaznamenané vše, co potřebujeme o pacientovi vědět, a díky tomu víme, jak k němu přistupovat.*“ Sestra S4 říká: „*Ošetrovatelská dokumentace slouží jako odrazový můstek pro jednoduchou a kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienta.*“ A sestra S9 uvádí: „*Ošetrovatelská dokumentace zajišťuje především kontinuální, srozumitelnou a jednoduchou péči o pacienty.*“ Další sestry S2, S6 a S7 vidí smysl dokumentace hlavně jako „krytí zad“. Jak uvádí sestra S2: „*Sestra je ošetrovatelskou dokumentací kryta, kdyby se s pacientem něco stalo, je zde možno dohledat, že udělala vše, co je zde zaznamenáno.*“ Nebo sestra S6: „*Ošetrovatelskou dokumentací si mohu krýt záda v případě jakýchkoliv stížností ze strany pacienta či jeho rodiny.*“ A sestra S7 říká: „*Ošetrovatelská dokumentace slouží jako právní ochrana sestry.*“ Poslední sestra S5 nevidí žádný účel ošetrovatelské dokumentace pro sestru. Vidí pouze zátěž: „*Vnímám, že ošetrovatelská dokumentace je pouze vyplňování a razítkování, které většinu sester obtěžuje. Především při příjmu pacienta je toho papírování opravdu zbytečně mnoho.*“ V tom, jaký účel má ošetrovatelská dokumentace pro pacienta také sestry nebyly jednotné. Většina sester vidí hlavní smysl ošetrovatelské dokumentace pro pacienta v lepší komunikaci mezi ním a ošetrovatelským personálem a v možném individuálním přístupu ke každému pacientovi. Na tomto se shodly sestry S3, S4, S7, S8, a S9. Sestra S4 například uvádí: „*Ošetrovatelská dokumentace určitě slouží ke zkvalitnění péče a individuálnímu přístupu, který bychom měli mít ke každému pacientovi.*“ Sestra S7 říká: „*Díky ošetrovatelské dokumentaci můžeme lépe*

komunikovat s pacientem a zaměřit se na jeho individuální potřeby.“ A sestra S9: „Ošetrovatelská dokumentace zajistí pacientovi lepší komunikaci mezi ním a sestrou a pomáhá se zaměřit na jeho individuální potřeby.“ Dvě ze sester S1 a S5 si myslí, že ošetrovatelská dokumentace nemá pro pacienta žádný účel a je výhradně pro potřeby sester a sestry S2 a S6 vidí smysl ošetrovatelské dokumentace pro pacienta pouze jako prostředek pro jeho případné stížnosti. Sestra S1 uvádí: „Myslím si, že ošetrovatelská dokumentace nemá pro pacienty žádný účel, je vyloženě pro potřeby sester.“ Sestra S6 tvrdí: „Účel pro pacienta, nevím žádný, může si na základě ní stěžovat.“

4.4.3 Třetí kategorie – Forma a přehlednost ošetrovatelské dokumentace

V rámci této kategorie jsme zjišťovali, jakou formu ošetrovatelské dokumentace sestry používají a zda jsou spokojené s její přehledností. Naprosto všechny sestry uvedly, že ošetrovatelská dokumentace, se kterou pracují, je pro ně dostatečně přehledná, dokážou se v ní rychle orientovat a vždy najdou potřebné informace. Dále většina sester uvedla, že při své práci používají pouze papírovou formu ošetrovatelské dokumentace. Toto se týká sester S1, S3, S4, S6 a S9. Sestra S1 vypovídá: *„Na našem pracovišti používáme výhradně papírovou dokumentaci, která je většinou v tabulkách, je dostatečně přehledná a dobře se v ní orientuje.“* Sestra S4 uvádí: *„My využíváme pouze papírovou formu dokumentace. Myslím si, že je dostatečně přehledná a lze z ní jednoduše zjistit všechny potřebné informace.“* A sestra S6 dodala: *„Já se setkávám pouze s papírovou formou ošetrovatelské dokumentace a vzhledem k tomu, že nemám žádné srovnání s jinou, považuji tuto za dostatečně přehlednou, člověk si zde najde, co potřebuje.“* Dvě ze sester S2 a S7 uvedly, že k papírové formě ošetrovatelské dokumentace používají ještě běžně tzv. fotodokumentaci. Jak uvádí sestra S2: *„K té běžné papírové formě fotíme ještě například rány pacientů a podle toho je následně hodnotíme.“* Sestra S7 dodává: *„Další formu ošetrovatelské dokumentace, kterou používáme velmi často a dnes už běžně, je fotodokumentace ran a dekubitů. Pro mě je to nejlepší dokumentace defektů.“* Dvě poslední sestry S5 a S8 pracují nejen s papírovou formou ošetrovatelské dokumentace, ale také s formou elektronickou. Sestra S5 uvádí: *„U nás používáme kombinaci papírové a elektronické formy ošetrovatelské dokumentace.“* Stejně tak

sestra S8 říká: „*Na našem pracovišti se denně setkáváme s kombinací papírové a elektronické podoby ošetrovatelské dokumentace.*“

4.4.4 Čtvrtá kategorie – Názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace

V další kategorii nás zajímal názor sester na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace. Přestože s ní většina nemá žádné zkušenosti, naprostá většina sester je výhradně pro papírovou formu dokumentace a rozhodně by nechtěly přejít na elektronickou podobu. Toto se týká sester S3, S4, S5, S7, S8, S9. Zajímavé je, že i sestry S5 s S8, které mají s elektronickou dokumentací zkušenost a pracují s ní, by volilo pouze tu papírovou podobu. Jak uvádí sestra S5: „*Určitě dávám přednost té papírové formě kvůli lepší orientaci a přehlednosti.*“ A sestra S8 říká: „*Dávám přednost určitě papírové formě, protože je oproti té elektronické vždy dostupná. Máme pouze jeden PC, se kterým většinu dne pracuje staniční sestra.*“ Zde je tedy názor ovlivněn nedostupností potřebné techniky pro používání elektronické dokumentace. Další sestry, které jsou pro papírovou formu, vypovídají: Sestra S3: „*Za mě určitě papírová, mohu se do ní vždy podívat a nejde tak jednoduše smazat.*“

Sestra S4 říká: „*Jsem určitě pro papírovou formu ošetrovatelské dokumentace, přijde mi přístupnější a rychlejší.*“ Další sestra S7 uvádí: „*I když je elektronická podoba ošetrovatelské dokumentace dle mého názoru praktičtější a rychlejší, jsem stejně zastávce té papírové. Počítače jsou stále jen stroje a může se stát cokoliv. Tištěnou podobu budeme mít v ruce pořád a oproti té elektronické je zde možnost rychlejšího vyhledání informací.*“ A sestra S9 říká: „*Vyhovuje mi papírová forma ošetrovatelské dokumentace. Pokud si můžeme na papíry sáhnout a listovat v nich, přijde mi to lepší a přehlednější.*“ Další dvě sestry S1 a S2 by daly přednost elektronické podobě ošetrovatelské dokumentace, přestože s ní nemají žádnou zkušenost. Jak uvádí sestra S1: „*Zatím mám zkušenosti jen s papírovou dokumentací, ale myslím si, že v dnešní době by se mělo dělat vše elektronicky, papír se jednoduše ztratí či zničí. Elektronicky zaznamenaná data vypadají přehledně a neztratí se.*“ Podobný názor sdílí sestra S2: „*Myslím si, že v dnešní době by měla být dokumentace převážně elektronická. Podle mě by bylo vše přehlednější a zároveň by to ušetřilo spoustu času.*“ Poslední sestra S6 nemá žádný konkrétní názor na tuto

problematiku. Uvádí: „*Těžko říct, nemohu soudit, jsem zvyklá jen na papírovou.*“ Z této kategorie je tedy zřejmé, že postupná elektronizace ošetrovatelské dokumentace by sestřím převážně nevyhovovala.

4.4.5 Pátá kategorie – Chybějící údaje v ošetrovatelské dokumentaci

V následující kategorii byla sestřím položena otázka ohledně chybějících údajů v ošetrovatelské dokumentaci. Zajímalo nás, zda jsou některé údaje pro ně důležité a vypovídající, avšak nejsou obsaženy v dokumentaci, se kterou pracují. Naprosto všechny sestry, tzn. S1 – S9, odpovídaly záporně. Všechny sestry považují jejich ošetrovatelskou dokumentaci za dostačující a nejsou žádné informace, které jim zde chybějí a které by doplnily. Jak uvádí sestra S1: „*Myslím si, že ne. Vše potřebné o pacientovi lze v naší dokumentaci dohledat.*“ Toto tvrzení potvrzuje i sestra S4: „*Ještě jsem nenarazila na nic, co by mi v ošetrovatelské dokumentaci chybělo.*“ I sestra S7 se ztotožňuje s tímto názorem: „*Řekla bych, že opravdu ne. Nejdůležitější informace, které potřebuji k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče, se vždy z dokumentace dozvím.*“ Sestra S9 je též stejného názoru: „*Nic bych nepřidávala, vyhovuje mi to tak, jak to je.*“ Je tedy zřejmé, že obsah ošetrovatelské dokumentace je pro personál s ní pracující dostatečně obsáhlý.

4.4.6 Šestá kategorie – Přebývající údaje v ošetrovatelské dokumentaci

Zcela opačná informace nás zajímala v následující kategorii. Nyní jsme zjišťovali, zda jsou v ošetrovatelské dokumentaci údaje, které sestry považují za přebývající a zbytečné. Většina sester S1, S2, S3, S4, S6, S7, S9 odpovídala záporně – stejně jako u předchozí kategorie. Zde se však našly dvě sestry S5 a S8, které by některé údaje v ošetrovatelské dokumentaci za přebývající označily. Sestra S5 konkrétně jmenuje: „*Například screening všedních činností, ten považuji za zbytečný. Dále vyptávání se pacienta s kým bydlí a kdo se o něj bude starat po propuštění. Co mi opravdu přijde zbytečně, je podpis dokumentace od pacienta.*“ Sestra S8 to nespécifikuje konkrétně, pouze říká: „*Ano, některé informace v ošetrovatelské dokumentaci považuji za přebytké a zbytečné.*“ Ostatní sestry, které takové údaje nenacházejí, říkají: Sestra S1: „*Ne, žádné takové údaje v ošetrovatelské dokumentaci nenacházím.*“ Sestra S2 uvádí: „*Podle mě má každá informace v ošetrovatelské*

dokumentaci své opodstatnění. “ Sestra S4 dodává: „Myslím, že je to u každého pacienta individuální, avšak takhle celoplošně zřejmě ne.“ A sestra S7 ještě uvádí: „Přemýšlím, ale nemohu si na nic vzpomenout, myslím si, že veškeré informace, které v ošetrovatelské dokumentaci zaznamenáváme, jsou potřebné.“

4.4.7 Sedmá kategorie - Čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací

V další kategorii jsme chtěli alespoň přibližně zjistit, kolik může sestra strávit vedením ošetrovatelské dokumentace času oproti přímé péči o pacienta. Jedna třetina sester, S3, S7 a S8, vidí strávený čas s ošetrovatelskou dokumentací stejně dlouhý jako ten, který věnuje přímé ošetrovatelské péči. Sestra S3 uvádí: *„Vidím to půl na půl, půlka směny dokumentace, půlka ošetrovatelská péče.“* Sestra S7 říká: *„Řekla bych půl na půl, což je podle mého názoru víc než dost.“* A sestra S8 dodává: *„Možná i polovinu času, jelikož zapisujeme každý úkon a děláme několik záznamů během služby.“* Druhá třetina sester, S2, S6 a S9, vztahuje strávený čas s ošetrovatelskou dokumentací na pacienta. Takže tyto sestry uvádějí, jakou dobu přibližně stráví u jedné ošetrovatelské dokumentace, a pak záleží, kolik mají na starost pacientů. Sestra S2 uvádí: *„Podle mě je to tak 1 hodinu na každého pacienta. Také záleží, co se při dané službě děje. Rozhoduje také, zda jde o běžné záznamy, nebo jestli se jedná o příjem pacienta.“* Názor sestry S6: *„Záleží, kolik má sestra na starost pacientů. S ošetrovatelskou dokumentací může však strávit tak půl hodiny na jednoho pacienta.“* A sestra S9 říká: *„Při vedení ošetrovatelské dokumentace strávím tak 5-10 minut u každého pacienta.“* Je zajímavé, že každá sestra s činností, která je v podstatě pro všechny stejná, stráví poměrně rozdílný čas. Poslední tři sestry S1, S4 a S5 uvádějí čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací spíše obrazně. Sestra S1 říká: *„Myslím, že čas strávený s psaním ošetrovatelské dokumentace je delší, než by bylo potřeba.“* Opačného názoru je sestra S4: *„S ošetrovatelskou dokumentací strávím adekvátní čas, díky kterému netrpí přímá ošetrovatelská péče o pacienta.“* Stejného názoru je v podstatě i sestra S5: *„Jak u kterého pacienta, ale určitě to není většina času a netrpí tím péče o pacienta.“*

4.4.8 Osmá kategorie – Ošetrovatelská péče bez ošetrovatelské dokumentace

Dále nás zajímalo, zda se sestry domnívají, že by ošetrovatelskou péčí bylo možné poskytovat bez vedení ošetrovatelské dokumentace. Více než polovina sester si

myslí, že poskytovat ošetrovatelskou péči bez ošetrovatelské dokumentace by rozhodně nebylo možné. Toto tvrdí sestry S1, S2, S3, S4, S7, S8. Sestra S1 uvádí: „Podle mě by to nešlo. V dokumentaci si vyhledáme všechny potřebné informace, které nám o sobě pacient neřekne.“ Další sestra S3 říká: „Těžko. Byl by v tom nehorázný zmatek. Nebyly by žádné záznamy o péči, o pacientovi. Takhle si vidí, co se kdy dělo. Jak se říká, co je psáno, to je dáno.“ Sestra S7 dodává: „Rozhodně by to nebylo možné. Jedině snad v případě, kdy by jednomu pacientovi poskytoval nepřetržitě péči jeden člověk, což samozřejmě nejde. Díky ošetrovatelské dokumentaci je o pacienta postaráno tak, jako kdyby tu péči poskytoval právě jen jeden člověk.“ Nemožnost ošetrovatelské péče bez dokumentace potvrzuje i sestra S8: „To by bylo zase nemožné. Neměli bychom žádné informace o pacientovi. Neměli bychom kam nahlédnout a nevěděli bychom, co máme dělat.“ Ovšem tři sestry z dotazované skupiny mají zcela opačný názor: ošetrovatelskou péči bez ošetrovatelské dokumentace lze poskytovat. Toto si myslí sestry S5, S6 a S9. Sestra S5 uvádí: „Určitě by to šlo. Ošetrovatelská dokumentace je dnes bohužel vypisovaná spíše proto, aby bylo co kontrolovat. Pravdou je, že podle papírů se opravdu péče o pacienty nezlepší a ani se takto nedá kontrolovat.“ Sestra S6 si myslí následující: „Myslím, že by to šlo. Komunikací a pozorováním toho lze hodně zjistit.“ Sestra S9 dodává: „Myslím, že by to šlo, pokud by se záznamy o ošetrovatelské péči psali do dekurzu spolu s indikacemi lékaře.“

4.4.9 Devátá kategorie – Přínos ošetrovatelské dokumentace

V následující kategorii jsme se chtěli dozvědět, v čem sestry vidí největší přínos ošetrovatelské dokumentace a zda vůbec nějaký dle nich má. Jejich odpovědi bylo možno celkem jednoduše rozdělit do dvou kategorií. První, tu větší, tvořily sestry S1, S3, S4, S5, S7 a S9. Ty vidí největší přínos ošetrovatelské dokumentace ve stálém zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Domnívají se, že právě ošetrovatelská dokumentace má na kvalitu poskytované péče pozitivní vliv. Jak uvádí sestra S1: „Má veliký vliv na kvalitu péče o pacienta. Co je psané, to je udělané. Pokud postupujeme dle ní, kvalita péče musí být pro pacienta adekvátní.“ Sestra S4 uvádí: „Ošetrovatelská dokumentace nám zajistí přehledné a srozumitelné informace o pacientovi, tudíž tomu odpovídá kvalitní ošetrovatelská péče.“ Také sestra S7 vidí přínos ošetrovatelské dokumentace v kvalitní ošetrovatelské péči: „Největším přínosem dokumentace je

hlavně ve stálém zvyšování kvality ošetrovatelské péče.“ Sestra S9 ještě dodává: „Díky dobře a kvalitně vedené ošetrovatelské dokumentaci můžeme poskytovat dostatečně kvalitní ošetrovatelskou péči.“ Druhá skupina sester S2, S6 a S8 vidí přínos ošetrovatelské dokumentace pouze pro ně samotné, a to zejména v jejich krytí při případném problému. Jak uvádí sestra S2: „Přínos vidím v tom, že jsme my, jako sestry, chráněny, kdyby se náhodou něco stalo.“ Stejně tak tvrdí sestra S6: „Ošetrovatelská dokumentace nám kryje záda. My jako sestry máme důkazy o poskytování ošetrovatelské péče.“ A sestra S8 dodává: „Ošetrovatelská dokumentace je jednou z možností sestry, jak se bránit proti nespravedlnosti.“

4.4.10 Desátá kategorie – Nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z r. 2018

V poslední kategorii jsme se zaměřili na novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci z roku 2018, které se týká samozřejmě i dokumentace ošetrovatelské. Zajímá nás názor sester na aktuální vyhlášku, která stanovuje pravidla vedení ošetrovatelské dokumentace. Velice závažným zjištěním bylo, že sestry S1, S6, S8 a S9 vůbec netuší, že nějaká nová vyhláška vznikla, natož aby věděly, v čem tkví zásadní změny. Jak říká sestra S1: „Upřímně nevím nic o nové vyhlášce týkající se naší ošetrovatelské dokumentace. Nikdo nám nic neřekl.“ Stejně tak sestra S6: „Popravdě nevím, že je nějaká nová vyhláška.“ Sestra S8 dále uvádí: „Netuším, o co se jedná.“ Je zajímavé, že některé sestry opravdu nevědí o nové vyhlášce, která celkem podstatně mohla změnit vedení ošetrovatelské dokumentace, ačkoli s touto dokumentací každý den pracují. Další sestry S3, S4, S5 a S7 vnímají změny ve vyhlášce ohledně ošetrovatelské dokumentace celkem pozitivně. Sestra S4 uvádí: „K nové vyhlášce nemám větších výtek. V podstatě došlo spíše ke zlepšení.“ Sestra S5 dále tvrdí: „Nová vyhláška je určitě pozitivní, už jen kvůli zjednodušení administrativní stránky ošetrovatelské dokumentace.“ I sestra S7 se kloní k výše uvedenému: „Já se celkem s touto novou vyhláškou ztotožňuji. Každé zařízení si může ošetrovatelskou dokumentaci upravit dle svých potřeb.“ Poslední sestra S2 má spíše negativní postoj k této vyhlášce a změnám s ní spojeným: „Uvítala bych spíše, kdyby všechny nemocnice v ČR měly stejné papíry ošetrovatelské dokumentace. Určitě by to bylo ve prospěch více lidí, včetně pacienta samotného.“

5 DISKUZE

Tato část diplomové práce shrnuje výsledky, které jsme získali a vyhodnotili pomocí výzkumného šetření, uskutečněného se sestrami pracujícími na standardních odděleních a běžně používajícími při ošetrovatelské péči ošetrovatelskou dokumentaci. Cílem této kapitoly je dát výsledky empirické části naší práce do kontextu s částí teoretickou. Dříve, než jsme zahájili výzkumné šetření, bylo nezbytné získat dostatek informací z odborné literatury, zabývající se právě ošetrovatelskou dokumentací a jejími postupnými změnami společně s novou vyhláškou z roku 2018.

Jak již bylo zmíněno výše, práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu. Nejprve byly stanoveny tři základní cíle, jimiž jsou: Cíl 1: Porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních, Cíl 2: Zmapovat názor sester na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci, Cíl 3: Zjistit požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci. Pro kvantitativní výzkumné šetření byl sestaven nestandardizovaný dotazník, který byl následně rozdán 150 sestrám pracujícím na standardních odděleních; pro vyhodnocení bylo použito 130 dotazníků. Zde byly stanoveny dvě hypotézy: H1: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe, H2: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn typem pracoviště. Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaných rozhovorů s devíti sestrami. V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky: V1: Jaký mají sestry názor na aktuální vedení ošetrovatelské dokumentace? V2: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Kvantitativní výzkumné šetření jsme zahájili pomocí dotazníků. První okruh otázek se zaměřoval na základní údaje o jednotlivých respondentech. Zde jsme se ptali respondentů na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe, pracovní pozici a oddělení, na kterém pracují. Dále nás zajímalo, co se sestrám vybaví, když se řekne ošetrovatelská dokumentace. Další oblast byla zaměřena na konkrétní dokumentaci, se kterou sestry pracují. Zajímalo nás, jakou formu používají, jako moc s ní pracují, zda jsou spokojeny s obsahem a grafickou podobou, kolik času stráví s jejím vedením, jak moc je pro ně její zaznamenávání náročné, jak moc z ní čerpají informace o pacientovi a zda v ní nějaké údaje postrádají, nebo naopak považují za přebytné. Poslední okruh byl zaměřen na

obecné otázky o ošetrovatelské dokumentaci. Ptali jsme se, zda by respondenti byli pro sjednocení ošetrovatelské dokumentace pro všechna zdravotnická zařízení v ČR, zda má podle nich dokumentace přínos jak pro ně, tak pro pacienta, dále nás zajímala jejich zkušenost s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace a také to, zda má ošetrovatelská dokumentace vliv na ošetrovatelskou péči. Poslední otázky se týkaly dokumentace lékařské a jejího porovnání s dokumentací ošetrovatelskou.

Základní údaje o respondentech můžeme vidět na grafech 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Na Grafu 1 vidíme, že většina respondentů, 95 %, byly ženy. Nejčastější věk byl v rozmezí 20-34 let, což můžeme vidět na Grafu 2 (55 % respondentů). Z Grafu 3 lze vyčíst jejich nejvyšší dosažené vzdělání, kde převažuje vysokoškolské bakalářské spolu se středoškolským. Tomu odpovídá pracovní zařazení, které nejvíce obsazuje sestra u lůžka (81 %), jak můžeme vidět na Grafu 5. Graf 4 nám znázorňuje, že nejvíce respondentů má praxi v rozmezí 0-4 let. Nejčastějším oddělením, na kterém sestry pracují, je oddělení chirurgické, zde pracuje 64 % sester (viz Graf 6).

Odpovědi na následující otázku, v níž nás zajímalo, jakou mají sestry představu o ošetrovatelské dokumentaci, můžeme vidět na Grafu 7. Zde měly sestry na výběr z možností, přičemž mohly označit více odpovědí. Zajímavé je, že nejvíce sester (29 %) vidí ošetrovatelskou dokumentaci jako důležitou část ošetrovatelského procesu, avšak téměř stejný počet (27 %) si také myslí, že ošetrovatelská dokumentace je především administrativní zátěž pro ně samotné. Další část (16 %) tvoří sestry, které se domnívají, že ošetrovatelská dokumentace je pro poskytování ošetrovatelské péče nezbytná. Podobné zastoupení má názor, že ošetrovatelská dokumentace slouží k zajištění kontinuální, ale i kvalitní ošetrovatelské péče. Pozitivní je zjištění, že pouze 3 % sester považuje ošetrovatelskou dokumentaci za nepodstatnou.

Další oblastí byl názor sester na konkrétní ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou denně pracují. Z Grafu 9 můžeme vyčíst, že více než polovina sester (51%) používá v zaměstnání kombinaci listinné a elektronické podoby ošetrovatelské dokumentace. Došli jsme tedy ke stejnému zjištění jako Čeledová et al. (2017) O něco méně sester (41 %) používá pouze listinnou formu ošetrovatelské dokumentace, což je celkem pozoruhodné, neboť Polícar (2010) říká, že i v dnešní době se stále nejčastěji setkáváme právě s listinnou formou ošetrovatelské dokumentace. Úplně nejméně sester (8 %) na své pozici používá výhradně elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace.

Z následujícího Grafu 10 lze vyčíst, zda jsou sestry s jejich formou a podobou ošetrovatelské dokumentace spokojeny. Více než polovina (59 %) sester uvádí, že spokojeny jsou, což je jistě pozitivní zjištění. Nespokojenost udává 31 % sester. Hodnocení grafické podoby dokumentace můžeme vidět na Grafu 17, podle nějž více než polovina (69 %) sester uvádí spokojenost s grafickou podobou a pouze 25 % vyjadřuje nespokojenost. To, zda vůbec sestry s ošetrovatelskou dokumentací pracují, můžeme vidět na Grafu 8, kde více než polovina (53 %) sester uvádí, že s ošetrovatelskou dokumentací pracují vždy, a 29 % sester zvolilo variantu, že při své práci používají ošetrovatelskou dokumentaci často. Z Grafu 21 můžeme zjistit, kolik sestra přibližně stráví za směnu s vedením ošetrovatelské dokumentace. Nejvíce sester (31 %) uvedlo, že čas, který za směnu s dokumentací stráví, je méně než 1 hodina. Dalších 24 % sester uvedlo, že u dokumentace stráví dokonce pouze půlhodinu. Jelikož v rámci dvanáctihodinové směny jde o poměrně krátké časové úseky, můžeme dovodit, že by přímá ošetrovatelská péče na úkor vedení ošetrovatelské dokumentace opravdu neměla trpět. Hned v následujícím Grafu 22 máme ostatně na tuto otázku odpověď. Zde 62 % respondentů uvádí, že si nemyslí, že by vedením ošetrovatelské dokumentace strávili více času než přímou ošetrovatelskou péčí o pacienta. A pouze 35 % sester si myslí pravý opak. Jak uvádí Nesládková et al. (2019), samotná dokumentace nedokáže zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči, zatímco sestry ano. Pro poskytování ošetrovatelské péče je tedy nutné mít dostatek prostoru a času. Právě zjednodušení ošetrovatelské dokumentace by mělo vylepšit poměr mezi časem stráveným ošetrovatelskou dokumentací a časem, který sestry věnují pacientům. V Grafu 20 můžeme zjistit, zda je pro sestry zaznamenávání ošetrovatelské dokumentace náročné. Více než polovina sester (55 %) shledává zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace za celkem snadné a pouze 15 % to vidí jako celkem těžké. V další otázce nás zajímalo, zda z ošetrovatelské dokumentace vůbec sestry informace o pacientovi čerpají, popřípadě jak moc. Na Grafu 23 zjistíme, že pouze 15 % sester uvedlo, že informace o pacientovi z ošetrovatelské dokumentace čerpá vždy. Časté čerpání informací z ošetrovatelské dokumentace uvádí 29 % a 31% sester čerpá informace z ošetrovatelské dokumentace jen z poloviny. Zajímavé informace nám poskytují Graf 24 a Graf 25. Zde jsme zjišťovali, zda sestrám v jejich ošetrovatelské dokumentaci něco chybí, nebo naopak přebývá. Jak tedy můžeme vidět na Grafu

24, více než polovina sester (68 %) uvedla, že nadbytečné údaje v ošetrovateľskej dokumentácii nenachádzajú. Ovšem našly se i sestry, které si myslí, že v ošetrovateľskej dokumentácii jsou údaje a informace, které by tam dle nich být nemusely. Sestry za nadbytečné a nepodstatné údaje v ošetrovateľskej dokumentácii uváděly: informace o zájmu pacienta přestat kouřit, informace o přání kněze a následném naložení s tělem po smrti, záliby pacienta, duplicitní záznamy shodující se s lékařskou dokumentací, sexualita, seznam přístrojů, bydliště, víra, záznam o posledním pádu při hospitalizaci aj. V Grafu 25 naopak můžeme sledovat, zda sestry nějaké údaje a informace v ošetrovateľskej dokumentácii postrádají. Opět více než polovina sester (72 %) soudí, že žádné údaje ani informace o pacientovi v ošetrovateľskej dokumentácii nechybí. Avšak těch 18 % sester, které si myslí, že nějaké údaje v ošetrovateľskej dokumentácii chybí, uvádí například: dotaz na již existující dříve vyslovené přání pacienta, sesterská epikríza, aktuální zdravotní a psychický stav pacienta, záznam o mobilizaci pacienta, záznam o edukaci v předoperačním období, sociální záznam, podrobněji popsáné nežádoucí události aj.

V posledním okruhu otázek jsme se zaměřili na obecné záležitosti ohledně ošetrovateľskej dokumentace. První otázka směřovala na možnost sjednocení ošetrovateľskej dokumentace pro všechna zdravotnická zařízení v ČR. Nyní – dle nové vyhlášky z roku 2018 – nejsou dána jasná pravidla, která by stanovila přesný obsah ošetrovateľskej dokumentace. Jak uvádí Koubová (2018), nová vyhláška sice může ulevit od nadměrné byrokratické zátěže, avšak nejasná pravidla mohou být také potenciálním problémem. Důležité je uvědomit si, že touto vyhláškou z roku 2018 není ošetrovateľská dokumentace zrušena, ale pouze je managementu dána větší svoboda při volbě obsahu ošetrovateľskej dokumentace v jednotlivých zařízeních. Jak můžeme vidět na Grafu 11, pro sjednocení ošetrovateľskej dokumentace pro všechna zdravotnická zařízení by bylo 69 % z dotazovaných sester a pouze 16 % sester je spokojeno s aktuálním nastavením pravidel ohledně ošetrovateľskej dokumentace. Wilson (2018) uvádí, že největším problémem současné doby je právě zmiňované sjednocení ošetrovateľskej dokumentace do jednotné formy. Avšak jak říká Polícar (2010), každé zdravotnické zařízení má svá různá specifika a požadavky, které si mohou vedoucí pracovníci vytvářet dle vlastních představ a které je nutné dodržovat. Na Grafech 12, 13 a 14 můžeme najít odpovědi na další otázky, které se týkaly přínosu

ošetřovatelské dokumentace nejen pro ošetřovatelskou péči, ale i pro sestry a pacienty samotné. Z Grafu 12 je zřejmé, že většina sester (80 %) si myslí, že ošetřovatelská dokumentace má pro ošetřovatelskou péči veliký přínos. Na Grafu 13 lze vidět, že úplně stejný počet sester (80 %) se domnívá, že ošetřovatelská dokumentace je pro sestru užitečná. Za užitečnou pro pacienta ji považuje 71 % sester, jak můžeme vidět na Grafu 14. Vzhledem k dnešnímu pokroku a veškeré elektronizaci nás dále zajímalo, zda sestry už měly možnost se za svou praxi setkat s elektronickou formou ošetřovatelské dokumentace. Z Grafu 15 plyne, že 41 % sester se s elektronickou formou ošetřovatelské dokumentace nikdy nesešlo, 49 % sester již s elektronickou ošetřovatelskou dokumentací zkušenosti má a dokonce s ní byly spokojeny. Zbytek sester byl bohužel s touto podobou ošetřovatelské dokumentace nespokojen. Následně jsme zkoumali, zda sestry vnímají poskytování ošetřovatelské péče za jednodušší právě díky ošetřovatelské dokumentaci. Z Grafu 16 můžeme vyčíst, že je to téměř půl na půl, 55 % procent sester si myslí, že poskytovat ošetřovatelskou péči za pomoci ošetřovatelské dokumentace je opravdu jednodušší, zatímco 41 % sester si myslí pravý opak. S těmito odpověďmi korelují i reakce z Grafu 19, podle nějž se 52 % sester domnívá, že pokud by se ošetřovatelská dokumentace nevedla, mohlo by to mít negativní dopady na kvalitu ošetřovatelské péče, a pouze 35 % si myslí pravý opak. Poslední dvě otázky jsou zaměřeny na lékařskou dokumentaci a její porovnání s dokumentací ošetřovatelskou. Více než polovina sester (51 %) sester si myslí, že lékařská dokumentace je hodnotnější než dokumentace ošetřovatelská, jak můžeme vidět na Grafu 26. Graf 27 vypovídá o tom, že 71 % sester soudí, že lékaři by měli více pracovat právě s ošetřovatelskou dokumentací.

V rámci zjišťování názoru na ošetřovatelskou dokumentaci jsme si stanovili dvě hypotézy: H1: Názor sester na ošetřovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe, H2: Názor sester na ošetřovatelskou dokumentaci je ovlivněn typem pracoviště. Z Grafů 28 a 29 ovšem vyplývá, že jsme ani jednu z těchto hypotéz nemohli potvrdit. Vliv délky praxe na názor o ošetřovatelské dokumentaci nebyl prokázán, i když velmi těsně. Je možné, že při větším testovaném vzorku by byl již rozdíl v názoru statisticky významný. Zdá se, že respondenti s delší praxí mají pozitivnější názor na ošetřovatelskou dokumentaci, než ti, kteří jsou v praxi kratší dobu. Celkem nepřekvapujícím bylo zjištění, že názor na ošetřovatelskou dokumentaci není ovlivněn

typem pracoviště. Myslíme si, že pokud by tomu tak bylo, museli bychom porovnávat standardní oddělení s odděleními intenzivní péče, s dětskými či s jinak specifickými, u nichž je zřejmé, že se jejich ošetrovatelská dokumentace bude lišit více než na klasických, standardních odděleních. K tomuto zjištění také mohla přispět nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z roku 2018, která dává managementu dostatečně volný prostor pro upravení ošetrovatelské dokumentace dle potřeb každého oddělení. Můžeme se domnívat, že toto na většině oddělení proběhlo, a mohla tak odpadnout ta část dokumentace ošetrovatelské péče, kterou sestry vnímaly za nadbytečnou a nepotřebnou pro dané oddělení či pacienta.

Druhou část kvantitativního výzkumného šetření tvořila obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace. Pro tuto analýzu byla vybrána dvě zdravotnická zařízení, přičemž jedno z nich používá výhradně listinnou formu ošetrovatelské dokumentace a druhé naopak pouze elektronickou formu. Chtěli jsme porovnat, jak velké rozdíly jsou v obsahu či vedení, a odhalit jejich negativní nebo pozitivní stránky. Co se týče listinné formy ošetrovatelské dokumentace, zhodnotili bychom ji jako klasickou ošetrovatelskou dokumentaci, se kterou se setkáme v mnoha zdravotnických zařízeních. Obsahuje základní formuláře, které jsou dostatečně informativní a vypovídající o ošetrovatelské anamnéze u daného pacienta. Domníváme se, že právě vlivem vyhlášky z roku 2018 se stala dokumentace o něco jednodušší a přehlednější. Ubyly některé formuláře, které se často vyplňovaly pouze z nutnosti; ošetrovatelská dokumentace je nyní stručnější, přehlednější, ale zároveň více reprezentativní.

Co se týče elektronické formy ošetrovatelské dokumentace, myslíme si, že jde o opravdovou budoucnost lepší a kvalitnější ošetrovatelské péče. S tímto typem dokumentace jsem se seznámila poprvé a byla jsem z ní nadšená. Doposud jsem tíhla spíše ke klasické papírové formě, na kterou si mohu sáhnout a prolistovat ji, ale větší benefity jsou zřejmě na druhé straně. Jak uvádí (Šupšáková) 2017, celá dnešní společnost spěje k postupné elektronizaci všech lidských oblastí. Je evidentní, že se to dotkne i zdravotnictví, přičemž současná legislativa povoluje zdravotnickým zařízením za daných podmínek používat výhradně elektronickou dokumentaci namísto listinné. Elektronická ošetrovatelská dokumentace je dle našeho názoru velice přehledná, jednoduchá, dobře čitelná a zároveň umožňuje data snadno a jednoduše vyhledávat, dopisovat či opravovat. Osobní zkušenosti jsem s tímto typem

ošetřovatelské dokumentace dosud neměla, proto je těžké soudit, jaké to je pracovat s ní delší dobu. Přesto si myslím, že pokud použití této formy umožňuje dostatečné technické zázemí, může to vést i k celkovému zlepšení kvality ošetřovatelské péče. Evans (2016) nadto uvádí, že tento typ dokumentace má vést nejen ke kvalitnější péči, ale i k vyšší bezpečnosti pacientů. S postupným přechodem z papírové dokumentace na elektronickou ošetřovatelskou dokumentaci je nutné identifikovat zásahy, které účinně zvýší kvalitu péče a bezpečnost pacientů. McCarthy (2018) říká, že tento plánovaný přístup managementu, který umožňuje sestřám přizpůsobit se novým elektronickým systémům dokumentace, se zdá být dobrou investicí, pokud jde o efektivitu pracovní doby, neboť by se díky tomu měl sestřám uvolnit čas na přímou ošetřovatelskou péči. Je tedy zřejmé, že postupný přechod k elektronické ošetřovatelské dokumentaci by mohl mít velký přínos nejen pro personál, ale i pro samotné pacienty.

Samozřejmě však nesmíme opomenout také nevýhody této formy ošetřovatelské dokumentace. Podstatné je, že pokud o nich víme, můžeme se snažit je eliminovat. Postupný pokrok tak bude tuto formu ošetřovatelské dokumentace stále zlepšovat a nakonec může jít o opravdu hodnotný nástroj pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče a zároveň pro spokojenost sester.

Z analýzy těchto dvou typů dokumentací je zřejmé, že se jejich obsah od sebe navzájem tolik neliší. Jde v podstatě o stejně obsáhlé dokumentace s obdobnými informacemi, avšak s rozdílným typem záznamu. Právě forma záznamu, kterou jsou data registrována, může hrát důležitou roli nejen v kvalitě, přehlednosti a čitelnosti záznamů, ale především v časové náročnosti, která je dle mého názoru u listinné formy vyšší než u formy elektronické. Podmínkou je samozřejmě dostatečně kvalitní technologie, ve které má být elektronická dokumentace zaznamenávána.

Myslíme, že by toto mohl být zajímavý podklad pro další výzkum, ve kterém by se zjišťovala nejen časová náročnost těchto dvou typů ošetřovatelských dokumentací, ale zároveň vliv na kvalitu ošetřovatelské péče a celkovou spokojenost ošetřovatelského personálu.

Poslední částí výzkumného šetření byl kvalitativní výzkum, který byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na standardním oddělení. Na základě cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky: V1: Jaký mají sestry názor na aktuální vedení ošetřovatelské dokumentace? V2: Jaké jsou rozdíly

v ošetrovatelské dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních? Sestrám byly položeny předem připravené otázky, díky nimž jsme hodlali získat odpověď na výzkumné otázky. Z odpovědí, které nám sestry poskytly, vyplývá, že jsou převážně s aktuální ošetrovatelskou dokumentací spokojené. Rozdíly v ošetrovatelských dokumentacích byly jen nepatrné, neboť většina z nich pracuje pouze s listinnou formou ošetrovatelské dokumentace. Nemůžeme tak soudit, která forma ošetrovatelské dokumentace je pro sestry více vyhovující. Máme pouze data, která obsahují názor, jenž však není podložen vlastní zkušeností. Získané informace z rozhovorů jsme pomocí kódování rozdělili do 10 základních kategorií, jimiž jsou: 1. Představa o ošetrovatelské dokumentaci, 2. Účel ošetrovatelské dokumentace, 3. Forma a přehlednost ošetrovatelské dokumentace, 4. Názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, 5. Chybějící údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 6. Přebývajících údaje v ošetrovatelské dokumentaci, 7. Čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací, 8. Ošetrovatelská péče bez ošetrovatelské dokumentace, 9. Přínos ošetrovatelské dokumentace, 10. Nová vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci z roku 2018.

První otázkou, na kterou jsme se sester ptali, bylo, co si představí, když se řekne ošetrovatelská dokumentace. Většina sester vidí ošetrovatelskou dokumentaci jako administrativní zátěž, spoustu nepřehledných papírů, avšak shodnou se, že i přesto je velice důležitá pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Dvě sestry se na svém názoru v podstatě shodly. Jako první se jim vybaví jen hromada papírů, která je v práci obtěžuje a zatěžuje, avšak ani jedna z nich si nedovede představit, že by ošetrovatelská péče byla bez ošetrovatelské dokumentace možná. U třech zbývajících sester převládal pouze negativní názor na ošetrovatelskou dokumentaci.

V následující kategorii nás zajímalo, jaký hlavní účel plní ošetrovatelská dokumentace v ošetrovatelské péči. Zaměřili jsme se na účel nejen pro sestru, která s dokumentací pracuje, ale i pro samotného pacienta, o němž je vedena. Naprosto všechny sestry se shodly na hlavním účelu ošetrovatelské dokumentace, kterým je dle nich záznam a zpětné vyhledání podstatných informací o pacientovi. Názor sester se však začal lišit v pohledu na účel ošetrovatelské dokumentace pro sestru a pro pacienta. Většina sestry vidí účel ošetrovatelské dokumentace pro ně samotné především v jednodušší péči o pacienta. Další tři sestry vidí smysl dokumentace hlavně jako „krytí

zad“. Jedna ze sester uvedla, že nevidí žádný účel ošetrovatelské dokumentace pro sestru, vidí pouze zátěž. V tom, jaký účel má ošetrovatelská dokumentace pro pacienta, sestry také nebyly jednotné. Většina sester vidí hlavní smysl ošetrovatelské dokumentace pro pacienta v lepší komunikaci mezi ním a ošetrovatelským personálem a v možném individuálním přístupu ke každému pacientovi. Dvě ze sester si myslí, že ošetrovatelská dokumentace nemá pro pacienta žádný účel a je výhradně pro potřeby personálu, a další dvě sestry vidí smysl ošetrovatelské dokumentace pro pacienta pouze jako prostředek pro jeho případné stížnosti.

V rámci třetí kategorie jsme zjišťovali, jakou formu ošetrovatelské dokumentace sestry používají a zda jsou spokojené s její přehledností. Naprosto všechny sestry nám sdělily, že ošetrovatelská dokumentace, se kterou pracují, je pro ně dostatečně přehledná, dokážou se v ní rychle orientovat a vždy najdou potřebné informace. Dále většina sester uvedla, že používají při své práci pouze papírovou formu ošetrovatelské dokumentace, nicméně dvě ze sester k tomu dodaly, že k papírové formě ošetrovatelské dokumentace běžně používají ještě tzv. fotodokumentaci. Dvě poslední sestry pracují nejen s papírovou formou ošetrovatelské dokumentace, ale také s formou elektronickou.

V další kategorii otázek nás zajímal názor sester na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, přestože s ní většina dotazovaných nemá žádné zkušenosti. Naprostá většina sester je výhradně pro papírovou formu dokumentace a rozhodně by nechtěly přejít na elektronickou podobu. Zajímavé je, že i sestry, které mají s elektronickou dokumentací zkušenost a pracují s ní, by preferovaly papírovou podobu. Pouze dvě sestry by daly přednost elektronické podobě ošetrovatelské dokumentace, přestože s ní nemají žádnou zkušenost. Poslední sestra S6 nemá na tuto problematiku žádný konkrétní názor. Je tedy očividné, že postupná elektronizace ošetrovatelské dokumentace by sestrám převážně nevyhovovala, avšak můžeme se domnívat, že při větších zkušenostech s touto podobou ošetrovatelské dokumentace, by se mohl jejich názor na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci změnit.

V následující skupině dotazů byla sestrám položena otázka ohledně chybějících údajů v ošetrovatelské dokumentaci. Zajímalo nás, zda jsou některé údaje pro ně důležité a vypovídající, avšak v dokumentaci, se kterou pracují, nejsou obsaženy. Naprosto všechny sestry odpověděly záporně – sestry považují svou ošetrovatelskou

dokumentaci za dostačující a žádné informace v ní nepostrádají. Z toho plyne, že obsah ošetrovatelské dokumentace je pro personál, který s ní pracuje, dostatečně obsáhlý.

Zcela opačná informace nás zajímala v šesté kategorii. V ní jsme zjišťovali, zda se v ošetrovatelské dokumentaci vyskytují informace, které jsou podle sester přebývající a zbytečné. Většina sester opět odpovídala záporně stejně jako u předchozí kategorie. Zde se však našly dvě sestry, které by některé údaje v ošetrovatelské dokumentaci za přebývající označily. Z ošetrovatelské dokumentace by vyřadily např. screening všedních činností, bydliště pacienta, podpis pacienta dokumentace aj.

V sedmé kategorii jsme chtěli alespoň přibližně zjistit, kolik může sestra strávit času vedením ošetrovatelské dokumentace oproti přímé péči o pacienta. Jedna třetina sester vidí strávený čas s ošetrovatelskou dokumentací stejně dlouhý jako ten, který věnuje přímé ošetrovatelské péči. Druhá třetina vztahuje strávený čas s ošetrovatelskou dokumentací na pacienta, takže uvádí, kolik času přibližně stráví u jedné ošetrovatelské dokumentace, a pak už záleží na tom, kolik mají na starost pacientů. Je zajímavé, že každá sestra v podstatě s tím samým úkonem stráví dosti rozdílný čas. Poslední tři sestry prezentují čas strávený s ošetrovatelskou dokumentací značně obrazně.

Dále nás zajímalo, zda se sestry domnívají, že by bylo možné poskytovat ošetrovatelská péče bez vedení ošetrovatelské dokumentace. Více než polovina sester se domnívá, že by to rozhodně možné nebylo. Ovšem tři ze sester mají názor zcela opačný: ošetrovatelskou péči bez ošetrovatelské dokumentace lze poskytovat.

V následující kategorii jsme se chtěli dozvědět, v čem sestry vidí největší přínos ošetrovatelské dokumentace a zda vůbec nějaký dle nich má. Jejich odpovědi šlo celkem jednoduše rozdělit do dvou skupin. První, tu větší, tvořily sestry, které vidí největší přínos ošetrovatelské dokumentace ve stálém zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Domnívají se, že právě ošetrovatelská dokumentace má na kvalitu poskytované péče pozitivní vliv. Druhá skupina sester vidí přínos ošetrovatelské dokumentace pouze pro ně samotné, a to zejména v jejich krytí při případném problému

V poslední kategorii jsme se zaměřili na novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci z roku 2018, která se týká samozřejmě i dokumentace ošetrovatelské. Zajímalo nás názor sester na aktuální vyhlášku, která stanovuje pravidla vedení ošetrovatelské dokumentace. Velice zarážejícím zjištěním bylo, že některé sestry vůbec netuší, že k nějaké novelizaci došlo, natož aby věděly, v čem tkví zásadní změny. Je

zajímavé, že se najde sestra, která s ošetrovatelskou dokumentací denně pracuje, avšak o nové vyhlášce skutečně neví, přestože nařízení mohlo celkem podstatně změnit způsob vedení dokumentace. Vysvětlením může být, že daného oddělení se nová vyhláška nijak nedotkla, neboť management ponechal formu ošetrovatelské dokumentace stejnou jako doposud. Zbývající sestry vnímají změny ve vyhlášce ohledně ošetrovatelské dokumentace celkem pozitivně.

Tato práce by mohla vést k možnému zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče, pomocí vedení nejen kvalitní, ale také efektivní ošetrovatelské dokumentace. Sestry by si měly dále rozšiřovat znalosti této problematiky a být více otevřené pro postupnou modernizaci, která přinese elektronizaci ošetrovatelské dokumentace.

Touto prací se také otevírá prostor pro výzkumnou činnost ve větším rozsahu, která by mohla vést ke zjištění, nakolik je elektronická dokumentace efektivnější než ta listinná a jak veliký je její přínos pro kvalitnější ošetrovatelskou dokumentaci.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala ošetrovatelské dokumentaci a jejímu obsahu, formě a optimální podobě. V naší práci jsme si stanovili tři cíle. Pro naplnění těchto cílů jsme při výzkumném šetření zvolili kombinaci kvalitativního a kvantitativního přístupu.

Prvním cílem bylo porovnat ošetrovatelskou dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních, druhým zmapovat názor na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci a posledním zjistit požadavky na ošetrovatelskou dokumentaci.

Pro kvalitativní část diplomové práce, která byla provedena pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, byly následně stanoveny dvě výzkumné otázky: V1: Jaký mají sestry názor na aktuální vedení ošetrovatelské dokumentace? V2: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské dokumentaci ve vybraných zdravotnických zařízeních? Z odpovědí, které nám sestry poskytly, je zřejmé, že sestry jsou s aktuální podobou ošetrovatelské dokumentací převážně spokojené. Rozdíly v ošetrovatelských dokumentacích byly jen nepatrné, neboť ve většině případů se pracuje pouze s listinnou formou ošetrovatelské dokumentace. Nemůžeme proto soudit, která forma ošetrovatelské dokumentace je pro sestry více vyhovující. Máme pouze data, která obsahují názor, ten však není podložen vlastní zkušeností. Z rozhovorů sice vyplývá, že sestry o postupnou elektronizaci ošetrovatelské dokumentace spíše nemají zájem, avšak můžeme se domnívat, že pokud by měli s touto podobou ošetrovatelské dokumentace více zkušeností, názor by mohly změnit.

Kvantitativní část výzkumného šetření, která se zabývá obsahovou analýzou ošetrovatelské dokumentace, poukazuje právě na rozdíly mezi elektronickou a listinnou formou ošetrovatelské dokumentace. Zde je patrné, že obsah se v podstatě neliší. Veliký rozdíl je ovšem ve formě záznamu, což pak může ovlivnit celkovou ošetrovatelskou péči. Toto zjištění může být podkladem pro další výzkumné šetření. Bohužel se nám nepodařilo zjistit, jak velký rozdíl je v časové náročnosti, kvalitě, přehlednosti a účinnosti těchto dvou forem ošetrovatelské dokumentace.

Druhá část kvantitativního výzkumného šetření byla provedena pomocí dotazníkového šetření a obsahové analýzy ošetrovatelské dokumentace. V souvislosti s cíly byly stanoveny dvě hypotézy: H1: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn délkou praxe, H2: Názor sester na ošetrovatelskou dokumentaci je ovlivněn

typem pracoviště. Na základě výsledků kvantitativního výzkumného šetření jsme obě stanovené hypotézy nemohli potvrdit.

Přestože dnešní společnost a všechna její odvětví směřují k postupné elektronizaci, v oboru zdravotnictví jsou tyto změny teprve na vzestupu. V našem výzkumném šetření se našlo jen několik málo sester, které s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace pracují. Většina z nich dosud pracuje pouze s listinnou formou, popřípadě s kombinací obojího, přičemž tato kombinace ve většině případů spočívá v tom, že elektronicky se zaznamenávají jen určité informace, ale podstatná část ošetrovatelské dokumentace je stále vedena papírově. Na druhou stranu téměř polovina sester uvedla, že se s elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace alespoň někdy setkaly, mají s ní nějakou zkušenost. Přitom ohlasy na tuto zkušenost byly převážně pozitivní. Můžeme se tedy domnívat, že pokud by byla elektronická ošetrovatelská dokumentace postupně zavedena do všech zdravotnických zařízení s dostatečně kvalitním technickým zázemím, sestry by mohly mít k této modernizaci pozitivnější přístup.

Naše výzkumné šetření by mohlo být podkladem pro další výzkum, který by se zabýval právě postupnou elektronizací ošetrovatelské dokumentace a jejím vlivem na kvalitu ošetrovatelské péče.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALKHENIZAN, A., SHAW, CH., 2011. *Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature*. Saudi Arabia: Annals of Saudi Medicine. 31(4), 407–416. doi: 10.4103/0256-4947.83204.
2. AMATAYAKUL, M. K., 2013. *Electronic Health Records: A Practical Guide for Professionals and Organizations*. 5th edition. Illinois: Ahima. 687 p. ISBN 978-1-5842-6003-5.
3. AYANIAN, J. Z., MARKEL, H., 2016. *Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality*. United States: N Engl J Med. 21;375(3), 205-207. □ DOI: 10.1056/NEJMp1605101 .
4. BARBOSA, S. F. F., LIMA, C. S. P., 2015. *Patient Safety in Critical Care Unit: Development of a Nursing Quality Indicator System*. Brazil: Federal University of Santa Catarina. DOI: 10.3233/978-1-61499-564-7-251.
5. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
6. BÖHMOVÁ, O., 2018. *Ministerstvo chce vymést papíry z ordinací, pacienti budou nahlížet do dokumentace elektronicky. Vše zastřeší zákon o eHealth*. Praha: Zdravotnický deník. [online]. [cit. 2020-07-08]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/ministerstvo-chce-vymest-papiry-ordinaci-pacienti-boudou-nahlizet-dokumentace-elektronicky-vse-zastresi-zakon-ehealth/>
7. BURTON, M. A., MAY LUDWIG, L. J., 2014. *Fundamentals of Nursing Care: Concepts, Connections & Skills*. 2 nd Edition. Phyladelphia: F. A. Davis Company. 992 p. ISBN 978-0-8036-3974-4.
8. BURTON, M., SMITH, D., 2019. *Study Guide for Fundamentals of Nursing Care*. 3rd Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company. 336 p. ISBN 978-0-8036-6907-9.
9. CAPRIOTTI, T., 2019. *Document smart: the A-to-Z guide to better nursing documentation*. Fourth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 512 p. ISBN 978-1-97-512073-3.
10. CLEMENT, I., 2015. *Management of Nursing Services and Education*. 2 Edition. Amsterdam: Elsevier. 566 p. ISBN 978-8-1312-3991-9.

11. COURTNEY, M., MCCUTCHEON, H., 2010. Using Evidence to Guide Nursing Practice. 2 Edition. London: Churchill Livingstone. 240 p. ISBN 978-0-7295-3950-0.
12. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. 204 s. ISBN 978-80-2463-809-6.
13. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2002. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. Praha: Česká asociace sester. [online]. [cit. 2020-07-19]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
14. DELOITTE, 2020. *České zdravotnictví vstupuje do doby digitální, ministerstvo plánuje zákon o eHealth*. Praha: Dreport. [online]. [cit. 2020-07-19]. Dostupné z: <https://www.dreport.cz/blog/ceske-zdravotnictvi-vstupuje-do-doby-digitalni-ministerstvo-planuje-zakon-o-ehealth/>
15. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
16. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F., Alice C. MURR, A., C., BLIGH, D., 2016. *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. Fifth edition. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company 1152 p. ISBN 978-0-8036-4474-8.
17. DONABEDIAN, A., 2002. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Great Britain: Oxford University Press. 240 p. ISBN 978-0-1951-5809-0.
18. DUCLOS-MILLER, P. A., 2016. *Improving Nursing Documentation and Reducing Risk*. Middleton: HCPro a division of BLR. 128 p. ISBN 978-1-6830-8068-8.
19. DUFFY, J. R., 2009. *Quality Caring in Nursing: Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership*. New York: Springer Publishing Company. 264 p. ISBN 978-0-8261-2128-8.
20. EVANS, R. S., 2016. *Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future*. Canada: Year of medical informatics. 20;1 (Suppl 1), 48-61. doi: 10.15265/IYS-2016-s006.
21. FIELD, L., SMITH, B., 2008. *Nursing Care: An Essential Guide*. New Jersey: Prentice Hall. 336 p. ISBN 978-01319-7652-8.

22. FRIČOVÁ, S., 2012. *Úloha manažera v motivaci ošetrovateľského tímu*. [online]. [cit. 2020-07-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uloha-manazera-v-motivaci-oseetrovateľskeho-tymu-464367>
23. GAGNON, M. P., PAYNE-GAGNON, J., BRETON, E., FORTIN, J. P., KHOURY, L., DOLOVICH, L., PRICE, D., WILJER, D., BARTLETT, G., ARCHER, N., 2016. *Adoption of Electronic Personal Health Records in Canada: Perceptions of Stakeholders*. Kerman: International Journal of Health policy and Management. 5(7), 425–433. doi: 10.15171/ijhpm.2016.36.
24. GARKISCH, D., 2020. *Dáma s lampičkou" změnila celé lékařství. Je symbolem sester*. Praha: Naše zdravotnictví. [online]. [cit. 2020-07-18]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/dama-s-lampickou-zmenila-cele-lekarstvi-je-symbolem-sester>
25. GRIFFITH, D., DOWIE, I., 2019. *Dimond's Legal Aspects of Nursing*. London: Pearson Education Limited. 800 p. ISBN 978-1-2922-4537-9.
26. HABERMANN, M., UYS, L. R., 2005. *The Nursing Process: A Global Concept*. London: Churchill Livingstone. 174 p. ISBN 978-0-4431-0191-5.
27. HANNAH, K., HUSSEY, P., KENNEDY, M. A., BALL, M. J., 2014. *Introduction to Nursing Informatics*. United Kingdom: Springer London Ltd. 452 p. ISBN 978-1-4471-2998-1.
28. HEIDARIZADEH, K., RASSOULI, M., MANOOCHEHRI, H., TAFRESHI, M. Z., GHORBANPOUR, R. K., 2017. *Nurses' Perception of Challenges in the Use of an Electronic Nursing Documentation System*. Philadelphia: CIN: Computers, Informatics, Nursing. 35(11), 599-605. doi: 10.1097/CIN.0000000000000358.
29. HUBER, D. L., 2013. *Leadership and Nursing Care Management*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences. 560 p. ISBN978-1-4557-4071-0.
30. HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-0063-7.
31. JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovateľství*. Praha: ISV nakladatelství. 134 s. ISBN 80-85866-55-2.
32. JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., KOZÁKOVÁ, R., ZELENÍKOVÁ, R., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovateľství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

33. JOINT COMMISSIONS INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada 390 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
34. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
35. KARP, E. L., FREEMAN, R., SIMPSON, K. N., SIMPSON, A. N., 2019. Changes in Efficiency and Quality of Nursing Electronic Health Record Documentation After Implementation of an Admission Patient History Essential Data Set. Philadelphia: CIN: Computers, Informatics, Nursing. 7(5), 260-265. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000516
36. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁNKOVÁ, M., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
37. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-8-0806-3290-8.
38. KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.
39. KOUBOVÁ, M., 2018. *Ošetrovatelská dokumentace ode zdi ke zdi? Odpadá dublování a formality, ne povinnost dokumentovat péči*. Zdravotnický deník [online]. [cit. 2020-07-03]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/05/osevrotatelska-dokumentace-ode-zdi-ke-zdi-odpada-dublovani-formality-ne-povinnost-dokumentovat-peci/>
40. KRUSE, C. S., SMITH, B., VANDERLINDEN, H., MEALAND, A., 2017. *Security Techniques for the Electronic Health Records*. New York: Journal of Medical Systems. 41(8), 127. doi: 10.1007/s10916-017-0778-4.
41. KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-745-4600-6.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
43. KVAPILOVÁ, B., 2015. *Zdravotnická dokumentace - 4. část: Ošetrovatelská dokumentace*. Zdravotnictví a medicína. 14(5), 20. ISSN 2336-2987.
44. KVERJIK, D., BROUS, E. A., 2010. *Law and Ethics for Advanced Practice Nursing*. New York: Springer Publishing. 226 p. ISBN978-0-8261-1458-7.

45. MACH, J., BURIÁNEK, A., ZÁLESKÁ, D., MLYNÁŘOVÁ, D., KVAPILOVÁ, I., MÁCA, M., VALÁŠEK, D., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
46. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
47. MADAR, J., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
48. MAREČKOVÁ, J., 2006. *NANDA - International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
49. MARKOVÁ, E., 2012. *Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství*. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. [online]. [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/02/02.pdf>
50. MARX, D., STANĚK, I., 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
51. MARX, D., VLEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Spojená akreditační komise. [online]. [cit. 2020-07-12]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace>.
52. MASTILIÁKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Praha: Karolinum. 347 s. ISBN 978-80-246-0429-9.
53. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 223 S. ISBN 978-80-247-5376-8.
54. MCCARTHY, B., FITZGERALD, S., O'SHEA, M., CONDON, C., HARTNETT-COLLINS, G., CLANCY, M., SHEEHY, A., DENIEFFE, S., BERGIN, M., SAVAGE, E., 2018. *Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review*. Great Britain: Journal of nursing management. 43(22), 154-162. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x.
55. MELNYK, B., M., FINEOUT-OVERHOLT, E., 2018. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare : A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 823 p. ISBN 978-14-963-8453-9.

56. MYERS., S. A., 2011. Patient Safety and Hospital Accreditation: A Model for Ensuring Success. New York: Springer Publishing Company. 340 p. ISBN 978-0-8261-0639-1.
57. NESLÁDKOVÁ, E., PACLTOVÁ, P., MANOVÁ, I., 2019. *Zjednodušení ošetrovatelské dokumentace v KNL -soulad praxe i legislativy*. Krajská nemocnice Liberec a.s.[online]. [cit. 2020-06-25]. Dostupné z: <http://admin.zdravotnickeodbory.cz.d114wh.d2.cz/files/Article/2082/TextDocument/zjednoduseni-osevovatelcke-dokumentace---phdr.-eva-nesladkova--mba---15.-5.-2019.pdf>
58. NEUGEBAUER, P., 2009. *Jak se daří eHealth v České republice?* České národní fórum pro eHealth: Praha. [online]. [cit. 2020-07-13]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/2854483-Jak-se-dari-ehealth-v-ceske-republice-mudr-pavel-neugebauer.html>
59. O'BRIEN, A., WEAVER, CH., SETTERGREN T. T., HOOK, M. L., IVORY, C. H., 2015. *EHR Documentation: The Hype and the Hope for Improving Nursing Satisfaction and Quality Outcomes*. Eastsound: Nursing Administration Quarterly. 39(4), 333-339. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000132.
60. PATIRAKI, E., KATSARAGAKIS, S., DRELIOZI, A., PREZERAKOS, P., 2017. *Nursing Care Plans Based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The Investigation of the Effectiveness of an Educational Intervention in Greece*. New Jersey: International Journal of Nursing Knowledge. 28(2), 88–93. doi: 10.1111/2047-3095.12120.
61. PEATE, I., WILD, K., 2018. *Nursing practice: knowledge and care*. 2 edition. New York: Wiley-Blackwell. 984 p. ISBN 978-1-1192-3747-1.
62. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
63. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
64. PODSTATOVÁ, R., 2014. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví. [online]. [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/6220975-Vedeni-zdravotnicke>

dokumentace-nejcastejsi-problemy-v-praxi-rndr-renata-podstatova-ceska-
spolecnost-pro-akreditaci-ve-zdravotnictvi.html

65. POKORNÁ, A., 2016. *Klasifikační systémy v ošetrovatelství*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/system/files/Klasifikace-2016-11-08-11_Pokorna_Klasifikacni_systemy-v-oseetrovatelstvi.pdf
66. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V., BŮŘILOVÁ, P., KUČEROVÁ, J., MUŽÍK, J., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
67. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
68. POSENAU, A., 2016. *Nursing anamnesis in theory and practice*. Pflege Zeitschrift. 69(5), 292-294. ISSN 0945-1129.
69. ROBLES, J., 2009. *The effect of the electronic medical record on nurses' work*. Bloomington: Creative nursing. 15(1), 31-35. DOI: 10.1891/1078-4535.15.1.31.
70. SCHULTE M., F., 2012. *Healthcare Delivery in the U.S.A. 2nd Edition*. London: Routledge. 239 p. 978-1-4398-7794-4.
71. SEABACK, W. W., *Nursing Process: Concepts and Application*. Boston: Cengage Learning. 224 p. ISBN 978-11-111-3819-6.
72. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
73. SEWELL, J., 2019. *Informatics and nursing: opportunities and challenges*. Sixth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 472 p. ISBN 978-1-4963-9406-4.
74. SKOLNIK, N. S., 2011. *Electronic Medical Records: A Practical Guide for Primary Care*. New Jersey: Humana. 168 p. ISBN 978-1-6076-1605-4.
75. SNOWDEN, A., DONNELL, A., DUFFY, T., 2010. *Pioneering Theories in Nursing*. London: Mark Allen Publishing. 200 p. ISBN 978-1-8564-2400-4.
76. STAŇKOVÁ, M., 1999. *České ošetrovatelství 4 – Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

77. STŘEDA, L., Hána, K., 2016. *eHealth a telemedicína*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5764-3.
78. SUCHARDA, P., ZLATOHLÁVEK, L., 2015. *Základy klinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 106 s. ISBN 978-80-246-3091-5.
79. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
80. ŠČEPOŇOVÁ, S., 2009. *Zdravotnická dokumentace*. Sestra. 19(11), 28–29. ISSN 1210-0404.
81. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, Magda., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
82. ŠKRLA, P., Škrlová, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
83. ŠNAJDROVÁ, L., 2018. *Smrt ošetrovatelské dokumentace?* Ošetrovatelství.info. [online]. [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/smrt-osetrovatelske-dokumentace/>
84. ŠOCHMANOVÁ, M., 2018. *Reakce prezidentky ČAS*. Praha: Česká asociace sester. [online]. [cit. 2020-06-27]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/docs/akce/reakce.pdf>
85. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3594-8.
86. ŠTĚPANYOVÁ, G., 2018. *Ministerstvo zdravotnictví výrazně zjednodušuje zdravotnickou dokumentaci*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [online]. [cit. 2020-07-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vyrazne-zjednodusujezdravotnickou-dokumentaci_15721_3801_1.html
87. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
88. TINGLE, J., BARK, P., 2013. *Patient safety, law policy and practice*. New York: Routledge. 265 p. ISBN 978-0-4158-5973-8.
89. VAŠÁTKOVÁ, I., ULRYCHOVÁ, H., 2007. *Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace*. Praha: Sestra. 2, 21-22. ISSN 1210-0404.
90. Věstník MZ ČR č. 9/2004, 2004. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 7, s. 2-8. ISSN 1211-0868.

91. VONDRÁČEK J., SCHMITTOVÁ J., 2005. *Význam fotodokumentace v ošetrovatelské péči*. Praha: Sestra. 15(4), 29. ISSN 1210-0404.
92. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace (návod pro praxi)*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
93. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2. Praha: Zdravotnictví a medicína.
94. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.
95. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
96. Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2018. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 71, s. 1770-1776. ISSN 1211-1244.
97. WANG, N., HAILEY, D., YU, P., 2011. *Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review*. New South Wales: Journal of advanced nursing. 67(9), 1858-1875. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x.
98. WILSON, B., WOOLLANDS, A., BARRETT, D., 2018. *Care planning: A guide for nurses*. Third edition. London: Routledge. 246 p. ISBN 978-1-1386-4219-5.
99. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
100. Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, 2019. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 47, s. 890-911. ISSN 1211-1244.
101. Zákon č. 297/2016 Sb., o službách vytvářející důvěru pro elektronické transakce, 2016. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 115, s. 4466-4472. ISSN 1211-1244.
102. ŽIAKOVÁ, K., 2009. *Ošetrovatelský slovník*. Martin: Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Otázky pro vedení rozhovoru se sestrami

Příloha 1: Dotazník pro sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude následně použit jako podklad pro zpracování mé diplomové práce na téma „Optimalizace ošetrovatelské dokumentace“. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Získané údaje budou použity pouze pro potřeby závěrečné diplomové práce, jejímž cílem je zjistit názor na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci a porovnat ho ve vybraných zdravotnických zařízeních. Zvolenou odpověď zaškrtněte prosím křížkem, a pokud není uvedeno jinak, vyberte pouze jednu odpověď.

Předem Vám děkuji za váš čas a ochotu.

Bc. Jesika Kubičková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

2. Uveďte prosím Váš věk?

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné (Dis.)
- Vysokoškolské bakalářské (Bc.)
- Vysokoškolské magisterské (Mgr.)
- Jiné:

4. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví (zaokrouhlete na celé roky)?

5. Vaše pozice?

- Praktická sestra
- Sestra u lůžka
- Staniční sestra
- Jiné

6. Uved'te vaše pracoviště:

- Chirurgické oddělení
- Interní oddělení
- Kardiologické oddělení
- Kožní oddělení
- Neurologické oddělení
- Oční oddělení
- ORL oddělení
- Ortopedické oddělení
- Traumatologické oddělení
- Psychiatrické oddělení
- Urologické oddělení
- RHB oddělení
- Jiné: (doplňte) _____

7. Co se Vám vybaví, když se řekne ošetrovatelská dokumentace?

(můžete označit více odpovědí)

- Administrativní zátěž
- Část ošetrovatelského procesu
- Nezbytnost pro poskytování ošetrovatelské péče
- Zajištění kvalitní ošetrovatelské péče
- Zajištění kontinuity péče
- Nepodstatná věc
- Jiné: (doplňte) _____

8. Používáte při své práci ošetrovatelskou dokumentaci?

- Nikdy
- Zřídka
- Z poloviny
- Často
- Vždy

9. Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používáte ve Vašem zařízení?

- Listinná forma
- Elektronická forma
- Kombinace listinné a elektronické
- Jiné: (doplňte) _____

10. Jste spokojen/a s vedením ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

11. Byl/a byste pro sjednocení ošetrovatelské dokumentace pro všechny nemocnice České republiky?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

12. Myslíte si, že vést ošetrovatelskou dokumentaci je pro ošetrovatelskou péči přínosné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

13. Ošetrovatelská dokumentace je dle Vás pro sestru:

- Velmi užitečná
- Užitečná

- Neúčinná
- Zcela neúčinná

14. Ošetrovatelská dokumentace je dle Vás pro pacienta:

- Velmi účinná
- Účinná
- Neúčinná
- Zcela neúčinná

15. a) Setkal/a jste se za svou praxi už s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?

- Ano
- Ne

b) Pokud ano, jak moc jste s ní byl/a spokojen/a?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a
- Velmi nespokojen/a

16. Ulehčuje Vám vedení ošetrovatelské dokumentace péči o pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

17. Jste s grafickou podobou Vaší ošetrovatelské dokumentace?

- Velmi spokojen/a
- Spokojen/a
- Nespokojen/a

- Velmi nespokojen/a

18. Vedení ošetrovatelské dokumentace považujete za?

- Velmi užitečné
- Užitečné
- Nužitečné
- Zcela neužitečné

19. Domníváte se, že při absenci ošetrovatelské dokumentace by se to negativně projevilo na kvalitě ošetrovatelské péče?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

20. Jak moc náročné je pro Vás vedení ošetrovatelské dokumentace?

- Velmi snadné
- Docela snadné
- Docela těžké
- Velmi těžké
- Neutrální postoj

21. Odhadněte prosím, kolik minut denně strávíte s vyplňováním ošetrovatelské dokumentace?

22. Myslíte si, že strávíte vedením ošetrovatelské dokumentace více času než přímou péčí o pacienta?

- Ano
- Spíše ano

- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

23. Čerpáte informace o pacientovi z ošetřovatelské dokumentace?

- Nikdy
- Zřídka
- Z poloviny
- Často
- Vždy

24. Jsou dle Vás v ošetřovatelské dokumentaci údaje, které jsou nadbytečné a nic nevyovídající?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

25. Jsou údaje, které Vám naopak v ošetřovatelské dokumentaci chybí?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

26. Jaké údaje konkrétně Vám přijdou v ošetřovatelské dokumentaci nadbytečné?

27. Jaké údaje konkrétně Vám naopak v ošetřovatelské dokumentaci chybí?

28. Považujete lékařskou dokumentaci za hodnotnější než tu ošetrovatelskou?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

29. Domníváte se, že by lékaři měli více pracovat s ošetrovatelskou dokumentací?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, nemohu posoudit

Děkuji za Váš čas.

Příloha 2: Otázky pro vedení rozhovoru se sestrami

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dovolte mi, abych Vás požádala o zodpovězení těchto otázek, které budou následně použity jako podklad pro zpracování mé diplomové práce na téma „Optimalizace ošetrovatelské dokumentace“. Vaše zodpovězené otázky zůstanou zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze pro potřeby závěrečné diplomové práce, jejímž cílem je zjistit názor na aktuální ošetrovatelskou dokumentaci a porovnat ho ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Předem Vám děkuji za váš čas a ochotu.

Bc. Jesika Kubičková

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Na jakém pracovišti, na jaké pozici a jak dlouho pracujete?
4. Co si představíte, když se řekne ošetrovatelská dokumentace? Vidíte spíše administrativní nepotřebnou zátěž či nástroj ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče?
5. Jakou roli zastává podle Vás ošetrovatelská dokumentace a proč?
6. Jaký účel má ošetrovatelská dokumentace pro sestru?
7. Jaký účel má ošetrovatelská dokumentace pro pacienta?
8. Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používáte na vašem pracovišti?
9. Co Vám na formě vaší stávající dokumentace vyhovuje a co naopak nevyhovuje?
10. Jaké zkušenosti máte s elektronickou podobou ošetrovatelské dokumentace?
11. Čemu osobně dáváte přednost? Listinné či elektronické podobě? A proč?
12. Jaký názor máte na elektronickou podobu ošetrovatelské dokumentace?
13. Jaký je dle Vás největší problém při vyplňování ošetrovatelské dokumentace?
14. Obsahuje vaše aktuální ošetrovatelská dokumentace všechna důležitá data o pacientovi?
15. Postrádáte ve Vaší ošetrovatelské dokumentaci nějaké důležité informace?
16. Jsou nějaké informace, které naopak považujete v dokumentaci za nadbytečné?

17. Jak moc podrobně jsou dle Vás informace o pacientovi zaznamenávány?
18. Jak byste zhodnotil/a přehlednost Vaší ošetrovatelské dokumentace?
19. Jak řešíte situaci, kdy je ošetrovatelská dokumentace vyplněna špatně?
20. Co byste udělal/a pro to, aby byly všechny informace zaznamenávány poctivě a čitelně?
21. Četl/a jste standard k ošetrovatelské dokumentaci ve vašem zařízení? Změnil/a byste něco na jeho obsahu?
22. Jak moc se ztotožňujete s nařízením v nejnovější vyhlášce z roku 2018 o ošetrovatelské dokumentaci?
23. Jak je podle Vás možné ošetrovatelskou dokumentaci zlepšit?
24. Jak lze zlepšit péči o pacienta v souvislosti s ošetrovatelskou dokumentací?
25. Jak lze zlepšit práci sestry s ošetrovatelskou dokumentací?
26. V jakých situacích jste využil/a ošetrovatelskou dokumentaci ve Váš prospěch?
27. Zažil/a jste někdy, že by ošetrovatelská dokumentace sloužila jako důkaz v právním sporu?
28. Kdo jiný by mohl zapisovat ošetrovatelskou dokumentaci mimo sestry?
29. Kolik času přibližně strávíte s ošetrovatelskou dokumentací v poměru s přímou péčí o pacienta?
30. Jak byste rozdělil/a čas mezi vedení ošetrovatelské dokumentace a péči o pacienta?
31. Jak by šla poskytovat ošetrovatelská péče bez vedení ošetrovatelské dokumentace?
32. V čem vidíte přínos ošetrovatelské dokumentace?

Děkuji za Váš čas.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ANA – American Nursing Association

ČR – Česká republika

EHR – Electronic Health Record

JCAHO - The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (The Joint Commission v USA)

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

SAK – Spojená akreditační komise