

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Elektronická dokumentace v ošetrovatelské praxi**  
Diplomová práce

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. Lenka Šedová, R.N.**

**Autor:**  
**Bc. Michaela Krýdlová**

**2009**

## **Electronic documentation in nursing practise**

### **Abstrakt**

As a consequence of the quick development of information technologies there has been a natural and gradual transition to the electronic data storage in nursing. The first versions of the software application for such documentation have been developed in cooperation with professionals dealing with information technologies in the States of the European Union and it is the nurses who decide what the content of the nursing documentation will be. Therefore it is very important that the nurses – as the main users of this software – are actively involved in the creation process of the electronic nursing documentation.

The advantage of introducing the electronic nursing documentation is filing of the important data about a client in the NIS where it is possible to retrieve the history anytime. In contrast to the traditional records, it is easier to read these records and it is not possible to cross any information out or lose it. Further, it saves nurses' time, it automatically records time and name of the medical worker who logged in the NIS and it meets the recommendations of the accreditation standards.

A qualitative research was used in the research part of this thesis. A semi-standardized interview with the head nurses and a structured interview with the senior staff nurses and ward sisters of the departments of internal medicine and of surgical wards of the selected hospitals were used to collect the data. Further, the method of content analysis was used to compare the electronic nursing documentation in the individual surveyed hospitals. The structured interview with the senior staff nurses and ward nurses was not done in the Hospital České Budějovice, a.s. because the programme of the electronic nursing documentation has not been started there.

Case reports are created based on the gained interview results. The case reports comprise the research base on which categorized charts in which the research results are recorded are based. The research was conducted from January till June 2009.

The surveyed group consists of head nurses, two senior staff nurses and two ward sisters of the departments of internal medicine and of surgical wards of the

selected hospitals of the chosen regions of the Czech Republic. The research was conducted in the South Bohemian Region – the Hospital České Budějovice, a.s., the Pilsen Region – the Teaching Hospital Plzeň, the South Moravian Region – the Teaching Hospital Brno and the Vysočina Region – the Hospital Jihlava, p.o.

Four research questions were defined at the beginning of our research in order to achieve our goal. The research questions 1: Does the electronic nursing documentation contain all phases of the nursing process (anamnesis, diagnosis, care plan and assessment)? The research questions 2: Is the nursing taxonomy a part of the electronic nursing documentation of each patient? How is the record of the nursing diagnosis created (crossing x filling in)? The research questions 3: Which nursing model has become the basis for the nursing anamnesis of the electronic nursing documentation? The research questions 4: Can the nurses take an active part in the preparation process of the electronic nursing documentation? All our research questions have been answered. We defined the following hypotheses based on the results of our research: H1: The electronic nursing documentation contains nursing anamnesis based on the Marjory Gordon's conceptual model. H2: The nurses are offered to cooperate in the creation process of the electronic nursing documentation. H3: There is a taxonomy part in the nursing documentation. H4: The electronic nursing documentation covers all phases of the nursing process.

We believe that the results of the thesis could contribute to facilitation of the decision-making process of nurses-managers whether or not to introduce the electronic nursing documentation in their hospitals, which would help to spread the electronic nursing documentation across the hospitals all over the Czech Republic.

**Prohlášení :**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Elektronická dokumentace v ošetrovatelské praxi“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezměněné podobě, fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 17.8.2009

.....

Bc. Michaela Krýdlová

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Lence Šedové za ochotu a cenné rady související s touto diplomovou prací. Poděkování patří i mojí rodině a partnerovi za jejich trpělivost a toleranci.

Úvod .....	4
<b>1 Současný stav</b> .....	5
<i>1.1 Ošetřovatelství</i> .....	5
<i>1.2 Ošetřovatelská dokumentace</i> .....	5
<i>1.3 Ošetřovatelský proces</i> .....	7
<i>1.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu</i> .....	7
<i>1.4 Ošetřovatelská elektronická dokumentace</i> .....	9
<i>1.4.1 Význam elektronické ošetřovatelské dokumentace</i> .....	11
<i>1.4.2 Nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace</i> .....	13
<i>1.4.3 Obsah elektronické ošetřovatelské dokumentace</i> .....	13
<i>1.4.4 Záznamy elektronické ošetřovatelské dokumentace</i> .....	17
<i>1.4.4.1 Ošetřovatelská anamnéza</i> .....	17
<i>1.4.4.2 Ošetřovatelský plán</i> .....	19
<i>1.4.4.3 Realizace ošetřovatelského plánu</i> .....	21
<i>1.4.4.4 Denní záznamy</i> .....	21
<i>1.4.4.5 Ošetřovatelská propouštěcí/překladová zpráva</i> .....	22
<i>1.4.4.6 Doplnující formuláře</i> .....	23
<i>1.4.5 Zásady vedení elektronické ošetřovatelské dokumentace</i> .....	23
<i>1.5 Legislativa</i> .....	25
<i>1.5.1 Legislativní prameny</i> .....	25
<i>1.5.2 Povinná mlčenlivost</i> .....	26
<i>1.5.3 Nahlížení do zdravotnické dokumentace</i> .....	27
<i>1.5.4 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace</i> .....	28
<i>1.6 Nemocniční informační systémy</i> .....	29
<i>1.6.1 Historický vývoj nemocničního informačního systému ve světě</i> .....	30
<i>1.6.2 Historický vývoj nemocničního informačního systému v České republice</i> . 31	
<i>1.6.3 Hlavní moduly nemocničního informačního systému</i> .....	31
<i>1.6.3.1 Klinický modul</i> .....	31
<i>1.6.3.2 Rehabilitační modul</i> .....	32

1.6.3.3 Administrativní modul.....	32
1.6.3.4 Laboratorní systém .....	33
1.6.3.6 Obrázkový systém .....	34
1.6.3.7 Stravovací modul .....	34
1.6.4 Integrace nemocničního informačního systému .....	34
1.6.5 Vkládání údajů do nemocničního informačního systému .....	34
1.6.6 Ochrana dat.....	35
1.6.7 Cíle nemocničního informačního systému .....	36
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>37</b>
2.1 Cíle práce.....	37
2.2 Výzkumné otázky.....	37
<b>3 Metodické postupy .....</b>	<b>38</b>
3.1 Použité metody a techniky .....	38
3.2 Charakteristika sledovaného souboru.....	38
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>39</b>
<b>5 Diskuze.....</b>	<b>80</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>92</b>
<b>7 Seznam použité literatury .....</b>	<b>94</b>
<b>8 Klíčová slova.....</b>	<b>100</b>
<b>9 Přílohy.....</b>	<b>101</b>
9.1 Seznam příloh.....	101

## **Seznam použitých zkratk**

apod. – a podobně

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

atd. – a tak dále

EEG – elektroencefalograf

EKG – elektrokardiograf

CT – počítačová tomografie

ČLK – Česká lékařská komora

JIP – jednotka intenzivní péče

MR – magnetická rezonance

NANDA - Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku

např. – například

NIS – nemocniční informační systém

NZIS – nemocniční zdravotní informační systém

PC – počítač

str. – strana

tzv. – takzvaný



## Úvod

Řádné vedení a zaznamenávání všech údajů týkajících se nejen klientů, ale i poskytované ošetrovatelské péče do ošetrovatelské dokumentace je dnes nedílnou součástí pracovní náplně sester. Díky této dokumentaci je zajištěna kontinuální ošetrovatelská péče. Hlavním přínosem však je nesporné zkvalitnění samotné péče o klienta a možnost uspokojení jeho potřeb.

V dnešní době, kdy se rychle rozvíjející informační technologie stávají nedílnou součástí většiny oborů lidské činnosti, vznikají ve zdravotnictví netradiční přístupy ke zpracování informací týkajících se klientů a ošetrovatelské péče jako celku. Již mnoho zdravotnických zařízení v České republice elektronické vedení ošetrovatelské dokumentace využívá a v dalších se jeho brzké zavedení předpokládá. Mezi výhody takového to systému bych zařadila např. uchovávání dat a informací v digitální podobě a v takřka neomezeném množství, rychlé vyhledání potřebných údajů, sdílení informací s různými odděleními daného zdravotnického zařízení a čitelnost a přehlednost jednotlivých dokumentů. Všechny zmíněné výhody vedou především k úspoře času sester, který lze využít k přímé péči o klienta, ke zlepšení komunikace mezi členy zdravotnického týmu a k menšímu nebezpečí ztráty či odcizení důvěrných dat.

Téma diplomové práce jsem si zvolila pro jeho aktuálnost a jelikož mě zajímá, jak sestry zvládají a hodnotí přechod na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci.

## **1 Současný stav**

### ***1.1 Ošetřovatelství***

„Ošetřovatelství je moudrost, láska a pomoc. Aby mohlo plnit tyto tři nejhumánnější očekávání, musí velmi intenzivně pracovat na své vlastní podstatě (9, str. 9)“.

Jde o humanitní vědu, jejíž praxe se zakládá na nejnovějších vědeckých poznacích. (9).

Zaměřuje se zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Výrazně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (37).

„Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychologických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (23, str. 8)“.

Ošetřovatelství vychází z celostního přístupu k člověku, jeho rodině a komunitě. Poskytuje péči o zdraví v přímém kontaktu s jednotlivci nebo skupinami lidí, kteří tuto péči potřebují. Zlepšuje znalosti obyvatel v oblasti péče o zdraví a tím se podílí na zvyšování výkonnosti systému péče o zdraví obyvatelstva a na snižování nákladů.

Zlepšuje soběstačnost a péči o sebe sama u jednotlivců, rodin a komunit. Snižuje jak vznik komplikací při různých onemocnění, tak úmrtnost, kterým lze edukací obyvatel a preventivními opatřeními předejít (17).

Ošetřovatelství a lékařství spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. Součástí jejich vztahu je sdílení myšlenek a nápadů, výměna údajů a vytváření plánů péče. Tento vztah zahrnuje i další disciplíny, kde existuje kontakt s pacientem a jeho rodinou (9).

### ***1.2 Ošetřovatelská dokumentace***

Ošetřovatelskou dokumentací se rozumí všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, týkající se jak klientů, tak poskytovanou ošetřovatelskou péčí. Tyto záznamy jsou systematicky zaznamenávány sestrou, která ošetřovatelskou péčí provedla. Jde o přehledné vedení záznamů veškerých informací individuálně o každém klientovi v průběhu diagnostického, léčebného a ošetřovatelského procesu – jehož je nedílnou součástí (15, 36).

Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví z roku 1998 je jako metodické opatření vydání Koncepce ošetrovatelství, kde je definovaná ošetrovatelská dokumentace jako nedílná součást zdravotnické dokumentace. Zdravotnická dokumentace je souborný dokument, který existuje ve formě listinné i elektronické. Základní rámec právní úpravy zdravotnické dokumentace je proveden v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který vymezuje jak její povinný obsah, tak pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci. Z výše uvedeného ustanovení také vyplývá, že vyšetřovat a léčit bez řádného vedení zdravotnické dokumentace není v souladu se zákonem (47).

Od 1.7. 2001 nabyl účinnosti zákon č. 260/2001 Sb. (novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu), který ukládá povinnost všem zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Do té doby byla uložena povinnost řádně vést zdravotnickou dokumentaci pouze nestátním zdravotnickým zařízením prostřednictvím zákona č. 160/1992 Sb. (5, 38).

„Význam ošetrovatelské dokumentace spočívá především ve zdroji informací o bio-psycho-sociálních potřebách nemocných, o cílech, kterých chceme při poskytování ošetrovatelské péče dosáhnout v dokumentování poskytnuté ošetrovatelské péče a v hodnocení jejích výsledků (22, str. 25)“. Ošetrovatelská dokumentace musí vyhovovat potřebám oddělení, musí být jednoduchá, přístupná, logicky navazující, přesná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému ošetrovatelskou i zdravotní péči. Jedině tak bude smysluplná (31).

Dále pak slouží k zajištění kontinuity ošetrovatelské péče, slouží jako doklad o poskytnutí ošetrovatelské péče dle ordinace lékaře, a že tato péče byla poskytnuta správně vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta. Neméně důležitou úlohou ošetrovatelské dokumentace je, že slouží jako doklad toho, že zdravotnická péče byla poskytnuta lege artis, tedy že zdravotnická péče byla poskytnuta v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, jak je uvedeno v zákoně č. 20/1966 Sb. (31, 47).

### ***1.3 Ošetřovatelský proces***

Z Koncepce ošetřovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky vyplývá, že ošetřovatelský personál je povinen pracovat metodou ošetřovatelského procesu. Jde o hlavní pracovní metodu ošetřovatelského personálu, jehož hlavním cílem je prevence a odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb klientů (19, 20, 37).

Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. To znamená, že představuje sérii vzájemně plánovaných a propojených ošetřovatelských činností a myšlenkových algoritmů, které sestry používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti ošetřovatelské péče (19, 28).

Umožňuje holistický přístup a povzbuzuje klienty k aktivní účasti a zájmu na vlastní péči. Sestrám umožňuje vidět výsledky práce, které mohou hodnotit, a tak zvyšovat i kvalitu poskytované ošetřovatelské péče. Dále pomáhá sestrám zdůvodnit ošetřovatelské činnosti, které realizují. Ošetřovatelský proces dokumentuje informace pro další členy personálu, aby byla zabezpečena účinnost a intervence zúčastněných (19, 27).

#### ***1.3.1 Fáze ošetřovatelského procesu***

Ošetřovatelský proces má pět fází nebo-li kroků: posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení.

Posouzení klienta je prvním krokem ošetřovatelského procesu, kdy úkolem sestry je pomocí vstupního rozhovoru a fyzikálního vyšetření zjistit stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Získávání anamnestických údajů začíná nejprve studiem zdravotnické dokumentace. Sestry tak získají informace, na které mohou při rozhovoru navázat a pro klienta samotného jistě působí seriózněji, když se sestra opakovaně neptá na záležitosti, o kterých již mluvil, a které jsou zaznamenány v jeho zdravotní dokumentaci. Tento postup může pomoci získat klientovu důvěru a ochotu spolupracovat. Následný anamnestický rozhovor slouží k získávání informací o individuálních potřebách v předchozím období. Je důležité zaměřit se na diagnosticky

významné informace, které přispívají k potvrzení přítomnosti ošetřovatelské diagnózy. V návaznosti na získávání anamnestických údajů probíhá fyzikální vyšetření. Posouzení se vždy zaměřuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta. Pokud některá z potřeb klienta není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, hovoří se o ošetřovatelském problému, jelikož lidská potřeba je dysfunkční (19, 28).

Úkolem druhého kroku (diagnostiky) je identifikovat ošetřovatelské problémy klientů. Po získání všech potřebných informací od klienta, jeho rodiny či zákonných zástupců sestra komplexně posoudí stav klienta a provede diferenciální ošetřovatelskou diagnostiku. Posouzení a stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout maximálně do 48 hodin od přijetí klienta do zdravotnického zařízení. Dle potřeby pak tuto fázi provádí sestra opakovaně (17, 19, 28, 31).

Po stanovení ošetřovatelských diagnóz je nutné naplánovat jejich řešení (třetí krok). Sestra vytvoří pro klienta individuální plán ošetřovatelské péče, který má za úkol uspokojovat potřeby v oblasti biologické, psychologické, sociální a duševní. Plány lze rozlišovat na dlouhodobé, které zahrnují celé období péče o klienta včetně období rekonvalescence. Krátkodobé plány, označovány jako denní plány, dále pak standardní, vstupní a průběžné plány. Plán ošetřovatelské péče musí obsahovat položky, kterými jsou: rozpoznání ošetřovatelské diagnózy s číselným kódem, očekávané výsledky nebo-li ošetřovatelský cíl se stanovenými kritérii pro hodnocení, ošetřovatelské intervence, plán realizace péče a data pro hodnocení výsledků poskytované ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský plán by měl být konstruován tak, aby bylo možné jeho obsah měnit a doplňovat podle výsledků hodnocení (19, 27).

Realizace ošetřovatelského plánu představuje čtvrtý krok ošetřovatelského procesu. Jde o poskytování cílené individuální ošetřovatelské péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Péče by měla vést k prevenci vzniku ošetřovatelských problémů, jejich odstranění, nebo alespoň ke snížení jejich intenzity. Při poskytování ošetřovatelské péče sestry plní ordinace lékaře a spolupracují s lékaři a dalšími odborníky zdravotnického týmu. Při realizaci naplánované ošetřovatelské péče je třeba naplňování následujících kroků. Pokračovat ve sběru informací o klientovi, provádět

ošetřovatelské intervence a činnosti, monitorovat zdravotní stav klienta a jeho reakce na ošetřovatelské intervence (19, 27).

Vyhodnocení jako pátý krok ošetřovatelského procesu znamená sledování a vyhodnocení efektu péče, která byla naplánovaná a realizována v návaznosti na posouzení a diferenciální diagnostiku stavu potřeb klienta. Při vyhodnocování sestry zjišťují, zda byly cíle plánu realistické, zda byly splněny a jestli plánované intervence byly vhodné. Tím sestry dojdou k závěru, zda je potřeba některé plánované činnosti či cíle pozměnit a následně tuto změnu v ošetřovatelském plánu uskuteční (19, 26, 31).

#### ***1.4 Ošetřovatelská elektronická dokumentace***

Podíváme-li se do historie, pak první sestrou, která shromažďovala data a diagramy, byla první dáma ošetřovatelství Florence Nightingalová. Již v prvních učebnicích ošetřovatelství zmiňuje důležitost ošetřovatelské dokumentace (11).

Od té doby uplynulo mnoho let a ve světě se více jak 40 let používá ošetřovatelský proces, kdy jeho zavádění do praxe přináší nezbytnost kvalitně zpracované a vedené dokumentace. Výhody ošetřovatelského procesu sestry chápou, ale dokumentaci a administrativní práci často vnímají jako činnost odvádějící je od pacientů. Jak bylo uvedeno v úvodu vedení ošetřovatelská dokumentace je nedílnou součástí práce všech sester (11).

V důsledku rychlého rozvoje informační technologie nastal i v ošetřovatelské praxi přirozený a postupný přechod k elektronické podobě dokumentování dat v ošetřovatelství. Ve spolupráci s odborníky zabývajícími se informačními technologiemi byly ve státech Evropské unie vyvinuty první softwarové verze takové dokumentace a záleží na sestřích samotných jaký obsah ošetřovatelské dokumentace budou mít. Proto je velmi důležité, aby se sestry, jako hlavní uživatel tohoto softwaru, aktivně zapojovaly do vytváření elektronické ošetřovatelské dokumentace (12, 15, 19).

Jedná se o samostatný modul nemocničního informačního systému. Dodavatelů zabývajících se touto oblastí informačních systémů je v České republice několik. Na ukázkou uvedu systémy od různých dodavatelů, abych ukázala odlišnosti

jednotlivých systémů, v čem se tyto systémy shodují a z čeho se ošetrovatelská dokumentace skládá (viz příloha 3, 4, 7, 8) (32).

Dodavatel STAPRO s.r.o., - StaproAKORD nebo StaproMEDEA - tento systém se skládá z několika flexibilních formulářů (ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán, propouštěcí/překládová zpráva) pro strukturované zadávání dat, které jsou uživatelsky přístupné z klinických modulů NIS. Součástí anamnézy je i zhodnocení (screening) rizika vzniku dekubitu, zhodnocení rizika vzniku pádu, zhodnocení soběstačnosti. Sestra zadává údaje o klientovi a systém automaticky vyhodnocuje možná rizika (32).

Systém umožňuje elektronické vedení ošetrovatelského plánu. Tento formulář se zakládá při příjmu klienta a v průběhu hospitalizace se může upravovat. Práce s tímto formulářem odpovídá reálným procesům při práci sestry s ošetrovatelským plánem. Tento modul NIS byl vytvořen na základě analýzy ošetrovatelské dokumentace v několika nemocnicích, obsah jednotlivých formulářů i pracovní postupy byly konzultovány s odborníky v problematice vzniku a vedení ošetrovatelské dokumentace (32).

Používaná technologie dodává nastavení, které by mohlo být univerzální pro všechny nemocnice, avšak umožňuje modifikovat jednotlivé formuláře dle zvyklostí jednotlivých nemocnic. Může změnit obsah sledovaných údajů, vzhled tiskových výstupů apod. Další možností je dle potřeby rozšířit ošetrovatelskou dokumentaci o další strukturované formuláře (32).

Dalším dodavatelem elektronické ošetrovatelské dokumentace je firma IReSoft, s.r.o., která je výhradním dodavatelem informačních systémů Cygnus. Doposud tento dodavatel sloužil k vedení dokumentace v sociální péči, nyní je zaměřen i na ošetrovatelskou dokumentaci. Novým modulem, který je součástí NIS je oproti STAPRO s.r.o., „Dokumentace klienta“ (13).

Tato elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje ošetrovatelské diagnózy klienta, které jsou formulovány dle taxonomie NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association International), a ošetrovatelský plán péče. Dále ošetrovatelská

dokumentace obsahuje předem vyplněné číselníky příznaků, související faktory, cíle a intervence, což velmi usnadní sestavení plánu (14).

Součástí ošetřovatelského plánu jsou postupy poskytnuté péče, jejich datum a čas provedení nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření. Při plánování intervencí je nezbytnou podmínkou správně sestavit ošetřovatelský plán, z něž automaticky vyplynou požadované intervence. Tento informační systém nabízí sofistikovaný nástroj na plánování pomocí kalendáře, díky němuž se může každý den vytisknout seznam intervencí, které mají být provedeny. Součástí je automatické upozornění na blížící se události, které se samy zobrazí při každém spuštění tohoto informačního systému (14).

System nabízí několik způsobů zaznamenání realizace poskytnuté ošetřovatelské péče např. pomocí přenosných terminálů na čárové kódy, pomocí nichž sestry zaznamenají provedení intervencí. V praxi se tento způsob osvědčil při sledování realizace plánů činností. Princip spočívá v tom, že sestra pomocí terminálu načte svůj kód, kód klienta a kód provedené intervence, čímž dojde k uložení záznamu do terminálu (včetně časového údaje). Tyto údaje se následně přesunou do počítače, kde dojde k jejich dalšímu zpracování (14).

#### ***1.4.1 Význam elektronické ošetřovatelské dokumentace***

Ošetřovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace klienta. Její význam je jak administrativní, tak klinický. Slouží jako zdroj informací o potřebách klienta, o jejich výsledcích a péči samotné. Umožňuje hodnotit účinnost či neúčinnost různých ošetřovatelských zákroků a poskytuje informace, které mohou být využity pro ošetřovatelský výzkum (31).

Dobře vedená ošetřovatelská dokumentace je produktem správné týmové práce i důležitým nástrojem zvyšování kvality zdravotnické péče a v tomto případě vždy právně chrání pacienta i sestru (29).

Vedení ošetřovatelské dokumentace usnadňuje zajišťování kontinuální a kvalitativní ošetřovatelské péče o klienta a poskytuje všechny informace o klientovi



ostatním členům zdravotnického týmu, což je správný předpoklad k všestrannému uspokojování potřeb klienta (19, 21).

Výhodou zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace je evidence důležitých údajů o klientovi v NIS, kde je možné kdykoliv nahlédnout do historických dat a lze využít kopírování údajů z předchozích záznamů. Počítačové záznamy se oproti klasickým záznamům snadněji čtou, jsou méně objemné a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu (32, 8).

Elektronická ošetrovatelská dokumentace zajišťuje ochranu osobních údajů klienta, kdy každý člen zdravotnického týmu má přístup pouze k takovým informacím, které odpovídají jeho vzdělání a pracovnímu zařazení (12).

Veškeré informace, které jsou vloženy do elektronické ošetrovatelské dokumentace nelze přeskrtat, znehodnotit, vyhodit nebo ztratit. V případě, že dojde k chybnému zápisu nebo se informace stanou neaktuální, označení těchto informací zůstává zaslepeno, ale přesto jsou dále zaznamenány. Lze proto vždy dohledat o jaký chybný zápis šlo a kdo a kdy jej provedl (12).

Dále elektronická ošetrovatelská dokumentace šetří sestřím čas, který mohou využít pro přímou péči o klienta, a tím zkvalitnit ošetrovatelskou péči (12, 24).

Systém elektronické ošetrovatelské dokumentace automaticky zaznamenává čas a jméno zdravotnického pracovníka, který se přihlásil do NIS za účelem vložit nebo upravit vložená data v dokumentaci klienta. Tento pracovník nezůstane anonymní, proto je důležité, aby si každý chránil svůj přístupový kód, neboť jeho zneužití ho může ohrozit (12).

Při plánování ošetrovatelské péče systém nabídne délku plánovaného výkonu a vyhodnotí čas, který personál věnoval přímé péči o klienta. Vedoucí sestra tím získá přehled o ošetrovatelské náročnosti skupiny klientů a současně má přehled, kdo jak často a jak dlouho, u kterého klienta péči realizoval (12).

Lze velmi jednoduchým způsobem kontinuálně kontrolovat poskytovanou péči. Zda činnost byla skutečně v určitý čas udělána, nebo zda v danou chvíli není něco opomenuto (12).

Dalšími výhodami je, že vedoucím sestřám umožňuje reagovat na potřebu počtu personálu ve směně, mají standardní terminologie, tudíž nedochází k různé lidové tvořivosti při formulaci ošetřovatelských diagnóz, redukuje chybovost a pracnost při dokumentování stavu klienta, vylučuje možnost duplicit a tato forma ošetřovatelské dokumentace splňuje doporučení akreditačních standardů (7, 12, 32).

#### ***1.4.2 Nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace***

Nevýhodou elektronické ošetřovatelské dokumentace v praxi je, že oproti tištěnému zaznamenávání údajů je dražší, což je v některých nemocnicích hlavním důvodem, proč elektronické zpracování ošetřovatelské dokumentace do dnešní doby nemají. Pro některé zaměstnance může být přijetí a přizpůsobení se dokumentaci náročné, především pro ty zaměstnance, kteří doposud nepřišli do každodenního styku s výpočetní technikou. Pro někoho se může zdát tato forma zaznamenávání údajů dokonce i matoucí. Proto je velmi důležité, aby v jednotlivých nemocnicích byla prováděna školení zdravotnických pracovníků za účelem výuky práce s novou metodou dokumentování dat v ošetřovatelství (7).

#### ***1.4.3 Obsah elektronické ošetřovatelské dokumentace***

Stejně základní principy, které platí pro ručně psanou dokumentaci, musí být uplatňovány i u elektronických záznamů. Podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci musí obsahovat: (8, 45)

Název zdravotnického zařízení, jeho sídlo, identifikační číslo, pokud bylo přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno, telefonní číslo zdravotnického zařízení, které dokumentaci vyhotovilo.

Dále pak obsahuje osobní údaje klienta v rozsahu pro jeho identifikaci: jméno, příjmení, rodné číslo. Pokud není přiděleno, tak datum narození, adresu místa trvalého bydliště klienta nebo jinou kontaktní adresu.

„Osobní údaje kontaktní osoby: jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu klienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo,

popřípadě jiný kontakt; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině; tyto údaje se uvádí, pokud je klient sdělí (17, str. 10)“.

Údaje o zdravotní pojišťovně klienta: číslo pojištěnce, pokud není tímto číslem rodné číslo, a kód zdravotní pojišťovny (45).

Údaje zdravotnických pracovníků, kteří provedli zápis do zdravotnické dokumentace: jméno, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka, datum provedení zápisu do dokumentace (45).

Datum a čas přijetí klienta do ústavní péče, ukončení ústavní péče, přeložení klienta do jiného zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, předání klienta do ambulantní péče, úmrtí klienta (45).

Pokud klient odmítne zdravotní péči, obsahuje dokumentace datum, čas a důvod odmítnutí (45).

Informace související se zdravotním stavem klienta a to především z osobní, rodinné, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy a informace o současném zdravotním stavu (45).

Zápisy v ošetřovatelské dokumentaci musí být vedeny průkazně a pravdivě, musí být opatřeny podpisem osoby, která zápis do ošetřovatelské dokumentace provedla (17).

Ošetřovatelská dokumentace dle vyhlášky č. 385/2006 musí obsahovat ošetřovatelskou anamnézu klienta a zhodnocení zdravotního stavu klienta, posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu.

Ošetřovatelský plán, v němž je zejména uveden popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy klienta. Dále postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a změny v ošetřovatelském plánu (45).

Dále musí obsahovat ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení

k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče (45).

Podle zákona č. 227/2007 Sb., musí všechny části zdravotnické dokumentace obsahovat elektronický podpis. Jde o nahrazení klasického podpisu v tištěné podobě podpisem elektronického dokumentu. Elektronický podpis je chápán zpravidla jako číslo, které vytváří podepisující osoba pomocí svých dat pro vytváření elektronického podpisu a pomocí zprávy, kterou podepisuje. Mezi základní charakteristiky elektronického podpisu patří: zajištění právní akceptovatelnosti tohoto podpisu, podepsaná fyzická osoba nemůže popřít, že je původcem podpisu, je možné zjistit, zda zpráva nebyla změněna po podepsání, je možné zjistit identitu podepisované osoby.

Elektronický podpis v současné době může být i ve formě elektronického snímání prstů, snímání oční duhovky, manuálního zadávání číselného kódu (PIN), prokázání totožnosti elektronickým kódem v čipu magnetického pásku a digitálního podpisu (49, 4).

Digitální podpis je nejobvyklejší a nejpoužívanější typ elektronického podpisu, vznikne pomocí šifrování na základě elektronického klíče. Podpis je vlastně velké číslo, které vytvoří vlastník pomocí předem daných pravidel sám pomocí podepisovacího prostředku, soukromého klíče. Obsahuje v sobě identitu podepisující osoby a obsah popisovaného dokumentu (4).

Existují dva stupně elektronického podpisu: „zaručený“ a „obyčejný“. Podle zákona o elektronickém podpisu „obyčejným“ elektronickým podpisem jsou údaje v elektronické podobě, které jsou připojené k datové zprávě nebo jsou s ní spojené. Tento elektronický podpis slouží jako metoda k jednoznačnému ověření identity podepsané osoby ve vztahu k datové zprávě. Naproti tomu „zaručený“ elektronický podpis přináší zcela novou kvalitu. Jde o údaje připojené k obsahu elektronického dokumentu a o údaje, které jsou vytvořeny zvláštním postupem. V současnosti se nejčastěji využívá šifrování, kdy se jedná o transformaci, která převádí otevřená data na data zašifrovaná, a naopak. Tato transformace je řízena pomocí šifrovacího klíče. Při odšifrování se použije klíč pro odšifrování, při zašifrování se použije klíč pro zašifrování. V případě, že jsou oba tyto klíče totožné, hovoříme o symetrickém

šifrování. Jestliže jsou oba klíče různé, hovoříme o asymetrickém šifrování. V případě kombinace obou šifrování, hovoříme o hybridním šifrování (4).

Zašifrovat potřebná data pomocí šifrovacího mechanismu nám umožní výše zmiňovaný šifrovací klíč. Jde o elektronický (digitální číselný) kód. Pokud šifrovací klíč zná pouze autor dokumentu (a vlastník podpisu), hovoříme o soukromém (privátním) klíči. Ten slouží k vytváření elektronického podpisu dat, vytváření šifry, která se připojí k datům jako popis: Soukromý klíč si musí každý uživatel pečlivě hlídat, jelikož jedinečnost klíče zaručuje, že daný podpis vytvořila osoba vlastnící tento klíč. V případě, že šifrovací klíč zná každý, hovoříme o veřejném klíči, který slouží k ověřování elektronického podpisu. Veřejným klíčem se dešifruje připojený podpis do původních dat a ta se porovnají s přijatými daty, v případě shody je podpis uznán (4).

Pro důvěryhodné předávání dat pro ověřování elektronického podpisu podepisující osoby slouží certifikát. Jedná se o datovou zprávu vydávanou poskytovatelem certifikačních služeb, která spojuje data pro ověřování podpisu s podepisující osobou a umožňuje s dostatečnou spolehlivostí a věrohodností ověření, ke které fyzické osobě se data pro ověřování podpisu vztahují. Při vydávání certifikátů je stanoveno a přímo v certifikátu uvedeno, na jaké časové období se vydává (4).

Certifikát je tedy datová zpráva, která je vydávána certifikační autoritou, která je důvěryhodná jak pro uživatele certifikačních služeb, tak pro osoby, které se spoléhají na podpisy, s nimiž jsou spojeny (4).

Služby spojené s elektronickým podpisem poskytují v České republice subjekty jako je První certifikační autorita, a.s., Česká pošta, s.p. a eIdentity a.s. Tyto subjekty získaly akreditaci, vydávají kvalifikované certifikáty a z toho důvodu jsou pod dohledem Ministerstva informatiky (4).

Jak bylo uvedeno výše, zákon č. 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu ukládá, že všechny části elektronické zdravotnické dokumentace musí obsahovat elektronický podpis. V případě, že zápisy nemají elektronický podpis, musí se uchovávat v tištěné formě s datem a podpisem osoby, která zápis provedla. Každá část (list, sestava, výtisk) se považuje za samostatnou část dokumentace a musí být nejen všechny podepsány, ale také opatřeny dostatečnou identifikací pacienta. Dokumentace, která obsahuje

elektronický podpis musí splňovat následující podmínky: elektronický podpis musí být v každé jednotlivé části dokumentace, zápisy musejí být zálohovány minimálně jedenkrát během pracovního dne na záložním médiu, nejméně jedenkrát ročně jsou z nich pořizovány archivní kopie, které nelze dodatečně upravovat (například na CD-ROM) a archivní kopie musí umožnit čitelnost a přístupnost informací po celou dobu archivace (5, 35, 43, 46).

#### ***1.4.4 Záznamy elektronické ošetrovatelské dokumentace***

##### ***1.4.4.1 Ošetrovatelská anamnéza***

Ošetrovatelskou anamnézu v elektronické ošetrovatelské dokumentaci vyplňuje sestra na základě získaných informací z rozhovoru s klientem či rodinným příslušníkem nebo pozorováním verbálního i neverbálního projevu klienta . Jde o formulář, který se při ošetrovatelské péči užívá nejčastěji. Obsahuje informace o klientovi potřebné pro stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánování individuální ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská anamnéza by měla být co nejjednodušší, časově nenáročná na vyplnění a měla by být specifická pro konkrétní oddělení tak, aby co nejvíce vyhovovala jeho potřebám (41).

Získávání potřebných informací od klientů sloužící k sestavení ošetrovatelské anamnézy získává sestra pomocí ošetrovatelských modelů. Tyto komplexní informace obsahuje model dle Marjory Gordon (25).

#### **Model dle Marjory Gordon**

Marjory Gordon se narodila ve městě Clevelande ve státě Ohio. Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, bakalářské a magisterské vzdělání ukončila na Unter College of the City University v New Yorku a disertační práci z pedagogické psychologie na téma Diagnostické hodnocení obhájila na Boston College. V letech 1982-1988 byla prezidentkou North American Nursing Diagnostic Association (dále jen NANDA) a členkou Americké ošetrovatelské akademie (American academy of Nurses). Také se

věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče (8, 25).

„Model funkčního typu zdraví“ publikovala v letech 1982 a 1987 ve Spojených státech amerických. V 90. letech byl akceptován v různě upravených podobách i v Evropě. Pro sestry představuje systémový přístup i kritické myšlení při realizaci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu (21).

Model dle Marjory Gordon vytváří prostor pro odborný jazyk s využitím ošetrovatelské terminologie pro praxi, vzdělání a výzkum a pro systematickou komunikaci v multidisciplinárním týmu (1).

Z hlediska holistické filozofie je tento model nejkomplexnější ze zatím vytvořených. Sestra může zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak nemocného člověka v jakékoliv oblasti systému péče – primární, sekundární, terciální. Podle tohoto modelu je zdraví člověka vyjádřeno rovnováhou bio-psycho-sociálních interakcí a je ovlivňováno kulturními, vývojovými, duchovními a dalšími faktory. Pokud dojde k poruše v jedné z těchto oblastí hovoří se o dysfunkci (1, 21, 25).

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí (funkčních vzorců zdraví), kdy každý vzorec představuje určitou část zdraví. Ta může být funkční nebo dysfunkční a podle těchto oblastí sestra získává potřebné informace (1, 25).

Dvanáct vzorců zdraví obsahuje:

- vnímání zdraví
- výživa a metabolismus
- vylučování
- aktivita a cvičení
- spánek a odpočinek
- vnímání, citlivost a poznávání
- sebepojetí a sebeúcta
- role a mezilidské vztahy
- sexualita
- stres, zátěžové situace
- víra a životní hodnoty

➤ jiné

#### *1.4.4.2 Ošetrovatelský plán*

Sestra na základě získaných informací z ošetrovatelské anamnézy naplňuje ošetrovatelský plán péče. Jde o písemný návrh individuálních opatření, která jsou nezbytná pro řešení ošetrovatelských problémů a uspokojování individuálních potřeb klienta. Obsahuje ošetrovatelské diagnózy v pořadí naléhavosti, jejich řešení, cíle ošetrovatelské péče, plán sesterské intervence, realizace, zápis o jejich provedení a zhodnocení efektu poskytnuté péče. Význam ošetrovatelského plánu s délkou hospitalizace a závažností stavu hospitalizovaného stoupá. Formulář se zakládá při příjmu klienta a v průběhu hospitalizace se upravuje (32, 31, 38).

Ošetrovatelské diagnózy lze vyjádřit svými slovy nebo podle formalizované taxonomie (např. NANDA systém, který má nejdelsí tradici) (42).

#### **Klasifikace ošetrovatelských diagnóz NANDA**

Jako jeden z významných nástrojů doložení obsahu ošetrovatelské praxe je dokumentovaná ošetrovatelská diagnostika. Vzhledem k potřebě jasného vymezení ošetrovatelské profese, vymezení činností a rolí sester v péči o zdraví jedinců i celé populace při nástupu elektronického zpracování ošetrovatelské dokumentace stoupá potřeba rozvoje standardizované diagnostické terminologie. Ta může sloužit k popisování fenoménů ošetrovatelské diagnostiky a vytvářet rámec pro cílené plánování, které vychází z ošetrovatelských diagnóz. Na základě toho začaly vznikat aktivity orientované na její rozvoj. V souvislosti s těmito aktivitami jsou zmiňovány např. Kristine Gebbieová, Mary Ann Levinová a výše zmiňovaná Marjory Gordonová. Na základě těchto aktivit se roku 1973 konala První národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, na kterou navazovala série dalších aktivit jako bylo publikování prvního konferenčního sborníku a založení databanky informačních zdrojů nazvaná Clearinghouse for Nursing Diagnose, sloužící jako depozitář či knihovna materiálů o ošetrovatelské diagnostice. Vydávala informační bulletin, koordinovala plánování konferencí a distribuovala bibliografii (19, 42).



V roce 1982 vznikla Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku (NANDA). Jde o profesionální organizaci sester pro standardizaci sesterské terminologie. Cílem je vývoj názvosloví, kritérií a taxonomie sesterských diagnóz. První prezidentkou v letech 1982-1988 byla Marjory Gordon, v současnosti už devátou prezidentkou se v roce 2006 stala Heather Herman. V roce 2002 se NANDA změnila na NANDA International pro zvýšení své globální působnosti. NANDA International publikuje Sesterské diagnózy kvartálně v publikaci International Journal of Nursing Terminologies and Classifications od roku 2002. NANDA vyvinula Medickou klasifikaci pro organizaci sesterských diagnóz do různých kategorií. Jde o diagnostický systém z něhož mohou všichni představitelé všech ošetrovatelských specializací v konkrétních situacích čerpat (19).

Od roku 1980 existoval rámec diagnostické terminologie nazvaný Vzorce lidských reakcí NANDA taxonomie I:

- výměna
- komunikace
- vztahování
- oceňování
- výběr
- pohyb
- vnímání
- vedení
- cítění

I když taxonomie byla revidována pro přijetí nových diagnóz, v roce 1994 bylo jasné, že je nutná renovace, jelikož podle testování obsahu a organizační struktury byla málo klinicky využitelná. Na základě toho v roce 2000 byl výborem pro taxonomii NANDA předložen nový systém založený na struktuře diagnostických domén, odrážející Funkční vzorce zdraví Marjory Gordonové. Tím vznikla vyšší verze klasifikace diagnostických pojmů – NANDA taxonomie II, která má 3 úrovně: 13 domén, 47 tříd a 172 diagnóz. Tento systém byl v roce 2002 publikován (19, 42).

#### Diagnostické domény NANDA taxonomie II:

- podpora zdraví
- výživa
- vylučování
- aktivita a odpočinek
- vnímání a poznávání
- vnímání sebe sama
- vztahy
- sexualita
- zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu
- životní principy
- bezpečnost – ochrana
- komfort
- růst/vývoj

#### *1.4.4.3 Realizace ošetrovatelského plánu*

Po stanovení ošetrovatelského plánu se děje směrem ke klientovi to nejpodstatnější. Je poskytována cílená individuální ošetrovatelská péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Při realizaci ošetrovatelského plánu jsou vykonávány jednotlivé ošetrovatelské intervence, které byly stanoveny v ošetrovatelském plánu, a tím je dosaženo stanovených cílů (19).

Evidence provedených ošetrovatelských intervencí v elektronické ošetrovatelské dokumentaci také slouží jako podklad pro zdravotní pojišťovny (19).

#### *1.4.4.4 Denní záznamy*

Denní záznamy slouží jako doklad o vykonané ošetrovatelské péči. Vlastní záznam je konkrétní zápis sestry do zdravotnické dokumentace respektive do ošetrovatelské dokumentace. Tyto záznamy dokumentují všechny konkrétní postupy, výsledky postupu, stav klienta či jinou závažnou skutečnost. Tyto záznamy by měly uvádět skutečnost a nikoliv pouhou domněnku (41, 22).

Záznamy týkající se důležitých informací jsou zdůrazňovány barevně. Na každém oddělení mohou být zdůrazňovány jiné informace např. někde se zdůrazní zvýšená teplota, na jiném oddělení některé léky (41).

Do ošetrovatelské dokumentace provádějí záznamy sestry a to během směny a při ukončení směny. Do dokumentace má oprávnění provádět záznamy i staniční sestra nebo vrchní sestra, pokud konkrétní výkon provedla. Pokud jde o osobu, která se připravuje na budoucí povolání a tato osoba provedla určitý výkon, má oprávnění o tom učinit zápis. Pokud tato osoba provedla výkon pod dohledem, provede záznam taktéž pod dohledem nebo zápis provede ten, kdo dohlížel (41).

Každý záznam musí být zakončen identifikací autora zápisu, v případě elektronické ošetrovatelské dokumentace musí podle zákona č. 227/2007 Sb. všechny části zdravotnické dokumentace obsahovat elektronický podpis. Elektronickému podpisu se věnovala předchozí kapitola (viz kapitola Obsah elektronické ošetrovatelské dokumentace).

Sestra, která konkrétní záznam do ošetrovatelské dokumentace provedla, za něj vždy odpovídá. Pokud jde o chybný zápis, který se vyskytl ojediněle, zpravidla tento problém řeší staniční sestra osobním pohovorem se sestrou, která chybný zápis provedla. Avšak vyskytují-li se u konkrétní sestry chybné záznamy opakovaně i přes náležité upozornění, věc se řeší osobním pohovorem s vrchní sestrou, při kterém poukáže na neuspokojivé pracovní výsledky a možnosti věc řešit v souladu se zákoníkem práce (41).

#### *1.4.4.5 Ošetrovatelská propouštěcí/překladová zpráva*

Ošetrovatelská propouštěcí/překladová zpráva informuje o všech zásadních skutečnostech ošetrovatelské péče. Vypisuje se do elektronické dokumentace vždy při překladu klienta do jiného zdravotnického zařízení, případně na jiné oddělení v rámci nemocnice, či předání klienta do další ošetrovatelské péče. Obsahuje údaje týkající se ošetrovatelské anamnézy, údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů, poslední podání zdravotnických prostředků a léčivých přípravků, aktuální údaje

o zdravotním stavu klienta a záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění klienta (23, 45).

Správně vyplněná ošetrovatelská propouštěcí/překladová zpráva zabezpečuje klientovi kontinuitu péče o jeho zdraví (23).

#### *1.4.4.6 Doplnující formuláře*

Podle druhu zdravotnického zařízení mohou být k základním záznamům ošetrovatelské dokumentace přiloženy doplňující formuláře např.: Barthelův test základních všedních činností, výsledky screeningového vyšetření, Glasgow coma skóre, rozšířená stupnice podle Nortonové (hodnocení rizika vzniku dekubitů), analogové škály pro hodnocení bolesti, polohovací záznam, diabetický záznam a jiné (19).

Rozsah, vzhled ani obsah formulářů není zatím standardizován pro všechna zdravotnická zařízení. Proto by měl být sestaven tak, aby plně vyhovoval ošetrovatelskému personálu k dosažení kvalitní a individuální ošetrovatelské péče (20).

#### *1.4.5 Zásady vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace*

Ošetrovatelská dokumentace bude plnit svoji funkci a odpovídat platným předpisům pouze tehdy, pokud bude vedena průkazně a pravdivě. Proto každá ošetrovatelská dokumentace, stejně jako zdravotnická dokumentace, musí být jednoduchá, bez zbytečných zkratk, opatřená časem a datem a vždy dostupná. Dále musí splňovat následující kritéria (41).

#### **Pravdivost záznamů**

Pravdivost záznamů v elektronické ošetrovatelské dokumentaci respektive zdravotnické dokumentaci by měla být samozřejmostí. Jelikož nepravdivost pouze jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. Jde například o časové údaje podávaných léků, forma podání léků, záznamy o fyziologických funkcích, které nebyly měřeny atd. (41).

### **Srozumitelnost, psaná správnou češtinou**

Požadavek na srozumitelnost záznamů v elektronické ošetrovatelské dokumentaci je zapotřebí v případě řešení problémů. Jde především o to, aby záznamy neměly několikerý možný výklad. V době kdy je tento záznam proveden se může zdát, že je naprosto jasný, ale musíme si uvědomit, že za nějaký čas nebo jiným osobám se může zdát záznam nesrozumitelný. Důležité je, aby dokumentace vyhovovala jak po stránce jazykové, tak po stránce estetické (41).

### **Věcnost záznamů**

Věcnost záznamů svědčí o kvalitách osoby, která záznam do elektronické ošetrovatelské dokumentace provedla. Důležitá je pro zajištění kontinuity poskytované péče a především v situacích, kdy je řešen nějaký problém (41).

### **Pravidelnost doplňování**

Doplňování záznamů v elektronické ošetrovatelské dokumentaci musí být plynulé, tak jak je poskytována ošetrovatelská péče. Především při poskytování péče při náhlém zhoršení zdravotního stavu nebo při poskytování urgentní péče. Pokud tyto záznamy jsou doplněny s odstupem času nebo až když je řešena stížnost, pak je tento záznam považován za neplatný (41).

### **Autorizace záznamů**

Jak bylo již uvedeno výše, každý záznam v elektronické ošetrovatelské dokumentaci musí obsahovat elektronický podpis osoby, která záznam provedla. V případě, že zdravotnická zařízení nemají zaručený elektronický podpis, musejí se záznamy uchovávat v tištěné formě s datem a podpisem osoby, která zápis provedla (41, 49).

### **Nepoužívat slangové výrazy a vulgarizmy**

Tyto záznamy nemají v elektronické ošetrovatelské dokumentaci místo, ani za předpokladu, že jsou uvedeny v uvozovkách. Slangové záznamy jsou veřejností

vnímány jako znevažující a neetický postup. Vulgarizmy jsou odmítány jak laickou, tak odbornou veřejností (41).

## **Úplnost**

Nemusí být zaznamenány všechny informace, které sestra od klienta získala, pokud nesouvisí s jeho zdravotními problémy a nejsou důležité pro další ošetrovatelskou péči. Je však nutné, aby poznamenané informace byly jasné a úplné (41).

### **1.5 Legislativa**

Ošetrovatelská dokumentace může být vyžadována jako důkaz u soudu nebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Proto je důležité si uvědomit, že veškeré zápisy provedené do ošetrovatelské dokumentace mohou být v určitém okamžiku podrobně zkoumány. Může to být jediný doklad skutečnosti, že péče byla poskytnuta lege artis. Důkladným dokumentováním obsahu práce je možné doložit vše, co bylo skutečně konáno. A pokud něco není zaznamenáno, jako by to nebylo provedeno (17, 19, 40).

Legislativa dokládá důležitost zdravotnické dokumentace a zajišťuje kontinuitu poskytované zdravotnické péče klientovi (17).

#### **1.5.1 Legislativní prameny**

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod

Listina základních práv a svobod

Zákon č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 sb., o péči zdraví lidu

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů

Zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu a o změně některých dalších zákonů

Vyhláška č. 366/2001 Sb., o upřesnění podmínek stanovených v § 6 a 17 zákona o elektronickém podpisu a o upřesnění požadavků na nástroje elektronického podpis

Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisovné službě, v platném znění

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Koncepce ošetřovatelství

Věstník MZ ČR

Kodex práv pacientů

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

### ***1.5.2 Povinná mlčenlivost***

Pro každého člověka je jeho zdravotní stav citlivou a intimní záležitostí. Nejčastěji si to uvědomíme v okamžiku, kdy musíme být svěřeni do odborné péče (6).

„Ochrana informací získaných při léčení pacientů v podobě tradiční povinnosti dodržovat lékařské tajemství se datuje od počátku vyvíjení evropského lékařství. V pozoruhodné úplnosti byla již vyjádřena v tzv. Hippokratově přísaze (33, str. 3)“, kdy lékař přísahal při bohu Apollonovi: „Uvidím-li nebo uslyším-li, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství (40, str. 34)“.

V současné době je povinná mlčenlivost uložena všem zdravotnickým pracovníkům, a proto se již nemluví o „lékařském tajemství“, ale o povinnosti dodržovat povinnou mlčenlivost. Tato povinnost je uložena v několika etických normách a právních předpisech (40).

Dle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod má každý právo na respektování svého soukromého a rodinného života. Proto při poskytování ošetřovatelské a odborné práce je kladen důraz na dodržování povinné mlčenlivosti. Zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, týkající se zdravotního stavu klienta, o nichž se dozvěděl v souvislosti poskytováním ošetřovatelské a odborné péče, a to informace povahy zdravotnické či nezdravotnické. Podle zákona č. 20/1966 Sb. se mlčenlivost netýká pouze ústního sdělování, ale i zpřístupňování údajů ve zdravotnické dokumentaci, jelikož umožnit nahlédnutí nepovolané osoby do zdravotnické dokumentace je totéž, jako vyzradit lékařské tajemství (6, 38, 39, 40, 47).

Pokud ovšem je skutečnost o zdravotním stavu klienta sdělována se souhlasem ošetřované osoby, pokud správce údajů byl zproštěn povinné mlčenlivosti nadřízeným orgánem nebo jde-li o povinnost určité skutečnosti za určitých okolností sdělit, která je zdravotnickým pracovníkům uložena zvláštními právními předpisy, je možné prolomení povinné mlčenlivosti zdravotnického personálu (6).

### ***1.5.3 Nahlížení do zdravotnické dokumentace***

Zákon č. 20/1966 Sb. stanovuje kdo může nahlížet do zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence: ( 38, 40, 47)

- a) lékaři, sestry, lékárníci, rehabilitační pracovníci, kliničtí psychologové a kliničtí logopedové v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) pověřeni členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory dle zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
- c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
- d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku
- e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení
- f) členové znaleckých komisí
- g) pověřeni pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví
- h) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti
- i) zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací a zaměstnanci provozovatelů dalších zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů
- j) zaměstnanci státu v organizační složce státu, která zajišťuje plnění úkolů NZIS



Do zdravotnické dokumentace mohou s písemným souhlasem klienta, respektive souhlasem zákonného zástupce nahlížet osoby získávající ve zdravotnickém zařízení způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, a to pouze v rozsahu nezbytně nutném a u klientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem (38).

Zákon č. 111/2007 Sb. (kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb.) mění zásadně především přístup k právu občanů na informace o zdravotním stavu a výslovně se zde stanovuje právo klienta na plný a ničím neomezený přístup ke zdravotnické dokumentaci. Klient má právo na získání plných kopií své zdravotnické dokumentace a jiných dokumentů, jež jsou o něm vedeny. V neposlední řadě má klient právo rozhodnout o tom, kdo další má přístup k údajům o zdravotním stavu. Novela zákona stanovuje právo klienta i dalších oprávněných osob na pořízení kopií, výpisů nebo opisů dokumentů. Pokud klient nahlédne do své zdravotnické dokumentace nebo si pořídí kopii, výpis či opis dokumentů, je o tom proveden záznam do zdravotnické dokumentace. V záznamu je uvedeno jméno, příjmení a datum narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla nebo na jejíž žádost byla pořízena kopie, výpis či opis dokumentů. Dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení kopií, výpisů či opisů dokumentů. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do zdravotnické dokumentace, nebo zdravotnický pracovník, který pořídil kopii, výpis či opis zdravotnické dokumentace a klient (či v určitých případech svědek). Při vedení dokumentace v elektronické formě musí lékař zajistit buď vytištění dokumentace nebo možnost, aby si klient prohlédl dokumentaci v počítači. Záznam o nahlédnutí nebo pořízení kopií, výpisů či opisů dokumentů musí v tomto případě zajistit čistě papírová dokumentace o tom, komu a kdy byla vytisknuta, či kdo do ni nahlédl (50).

#### ***1.5.4 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace***

Důležité údaje, které jsou v zájmu klienta i zdravotnických pracovníků, je nutné uchovávat po stanovenou dobu tak, aby s nimi bylo v případě potřeby možné pracovat (38).

Lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace definuje vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. „Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího původce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení (15, str. 29)“. Tato vyhláška stanovuje i obecnou lhůtu pro archivaci zdravotnické dokumentace, ta se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem „S“, pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 stanoveno jinak (8).

Ve skartačním plánu jsou obsaženy přesné skartační lhůty, odlišné v závislosti na formě poskytované zdravotní péče. Tento skartační plán obsahuje řadu výjimek z obecně platné pětileté lhůty pro její uchovávání, proto je velmi důležité seznámit se se všemi vymezenými případy tak, aby závazné lhůty pro jednotlivé případy byly zachovány (34).

Zdravotnická dokumentace, která je navržena ke skartaci, musí být znehodnocena takovým způsobem, aby nebylo možné rekonstruovat a identifikovat původní obsah.

Na skartační proces ve zdravotnických zařízeních dohlíží odborný dohled – skartační komise, jejíž členy jmenuje a odvolává provozovatel tohoto zařízení. V případě ambulantního zařízení se skartační komise nezřizuje a postupuje se podle skartačního návrhu vypracovaného pověřeným zdravotnickým pracovníkem, a pokud jde o soukromého zdravotnického pracovníka, provede posouzení on sám (34).

### ***1.6 Nemocniční informační systémy***

Nemocniční informační systémy jsou distribuované databázové systémy tvořené centrálním řídicím systémem s řadou subsystémů. Jak bylo uvedeno výše (viz kapitola 1.2), zdravotnická dokumentace, a tedy i ošetrovatelská dokumentace, může být vedena na záznamovém nosiči ve formě textové, grafické nebo audiovizuální (16).

V češtině se pro nemocniční informační systém obecně používá zkratka NIS (v angličtině Hospital Information System / HIS). Nemocniční informační systémy (dále jen NIS) nejsou jen pomůckou pro usnadnění každodenních úkolů zdravotnického

personálu, ale všechny moduly NIS slouží k systematickému shromažďování dat pro zdravotnický personál (30).

V dnešní době, kdy je snaha společným úsilím prodlužovat lidský život a zvyšovat jeho kvalitu, hrají NIS stále důležitější roli a stávají se nedílnou součástí léčebného procesu. Proto se pozornost v NIS více zaměřuje na nemocného a tím se liší od klasického přístupu, kdy jsou vedeny informace o klientovi v kartotékách různých oddělení nebo ambulancí. Soustředění pozornosti na klienta zapříčiní, že ošetřující personál bude lépe informován o zdravotním stavu klienta (3, 14).

Z toho vyplývají i mimořádně vysoké nároky na dodavatele informačních systémů, kterých je v České republice několik (např. STAPRO s.r.o., HiComp Systems CZ s.r.o., SMS, spol. s r.o., Medicalc software s.r.o. atd.) (44).

S NIS nejvíce pracují lékaři, sestry, farmaceuti, dentisté, kliničtí biologové, laboranti a technici. Počítači podporovaný nemocniční systém umožňuje uchovávat dokumentaci ve formě souborů, vkládat klinické a administrativní informace do souborů pomocí různých metod a zpracovávat informace uložené v souborech (3).

### ***1.6.1 Historický vývoj nemocničního informačního systému ve světě***

Vývoj NIS začal v padesátých letech v akademických lékařských centrech v Americe. Hlavním impulzem pro jejich vývoj byl rozvoj diagnostických a terapeutických technologií. Díky těmto novým technologiím a diagnostickým metodám vznikalo velké množství informací (3).

Velký pokrok v počítačové technologii nastal v osmdesátých letech, kdy se začaly vyrábět výkonné počítače, které byly zapojovány do počítačových sítí. Další pokrok nastal v polovině osmdesátých let, kdy lokální počítačové sítě byly propojovány s různými programy (3).

V devadesátých letech pokračoval technologický vývoj a zdokonalování programových řešení umožňující realizaci NIS, který by zpracovával veškeré informace (16).

### ***1.6.2 Historický vývoj nemocničního informačního systému v České republice***

Před rokem 1989 bylo zavádění NIS ve zdravotnických zařízeních ovlivněno politickým zřízením. Orientace směřovala především na tuzemské výrobky či výrobky jiných socialistických zemí. Zavádění NIS v České republice bylo ztíženo i z důvodu, že byl omezen dovoz výkonné výpočetní techniky.

Okolo roku 1992 se objevily první pokusy organizovat NIS ve velkých nemocnicích ČR, které byly motivovány snahou zlepšit vnitřní organizaci a získat lepší časovou a meziklinickou provázanost medicínských informací u individuálních klientů. Dále byla snaha o podporu vedení klinické dokumentace a výkaznictví, zlepšení vazby mezi ekonomickým informačním systémem a klinickou dokumentací, kvůli možnosti lepších nákladových analýz, vytvoření univerzálního manažerského systému pro různé úrovně řízení nemocnice a potřeba budovat rozsáhlé sítě spojující řadu budov a někdy i areálů (10, 16).

### ***1.6.3 Hlavní moduly nemocničního informačního systému***

#### ***1.6.3.1 Klinický modul***

V klinickém modulu bývají uložena a dále zpracována data, která se týkají převážně péče o nemocného. Tento modul pokrývá provoz klinických pracovišť řadou navzájem propojených produktů, které umožňují vedení zdravotnické dokumentace a podporují provozní činnosti na jednotlivých klinických pracovištích.

Na lůžkovém oddělení podchycuje činnosti prováděné od příjmu klienta až po jeho propuštění nebo přeložení na jiné oddělení. Tento systém podporuje vedení denní dokumentace (dekurz, rozpis medikací pro sestru a sledování ekonomických ukazatelů léčby) a zpracování dat pro výkaznictví (30).

Informační systém soustřeďující se na provoz ambulancí zpracovává data od příchodu klienta do čekárny až po vystavení zprávy, receptů, pracovní neschopnosti, vykazání výkonů nebo rozhodnutí o hospitalizaci (30).

Na operačním sále umožňuje vytváření operačních protokolů s možností jejich statistického zpracování. Je schopen objednávání klientů na plánované operace a vytváří plány operací (30).

Dále se uplatňuje na pracovištích intenzivní péče (JIP, ARO), ve stomatologii, neonatologii atd. (30).

Je velmi důležité, aby vývoj klinického informačního systému nestagnoval, ale aby držel krok s vývojem klinické praxe a novými diagnostickými a terapeutickými postupy. Základní funkce klinického podsystému zahrnují poskytování údajů o nemocném jeho ošetřujícímu lékaři, umožňují výměnu dat nejen mezi zaměstnanci, ale i mezi jednotlivými klinickými pracovišti nemocnice (3, 32).

#### *1.6.3.2 Rehabilitační modul*

Tento modul slouží pro fyzioterapeutická pracoviště a je určen pro lékaře rehabilitace, fyzioterapeuty a pracovníky plánování procedur. Při plánování procedur lze možné funkcionality použít tak, že zjednoduší práci. Na základě nastavených vstupních parametrů nabídne rozmístění všech procedur klienta, svázání jednotlivých objednávek tak, aby nevznikly časové mezery mezi jednotlivými procedurami a nastavení standardních skupin procedur pro standardní terapie. Modul umožňuje optimální naplánování všech procedur klienta tak, aby prodlevy mezi procedurami byly minimální. Při plánování procedur lze přihlédnout k přání pacienta, kdy chce procedury absolvovat (32).

System také obsahuje nástroje pro sledování vyčíženosti rehabilitačních pracovníků i jednotlivých pracovišť a tím podporuje optimalizaci provozu (32).

#### *1.6.3.3 Administrativní modul*

Administrativní modul umožňuje zpracovávat a uchovávat informace týkající se obchodních transakcí nemocnice, registruje klienty a poskytuje základní informace o hospitalizaci klienta (od kdy a kde je hospitalizován až do jeho propuštění) (3, 30).

V centrální registru klientů jsou evidováni všichni klienti, se kterými uživatelé pracují. Tato evidence klienta v registru je povinná. Mezi evidovanými položkami záznamu klienta v registru jsou základní identifikační údaje klienta (včetně seznamu adres) a kompletní historie pojištění klienta. Přirozenou součástí jsou kontroly čísel

pojištěnců k zamezení duplicitních záznamů nebo možnost nabídky podobných čísel pojištěnců (30).

Hospitalizovaní klienti jsou dále zaznamenávání v evidenci hospitalizovaných, která eviduje všechna hospitalizační sledování klientů. Podle nastavení systému je možno klienty lokalizovat na konkrétní stanici, oddělení a pokoji, případně až do úrovně konkrétního lůžka. Tato evidence slouží jako podklad pro vytváření povinné hospitalizační statistiky Národního zdravotnického informačního systému (NZIS).

Administrativní modul eviduje a následně zpracovává data pro vyúčtování poskytnuté zdravotní péče (výkazy výkonů, léků a materiálu) zdravotním pojišťovnám. Všechna data jsou pořizována z jednotlivých modulů NIS (30, 32).

#### *1.6.3.4 Laboratorní systém*

V laboratorní počítačové síti jsou osobní počítače propojeny s měřicími přístroji a vytvářejí tak počítačovou síť. Systém, který řídí celou etapu měření, začíná příjmem vzorku biologického materiálu a končí kontrolou, tiskem a uložením výsledků na disk, se označuje zkratkou LIMS (laboratory information management system) (3).

Mezi nejčastější funkce laboratorního informačního systému patří: kompletní zpracování laboratorních dat a výdej výsledků pomocí počítače, přístupová práva k jednotlivým funkcím laboratorního informačního systému, ukládání autorů, data i času od zadání výsledků až po export dodavších systémů, přenos výsledků, on-line připojení automatických analyzátorů a přístrojů, automatizace příjmu žádanek, tisk štítků atd. (30).

#### *1.6.3.5 Lékárenský systém*

Zabezpečuje komplexní provoz lékáren s důrazem na nemocniční lékárny. Umožňuje provoz lékárny včetně činností spojených s výdejem receptů, poukazů a volným prodejem. Dále pak poskytuje veškeré příjmové operace a operace při vedení skladů léků (30).

#### *1.6.3.6 Obrázkový systém*

Obrázkový systém ukládá, zpracovává a umožňuje prohlížení obrázkové informace v rámci celého NIS. Dále umožňuje komunikaci se zobrazovacím přístrojem, připojení nasnímaných dat ke zprávě nebo nálezu a jejich následné zpřístupnění oprávněným uživatelům. Podporuje připojení přístrojů videosignálem (endoskopy, fonografy apod.), připojení přes tzv. datové rozhraní DICOM (CT,MR apod.) a TWAIN (skenery, digitální fotoaparáty). Tento systém doplňuje elektronickou dokumentaci o obrazovou dokumentaci, která je bezpečně uložena a je okamžitě přístupná ošetřujícím lékařům na všech oddělení (30).

#### *1.6.3.7 Stravovací modul*

Modul umožňuje sběr a zpracování požadavků na stravu z lůžkových oddělení. Dále obsahuje plán jídelníčků a rozvrh stravy, diety ordinované na oddělení, slouží jako požadavky na výdej ze skladu potravin, sledování nutričních ukazatelů a ekonomické informace (např. náklady na stravu) (30).

### ***1.6.4 Integrace nemocničního informačního systému***

Jak je patrné z předcházejících kapitol, NIS je velice rozsáhlý. V takto složitém procesu hraje významnou roli vzájemná integrace a komunikace mezi jednotlivými systémy. Integrace zahrnuje propojení databází, které obsahují různé informace o nemocném. Vzájemné propojení všech částí datových struktur umožňuje lékařům formální sjednocení klinických údajů o nemocném, což mu podstatně ulehčuje práci a může svojí pozornost více zaměřit na obsah informací. Formálně jednotná struktura zahrnuje chorobopisy nemocných, laboratorní výsledky, popisy rentgenových snímků, EKG, EEG a mnoho dalších vyšetření a údajů týkajících se léčby a ošetřování nemocného (3, 30).

### ***1.6.5 Vkládání údajů do nemocničního informačního systému***

Údaje do informačního systému bývají nejčastěji vkládány pomocí klávesnice. Další možností vložení údajů je pomocí čárového kódu. S touto metodou se můžeme

nejčastěji setkat v laboratořích, na některých pracovištích akutní medicíny (ARO) a transfúzních stanicích. Tato metoda výrazně šetří čas a snižuje riziko záměny vzorku. Dále lze vkládat údaje do systému přímým automatickým importem od měřících přístrojů. Poslední metodou vkládání údajů do informačního systému je pomocí hlasu. Tato metoda se nachází ve fázi výzkumu, protože stále obsahuje technické problémy, zejména v různých fyzikálních odlišnostech lidského hlasu.

Výhodou ukládání dat do informačního systému je lepší dostupnost údajů o nemocném na mnoha klinických pracovištích, která vede i k lepší kontrole zadaných údajů. Výsledkem je pak kvalitní dokumentace o nemocném, která obsahuje více údajů o jeho potížích, preventivních opatřeních atd. (3).

### **1.6.6 Ochrana dat**

Vzhledem k informační explozi zapříčiněné mimo jiné prudkým vývojem výpočetní techniky, která má vliv na všechny obory lidské činnosti a tedy i na medicínu, je nutné informace a získaná data chránit při poskytování léčebné péče mnohem intenzivněji, složitěji a nákladněji než tomu bylo v minulých dobách (33).

Základním cílem by měla být především ochrana dat před destrukcí, kompromitací, změnou a zneužitím citlivých informací. Ochrana dat musí být zajištěna před neoprávněným přístupem i proto, že na ochranu dat se vztahuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Data o nemocných smějí být přístupná pouze osobám, které je potřebují při péči o nemocného, a proto s databází nesmějí pracovat osoby, které nemají patřičné oprávnění pro vstup do databáze (33, 48).

Dále, pokud jde o legislativu, je třeba uvést mezinárodní Úmluvu o ochraně základních lidských práv a svobod, ze které ochrana osobních údajů vyplývá. Tuto úmluvu musí dodržovat všechny členské státy Rady Evropy. Naše vnitrostátní právní úprava pak v rámci práva na soukromí stanovuje v Listině základních práv a svobod „právo každého na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě (33, str. 8)“.

Má-li uživatel pracovat s NIS, musí mu být správcem systému přiděleno identifikační číslo a heslo na základě přiřazené role s nastaveným stupněm oprávnění.



Toto uživateli umožní jednak přístup do systému a zároveň mu vymezí kompetence k různým činnostem (jak se budou do NIS dívat, co v něm budou moci dělat apod.).

Heslo je nutné jednou za dva týdny nebo jednou za půl roku měnit. A pokud odchází některý z pracovníků, mělo by se heslo pro jistotu také změnit (3).

### ***1.6.7 Cíle nemocničního informačního systému***

Správně vybraný NIS by měl výrazně:

- snížit náklady na zdravotnickou péči
- zlepšit péči o klienta tím, že podporuje rozhodování zdravotnických pracovníků
- usnadnit monitorování kvality poskytnuté péče u klienta a kvality služeb
- podporovat zdravotnickou dokumentaci, její přehlednost, čitelnost a jasnost
- sjednotit způsob vedení chorobopisů, rychlý přístup ke staré dokumentaci, přístup k informacím najednou z více míst
- urychlit a usnadnit komunikaci mezi zdravotnickým personálem
- zvyšovat efektivnost a výkonnost chodu nemocnice
- zlepšit výkaznictví, tj. snazší zpracování výkazů zdravotních pojišťoven a zjednodušení agendy pro NZIS a jiné orgány
- aktualizovat centralizovaný registr klientů
- zrychlit přehled o klientech, lůžkovém fondu a personálu
- zlepšit dostupnost výsledků indikovaných vyšetření v reálném čase, bez potřeby dalšího zpracování (přepisování či zakládání dat kartoték)
- snižovat pravděpodobnost omylů a přehlédnutí podstatných informací v rámci poskytování zdravotní péče (3, 32).

NIS a s ním i jednotlivé moduly se neustále vyvíjejí a zdokonalují na základě podnětů uživatelů, kteří jednotlivé informační systémy užívají. I když se jednotlivý dodavatelé v některých drobných věcech liší, společným cílem všech dodavatelů je spokojenost klientů (14).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zmapovat postupy a metody tvorby elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu sester.
2. Zjistit, zda jsou v elektronické ošetrovatelské dokumentaci zaznamenány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu.
3. Zjistit, zda je v elektronické ošetrovatelské dokumentaci využita taxonomie.
4. Zjistit, jaký ošetrovatelský model se stal podkladem pro přípravu ošetrovatelské anamnézy.
5. Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do přípravy podkladů k elektronické ošetrovatelské dokumentaci.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Obsahuje elektronická ošetrovatelská dokumentace všechny fáze ošetrovatelského procesu (anamnézu, diagnostiku, plán, vyhodnocení)?
2. Je ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého pacienta? Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky (křížkování x doplňování)?
3. Který ošetrovatelský model se stal podkladem pro ošetrovatelskou anamnézu elektronické ošetrovatelské dokumentace?
4. Mohou se sestry aktivně zapojovat do přípravy elektronické ošetrovatelské dokumentace?

### **3 Metodické postupy**

#### ***3.1 Použité metody a techniky***

Ve výzkumné části této práce byla využita kvalitativní forma výzkumu. Pro sběr dat byl použit polostandardizovaný rozhovor s hlavními sestrami a strukturovaný rozhovor s vrchními a staničními sestrami z interních a chirurgických oddělení vybraných nemocnic (viz příloha 1, 2). Dále byla využita technika obsahové analýzy k porovnání elektronické ošetrovatelské dokumentace v jednotlivých zkoumaných nemocnicích. Pouze v Nemocnici České Budějovice, a.s. nebyl proveden strukturovaný rozhovor s vrchními a staničními sestrami, jelikož zde není zatím spuštěn program elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Na základě získaných výsledků rozhovorů jsou vytvořeny kazuistiky (viz příloha 10, 11, 12, 13). Kazuistiky tvoří výzkumný podklad, ze kterého vycházejí kategorizované tabulky, ve kterých jsou zaznamenány výsledky výzkumu. Výzkum proběhl v období ledna až června 2009.

#### ***3.2 Charakteristika sledovaného souboru***

Zkoumaný soubor je tvořen hlavními sestrami, dvěma vrchními sestrami a dvěma staničními sestrami z interních a chirurgických oddělení vybraných nemocnic ve vybraných krajích České republiky. Pro tuto práci probíhalo výzkumné šetření v Jihočeském kraji - Nemocnice České Budějovice, a.s., v Plzeňském kraji - Fakultní nemocnice Plzeň, v Jihomoravském kraji - Fakultní nemocnice Brno a na Vysočině - Nemocnice Jihlava, p.o.

## 4 Výsledky

V následujících tabulkách prezentujeme výsledky polostandardizovaných rozhovorů s hlavními sestrami zkoumaných nemocnic.

**Tabulka 1**

### Vědí o možnosti elektronického zpracování ošetrovatelské dokumentace

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ano	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Víte o možnosti elektronického zpracování ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější a jediná kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

**Tabulka 2**

### Získání informací o elektronické ošetrovatelské dokumentaci

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Při návštěvě jiné nemocnice			1		1
Semináře, konference	1	1	1	1	4
Firmy nabízející NIS	1				1
<b>Celkový výskyt</b>	2	1	2	1	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Kde jste získal/a informace o této možnosti zpracování ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *semináře, konference*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *při návštěvě jiné nemocnice*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie

odpovědi *od firmy nabízející NIS*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondenti č. 2 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1 a 3 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 6.

**Tabulka 3**

**Rok zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Od roku 2000			1		1
Od roku 2005	1				1
Od roku 2006		1		1	2
Stále se vyvíjí	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Víte přibližně od kdy je ve Vaší nemocnici zavedena elektronická ošetrovatelská dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *stále se vyvíjí*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *od roku 2006*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *od roku 2000*, byla uvedena celkem 1krát. A kategorie odpovědi *od roku 2005*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

**Tabulka 4****Celoplošné zavedení elektronické ošetrovateľskej dokumentácie v danej nemocnici**

Odpoveď	Respondenti				Celkový počet odpovedí
	R1	R2	R3	R4	
Ano	1				1
Je v NIS, ale zatím není spuštěn program				1	1
Ne, pouze na vybraných pracovištích		1	1		2
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Je elektronická ošetrovateľská dokumentácia zavedená v celej nemocnici? Najčastejšie kategórie odpovedí *ne, pouze na vybraných pracovištích*, byla uvedena celkem 2krát. Kategórie odpovedí *ano*, byla uvedena celkem 1krát. Kategórie odpovedí *je v NIS, ale zatím není spuštěn program*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpoveděli v kategorii celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovedí respondentů je 4.

**Tabulka 5****Spolupráce s firmou**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
SMS, spol. s.r.o.				1	1
HiComp a.s.	1				1
Medicalc			1		1
ICZ. a.s.		1			1
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: S jakou firmou spolupracujete? Nejčastější kategorie odpovědi *SMS, spol. s.r.o.*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *HiComp a.s.*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *Medicalc*, byla uvedena také celkem 1krát. A kategorie odpovědi *ICZ. a.s.*, byla uvedena rovněž 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

**Tabulka 6****Požadavky na firmu**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Splnila požadavky		1		1	2
Vybrána pro celý NIS	1				1
Jsme s ní spokojeni		1	1		2
<b>Celkový výskyt</b>	1	2	1	1	5

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Proč se Vaše nemocnice rozhodla pro spolupráci právě s touto firmou? Nejčastější kategorie odpovědi *splnila požadavky vedení nemocnice*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *jsme s ní spokojeni v souvislosti s NIS*, byla uvedena také 2krát. Kategorie odpovědi *byla vybrána pro celý NIS už dříve*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 5.

**Tabulka 7****Aktivní zapojení sester**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ano	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Zapojily se aktivně sestry do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější a jediná kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.



**Tabulka 8****Způsob aktivního zapojení sester**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Dávaly připomínky	1	1	1	1	4
Řadové sestry	1	1	1		3
Staniční sestry	1	1	1	1	4
Vrchní sestry	1	1	1	1	4
Mentorky			1		1
Pracovaly v týmu	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>20</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem se sestry zapojily do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *dávaly připomínky, co tam chtějí a nechtějí*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *zapojily se staniční sestry*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *zapojily se vrchní sestry*, byla uvedena také 4krát. Kategorie odpovědi *pracovaly v týmu*, byla uvedena rovněž celkem 4krát. Kategorie odpovědi *zapojily se řadové sestry*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *zapojily se mentorky*, byla uvedena celkem 1krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategorii celkem 4krát. Respondenti č. 1 a 2 odpověděli v kategorii celkem 5krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategorii celkem 6krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

**Tabulka 9****Zapojení jiných osob**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Soc. pracovnice				1	1
Manažerka kvality	1				1
Centrum řízení kvality			1		1
Osoby z Lékařské fakulty		1			1
Osoby z JU -ZSF				1	1
Právník	1				1
Programátor	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Zapojili se do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace i jiné osoby? Nejčastější kategorie odpovědi *programátor*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *sociální pracovnice*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *manažerka kvality*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *Centrum řízení kvality*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *osoby z Lékařské fakulty, Katedry Ošetrovatelství*, byla uvedena také 1krát. Kategorie odpovědi *osoby z Jihočeské univerzity, Zdravotně sociální fakulty*, byla uvedena také 1krát. A kategorie odpovědi *právník*, byla uvedena rovněž 1krát. Respondenti č. 2 a 3 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Respondenti č. 1 a 4 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

**Tabulka 10****Počet pilotních oddělení**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Na žádném				1	1
6 oddělení			1		1
2 oddělení	1	1			2
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Na kolika oddělení probíhala pilotáž elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *na 2 oddělení*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *na 6 oddělení*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *na žádném*, byla uvedena také 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

**Tabulka 11****Komponenty elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ošetrovatelská anamnéza	1	1	1	1	4
Ošetrovatelský plán	1	1	1	1	4
Realizace ošetrovatelského plánu	1		1	1	3
Denní záznamy	1		1	1	3
Sesterská překladová/propouštěcí zpráva	1		1	1	3
Doplňující formuláře	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>21</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Které komponenty obsahuje Váš program elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ošetrovatelskou anamnézu*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *ošetrovatelský plán*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *doplňující formuláře*, byla rovněž uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *realizace ošetrovatelského plánu*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *denní záznamy*, byla uvedena rovněž celkem 3krát. Kategorie odpovědi *sesterskou překladovou/propouštěcí zprávu*, byla uvedena také celkem 3krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategorii celkem 3krát. Respondenti č. 1, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 6krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 21.

**Tabulka 12A****Kompatibilita s lékařskou dokumentací**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ano, byl to hlavní cíl		1			1
Ano	1		1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jsou komponenty ošetrovatelské dokumentace kompatibilní s lékařskou dokumentací? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *ano, byl to hlavní cíl*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 4.

**Tabulka 12B****Jak se kompatibilita projevuje**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Čerpá z NIS data		1		1	2
Oddiferenciovaný přístup	1	1	1	1	4
Přístup pouze zdr. tým daného pracoviště			1		1
Vše je v jednom systému	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>11</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Pokud ano, jak se kompatibilita projevuje? Nejčastější kategorie odpovědi *oddiferenciovaný přístup dle kompetencí*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *vše je v jednom systému*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *čerpá z NIS data*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *přístup má pouze zdravotnický tým daného pracoviště*, byla uvedena celkem 1krát. Respondent č. 1 odpověděl v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 11.

**Tabulka 13****Ošetrovatelská taxonomie**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Vlastní způsob	1		1		2
Taxonomi I		1			1
Zatím není - bude taxonomie II				1	1
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Podle jaké taxonomie jsou zaznamenávány ošetrovatelské diagnózy? Nejčastější kategorie odpovědi *vlastní způsob*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *taxonomie I*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *zatím nemáme, ale v budoucnu bude taxonomie II*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 4.

**Tabulka 14****Ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ano	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Je ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta? Nejčastější a jediná kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 4.

**Tabulka 15****Záznam ošetřovatelské diagnostiky**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Označení	1	1	1	1	4
Doplňování	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem je tvořen záznam ošetřovatelské diagnostiky? Nejčastější kategorie odpovědi *označením*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *doplňováním*, byla uvedena také celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 8.

**Tabulka 16****Ošetřovatelský model**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Vlastní, vychází z Gordonové	1	1		1	3
Vlastní, vychází z modelu ze Švýcarska			1		1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaký model je využit pro přípravu ošetřovatelské anamnézy? Nejčastější kategorie odpovědi *vlastní model vycházející z modelu Gordonové*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *vlastní model vycházející z modelu ze Švýcarska*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 4.



**Tabulka 17****Fáze ošetrovatelského procesu**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Ošetrovatelská anamnéza	1	1	1	1	4
Stanovení oš. diagnóz	1	1	1	1	4
Plán péče	1	1	1	1	4
Hodnocení	1		1	1	3
<b>Celkový výskyt</b>	4	3	4	4	15

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké fáze ošetrovatelského procesu jsou součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ošetrovatelskou anamnézu*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *stanovení ošetrovatelské diagnózy*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *plán péče*, byla uvedena rovněž celkem 4krát. Kategorie odpovědi *hodnocení*, byla uvedena celkem 3krát. Respondent č. 2 odpověděl v kategorii celkem 3krát. Respondenti č. 1, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 15.

**Tabulka 18****Náležitosti elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Datum	1	1	1	1	4
Čas	1	1	1	1	4
Název zdr.zařízení, sídlo	1	1	1	1	4
Název oddělení - stanice	1	1	1	1	4
Identifikační údaje klienta	1	1	1	1	4
Neobsahuje elektronický podpis	1	1	1	1	4
Ošetrovatelský proces	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>28</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké náležitosti obsahuje Vaše elektronická zdravotnická (ošetrovatelská) dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *datum*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *čas*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *název zdravotnického zařízení a jeho sídlo*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *název oddělení, stanice*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *identifikační údaje klienta*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *neobsahuje elektronický podpis*, byla uvedena také celkem 4krát. A kategorie odpovědi *ošetrovatelský proces*, byla uvedena rovněž celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 7krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 28.

**Tabulka 19****Přínos pro práci sester**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Určitě ano	1			1	2
Ano, pokud bude dostatek PC		1		1	2
Ano, pokud se sestry naučí s ní pracovat		1			1
Ano, až bude zavedena celoplošně			1		1
<b>Celkový výskyt</b>	1	2	1	2	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Považujete elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za přínos pro práci sester? Nejčastější kategorie odpovědi *určitě ano*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *ano, pokud bude dostatek PC*, byla uvedena také celkem 2krát. Kategorie odpovědi *ano, pokud se sestry naučí s ní pracovat*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědi *ano, až bude zavedena celoplošně*, byla uvedena rovněž 1krát. Respondenti č. 1 a 3 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2 a 4 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 6.

**Tabulka 20****Pozitiva elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R1	R2	R3	R4	
Úspora času	1	1	1		3
Efektivní		1	1		2
Kontinuální kontrola kvality oš. péče	1	1		1	3
Legislativní rámec	1				1
Vložená data nelze vymazat, přeškrtnat				1	1
Zpřehlednění informací	1	1		1	3
<b>Celkový výskyt</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>13</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké pozitiva vidíte v zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentaci? Nejčastější kategorie odpovědi *úspora času*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *kontinuální kontrola kvality ošetrovatelské péče*, byla uvedena také celkem 3krát. Kategorie odpovědi *zpřehlednění informací*, byla uvedena rovněž 3krát.. Kategorie odpovědi *efektivní*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *legislativní rámec*, byla uvedena celkem 1krát. A kategorie odpovědi *vložená data nelze vymazat, přeškrtnat*, byla uvedena také celkem 1krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategorii celkem 2krát. Respondent č. 4 odpověděl v kategorii celkem 3krát. Respondent č.1 a 2 odpověděli v kategorii celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 13.

V následujících tabulkách prezentujeme výsledky strukturovaných rozhovorů s vrchními a staničními sestrami z vybraných oddělení zkoumaných nemocnic.

**Tabulka 21**

**Jak se pracuje s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Velmi dobře						1	1	1				1	4
Dobře		1	1	1	1				1	1	1		7
Špatně	1												1
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak se Vám pracuje s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací? Nejčastější kategorie odpovědi *dobře*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *velmi dobře*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *špatně*, byla uvedena celkem 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 22**

**Preferování elektronické ošetrovatelské dokumentace proti tištěné ošetrovatelské dokumentaci**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano		1			1	1	1	1	1			1	7
Ne	1		1	1						1	1		5
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Vyhovuje Vám elektronická ošetrovatelská dokumentace v praxi více než tištěná ošetrovatelská dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 5krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 23**

**Způsoby získání informací o existenci elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Semináře				1	1	1					1	1	5
Intranet									1	1			2
Vrchní sestra		1						1					2
Hlavní sestra	1		1				1						3
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku Jakým způsobem jste se dozvěděly o zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici? Nejčastější kategorie odpovědi ze *seminářů*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *od hlavní sestry*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi z *intranetu*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *od vrchní sestry*, byla uvedena také celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 24**

**Nabídnutí možnosti podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Ne									1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Byla Vám nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.



**Tabulka 25**

**Aktivní zapojení sester**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Ne									1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Zapojila jste se aktivně do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 26**

**Způsob aktivního zapojení sester**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Korekce formou připomínek	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Návrh požadavků na obsah dokumentace	1		1	1			1						4
Sestavování oš. diagnóz	1	1											2
Nezapojil/a								1	1	1	1		4
<b>Celkový výskyt</b>	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	18

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem jste se zapojila do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *korekcí formou připomínek*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *návrhy požadavků na obsah dokumentace*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *nezapojil/a*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *sestavováním ošetrovatelských diagnóz*, byla uvedena celkem 2krát Respondenti č. 5, 6, 8, 9, 10, 11, a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 3, 4 a 7 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Respondent č. 1 odpověděl v kategorii celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 18.

**Tabulka 27**

**Nabídnutí možnosti řadovým sestřám podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Ne									1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Byla nabídnuta sestřám možnost podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 28**

**Aktivní zapojení řadových sester**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano			1	1	1	1	1	1					6
Ne	1	1							1	1	1	1	6
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Zapojily se Vaše sestry aktivně do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena shodně 6krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 29**

**Způsob aktivního zapojení řadových sester**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Korekce formou připomínek					1	1	1	1					4
Návrh požadavků na obsah dokumentace			1	1									2
Nezapolily	1	1							1	1	1	1	6
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem se Vaše sestry zapojily do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *nezapojily se*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *korekcí formou připomínek*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *návrhy požadavků na obsah dokumentace*, byla uvedena celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 30**

**Zapojení sester, kterým nebyla nabídnuta spolupráce**

Odpověď	Respondenti				Celkový počet odpovědí
	R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	4

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Pokud by Vám byla nabídnuta spolupráce pro tvorbu elektronické ošetrovatelské dokumentace, zapojil/a byste se? Nejčastější a jediná kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 4.

**Tabulka 31**

**Pilotáž**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1	1	1			1	1					6
Ne					1	1			1	1	1	1	6
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Probíhala na Vašem oddělení zkušební studie elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena shodně 6krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 32A**

**Komponenty elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ošetrovatelská anamnéza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Ošetrovatelský plán	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Realizace ošetrovat.plánu	1	1	1	1					1	1	1	1	8
Denní záznamy	1	1	1	1					1	1	1	1	8
Sesterská propouštěcí / překladová zpráva	1	1	1	1					1	1	1	1	8
Doplňující formuláře	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
<b>Celkový výskyt</b>	6	6	6	6	3	3	3	3	6	6	6	6	60

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Které komponenty obsahuje Vaše elektronická ošetrovatelská dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ošetrovatelskou anamnézu*, byla uvedena celkem 12krát. Kategorie odpovědi *ošetrovatelský plán*, byla uvedena také 12krát. Kategorie odpovědi *doplňující formuláře*, byla uvedena také 12krát. Kategorie odpovědi *realizace ošetrovatelského plánu*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *denní záznamy*, byla uvedena také celkem 8krát. A kategorie odpovědi *sesterskou propouštěcí/překladovou zprávou*, byla uvedena rovněž celkem 8krát. Respondenti č. 5, 6, 7 a 8 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v kategorii celkem 6krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 60.



**Tabulka 32B**

**Doplňující formuláře**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Barthelův test základní všedních činností	1	1	1	1	1	1	1	1					8
MINI MENTAL test					1	1	1	1					4
Riziko pádu					1	1	1	1					4
Výživový test					1	1	1	1					4
Rozšířená stupnice Nortonové					1	1	1	1					4
Edukační protokol	1	1	1	1									4
Mimořádné události (dekubity, pády)									1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	2	2	2	2	5	5	5	5	1	1	1	1	32

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké doplňující formuláře obsahuje Vaše elektronická ošetrovatelská dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *Barthelův test základních všedních činností*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *MINI MENTAL test*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *Riziko pádu*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *Výživový test*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *Rozšířenou stupnici Nortonové*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *Edukační protokol*, byla uvedena také 4krát. A kategorie odpovědi *Mimořádné události (dekubity, pády)*, byla rovněž uvedena 4krát. Respondenti č. 9, 10, 11 a 12 odpověděli

v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1, 2, 3 a 4 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Respondenti č. 5, 6, 7 a 8 odpověděli v kategorii celkem 5krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 32.

**Tabulka 33**

**Ošetrovatelská taxonomie**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
<b>Taxonomie I</b>					1	1	1	1					4
<b>Vlastním způsobem</b>	1	1	1	1					1	1	1	1	8
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Podle jaké taxonomie jsou zaznamenávány ošetrovatelské diagnózy ve Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentaci? Nejčastější kategorie odpovědi *vlastní způsobem*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *taxonomie I*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 34**

**Ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano	1	1			1	1	1	1					6
Ne			1	1					1	1	1	1	6
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Provádíte ošetrovatelskou taxonomii v elektronické ošetrovatelské dokumentaci u každého klienta? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena shodně 6krát Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 35**

**Záznam ošetrovateľskej diagnostiky**

Odpoveď	Respondenti												Celkový počet odpovedí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Označením	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Doplněním	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
<b>Celkový výskyt</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovateľskej diagnostiky ve Vaší elektronické ošetrovateľskej dokumentaci? Nejčastější kategorie odpovědi *označením*, byla uvedena celkem 12krát. Kategorie odpovědi *doplněním*, byla uvedena shodně 12krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

**Tabulka 36**

**Ošetrovatelský model**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Marjory Gordonová	1	1	1	1	1	1	1	1					8
Vlastní model									1	1	1	1	4
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic  
 \* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaký model je využit pro přípravu ošetrovatelské anamnézy ve Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentaci? Nejčastější kategorie odpovědi *Marjory Gordonová*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *vlastní model*, byla uvedena celkem 4krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 37**

**Fáze ošetrovatelského procesu**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Anamnéza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Diagnostika	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Plánování	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Hodnocení	1	1	1	1					1	1	1	1	8
<b>Celkový výskyt</b>	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	44

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké z nabízených fází jsou součástí Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *anamnéza*, byla uvedena celkem 12krát. Kategorie odpovědi *diagnostika*, byla uvedena také celkem 12krát. Kategorie odpovědi *plánování*, byla uvedena také 12krát. Kategorie odpovědi *hodnocení*, byla uvedena celkem 8krát. Respondenti č. 5, 6, 7 a 8 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v kategorii celkem 4krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 44.

**Tabulka 38**

**Ošetrovatelský standard**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano					1	1	1	1			1	1	6
Ne	1	1	1	1									4
Nevím									1	1			2
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Máte vytvořený ošetrovatelský standard pro vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace? Nejčastější kategorie odpovědi *ano*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *nevím*, byla uvedena celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

**Tabulka 39**

**Problém ze strany lékařů přijmout elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano, nepřehlednost	1	1											2
Ne			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Byl problém ze strany lékařů přijmout elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, pokud ano, tak v čem? Nejčastější kategorie odpovědi *ne*, byla uvedena celkem 10krát. Kategorie odpovědi *ano, je nepřehledná*, byla uvedena celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.



**Tabulka 40**

**Přínos elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano, přehlednost		1			1	1	1	1	1				6
Ano, jednotnost					1		1			1	1	1	5
Ano, časová úspora						1			1				2
Ne, nepřehlednost	1		1	1									3
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	16

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Považujete zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace za přínos pro Vaší práci? Nejčastější kategorie odpovědi *ano, je přehledná* byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *ano, pro její jednotnost*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *ano, pro její časovou úsporu*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *ne, je nepřehledná*, byla uvedena celkem 3krát. Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 8, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 5, 6, 7 a 9 odpověděli v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 16.

**Tabulka 41**

**Pozitiva elektronické ošetrovateľskej dokumentácie**

Odpoveď	Respondenti												Celkový počet odpovedí
	R1				R2				R3				
	interný odd.		chirurgické odd.		interný odd.		chirurgické odd.		interný odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Úspora času		1			1	1	1	1	1	1			7
Efektivnosť					1		1		1		1	1	5
Nemožnosť opravy či mazání dat			1			1	1	1		1			5
Jednoduché nahlédnutí do historických dat				1			1		1		1	1	5
Čitateľná úprava záznamů	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Kontinuálna kontrola poskytované péče		1			1							1	3
<b>Celkový výskyt</b>	1	2	2	2	4	3	5	3	4	3	3	4	36

\* R = hlavné sestry nemocnice

\* Rs = vrchné a staničné sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizovanej forme odpovedi respondentů na otázku Jaká pozitiva vidíte v zavedení elektronické ošetrovateľskej dokumentácie? Najčastejšia kategória odpovedi *čitateľná úprava záznamů*, bola uvedená celkom 11krát. Kategória odpovedi *úspora času*, bola uvedená celkom 7krát. Kategória odpovedi *efektivnosť*, bola uvedená celkom 5krát. Kategória odpovedi *nemožnosť opravy či mazání*, bola uvedená také celkom 5krát. Kategória odpovedi *jednoduché nahlédnutí do historických dat*, bola uvedená rovněž celkom 5krát. A kategória odpovedi *kontinuálna kontrola poskytované péče*, bola uvedená celkom 3krát. Respondent č. 1 odpovedel v jednej kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 2, 3 a 4 odpovedeli v kategorii celkom 2krát. Respondenti č. 6, 8,

10 a 11 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Respondenti č. 5, 9 a 12 odpověděli v kategorii celkem 4krát. Respondent č. 7 odpověděl v kategorii celkem 5krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 36.

**Tabulka 42**

**Překážky elektronické ošetrovatelské dokumentace**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Finanční nákladnost					1	1	1	1					4
Nutnost výpočetní techniky	1		1		1		1						4
Časová náročnost zadávání dat	1		1	1						1	1		5
Znalosti práce s výpočetní technikou	1		1		1		1						4
Žádné		1							1			1	3
<b>Celkový výskyt</b>	3	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	20

\* R = hlavní sestry nemocnic

\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké překážky vidíte v práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací oproti tištěné ošetrovatelské dokumentaci? Nejčastější kategorie odpovědi *časová náročnost zadávání dat*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *finanční nákladnost*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *nutnost výpočetní techniky*, byla uvedena také celkem 4krát. Kategorie odpovědi *znalosti práce s výpočetní technikou*, byla uvedena také

celkem 4krát. Kategorie odpovědi *žádné*, byla uvedena celkem 3krát. Respondenti č. 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondenti č. 1, 3, 5 a 7 odpověděli v kategorii celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

**Tabulka 43**

**Spokojenost s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací**

Odpověď	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	R1				R2				R3				
	interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		interní odd.		chirurgické odd.		
	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	vrchní	staniční	
	Rs1	Rs2	Rs3	Rs4	Rs5	Rs6	Rs7	Rs8	Rs9	Rs10	Rs11	Rs12	
Ano, usnadnění práce		1			1	1	1	1	1	1	1	1	9
Ne, nedostatek PC	1		1										2
Ne, dopisuje se dodatečně			1	1									2
<b>Celkový výskyt</b>	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13

\* R = hlavní sestry nemocnic  
\* Rs = vrchní a staniční sestry

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jste spokojen/a se zavedením elektronické ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení? Nejčastější kategorie odpovědi *ano, usnadňuje práci sestrám* byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědi *ne, je nedostatek PC* byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *ne, dopisuje se dodatečně* byla uvedena také celkem 2krát. Respondenti č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12 odpověděli v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondent č. 3 odpověděl v kategorii celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

## 5 Diskuze

Předmětem našeho výzkumu bylo zmapovat postupy a metody tvorby elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu sester. Zjistit, zda jsou v elektronické ošetrovatelské dokumentaci zaznamenávány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, zda je v elektronické ošetrovatelské dokumentaci využívána taxonomie, který ošetrovatelský model se stal podkladem pro přípravu ošetrovatelské anamnézy a zda se sestry aktivně zapojují do přípravy podkladů pro tvorbu elektronické ošetrovatelské dokumentace. Výsledky našeho výzkumu vycházejí z provedených polostandardizovaných rozhovorů s hlavními sestrami a strukturovaných rozhovorů s vrchními a staničními sestrami vybraných nemocnic.

Rozhovor byl zaměřen na respondenty, u nichž v nemocnici je elektronická ošetrovatelská dokumentace zavedena. V rozhovoru s hlavními sestrami nás zajímalo, jestli naši respondenti již v minulosti slyšeli o možnosti elektronického zpracování ošetrovatelské dokumentace. Podle našeho očekávání z výsledků vyplynulo, že všichni dotazovaní respondenti už v minulosti slyšeli o této možnosti zpracování ošetrovatelské dokumentace. Tento výsledek znázorňujeme v tabulce 1.

Pro upřesnění této otázky sloužila následující otázka, kdy jsme se dotazovali, jakým způsobem získali respondenti informace o elektronické ošetrovatelské dokumentaci. Respondenti nejčastěji uváděli jako zdroj informací o nové metodě zaznamenávání ošetrovatelské dokumentace *semináře a konference*, které navštěvují v rámci svého profesního rozvoje, viz tabulka 2.

V souvislosti se zavedením elektronické ošetrovatelské dokumentace v jednotlivých zkoumaných nemocnicích jsme zjišťovali, v jakém roce byla tato dokumentace zavedena. Z výsledků vyplynulo, že elektronická ošetrovatelská dokumentace je zavedena v nemocnici u respondenta (R3) od roku 2000, u respondenta (R1) od roku 2005 a u respondentů (R2, R4) od roku 2006. Všichni respondenti dále shodně uvedli, že se dokumentace stále vyvíjí. U respondenta (R2) v současné době přechází nemocnice na vyšší stupeň nemocničního informačního systému, u respondenta (R1) se intenzivně pracuje na nové verzi elektronické ošetrovatelské dokumentace. Výsledky našeho rozhovoru jsou v souladu s literaturou zabývající se touto problematikou, kdy

autor Štverák ve své práci (33) uvádí, že informační exploze zapříčiněná mimo jiné prudkým vývojem výpočetní techniky má vliv na všechny obory lidské činnosti, a tedy i v ošetrovatelské praxi nastal přirozený a postupný přechod k elektronické podobě dokumentování do ošetrovatelské dokumentace, která je v České republice na začátku a teprve se rozvíjí. Tento výsledek znázorňujeme v tabulce 3.

Odpovědi na následující otázku se shodují s názorem výše zmíněného autora Štveráka (33), že elektronická ošetrovatelská dokumentace je v České republice na začátku vývoje a teprve se rozvíjí. Naším respondentům jsme položili otázku, zda je v jejich nemocnici elektronická ošetrovatelská dokumentace zavedena celoplošně. Z výsledků překvapivě vyplynulo, že pouze v jednom případě (R1) je elektronická ošetrovatelská dokumentace zavedena celoplošně. U respondentů (R2, R3) je v současné době elektronická ošetrovatelská dokumentace zavedena na vybraných pracovištích a u respondenta (R4) zatím elektronická ošetrovatelská dokumentace není spuštěna, pouze je vložena do systému. Pro vysvětlení této otázky respondenti uváděli, že v současné době na některých odděleních probíhá pilotáž nových verzí dokumentace, na jiných odděleních teprve vytvářejí dokumentaci tak, aby co nejvíce vyhovovala daným pracovištím nemocnice, viz tabulka 4.

Pro bližší upřesnění nás ve strukturovaném rozhovoru s vrchními a staničními sestrami zajímalo, jak se jim pracuje s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací. Z výsledků vyplynulo, že pouze v jednom případě respondent (Rs1, z celkového počtu 12) uvedl, že se mu s novou metodou zaznamenávání ošetrovatelských činností pracuje *špatně*, viz tabulka 21.

Dále při rozhovoru se staničními a vrchními sestrami jednotlivých nemocnic jsme získali pro nás překvapující výsledky. Na otázku, jestli jim vyhovuje elektronická ošetrovatelská dokumentace v praxi více než tištěná ošetrovatelská dokumentace, pouze 7 respondentů (z celkového počtu 12) odpovědělo, že *ano*. Tyto výsledky rozhovorů mohou být podle nás způsobeny tím, že pro některé zaměstnance může být přijetí a přizpůsobení se dokumentaci náročné. Především pro ty zaměstnance, kteří doposud nepřišli do každodenního styku s výpočetní technikou. Dalším důvodem tohoto výsledku může být fakt, že oproti tištěnému zaznamenávání ošetrovatelských údajů je

tato nová metoda dražší, jak píše ve svém článku Curtis (7). Výsledky znázorňujeme v tabulce 22.

Pouze pro zajímavost jsme se zeptali, s jakou firmou naši respondenti spolupracují a proč se rozhodli spolupracovat právě s ní (viz příloha 3, 4, 7, 8). Výsledky našeho výzkumu nebyly pro nás zas až tak překvapující. Z výsledků vyplynulo, že firmy, se kterými spolupracují zkoumané nemocnice byly již dříve vybrány vedením nemocnice při výběrových řízení pro celý NIS a doposud jsou s touto firmou spokojeni. Tyto výsledky znázorňujeme v tabulce 5 a 6.

V souvislosti se zavedením elektronické ošetrovatelské dokumentace ve zkoumaných nemocnicích nás zajímalo, zda se sestry aktivně zapojily do přípravy ošetrovatelské dokumentace a jakým způsobem sestry spolupracovaly. V průběhu výzkumu jsme si stanovili výzkumnou otázku: Mohou se sestry aktivně zapojovat do přípravy elektronické ošetrovatelské dokumentace? Výsledky rozhovoru pro nás nebyly překvapující, ukázalo se, že se sestry ve všech zkoumaných nemocnicích aktivně zapojily do vývoje elektronické dokumentace tím, že dávaly různé připomínky, co v elektronické dokumentaci chtějí a co naopak v dokumentaci nechťejí. Pracovaly v týmech, které tvořily řadové sestry, staniční sestry, vrchní sestry, mentorky, a které spolupracovaly s vedením nemocnice. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena. Výsledky našeho rozhovoru se shodují s autorkou Kriškovou, která ve své knize nabádá sestry, aby se aktivně zapojovaly do vytváření elektronické ošetrovatelské dokumentace, neboť ony jsou hlavním uživatelem tohoto modulu NIS (15). Proto musí být tato ošetrovatelská dokumentace vytvořena tak, aby byla podle jejich představ a vyhovovala jejich potřebám. S autorkou se shoduji, jelikož si myslím, že sestry, které se s velkým zaujetím a chutí zapojí do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace, se snáze naučí s ní pracovat a bude pro ně velice přínosná v praxi. Výsledky znázorňujeme v tabulce 7 a 8.

Vrchním a staničním sestřám zkoumaných oddělení jednotlivých nemocnic jsme při rozhovoru položili otázku, zda jim byla nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že pouze z jedné nemocnice (z celkového počtu 3) všichni respondenti (Rs9 – Rs12)

shodně uvedli, že jim nebyla nabídnuta spolupráce podílet se na tvorbě dokumentace, viz tabulka 24. Tyto výsledky podle nás nasvědčují pouze faktu, že sestry, se kterými byl prováděn strukturovaný rozhovor, nebyly zapojeny do tvorby elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti jiným oddělením stejné nemocnice. Tuto domněnku potvrzuje tabulka 7 a 8, kde je uvedeno, jak se sestry z jiných oddělení aktivně zapojily do tvorby této dokumentace.

Pro úplnost jsme položili následující otázku, která byla pouze pro sestry, kterým nebyla nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické dokumentace. Zajímalo nás, zda by se sestry zapojily do vývoje dokumentace, kdyby jim to bylo nabídnuto. Odpověď jednotlivých respondentů nebyla překvapující, jelikož všichni respondenti shodně uvedli, že *ano*, viz tabulka 30.

Za velmi pozitivní výsledky považujeme odpovědi od sester, kterým byla nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace. Jelikož se všechny zkoumané sestry zapojily do tvorby dokumentace, tím že *dávaly různé připomínky, návrhy na obsah dokumentace a sestavovaly ošetrovatelské diagnózy*. Tyto výsledky rozhovorů se shodují s výsledky rozhovorů s hlavními sestrami zkoumaných nemocnic (viz tabulka 8). Výsledky znázorňujeme v tabulce 25 a 26.

Při následujících dvou otázkách našeho strukturovaného rozhovoru jsme zjišťovali, zda řadovým sestrám na zkoumaných odděleních byla také nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace a zda sestry tuto možnost využily. Výsledky rozhovorů ukázaly, že všem řadovým sestrám (kromě Rs9 – Rs12) byla nabídnuta spolupráce na tvorbě dokumentace. Tyto výsledky ukazují na to, že při tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace je zapotřebí, aby spolupracovaly jak ošetrovatelský management na všech úrovních, tak řadové sestry jakož to hlavní uživatel tohoto programu. Dále se tyto výsledky shodují s již zmiňovanou autorkou Kriškovou, viz tabulka 27. Sestry se zapojily do tvorby dokumentace stejným způsobem jako vrchní a staniční sestry, pouze nesestavovaly ošetrovatelské diagnózy, jak bylo uváděno výše, viz tabulka 29. Pouze dvě sestry, kterým byla nabídnuta spolupráce při tvorbě dokumentace, odmítly tuto nabídku, viz tabulka 28.



Při rozhovoru s hlavními sestrami zkoumaných nemocnic jsme se dotazovali také na osoby, které se kromě sester také zapojily do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace. Výsledky rozhovoru ukázaly, že nejčastěji, podle očekávání, byl uveden programátor, který se společně se zdravotnickým personálem podílel na vývoji elektronické dokumentace. Bez vzájemné spolupráce mezi programátorem a sestrami by podle mého názoru nevznikl kvalitní program dokumentace. Jak bylo již uvedeno výše, sestry by se měly aktivně zapojovat do vytváření dokumentace, dávat různé náměty jak by dokumentace měla vypadat, co by měla obsahovat apod. a podle této určité vize by měl programátor naprogramovat program ošetrovatelské dokumentace. Je však nutné, aby programátor korigoval představy sester v souladu s technickými možnostmi programu. Dále by měl programátor program naprogramovat tak, aby se jakékoliv věci daly libovolně měnit (obsahově), aby se program mohl neustále doplňovat a vyvíjet (viz příloha 5). Respondenti (R2, R4) dále uvedli další osoby podílející se na vývoji elektronické dokumentace. Jednalo se o osoby z Katedry ošetrovatelství Lékařské fakulty v Brně a z Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Důvodem byl fakt, že dokumentace byla tvořena tak, aby navazovala na to, co se studenti učí na fakultách a byla podle nejnovějších poznatků vědy. U respondenta (R1) se na vývoji podílela manažerka kvality a právník, který dohlížel na to, aby dokumentace splňovala legislativní rámec. U respondenta (R3) se podílelo na tvorbě ošetrovatelské dokumentace Centrum řízení kvality, jakož to útvar ředitele nemocnice, viz tabulka 9.

Vzhledem k vývoji elektronické dokumentace a spolupráce sester s vedením nemocnice nás dále zajímalo, na kolika odděleních probíhala pilotáž elektronické ošetrovatelské dokumentace. Překvapivě respondent (R4, z celkového počtu 4) uvedl, že pilotáž na oddělení neprobíhala. Sestry o elektronické dokumentaci byly informovány prostřednictvím proškolení, které organizovalo vedení nemocnice a kde sestry získaly potřebné informace o nové ošetrovatelské dokumentaci. Výsledky znázorňujeme v tabulce 10. Při položení obdobné otázky vrchním a staničním sestram zkoumaných oddělení, zda na jejich oddělení probíhala výše zmíněná pilotáž, z výsledků rozhovorů vyplynulo, že na náhodně vybraných odděleních, na kterých je zavedena elektronická

ošetřovatelská dokumentace, pilotáž probíhala na třech odděleních. Zde musím zmínit fakt, že sestry (R1, R2) a jejich řadové sestry se aktivně zapojily do tvorby dokumentace, i když na jejich oddělení neprobíhala pilotáž, viz tabulka 31. Tyto výsledky nasvědčují tomu, že sestry opravdu mají zájem na tom, jak elektronická ošetřovatelská dokumentace bude vypadat.

Při rozhovoru a následné obsahové analýze jsme zjišťovali, jaké komponenty obsahuje elektronická ošetřovatelská dokumentace zkoumaných nemocnic. Všechny komponenty uvedené v teoretické části práce obsahují zkoumané ošetřovatelské dokumentace kromě elektronické ošetřovatelské dokumentace v nemocnici respondenta (R2). V tomto případě jsou komponenty v současné době nahrazeny písemným zaznamenáváním údajů. Dále z obsahové analýzy bylo možné porovnávat jednotlivé ošetřovatelské dokumentace v elektronické podobě, což bylo velice zajímavé. Každá ošetřovatelská dokumentace obsahuje stejné komponenty, avšak je vytvořena odlišným způsobem, což ji dělá jedinečnou pro jednotlivé zkoumané nemocnice. Ošetřovatelská dokumentace v nemocnici respondentů (R3, R4) kopíruje tištěnou podobu ošetřovatelské dokumentace, což je výhodou pro sestry, které se hůře učí novému způsobu zaznamenávání údajů. Při položení stejné otázky vrchním a staničním sestřám byli odpovědi totožné s odpověďmi hlavních sester zkoumaných nemocnic. Výsledky znázorňujeme v tabulce 11 a 32A.

Pouze pro bližší poznání jednotlivých ošetřovatelských dokumentací sloužila následující podotázka, která mapovala jednotlivé doplňující formuláře, které zkoumané ošetřovatelské dokumentace obsahují, viz tabulka 12B. Tyto výsledky potvrzují již zmíněný názor, že každá dokumentace, i když je tvořena stejnými komponenty, je úplně odlišná od jiných ošetřovatelských dokumentací jednotlivých nemocnic, viz tabulka 32B.

Očekávané výsledky přinesla odpověď na otázku, kdy jsme se dotazovali našich respondentů, zda je elektronická podoba ošetřovatelské dokumentace kompatibilní s lékařskou dokumentací, jakož to jeden z modulů NIS, viz tabulka 12A.

K upřesnění otázky sloužila podotázka, kdy jsme zjišťovali jakým způsobem se komptabilita mezi elektronickou ošetřovatelskou dokumentací a lékařskou dokumentací

projevuje. Respondenti nejčastěji shodně uvedli, že se komptabilita projevuje tím, že je vše *v jednom systému* a je zde *oddiferenciovaný přístup podle kompetencí zdravotnických pracovníků*, kdy lékař může nahlížet do všech částí elektronické zdravotnické dokumentace a sestry mají přístup do dokumentace pouze podle své kvalifikace. Tento přístup do NIS je neustále kontrolován a tato kontrola je zajištěna tím, že každému zdravotnickému pracovníkovi je přiděleno identifikační číslo a heslo, které si každý zdravotnický pracovník zvolí sám. Tyto výsledky se shodují s autorem Bergerem (3), který ve své knize popisuje NIS a s ním související nutnost ochrany dat, která je ukotvena v zákoně č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů (48). Výsledky znázorňujeme v tabulce 12B.

Jak uvádí autorka Marečková (19), hlavní pracovní metodou v ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, kdy jeho hlavním cílem je především prevence, odstranění nebo zmírnění problému v oblasti individuálních potřeb klientů. Proto jsme si k této oblasti v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: *Obsahuje elektronická ošetrovatelská dokumentace všechny fáze ošetrovatelského procesu (anamnézu, diagnostiku, plán, vyhodnocení)?* Z výsledků vyplynulo, že ošetrovatelská anamnéza, diagnostika a plán péče jsou součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace ve všech zkoumaných nemocnicích. Co se týče poslední fáze ošetrovatelského procesu (hodnocení), ta je prováděna v současné době ručně, jak uvádí respondent (R3). Jak bylo zmíněno již na začátku této diskuze, v nemocnici u respondenta R4 v současné době není zpuštěn program elektronické ošetrovatelské dokumentace, zatím se intenzivně pracuje na jeho dokončení a co nejrychlejším spuštění. V souvislosti s položením této otázky bylo zjištěno, že dokumentace zatím obsahuje pouze ošetrovatelskou anamnézu a na zbývajících fázích ošetrovatelského procesu se pracuje, aby elektronická dokumentace byla co nejdříve zpuštěna a obsahovala všechny potřebné fáze ošetrovatelského procesu. Z tohoto důvodu v konečných výsledcích našeho výzkumu uvádíme, že elektronická ošetrovatelská dokumentace v nemocnici (R4) obsahuje všechny fáze ošetrovatelského procesu. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena. Tyto výsledky vyplývají z Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky, kdy ošetrovatelští pracovníci jsou povinni pracovat

metodou ošetrovatelského procesu. Proto jsou výsledky rozhovoru u této otázky nepřekvapující, viz tabulka 17. Při položení stejné otázky vrchním a staničním sestřám byly výsledky totožné s výsledky rozhovorů s hlavními sestrami zkoumaných nemocnic, viz tabulka 37.

V souvislosti s jednotlivými fázemi ošetrovatelského procesu jsme se zabývali především první fází (anamnézou) a druhou fází (diagnostikou). Ošetrovatelská anamnéza by měla sloužit jako podklad pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče, jak uvádí ve své knize Vondráček (41). Zajímalo nás proto, podle jakého ošetrovatelského modelu byla ošetrovatelská anamnéza připravována a v průběhu výzkumu jsme si stanovili výzkumnou otázku: Který ošetrovatelský model se stal podkladem pro ošetrovatelskou anamnézu elektronické ošetrovatelské dokumentace? Z výzkumu vzešly zajímavé výsledky, kdy se ukázalo, že ošetrovatelská anamnéza u všech respondentů nebyla vytvořena podle konkrétního ošetrovatelského modelu, ale pouze z nich vycházely. Respondenti uváděli, že se nechtějí držet konkrétních modelů, chtěli, aby ošetrovatelská anamnéza byla „ušita na míru“ konkrétním oddělením. Jelikož vytvořené modely pouze částečně vyhovují jednotlivým nemocnicím, proto se rozhodli pouze vycházet z určitých ošetrovatelských modelů a přizpůsobit si model podle vlastních potřeb. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 16 a 36.

Ohledně druhé fáze ošetrovatelského procesu jsme zjišťovali, jakou konkrétní taxonomii respondenti používají při zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz do elektronické ošetrovatelské dokumentace. Výsledky ukázaly, že respondenti (R1, R3) se neřídí podle žádné taxonomie, ale používají vlastní způsob zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz. Respondent (R3) uvedl, že mají vlastní seznam ošetrovatelských diagnóz vycházející z publikací NCO NZO. U respondenta (R2) jsou ošetrovatelské diagnózy zaznamenány podle taxonomie I. Zde však mají v programu vložen tzv. číselník diagnóz, který sám vygeneruje ošetrovatelské diagnózy podle vložených údajů do elektronické ošetrovatelské dokumentace při příjmu klienta (viz příloha 4, 6). U respondenta (R4) v nemocnici zatím elektronické zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz v současné době nemají, ale již mají připravenou podobu

v tištěné formě a čekají pouze na programátora, který ji vloží do programu. V tomto případě budou ošetrovatelské diagnózy zaznamenávány podle taxonomie II (viz příloha 9). Stejná otázka byla položena také vrchním a staničním sestřím zkoumaných oddělení jednotlivých nemocnic. Výsledky rozhovorů se ztotožňují s výsledky rozhovorů s hlavními sestrami, viz tabulka 13 a 33.

V souvislosti s předchozí otázkou jsme také zjišťovali, zda ošetrovatelská taxonomie je součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta. K této oblasti jsme si v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: Je ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého pacienta? Zde byla při rozhovoru s hlavními sestrami ve všech případech (celkem 4krát) uvedena stejná odpověď *ano*, viz tabulka 14. Avšak při položení stejné otázky vrchním a staničním sestřím, se ukázalo, že pouze šest respondentů (Rs1, Rs2, Rs5, Rs6, Rs7 a Rs8) se shodlo s odpověďmi svých hlavních sester. Tyto výsledky rozhovorů byly pro nás překvapující, jelikož jak bylo uvedeno výše, Koncepce ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky ukládá všem zdravotnickým pracovníkům pracovat dle ošetrovatelského procesu a to se všemi jeho náležitými fázemi. Proto je zajímavé, že pouze u některých klientů je taxonomie prováděna, viz tabulka 34. Výzkumná otázka tedy byla zodpovězena.

Způsob záznamu ošetrovatelské diagnostiky může být různorodý, proto jsme se zajímali, jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky v elektronické ošetrovatelské diagnostice u zkoumaných respondentů. Podle výsledků, které jsme získali, vyplynulo, že všichni zkoumaní respondenti zaznamenávají ošetrovatelskou diagnostiku do elektronické dokumentace dvojitým způsobem. A to buď doplněním některých údajů, které nejsou v diagnostice uvedeny nebo různým způsobem označení (křížkováním, zbarvením atd.) příslušné kolonky. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 15 a 35. Tyto výsledky jsme předpokládali, a proto jsme si k této oblasti v průběhu výzkumu stanovili výzkumnou otázku: Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky (křížkování x doplňování)?

Jak je uvedeno v Koncepci ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky (37), k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče slouží ošetrovatelské standardy,

kteře stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Proto v každé nemocnici existují různé typy ošetřovatelských standardů týkajících se kategorií a kvalifikace ošetřovatelského personálu, realizace ošetřovatelského procesu, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetřovatelské péče a standardy ošetřovatelské dokumentace. V této souvislosti nás zajímalo, zda ve zkoumaných nemocnicích mají vytvořený ošetřovatelský standard pro vedení elektronické ošetřovatelské dokumentace. Výsledky rozhovorů s vrchními a staničními sestrami ukázaly, že v nemocnici (R1) v současné době tento standard zavedený nemají. Pro nás překvapující výsledek položené otázky je u rozhovoru s respondenty (Rs9 a Rs10), jelikož shodně uvedli, že *nevědí*, zda je v jejich nemocnici zaveden zmíněný ošetřovatelský standard. Každý vedoucí pracovník by měl znát všechny ošetřovatelské standardy vytvořené managementem nemocnice tak, aby byl schopen průběžně hodnotit na svém oddělení kvalitu poskytované ošetřovatelské péče. Výsledky znázorňujeme v tabulce 38.

Tištěná nebo elektronicky zpracovaná ošetřovatelská dokumentace, jak je uvedeno v teoretické části, je součástí zdravotnické dokumentace, kam nahlíží jak sestry, tak lékaři, rehabilitační pracovníci apod. Zajímali jsme se proto, zda nebyl problém ze strany lékařů přijmout tuto novou metodu zaznamenávání ošetřovatelských činností. Podle našich respondentů pouze ve dvou případech byl problém přijmout tuto dokumentaci, a to z důvodu *nepřehlednosti*, viz tabulka 39.

Pro porovnání elektronických ošetřovatelských dokumentací jednotlivých zkoumaných nemocnic nás v rozhovoru a následné obsahové analýze zajímali náležitosti, které obsahuje ošetřovatelská dokumentace. Z použitých metod vyplynulo, že všechny ošetřovatelské dokumentace obsahují stejné náležitosti, viz tabulka 18. Také všichni respondenti ( z celkového počtu 4) uvedli, že jejich NIS a tedy i modul ošetřovatelské dokumentace neobsahuje elektronický podpis. Při položení doplňující otázky, proč elektronický podpis nemají, se respondenti shodli, že pro zavedení elektronického podpisu jsou stanoveny příliš přísné podmínky (viz kapitola Obsah elektronické ošetřovatelské dokumentace). Proto zdravotnická zařízení všechny dokumenty z NIS a tedy i z ošetřovatelské dokumentace vytisknou, ručně parafují

a opatří datumem jak uvádí zákon č. 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu (49). I přesto podle vyjádření respondenta (R1) v současné době vedení nemocnice řeší s firmou zavedení elektronického podpisu.

Předposlední otázka našeho rozhovoru s hlavními sestrami se týkala jejich názoru, zda si myslí, že je tato nová metoda zaznamenávání do ošetrovatelské dokumentace skutečně přínosná pro práci sester. Z výsledků rozhovorů jednoznačně vyplývá, že naši respondenti si myslí, že zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace bude přínosné pro práci sester. Z toho však 3krát (z celkového počtu 4) naši respondenti uvedli za jakých podmínek bude přínosné zavedení ošetrovatelské dokumentace. Nejčastěji byl jako podmínka uváděn *dostatek počítačů* na jednotlivých odděleních. Výsledky znázorňujeme v tabulce 19. Se zmíněnými výsledky se ztotožňuji. Pokud je na oddělení pouze jeden počítač, na kterém pracují společně lékaři i sestry, tak elektronická ošetrovatelská dokumentace bude podle mého názoru ztrácet svůj význam. Jelikož, aby byla přínosná pro praxi, musí být pro sestry stále dostupná pro doplňování nových údajů týkající se klientů. Byly také názory, že by sestry měly mít přenosné počítače, se kterými by chodily ke klientům a údaje zaznamenávaly přímo u lůžka. Tento způsob zaznamenávání je dle mého názoru výborný, sestra, která získá nové informace o klientovi, je může ihned zaznamenat do elektronické ošetrovatelské dokumentace, je neustále v přímém kontaktu s klientem a může se ho zeptat na doplňující informace. Ale na druhou stranu si myslím, že tento způsob zaznamenávání přímo u lůžka je v současné době nereálný, a to vzhledem k finančním prostředkům ve zdravotnictví. Stejná otázka byla položena také vrchním a staničním sestram. Sestry nejčastěji uváděly za přínos elektronické ošetrovatelské dokumentace *přehlednost*. V souvislosti s položením této otázky je zajímavé, že respondenti (Rs1, Rs3 a Rs4) odpověděli, že nepovažují zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace za přínosné, a to z důvodu, že jejich dokumentace je *nepřehledná*. Tyto výsledky se shodují s výše uvedenými výsledky na otázku, zda byl problém ze strany lékařů přijmout tuto novou dokumentaci. Výsledky znázorňujeme v tabulce 40.

Na závěr našeho rozhovoru s hlavními sestrami, které ve své nemocnici mají zavedenou elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, nás zajímalo, jaká pozitiva vidí v zavedení dokumentace. Naši respondenti za pozitivum elektronické ošetrovatelské dokumentace nejčastěji uváděli *úsporu času, kontinuální kontrolu kvality ošetrovatelské péče a zpřehlednění informací*. Tyto odpovědi byly uvedeny shodně celkem 3krát. Při položení stejné otázky vrchním a staničním sestram nejčastěji uváděly jako pozitivum *čitelnou úpravu záznamů*, která byla uvedena 11krát a dále pak uváděly *úsporu času*, která byla uvedena celkem 7krát. Tyto výsledky se shodují s autorkou Hermanovou (12), která ve svém článku hovoří o pozitivěch v zavedení této ošetrovatelské dokumentace a mezi první výhody uvedla právě zmíněnou úsporu času pro personál. Zde je patrná shoda mezi autorkou, která má již zkušenosti s touto ošetrovatelskou dokumentací z kliniky Pirawarth v Rakousku, a našimi respondenty. Výsledky znázorňujeme v tabulce 20 a 41.

Při položení opačné otázky, jaké překážky vidí vrchní a staniční sestry v zavedení ošetrovatelské dokumentace, překvapivě nejčastěji uváděly *časovou náročnost zadávání dat*. Tyto výsledky jsou překvapující v souvislosti s tím, že v předchozí otázce byla 5krát zmíněna časová úspora. Dále pak byla jako negativa uváděna *finanční nákladnost, nutnost mít výpočetní techniku a znalosti práce s výpočetní technikou*. Respondenti (Rs2, Rs9 a Rs12) shodně uvedli, že žádná negativa tato dokumentace nemá. Výsledky rozhovorů se částečně shodují s autorem Curtisem (7), který ve svém článku píše o negativěch elektronického zpracování dat. Je zde především zmíněna finanční nákladnost, která je vyšší oproti tištěnému zaznamenávání dat, viz tabulka 42.

Na závěr našeho rozhovoru s vrchními a staničními sestrami nás zajímalo, zda jsou sestry spokojeny s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací. Všichni respondenti kromě respondentů (Rs1, Rs3 a Rs4) jsou spokojeni se zavedením této dokumentace. Respondenti, kteří nejsou spokojeni s dokumentací uvádějí jako důvod nespokojenosti s touto dokumentací *nedostatek výpočetní techniky a dodatečné dopisování dat do dokumentace*, viz tabulka 43.



## 6 Závěr

V naší diplomové práci jsme se zabývali problematikou elektronické dokumentace v ošetrovatelské praxi. V dnešní době, kdy se rychle rozvíjejí informační technologie, nastal i v ošetrovatelské praxi přirozený a postupný přechod k elektronické podobě dokumentování dat v ošetrovatelství. Již mnoho zdravotnických zařízení v České republice elektronické vedení ošetrovatelské dokumentace využívá a v dalších se jeho brzké zavedení předpokládá. Je proto potřebné, aby sestry, jakož to hlavní uživatel tohoto softwaru, získaly alespoň základní informace o této nové metodě dokumentování.

Cílem naší práce bylo 1: Zmapovat postupy a metody tvorby elektronické ošetrovatelské dokumentace z pohledu sester. 2: Zjistit, zda jsou v elektronické ošetrovatelské dokumentaci zaznamenány jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. 3: Zjistit, zda je v elektronické ošetrovatelské dokumentaci využita taxonomie. 4: Zjistit, jaký ošetrovatelský model se stal podkladem pro přípravu ošetrovatelské anamnézy. 5: Zjistit, zda se sestry aktivně zapojují do přípravy podkladů k elektronické ošetrovatelské dokumentaci.

Na počátku našeho výzkumu jsme pro dosažení cílů stanovili čtyři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Obsahuje elektronická ošetrovatelská dokumentace všechny fáze ošetrovatelského procesu (anamnézu, diagnostiku, plán, vyhodnocení)? Výzkumná otázka 2: Je ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého pacienta? Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky (křížkování x doplňování)? Výzkumná otázka 3: Který ošetrovatelský model se stal podkladem pro ošetrovatelskou anamnézu elektronické ošetrovatelské dokumentace? Výzkumná otázka 4: Mohou se sestry aktivně zapojovat do přípravy elektronické ošetrovatelské dokumentace? Všechny naše výzkumné otázky jsou zodpovězeny. Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovili tyto hypotézy:

H1: Elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, která vychází z koncepčního modelu autorky Marjory Gordonové.

H2: Sestrám je nabízena spolupráce při tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace.

H3: Každá ošetrovatelská dokumentace má vlastní taxonomickou část.

H4: Elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje všechny fáze ošetrovatelského procesu.

Domníváme se, že by výsledky práce mohly přispět k usnadnění rozhodování sester manažerek, zda elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci ve svých nemocnicích zavést či nikoliv, čímž by výsledky práce přispěly k rozšíření elektronické ošetrovatelské dokumentace v nemocnicích po celé České republice.

Pro ošetrovatelskou praxi navrhujeme a doporučujeme, aby hlavní sestry nabízely svým řadovým sestřám možnost spolupracovat při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace ve svých nemocnicích, jelikož z výsledků výzkumu je zřejmý zájem sester zapojit se do vývoje této dokumentace. Proto je důležité dát těmto sestřám prostor a možnost ke spolupráci. Dále pobízíme řadové sestry, aby se při nabídnutí spolupráce zapojovaly do tvorby této dokumentace, jelikož jak výsledky ukazují, sestry, které se aktivně zapojily do tvorby, jsou více spokojeni s touto dokumentací a lépe se jim s ní pracuje.

## 7 Seznam použité literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A.- SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní péče*. Hradec Králové: Nukleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BERGER, J. *Informatika v klinické praxi pro lékaře a klinické biology*. Praha: Grada Publishing, 1993. 424 s. ISBN 80-85623-78-1.
4. BOSÁKOVÁ, D. et al. *Elektronický podpis*. Anag, 2002. 144 s. ISBN 80-7263-125-x.
5. BRŮHA, D. *Obsah a způsob vedení zdravotnické dokumentace a právo nahlížet do ní* [on line]. c2004, poslední aktualizace neuvědlena [cit. 2008-09-24]. Dostupné z: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/03\\_2004/dokumentace.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/03_2004/dokumentace.html)
6. BURIÁNEK J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde Praha, 2005. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.
7. CURTIS, CH. *Electronic health records. Nursing evaluation of electronic documentation systems* [on line]. c2007, poslední revize neuvědlena [cit. 2008-10-15]. Dostupné z: [http://healthfieldmedicare.suite101.com/article.cfm/electronic\\_health\\_records](http://healthfieldmedicare.suite101.com/article.cfm/electronic_health_records)
8. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [on line]. c2008, poslední revize neuvědlena [cit. 2008-10-20]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

9. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvo - teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
10. HEGER, L. et al. Stav budování informačních systémů ve velkých nemocnicích. *Zdravotnictví v České republice*. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s vydavatelstvím ST: 1999, roč.1, č.2, s. 27-30. ISSN 1213-6050.
11. HERMANOVÁ, - M. DYNÁKOVÁ, Š. *Ošetrovatelská dokumentace v elektronické podobě*. Vědecká konference doktorandů – sekce II
12. HERMANOVÁ, Marie. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.6, s. 11-12. ISSN 1210-0404.
13. HOLUSEK, J. *Softwarové vedení ošetrovatelské dokumentace* [on line]. poslední revize neuvedena [cit. 2008-10-15]. Dostupné z:  
<[http://www.iresoft.cz/files/products/cygnus/PR\\_Halousek1.pdf](http://www.iresoft.cz/files/products/cygnus/PR_Halousek1.pdf) >
14. ICZ. *Zdravotnictví* [on line]. poslední revize neuvedena [cit. 2009-01-13]. Dostupné z: <<http://www.icz.cz/co-delame/odvetvi/zdravotnictvi/>>
15. KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
16. KÝČEK, M. Nemocniční informační systémy. Kvalita v informačních systémech ve zdravotnictví. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2008. 76 s., 5 s. příloha. Vedoucí diplomové práce Ing. Ladislav Beránek CSc.

17. MACHÁČKOVÁ, E. *Vliv auditu ošetrovatelské dokumentace na kvalitu vedení ošetrovatelské dokumentace*. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2007. 86 s., 47 s. příloha. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová.
18. MAREČKOVÁ, Jana. Archivace zdravotnické dokumentace. *Zdravotnické noviny*. Praha : Mladá fronta 2008, roč. 57, č.23, s.29. ISSN 0044-1996.
19. MAREČKOVÁ, J. *Nanda –International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotně sociální fakulta. 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
20. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
21. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. Systémový přístup*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2005.187 s. ISBN 80-246-0429-9.
22. MIČUDOVÁ, Erna – KOCOURKOVÁ, Jitka. Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému . *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 3, s. 25. ISSN 1210-0404.
23. Nemocnice Sušice. *Koncepce ošetrovatelství* [on line]. Copyright neuvedeno, poslední aktualizace neuvedena [cit. 2008-10-28]. Dostupné z: <http://nemocnice.susice.net/oset/koncepce.pdf>
24. PÁTKOVÁ, Dana. Elektronická ošetrovatelská dokumentace – úspora času ošetrovatelského personálu. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 9-10. ISSN 1210-0404.
25. PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

26. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1. Koncepce českého ošetřovatelství, základní terminologie. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
27. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
28. ROZSYPALOVÁ, M - STAŇKOVÁ, M. *Ošetřovatelství I/2*. Praha: Informatorium, 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8.
29. SIKOROVÁ, N. *Využití ošetřovatelské dokumentace - komparace ČR a Belgie*. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství, 2008. 124 s., 24 s. příloha. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná.
30. ŠPULDA, D. et al. *Zdravotnická informatika*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2007. 194 s. ISBN 978-80-249-1378-9.
31. STAŇKOVÁ M. *České ošetřovatelství 3. Jak zavést ošetřovatelský do praxe.. Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
32. STAPRO. *Klinický informační systém staproAKORD 2009* [on line]. poslední revize neuvedena [cit. 2008-12-10]. Dostupné z: <<http://www.stapro.cz/data/files/pl-staproakord-cz-screen.pdf>>
33. ŠTVERÁK, J. *Zdravotnická dokumentace a ochrana osobních údajů v konfrontaci s prací*. Městská nemocnice v Litoměřicích, 2001. 20 s., 5 s. příloh. Vedoucí práce JUDr. Jitka Stolínová, CSc.

34. TĚŠINOVÁ, Jolana. Vedení zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2007, roč. 11, č. 3-4, s. 14-16. ISSN 1211-6432.
35. TOMEK, V. Ošetrovatelská dokumentace. *Florenc*. Praha: Galén 2007, roč. 3, č. 5, s. 238-239. ISSN 1801-464X.
36. TÓTHOVÁ, Valérie - KOTASKOVÁ, Lenka. Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. *Florenc*. Praha: Galén 2007, roč. 3, č.10, s. 425. ISSN 1801-464X.
37. VĚSTNÍK MZ ČR částka 9, ročník 2004. Koncepce ošetrovatelství.
38. VONDRÁČEK, L. - LUDVÍK, M. - NOVÁKOVÁ J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
39. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
40. VONDRÁČEK L. - KURZOVÁ H. *Zdravotnické právo. Pro praxi a posluchače lékařských fakult*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. 142 s. ISBN- 80-246-0531-7.
41. VONDRÁČEK, L. – WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
42. VÖRÖSOVÁ, G.a kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-8063-242-7.

43. DOSTÁL, O. Elektronická zdravotnická dokumentace – základní podmínky a způsoby jejího vedení. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2007, roč. 11, č. 10, s. 17-18. ISSN 1211-6432.
44. ZÁMEČNÍK, J. *Přehled firem nabízejících NIS v ČR (stav v roce 2008 – březen* [online]. c2003-2009, poslední aktualizace nevedena [cit. 2008-10-10]. Dostupné z: <<http://www.medinfo.cz/oblasti/informacni-systemy/is/firmy-nabizejici-nis.php>>
45. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci
46. Vyhláška č. 366/2001 Sb., o upřesnění podmínek stanovených § 6 a 17 zákona o elektronickém podpisu a o upřesnění požadavků na nástroje elektronického podpisu a o upřesnění požadavků na nástroje elektronického podpisu
47. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
48. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
49. Zákon č. 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu
50. Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu



## **8 Klíčová slova**

Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Modul

Nemocniční informační systém

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelství

## **9 Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh:***

Příloha 1 – Polostandardizovaný rozhovor

Příloha 2 – Strukturovaný rozhovor

Příloha 3 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici Jihlava, p.o.

Příloha 4 – Sesterská dokumentace – příjem pacienta

Příloha 5 – Manuál k sesterské ošetrovatelské dokumentaci AmisH2000

Příloha 6 – Vygenerování ošetrovatelské diagnózy

Příloha 7 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace ve FN Plzeň

Příloha 8 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici České Budějovice,  
a.s.

Příloha 9 – Zaznamenávání ošetrovatelské diagnózy

Příloha 10 – Kasuistika respondenta č. 1

Příloha 11 – Kasuistika respondenta č. 2

Příloha 12 – Kasuistika respondenta č. 3

Příloha 13 – Kasuistika respondenta č. 4

## Příloha 1 – Polostandardizovaný rozhovor

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se elektronické ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici. Odpovědi bych s Vaším souhlasem zaznamenávala na diktafon, který mám před sebou.

Identifikační blok:

Název nemocnice:

Hlavní otázky:

1. Víte o možnosti elektronického zpracování ošetrovatelské dokumentace?
2. Kde jste získal/a informace o této možnosti zpracování ošetrovatelské dokumentace?
  - semináře, konference,...
  - při návštěvě jiné nemocnice
  - od firmy nabízející NIS
  - jiné
3. Víte přibližně od kdy je ve Vaší nemocnici zavedena elektronická ošetrovatelská dokumentace?
4. Je elektronická ošetrovatelská dokumentace zavedena v celé nemocnici?
5. S jakou firmou spolupracujete?
6. Proč se Vaše nemocnice rozhodla pro spolupráci právě s touto firmou?
7. Zapojily se aktivně sestry do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
8. Jakým způsobem se sestry zapojily do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
  - dávaly připomínky
  - zapojily se řadové sestry
  - zapojily se staniční sestry

- zapojily se vrchní sestry
  - jiné
9. Zapojili se do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace i jiné osoby?
10. Na kolika oddělení probíhala pilotáž elektronické ošetrovatelské dokumentace?
11. Které komponenty obsahuje Váš program elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- ošetrovatelskou anamnézu
  - ošetrovatelský plán
  - realizaci ošetrovatelského plánu
  - denní záznamy
  - sesterskou propouštěcí /překladovou zprávu
  - doplňující formuláře
12. Jsou komponenty ošetrovatelské dokumentace kompatibilní s lékařskou dokumentací?
- Pokud ano, jak se kompatibilita projevuje?
  - Pokud ne, z jakého důvodu?
13. Podle jaké taxonomie jsou zaznamenávány ošetrovatelské diagnózy?
- taxonomie I
  - taxonomie II
  - vlastním způsobem
14. Je ošetrovatelská taxonomie součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta?
15. Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky?
- označením
  - doplňování

- jiným způsobem

16. Jaký model je využit pro přípravu ošetrovatelské anamnézy?

17. Jaké fáze ošetrovatelského procesu jsou součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace?

- anamnéza
- diagnostika
- plánování
- vyhodnocení

18. Jaké náležitosti obsahuje Vaše elektronická zdravotnická (ošetrovatelská) dokumentace?

- název zdravotnického zařízení, jeho sídlo, název oddělení nebo stanice
- identifikační údaje klienta
- jméno, příjmení, titul a podpis zdravotnického pracovníka, který zápis do dokumentace provedl
- jméno, příjmení, adresu místa trvalého pobytu a telefonní číslo osoby, které je možné sdělit informace o zdravotním stavu klienta
- datum provedení zápisu do dokumentace
- datum a čas přijetí klienta do ústavní péče, ukončení ústavní péče, přeložení klienta do jiného zdravotnického zařízení nebo na jiné oddělení jednoho zdravotnického zařízení, úmrtí klienta
- pokud klient odmítne zdravotní péči obsahuje dokumentace datum, čas a důvod odmítnutí.
- elektronický podpis (pokud není, jak máte vyřešen podpis v dokumentaci)?
- ošetrovatelskou anamnézu
- zhodnocení zdravotního stavu klienta
- posouzení potřeb klienta pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu

- ošetřovatelský plán
  - datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče
  - postupy poskytování ošetřovatelské péče
  - ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu
19. Považujete elektronickou ošetřovatelskou dokumentaci za přínos pro práci sester?
20. Jaká pozitiva vidíte v zavedení elektronické ošetřovatelské dokumentaci?

Děkuji Vám za spolupráci a přeji krásný den

## Příloha 2 – Strukturovaný rozhovor

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se elektronické ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici. Odpovědi budu zaznamenávat do připraveného archu, který mám před sebou.

Název oddělení/kliniky .....

1. Jak se Vám pracuje s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?

- velmi dobře
- dobře
- špatně
- velmi špatně

2. Vyhovuje Vám elektronická ošetrovatelská dokumentace v praxi více než tištěná ošetrovatelská dokumentace?

- ano
- ne
- nevím

3. Jakým způsobem jste se dozvěděly o zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici?

- semináře
- intranet
- jiné.....

4. Byla Vám nabídnuta možnost podílet se na tvorbě elektronické dokumentace?

- ano
- ne

5. Zapojila jste se aktivně do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- ano
- ne
6. Jakým způsobem jste se zapojila do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- korekce formou připomínek
- návrh požadavků na obsah dokumentace
- jiné.....
7. Byla nabídnuta sestřám možnost podílet se na tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- ano
- ne
8. Zapojily se Vaše sestry aktivně do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- ano
- ne
9. Jakým způsobem se Vaše sestry zapojily do vývoje elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- korekce formou připomínek
- návrh požadavků na obsah dokumentace
- jiné.....
10. Pokud by Vám byla nabídnuta spolupráce pro tvorbu elektronické ošetrovatelské dokumentace, zapojila byste se?
- ano
- ne



11. Probíhala na Vašem oddělení zkušební studie elektronické ošetrovatelské dokumentace?
- ano
  - ne
12. Které komponenty obsahuje Vaše elektronická ošetrovatelská dokumentace?
- ošetrovatelská anamnéza
  - ošetrovatelský plán
  - realizace ošetrovatelského plánu
  - denní záznamy
  - sesterská propouštěcí/překladová zpráva
  - doplňující formuláře (pokud ano, jaké)?.....
  - .....
13. Podle jaké taxonomie jsou zaznamenávány ošetrovatelské diagnózy ve Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentaci?
- taxonomie I
  - taxonomie II
  - vlastním způsobem
14. Jakým způsobem je tvořen záznam ošetrovatelské diagnostiky ve Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentaci?
- označením
  - doplněním
  - jiným způsobem .....
15. Jaký model je využit pro přípravu ošetrovatelské anamnézy ve Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentaci?
- Majory Gordonová

- Virginie Hendersonová
- Dorothea E. Oremová
- Ida Jean Organdová
- Callisty Roy
- jiné.....

16. Jaké z nabízených fází jsou součástí Vaší elektronické ošetrovatelské dokumentace?

- anamnéza
- diagnostika
- plánování
- vyhodnocení

17. Provádíte ošetrovatelskou taxonomii v elektronické ošetrovatelské dokumentaci u každého klienta?

- ano
- ne
- nevím

18. Máte vytvořený ošetrovatelský standard pro vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace?

- ano
- ne
- nevím

19. Byl problém ze strany lékařů přijmout elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?

- ano, v čem.....
- ne.....

20. Považujete zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace za přínos pro Vaší práci?

- ano, v čem.....
- ne, v čem.....

21. Jaká pozitiva vidíte v zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace?

- úspora času
- efektivnost
- nemožnost oprav či mazání dat
- možnost jednoduchého nahlédnutí do historických dat
- čitelná úprava záznamů
- kontinuální kontrola poskytované péče
- žádné
- jiné.....

22. Jaké překážky vidíte v práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací oproti tištěné ošetrovatelské dokumentaci?

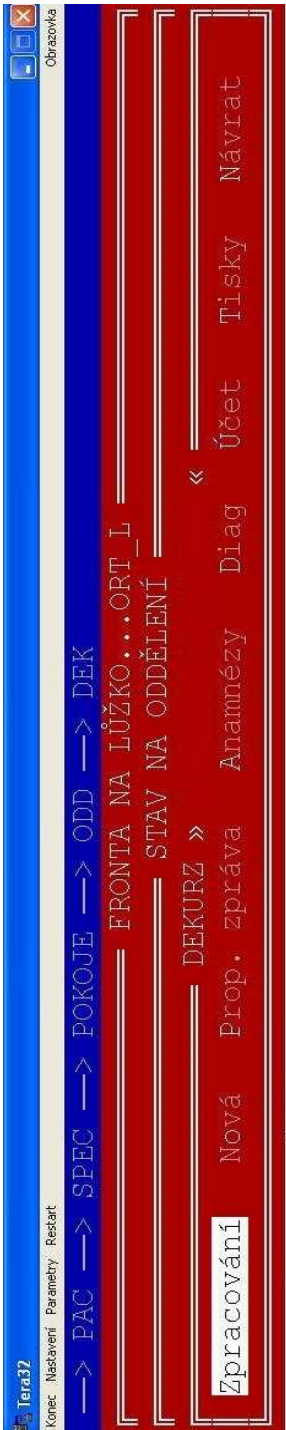
- finanční nákladnost
- nutnost výpočetní techniky
- časová náročnost zadávání dat
- nutnost znalosti práce s výpočetní technikou
- žádné
- jiné.....

23. Jste spokojen/a se zavedením elektronické ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení?

- ano, v čem.....
- ne, v čem.....

Děkuji Vám za spolupráci a přeji krásný den

Příloha 3 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici Jihlava, p.o



Teraz37  
Konec Nastavení Parametry Restat  
—> PAC —> SPEC —> POKOJE —> ODD —> DEK —> DEK  
FRONTA NA LŮŽKO...ORT\_L  
STAV NA ODDELENÍ  
DEKURZ »  
Zpracování Nová Prop. zpráva Anamnézy Diag Účet Tisky Návrat

Datum pořízení	Nadpis
03.06.2009 08:44	Sesterská dokumentace
03.06.2009 08:44	Ošetrovatelský proces
03.06.2009 08:44	Edukační protokol
03.06.2009 08:44	Anamnéza
03.06.2009 08:44	Status praesens
03.06.2009 08:44	Informovaný souhlas
03.06.2009 08:44	Diagnostická rozvaha (přijímací diagnózy), léčebný plán, výko
05.06.2009 08:36	Epikriza

text vybrané zprávy Alt+E, M, P

Zdroj: Nemocnice Jihlava, p.o

Příloha 4 – Sesterská dokumentace – příjem pacienta

Sesterská dokumentace - příjem pacienta

<b>1. Smyslové vnímání</b> ■ <b>Komunikace</b> beze změny <input type="checkbox"/> nerozumí mluvenému slovu <input type="checkbox"/> nerozumí psanému slovu <input type="checkbox"/> jazyková bariéra <input type="checkbox"/> odmítá komunikovat <input type="checkbox"/>		<b>■ Ůch</b> beze změny <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/> ■ <b>Chut'</b> beze změny <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>		<b>4. Bolest</b> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> ● <b>charakter</b> tupá <input type="checkbox"/> řezavá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> bodavá, svíravá <input type="checkbox"/> prudká s narůstající intenzitou <input type="checkbox"/> fantomová <input type="checkbox"/> ● <b>lokalizace</b> hlava <input type="checkbox"/> krk, krční páteř <input type="checkbox"/> PHK <input type="checkbox"/> LHK <input type="checkbox"/> bederní páteř <input type="checkbox"/> břicho <input type="checkbox"/> PDK <input type="checkbox"/> LDK <input type="checkbox"/> neurčitá lokalizace <input type="checkbox"/> jiná bolest <input type="checkbox"/> ● <b>Intenzita</b> hodnota (stupnice) <input type="checkbox"/> ● <b>ovlivnění</b> analgetika <input type="checkbox"/> úlevová poloha <input type="checkbox"/> teplo, chlad <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/>	
<b>2. Psychický stav</b> klidný <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> pláčivý <input type="checkbox"/> úzkostný <input type="checkbox"/> ● <b>deorientace</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> ● <b>stav vědomí</b> při plném vědomí <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> ● <b>minimální test</b> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		<b>■ puls - kvalita</b> plný <input type="checkbox"/> tvrdý <input type="checkbox"/> nitkovitý <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> nepravidelný - anýmie <input type="checkbox"/> <b>■ Dýchání</b> zrychlené <input type="checkbox"/> zpomalené <input type="checkbox"/> námahová dušnost <input type="checkbox"/> klidová dušnost <input type="checkbox"/> apnoické pauly <input type="checkbox"/> ● <b>hloubka</b> hluboké <input type="checkbox"/> mělké <input type="checkbox"/> povrchní, opatrné <input type="checkbox"/> asymetrické <input type="checkbox"/> ● <b>charakter</b> tvrdé <input type="checkbox"/> chrčivé, piskoty, vzroly <input type="checkbox"/> dechová tíseň <input type="checkbox"/>		<b>5. Stav výživy</b> dieta <input type="checkbox"/> ● <b>nutriční doplňky</b> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké <input type="checkbox"/> ● <b>zubní protéza</b> ne <input type="checkbox"/> horní snímatelná <input type="checkbox"/> dolní snímatelná <input type="checkbox"/>	
<b>3. Fyziologické funkce</b> ■ <b>Tělesná teplota</b> tělesná teplota (naměřená) <input type="checkbox"/> ● tělesná teplota - stav třesavka <input type="checkbox"/> zimnice <input type="checkbox"/> ■ <b>Puls - frekvence</b> puls -/min <input type="checkbox"/> ■ <b>Krevní tlak</b> hodnota mmHg <input type="checkbox"/>		<b>■ Kašel</b> produktivní <input type="checkbox"/> neproduktivní <input type="checkbox"/> suchý <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> ● <b>sputum</b> hlenové <input type="checkbox"/> hlenové - hnisavé <input type="checkbox"/> hnisavé <input type="checkbox"/> žlutozelené <input type="checkbox"/> narůžovělé <input type="checkbox"/> krvavé <input type="checkbox"/> zapáchající <input type="checkbox"/>		<b>6. Stav výživy</b> dieta <input type="checkbox"/> ● <b>nutriční doplňky</b> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké <input type="checkbox"/> ● <b>zubní protéza</b> ne <input type="checkbox"/> horní snímatelná <input type="checkbox"/> dolní snímatelná <input type="checkbox"/>	
<b>■ Zrak</b> beze změny <input type="checkbox"/> pálení, řezání <input type="checkbox"/> svízení <input type="checkbox"/> krvácení, sekrece <input type="checkbox"/> ● <b>aplikace léků do očí</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> jaké <input type="checkbox"/> ● <b>kompensační pomůcky</b> ne <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> kontaktní čočky <input type="checkbox"/> oční protéza <input type="checkbox"/> <b>■ Sluch</b> beze změny <input type="checkbox"/> hluchota <input type="checkbox"/> nedoslýchavost vlevo <input type="checkbox"/> nedoslýchavost vpravo <input type="checkbox"/> hučení <input type="checkbox"/> krvácení, sekrece <input type="checkbox"/> ● <b>kompensační pomůcky</b> ne <input type="checkbox"/> naslouchadlo pravé <input type="checkbox"/> naslouchadlo levé <input type="checkbox"/> <b>■ Hmat</b> beze změny <input type="checkbox"/> mravenčení <input type="checkbox"/> brnění <input type="checkbox"/>		<b>■ Krevní tlak</b> hodnota mmHg <input type="checkbox"/>		<b>■ Krevní tlak</b> hodnota mmHg <input type="checkbox"/>	

<b>• denní příjem tekutin</b> nic p.o. <input type="checkbox"/> 0.5l - 1l <input type="checkbox"/> 1.5l - 2l <input type="checkbox"/> 2.5l a více <input type="checkbox"/> <b>• denní příjem stravy</b> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 30% - 75% <input type="checkbox"/> 0% - 25% <input type="checkbox"/>		<b>• barva, příměsy</b> hnědá <input type="checkbox"/> černá <input type="checkbox"/> žlutá <input type="checkbox"/> acholická <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> voda <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> zbytky stravy <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <b>• další obtíže související s defekací</b> bolest při defekaci <input type="checkbox"/> ↑ plynatost, nadýmání <input type="checkbox"/> křeče <input type="checkbox"/> hemeroidy <input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/>		<b>8. Střevník</b> pravidelný <input type="checkbox"/> nepravidelný <input type="checkbox"/> potíže usnout <input type="checkbox"/> buzení v noci <input type="checkbox"/> buzení nad rámem <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <b>• medikace</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>		<b>• Žilní vstupy</b> <b>• periferní žilní vstup: ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> datum zavedení: <b>• centrální žilní vstup: ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> datum zavedení: datum převazu:	
<b>• Výška, váha</b> výška [cm] současná váha [kg] dřívější váha [kg]		<b>9. Kůže</b> <b>kožní změny ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> * akné - lokalizace * erytém - lokalizace * exantém - lokalizace * fisura - lokalizace * hematóm - lokalizace * jizva - lokalizace * krusta - lokalizace * nektóza - lokalizace * odřenina - lokalizace * oper. rána - lokalizace * opuzenina - lokalizace * popálenina - lokalizace * puchýře - lokalizace * otoky - lokalizace <b>• drěny ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> pasivní - lokalizace aktivní - lokalizace spádový - lokalizace <b>• barva kůže</b> bílá <input type="checkbox"/> zarudlá <input type="checkbox"/> žlutá <input type="checkbox"/> cyanotická <input type="checkbox"/> <b>• turgor</b> přiměřený <input type="checkbox"/> nepřiměřený <input type="checkbox"/> <b>• dehydr. ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> lokalizace		<b>10. Alergie, ano</b> <input type="checkbox"/> <b>ne</b> <input type="checkbox"/> na jídlo: na léky: jiné:		<b>11. Sociální situace</b> <b>• bydlení</b> s rodinou <input type="checkbox"/> osamocen <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> sociální ústav <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> <b>• kontakt s rodinou</b> dobrý <input type="checkbox"/> nedostatečný <input type="checkbox"/> komu podávat informace jméno: vztah: adresa: telefon: <b>• nedostatek informací</b> důvod přijetí <input type="checkbox"/> stravování <input type="checkbox"/> pohybovém režimu <input type="checkbox"/> vyšetřeních <input type="checkbox"/> léčbě <input type="checkbox"/> předoper.připravě <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <b>• nebyl (a) jsem seznámen (a)</b> s právy nemocného <input type="checkbox"/> s domácími řádem <input type="checkbox"/> se službami nemocnice <input type="checkbox"/>	
<b>6. Vyprazdňování stolice</b> 1 x denně <input type="checkbox"/> 2 x denně <input type="checkbox"/> vícekrát denně <input type="checkbox"/> 1 x za 2 až 3 dny <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> poslední <input type="checkbox"/> <b>• konzistence</b> tuhá <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> tuhá <input type="checkbox"/> měkká <input type="checkbox"/> řídká <input type="checkbox"/> vodnatá <input type="checkbox"/> <b>• prořimadla</b> ne <input type="checkbox"/> denně <input type="checkbox"/> 1 x za 2 dny <input type="checkbox"/> 1 až 2 x za týden <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> druh <input type="checkbox"/> <b>• inkontinence</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> <b>• stomie ne</b> <input type="checkbox"/> <b>ano</b> <input type="checkbox"/>		<b>7. Vyprazdňování moče</b> způsob spontánní <input type="checkbox"/> rezistence <input type="checkbox"/> <b>• noční močení</b> ne <input type="checkbox"/> ano + frekvence <b>• barva a příměsy</b> světlá <input type="checkbox"/> tmavá <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> hlen <input type="checkbox"/> <b>• PMK</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> datum zavedení <input type="checkbox"/> číslo <input type="checkbox"/> materiál <input type="checkbox"/> <b>• další obtíže související s mikcí</b> bolest <input type="checkbox"/> pálení, řezání <input type="checkbox"/> časté nucení <input type="checkbox"/> <b>• inkontinence</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> <b>• stomie ne</b> <input type="checkbox"/> <b>ano</b> <input type="checkbox"/> <b>• menstruace</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> naposled: <b>• hormonální antikoncepce</b> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>		<b>12. Sociální situace</b> <b>• bydlení</b> s rodinou <input type="checkbox"/> osamocen <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> sociální ústav <input type="checkbox"/> bezdomovec <input type="checkbox"/> <b>• kontakt s rodinou</b> dobrý <input type="checkbox"/> nedostatečný <input type="checkbox"/> komu podávat informace jméno: vztah: adresa: telefon: <b>• nedostatek informací</b> důvod přijetí <input type="checkbox"/> stravování <input type="checkbox"/> pohybovém režimu <input type="checkbox"/> vyšetřeních <input type="checkbox"/> léčbě <input type="checkbox"/> předoper.připravě <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> <b>• nebyl (a) jsem seznámen (a)</b> s právy nemocného <input type="checkbox"/> s domácími řádem <input type="checkbox"/> se službami nemocnice <input type="checkbox"/>			

Zdroj: FN Brno

## Manuál k sesterské ošetrovatelské dokumentaci AmisH2000

- zadat jméno a heslo
- ze seznamu označit pacienta, s kterým chceme pracovat( řádek se zamodří) a kliknout **OŠETR.DOK.**
- kliknout **NOVÝ DOTAZNÍK**
- vyplnit všechny kolonky formou označení nebo dopsání: např. hodnoty FF, datumy...
- po vyplnění celého dotazníku kliknout **ULOŽIT** a **GENEROVAT**
- na dotaz Chcete vygenerovat plán oš. péče – kliknout **ANO**
- ještě jednou projít celý vyplněný dotazník, kde už budou vygenerované diagnózy a doplnit z možností kolonky **Z DŮVODU**  
**PROJEVUJÍCÍ SE**
- tam, kde nejsou možnosti doplnění, nechat políčko nevyplněné
- po doplnění celého dotazníku kliknout **ULOŽIT** a **GENEROVAT**
- na dotaz Chcete vygenerovat plán oš. péče – kliknout **ANO**
- na dotaz Budou přegenerovány všechny diagnózy – kliknout **ANO**
- kliknout **NÁVRAT** a **ANAMNÉZA**
- zobrazí se vygenerované diagnózy v číselném pořadí

### **DIAGNÓZY**

- tady lze libovolně smazat, upravit, dopsat dle potřeby chybějící kolonky **Z DŮVODU** a **PROJEVUJÍCÍ SE**, změnit pořadí diagnózy. Je však nutné po každé jakékoliv úpravě diagnózy kliknout v řádku do kolonky **KONTROLA**( případně dopsat např. denně, atd'...) pak do kolonky ukončení a kliknout **ULOŽIT**
- je možné odstranit i celý řádek s diagnózou- kliknout pravým tlačítkem na nechtěný řádek-  
**SMAZAT ŘÁDEK** – a potvrdit levým tlačítkem
- je možné i vytvořit nový řádek pro diagnózu – kliknout pravým tlačítkem do prostoru  
– **VLOŽIT NOVÝ** – a potvrdit levým tlačítkem

### **CÍL**

- do této kolonky program cíle negeneruje, je nutno dopsat a kliknout **ULOŽIT**

### **PLÁN PÉČE**

- pokud program nevygeneruje příslušný plán je nutno dopsat a kliknout **ULOŽIT**

### **TISK PLÁNU OŠ.PÉČE**

Po upravení celého plánu péče kliknout **TISK- PLÁN OŠ.PÉČE** – OsPlanGxml – tisk a vytiskne se celý plán péče

### **TISK ANAMNÉZY**

- vrátit se zpátky na seznam kliknutím **NÁVRAT**- kliknout **OŠ.DOK.** – kliknout **OŠ.ANAMN.**- kliknout **TISK**

**UZAVŘENÍ DOTAZNÍKU** - je nutností pro možnost vytvoření nového dotazníku při změně

- kliknout **UZAVŘÍT** – na dotaz Chcete vygenerovat plán oš.péče kliknout **NE**

## Příloha 6 – Vygenerování ošetřovatelské diagnózy

### Příklad zadané ošetřovatelské anamnézy a následně vygenerované ošetřovatelské diagnózy:

Položky z oblasti bolesti:

#### **Bolest**

ne

lokalizace

hlava

krk, krční páteř

pravá horní končetina

levá horní končetina

hrudník, hrudní páteř

**bederní páteř**

břicho

pravá dolní končetina

levá dolní končetina

neurčitá lokalizace

jiné zadat

Charakter

akutní

**tupá**

řezavá

vystřelující

bodavá

svíravá

prudká s narůstající intenzitou

fantomová

chronická

tupá



řezavá  
vystřelující  
bodavá  
svíravá  
prudká s narůstající intenzitou  
fantomová

V oblasti bolest byla tedy vybrána tato kombinace:

Bolest – bederní páteř – akutní – tupá

Následuje výběr z předdefinovaných důvodů a projevů:

Z důvodu

onemocnění pohybového aparátu

**úrazu**

invazivního zákroku

zánětu

spazmu hladkého svalstva

Projevující se

**slovním vyjádřením bolesti**

změnou chování

antalgickou polohou

vegetativními reakcemi

zúžením vjemů

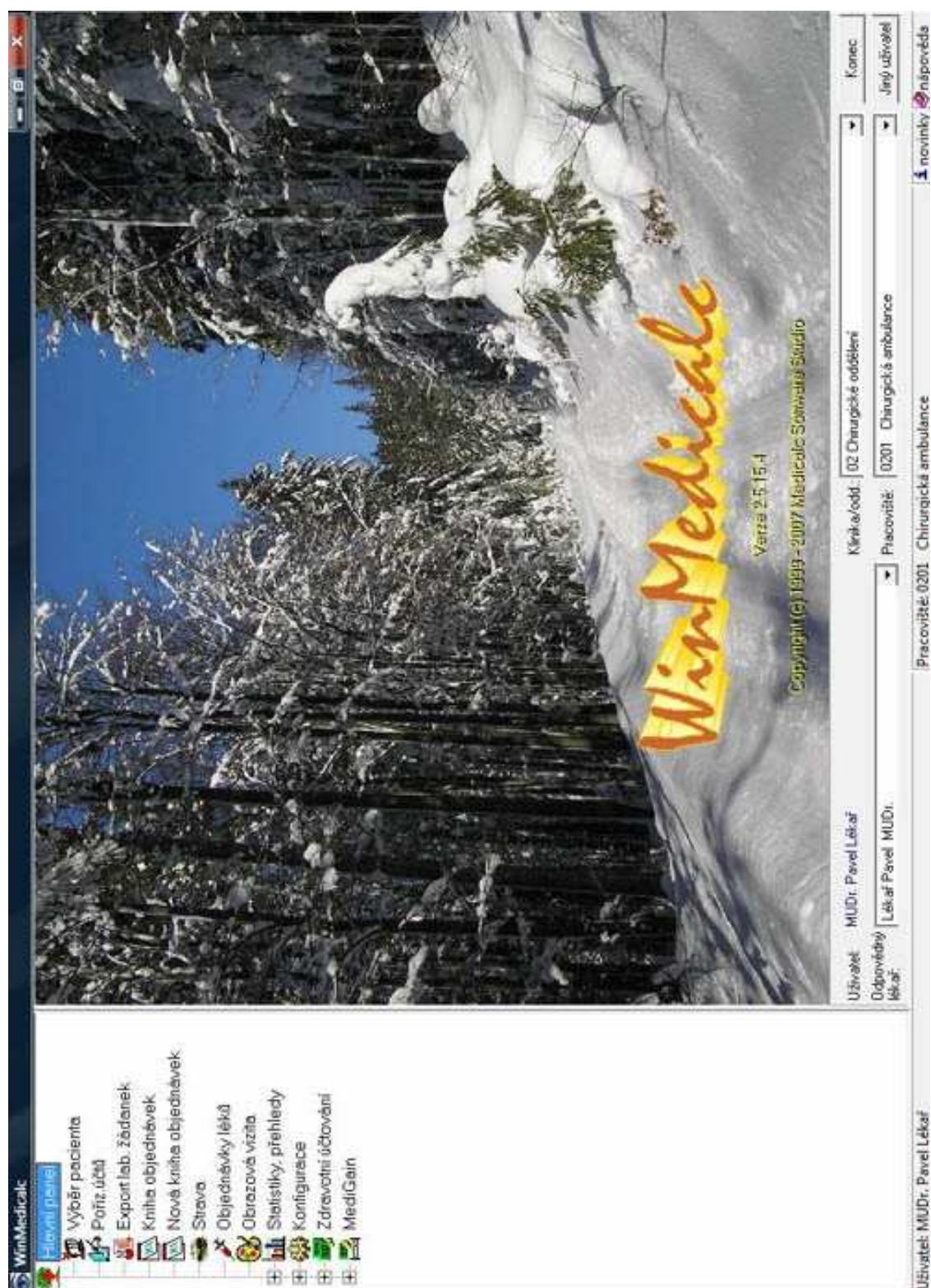
strachem

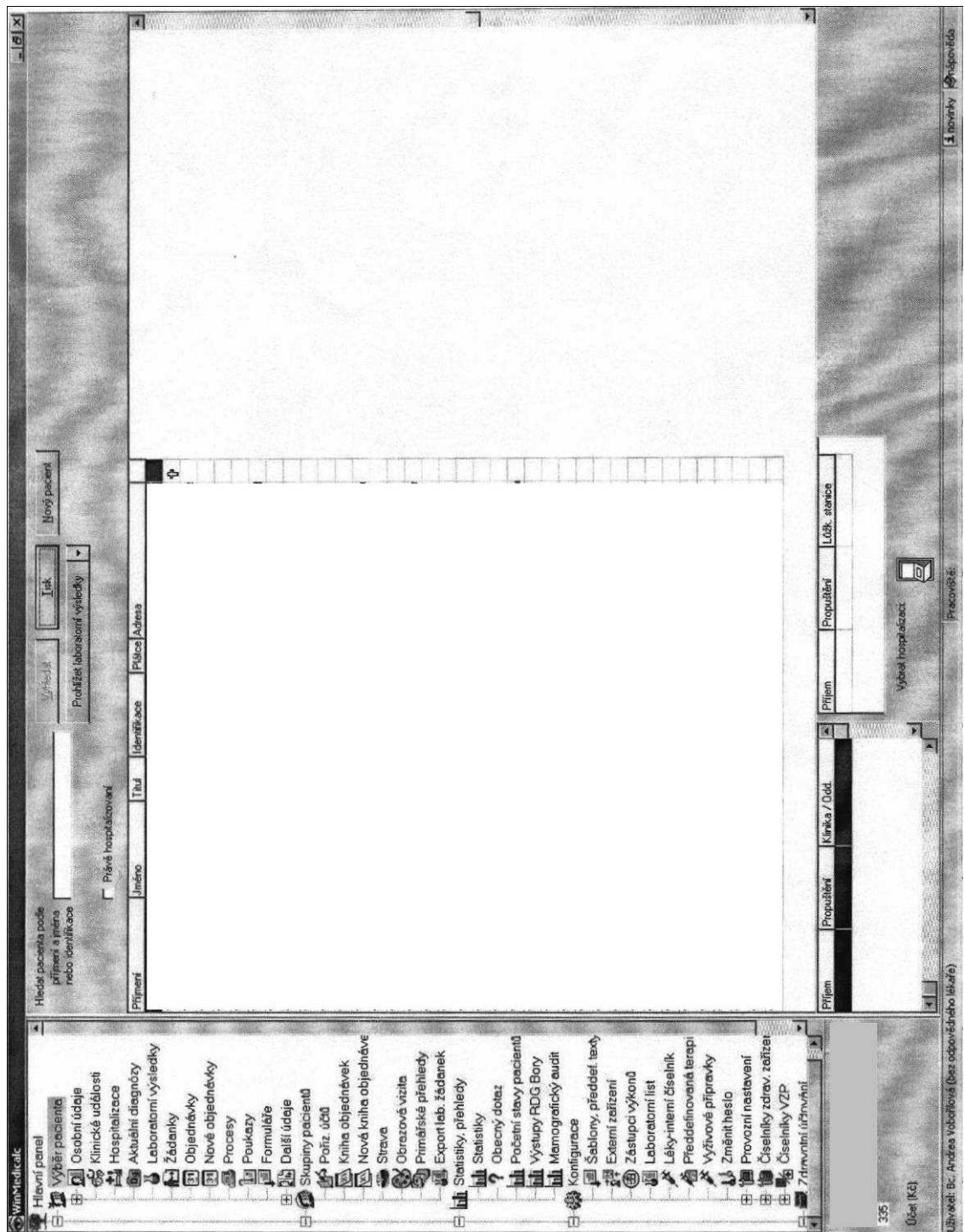
Výsledná OD přenesená do ošetřovatelského plánu tedy bude:

**Akutní bolest tupá bederní páteře z důvodu úrazu projevující se slovním vyjádřením bolesti.**

Zdroj: FN Brno

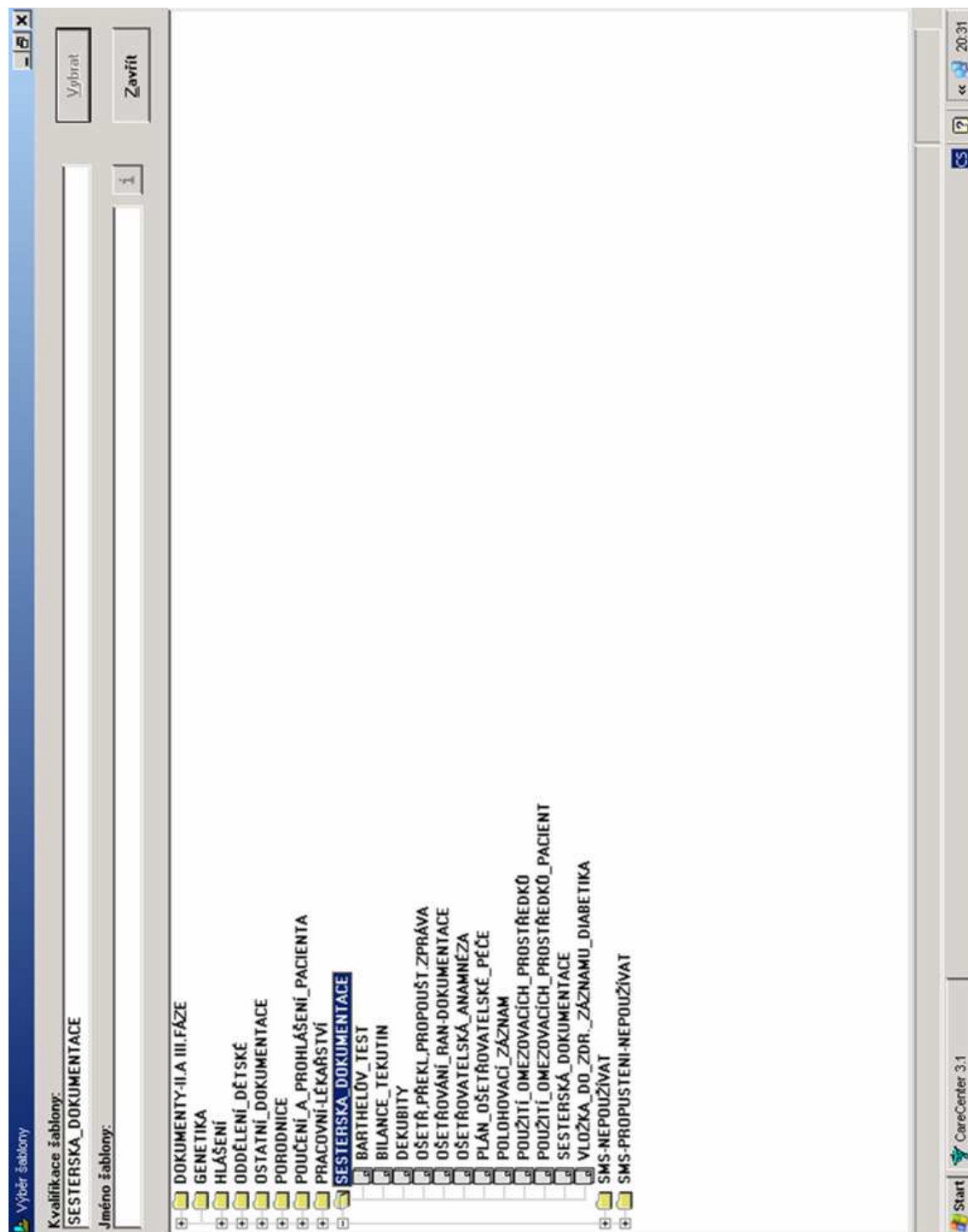
Příloha 7 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace ve FN Plzeň





Zdroj: FN Plzeň

Příloha 8 – Elektronická ošetrovatelská dokumentace v Nemocnici České Budějovice,  
a.s.



Zdroj: Nemocnice ČB, a.s.

Příloha 9 – Zaznamenávání ošetrovatelské diagnózy

č.00132	Oš.diagnóza *Akutní bolest		
	Standard oš.péče č. 001 Aplikace a manipulace s opiáty		
	Standard oš.péče č. 015 Podávání léků		
	Standard oš.péče č. 041 Bolest		
	*Standard oš.péče č.		
Stanovil dne:	V souvislosti s:	ošetrovatelský cíl:	intervence:
Podpis:	*onemocněním *operačním výkonem *zraňujícími činiteli (biologické,chemické, fyzikální,psychologické) *jiné.....	*nemocný má zmírněnou bolest na nejnížší možnou míru *nemocný nemá bolest *nemocný klidně spi * nemocný zná metody jak bolest zmírnit *jiné.....	*zjistí lokalizaci, charakter,častost bolesti *zhodnot' intenzitu bolesti (VAS),proved' záznam *doporuč úlevovou polohu *aplikuj teplo/chlad *podávej analgetika dle ordinace lékaře *sleduj vedlejší účinky léků *prováděj kontrolu bolesti po provedené intervenci *informuj ihned lékaře při vzniku bolesti jiného typu *jiné.....
	Hodnocení oš. plánu:		
Ukončil dne:			
Podpis:			

Zdroj: Nemocnice ČB, a.s.

## Příloha 10 – Kazuistika respondenta č. 1

Respondent č. 1 je žena a je hlavní sestrou vybrané nemocnice. Jak respondentka vysvětluje, v jejich nemocnici začali uvažovat o zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace na základě informací, které respondentka získala na různých seminářích a konferencích, kterých se účastnila, a také na základě informací, které jí a vedení nemocnice poskytla firma nabízející NIS. Tato dokumentace byla zavedena v celé nemocnici v roce 2005 a do současné doby na ní pracuje tým lidí.

Firma HiComp, a.s., se kterou nemocnice spolupracuje, byla podle respondentky vybrána vedením nemocnice již v době, kdy nemocnice přecházela na nemocniční informační systém jako takový, a jelikož bylo vedení nemocnice s touto firmou spokojeno, rozhodli se, že při zavádění elektronické ošetrovatelské nemocnice budou pokračovat s touto firmou.

Respondentka uvádí, že při tvorbě elektronické ošetrovatelské dokumentace byla sestřám nabídnuta spolupráce a sestry tuto možnost využily. Aktivně se zapojily sestry z většiny oddělení nemocnice. Sestry vytvořily tým, který spolupracoval s vedením nemocnice a to různými připomínkami na obsah dokumentace, tvořily ošetrovatelské diagnózy apod. V době, kdy probíhala zkušební doba dokumentace na traumatologii a chirurgii, sestry z těchto oddělení dále dávaly různé připomínky a nové poznatky. V týmu podle respondentky spolupracovaly vrchní, staniční, řadové sestry, ale i manažerka kvality a právník, který podle vyjádření respondentky dohlížel na to, aby dokumentace splňovala legislativní rámec. Tento tým spolupracoval jak s vedením nemocnice, tak s programátorem, který dané požadavky sester a ostatních osob podílejících se při tvorbě ošetrovatelské dokumentace vkládal do programu. Podle respondentky nemocnice v současné době pracuje na nové verzi elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Jak uvádí respondentka, elektronická ošetrovatelská dokumentace v její nemocnici obsahuje v současné době ošetrovatelskou anamnézu, jejíž podklad vychází z koncepčního modelu dle Marjory Gordonové, dále dokumentace obsahuje ošetrovatelský plán, realizaci ošetrovatelského plánu, denní záznamy, sesterskou

propouštěcí/překládovou zprávu a různé doplňující formuláře, jako je Barthelův test základních všedních činností nebo edukační protokol.

Za velmi důležité považovala respondentka, aby elektronická ošetrovatelská dokumentace navazovala na lékařskou elektronickou dokumentaci. Tato dokumentace je podle vyjádření respondentky jednotná pro lékaře i nelékaře a obě dokumentace jsou v jednom nemocničním systému s tím, že je zde různý stupeň přístupu, který závisí na kompetencích jednotlivých zdravotnických pracovníků. Do celé dokumentace má přístup lékař. Sestra má pouze přístup do ošetrovatelské dokumentace a do určité části lékařské dokumentace. Všechny jednotlivé vstupy do systému jsou hlídány.

Ošetrovatelské diagnózy jsou podle vyjádření respondentky zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace vlastním způsobem, sestry se podle respondentky neřídí žádnou taxonomií. Toto zaznamenávání ošetrovatelských diagnóz je součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta.

Záznam ošetrovatelské diagnostiky je dle respondentky tvořen dvojitým způsobem. Sestry získané informace od klientů v ošetrovatelské dokumentaci buď označí v příslušné kolonce, pokud jsou již předepsány, nebo získané informace do dokumentace doplní.

Elektronická ošetrovatelská dokumentace podle respondentky obsahuje všechny fáze ošetrovatelského procesu, jako je anamnestika, diagnostika, plán péče a hodnocení.

Náležitosti, které obsahuje ošetrovatelská dokumentace v její nemocnici jsou shodné pro celý nemocniční informační systém. Jde především o datum, čas, název zdravotnického zařízení, název oddělení/stanice, identifikační údaje pacienta. Některé z uvedených náležitostí nejsou podle vyjádření respondentky vidět. Objeví se až při tisku. V současné době vedení nemocnice řeší s firmou zavedení elektronického podpisu. Doposud se musela veškerá dokumentace vytisknout a ručně podepsat.

Respondentka jednoznačně vidí přínos v zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace, považuje ji za přehlednou, odpovídající legislativnímu rámci a poskytuje kontinuální kontrolu poskytnuté péče.

## Příloha 11 – Kazuistika respondenta č. 2

Respondent č. 2 je žena a je hlavní sestrou vybrané nemocnice. Informace o této nové ošetrovatelské dokumentaci respondentka získala na různých seminářích a konferencích.

Na základě informací o této dokumentaci se rozhodlo vedení nemocnice pro její zavedení. Respondentka dále vysvětluje, že tato elektronická ošetrovatelská dokumentace byla vytvořena jako grantový projekt. Žádost o grant podala respondentka osobně a ministerskou grantovou komisí byla schválena.

Jak uvádí respondentka, sestry z jednotlivých pracovišť pracují s touto ošetrovatelskou dokumentací od roku 2006, kdy grantový projekt skončil. Tato dokumentace zatím není zavedena v celé nemocnici, jelikož ošetrovatelská dokumentace byla tvořena v programu AMIS\*H a nyní se postupně přechází na vyšší stupeň nemocničního informačního systému – MPA.

Nemocnice spolupracuje s firmou ICZ. a.s.. Podle respondentky byla tato firma vybrána vedením nemocnice už dříve pro celý NIS a ošetrovatelská dokumentace navazuje na tento systém, pouze byl dopracován modul elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Podle vyjádření respondentky na vývoji dokumentace spolupracoval tým šesti lidí. Tým tvořili jak vrchní, staniční a řadové sestry nemocnice, tak lidé z Lékařské fakulty Katedry ošetrovatelství. Důvodem byl fakt, že dokumentace byla tvořena tak, aby navazovala na to, co se studenti učí na fakultách a byla podle nejnovějších poznatků vědy. Sestry měly určitou vizi, jak by dokumentace měla vypadat. Podle různých připomínek sester z dvou pracovišť, kde probíhala pilotáž dokumentace, co v dokumentaci sestry chtějí a jak se jim s dokumentací pracuje, postupně vznikala ošetrovatelská dokumentace. Programátor korigoval představy sester v souladu s technickými možnostmi programu. Tento program je dle respondentky naprogramován tak, že se jakékoliv věci dají obsahově i funkčně změnit.

Respondentka vyjmenovává jednotlivé komponenty, které její elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje. Jde především o ošetrovatelskou anamnézu,



kteřá pouze vychází koncepčního modelu Marjory Gordonové, ošetřovatelský plán a doplňující formuláře. Dále respondentka vysvětluje princip ošetřovatelské dokumentace, kdy základem je vstupní rozhovor s pacientem, který se zaznamenává do elektronického Příjmu pacienta (vstupního hodnocení). Tento příjem pacienta obsahuje následující oblasti zaměřené na fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby klienta: tělesná soběstačnost, vyprazdňování moče, vyprazdňování stolice, psychický stav, bolest, spánek, kůže, fyziologické funkce, menstruace, smyslové vnímání, stav výživy, alergie, sociální situace. Každá z těchto oblastí obsahuje dále seznam sledovaných položek a obsahuje hodnotu, kterou lze vybrat z předdefinovaného seznamu nebo zadat přímo. V této části jsou zpracovány jednotlivé testy (Barthelův test základních všedních činností, MINI MENTAL test, Riziko pádu, Výživový test, Rozšířená stupnice Nortonové), a tím jak sestry označí získané informace od klienta, tak systém automaticky z těchto informací vygeneruje ošetřovatelské diagnózy. Sestra pouze stanoví ošetřovatelský cíl a příslušné ošetřovatelské diagnózy.

Respondentka tvrdí, že hlavní cíl grantového projektu bylo vytvořit kvalitní a přehlednou ošetřovatelskou dokumentaci pro klienty v elektronické podobě pro potřeby standardních lůžkových pracovišť. Zařadit ji do prostředí AMIS\*H společně s lékařskou dokumentací a tím zajistit jednotnost a přehlednost celé dokumentace vedené o nemocných v nemocničním informačním prostředí. Dále respondentka popisuje, jakým způsobem jsou hlídány jednotlivé vstupy do dokumentace. Tyto vstupy podle respondentky jsou ošetřeny tak, že každému ošetřovatelskému pracovníkovi je přiděleno přístupové heslo a kód. Tudíž se dá zpětně zjistit, který pracovník do dokumentace vstoupil a kdy tam vstoupil.

V ošetřovatelské dokumentaci jsou ošetřovatelské diagnózy tvořeny podle taxonomie I, i když je tento program připraven na číselník ošetřovatelských diagnóz, tak zatím do programu nebyl vložen, jelikož respondentka má pocit, že sestry s číselníkem pracovat neumí. Na rozdíl od lékařských diagnóz, ošetřovatelský číselník diagnóz zatím zažitý není. Zaznamenávání jednotlivých ošetřovatelských diagnóz je součástí elektronické ošetřovatelské dokumentace u každého klienta.

Dále respondentka vysvětluje způsob zaznamenávání jednotlivých záznamů v dokumentaci. Některé záznamy jsou podle respondenty označeny zbarvením a některé záznamy jsou doplňovány. Jde například o dekubity, kdy sestra označí v dokumentaci stupeň a doplní pouze místo vzniku dekubitu.

Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou podle vyjádření respondentky fáze ošetrovatelského procesu jako anamnestika, diagnostika a plánování. Vyhodnocení je zatím podle respondentky v tištěné podobě.

Náležitosti, které obsahuje ošetrovatelská dokumentace, jsou shodné pro celý nemocniční informační systém. Jde především o datum, čas, název zdravotnického zařízení, název oddělení/stanice, identifikační údaje klienta. Některé komponenty nemusí být vidět, objeví se až při tisku. Veškerá dokumentace musí být vytištěna a ručně podepsána, jelikož v nemocnici není zaveden elektronický podpis pro jeho přísné podmínky v zavedení.

Respondentka řadí mezi pozitiva zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace především úsporu času pro sestry, její efektivnost, kontinuální kontrolu kvality ošetrovatelské péče a zpřehlednění informací v dokumentaci. A přínosná bude pro práci sester pouze tehdy, jestliže se s ní sestry naučí pracovat a na jednotlivých pracovištích bude dostatek výpočetní techniky. Jelikož v současné době je jeden až dva počítače na oddělení a při příjmu více klientů najednou musí sestry informace od nich psát na tištěný formulář a tyto údaje pak přepsat do elektronické ošetrovatelské dokumentace.

## Příloha 12 – Kazuistika respondenta č. 3

Respondent č. 3 je žena a je hlavní sestrou vybrané nemocnice. Respondentka uvádí, že začátky elektronické ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici byly už v roce 2000 a od roku 2004 se její tvorbě věnují intenzivně. V současné době je 50-60 % pracovišť, která využívají elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci a paralelně s ní pracují sestry i s písemnou ošetrovatelskou dokumentací. Tudíž sestry pracují částečně s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací a papírovou dokumentací.

První informace o elektronické ošetrovatelské dokumentaci získala respondentka na seminářích a konferencích, kterých se účastnila, ale také při pracovní návštěvě ve Švýcarské nemocnici. Tato elektronická ošetrovatelská dokumentace se stala jakýmsi vzorem pro jejich elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci.

Nemocnice spolupracuje s firmou Medicalc, respondentka uvádí, že tato firma byla vybrána vedením nemocnice už dříve pro celý NIS. Všechny základní dokumenty a vzhled formulářů si vytvořily sestry sami a programátor tyto dokumenty vložil do programu. Podle respondentky na vývoji elektronické ošetrovatelské dokumentace spolupracoval tým tvořený vrchními, staničními, řadovými sestrami nemocnice, ale také mentorkami a nejvíce se zapojilo Centrum řízení kvality, které pomohlo implementovat elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci do praxe. Podle různých připomínek jednotlivých sester z šesti vybraných pracovišť, kde probíhala pilotáž dokumentace, postupně vznikala nová elektronická ošetrovatelská dokumentace.

Podle respondentky její elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje následující komponenty: ošetrovatelskou anamnézu, jejíž podklad byl vytvořen na základě Švýcarského modelu, dále pak dokumentace obsahuje ošetrovatelský plán, realizaci ošetrovatelského plánu, denní záznamy, sesterskou překladovou/propouštěcí zprávu a doplňující formuláře jako jsou Mimořádné události (dekubity, pády).

Kompatibilita elektronické ošetrovatelské dokumentace s elektronickou lékařskou dokumentací se projevuje dle respondentky tím, že obě zmiňované dokumentace jsou v jednom nemocničním systému a aby nemohla neoprávněná osoba vstoupit do tohoto systému, je každému zdravotnickému pracovníkovi přidělen kód

a heslo, podle kterého lze dohledat, jaký pracovník do dokumentace vstoupil a kdy tam vstoupil. Každé pracoviště má specificky upravenou ošetrovatelskou dokumentaci tak, aby nejvíce vyhovovala jeho potřebám. Do této dokumentace má přístup pouze zdravotnický pracovník daného pracoviště s tím, že lékař může nahlížet do všech částí dokumentace a sestra může nahlížet pouze do některých částí dokumentace, jako jsou ošetrovatelská anamnéza, diagnostika, základní formuláře apod.

Ošetrovatelské diagnózy v elektronické ošetrovatelské dokumentaci jsou dle respondentky tvořeny vlastním způsobem. Tyto ošetrovatelské diagnózy tvoří tzv. seznam ošetrovatelských diagnóz, kdy sestra pouze otevře tento seznam a vybere si příslušnou ošetrovatelskou diagnózu. Zaznamenávání jednotlivých ošetrovatelských diagnóz je podle respondentky součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace u každého klienta.

Sestry zaznamenávají ošetrovatelskou diagnostiku dvojitým způsobem. Sestra rozklikne příslušnou ikonu a potřebné informace od klientů označí nebo informace doplní.

Součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace jsou dle respondentky všechny fáze ošetrovatelského procesu. Na některých pracovištích zatím v tištěné podobě, avšak v současné době se intenzivně pracuje na tom, aby elektronická ošetrovatelská dokumentace byla co nejdříve zavedena v celé nemocnici.

Co se týče náležitostí, které obsahuje ošetrovatelská dokumentace, jsou stejné pro celý nemocniční informační systém. Některé náležitosti nemusí být v počítači vidět, ale při tisku se tyto náležitosti jako je datum, čas, název zdravotnického zařízení, název oddělení/stanice a identifikační údaje pacienta vytisknou. Avšak podle respondentky jejich nemocniční systém neobsahuje elektronický podpis, pro jeho velmi přísné podmínky, tudíž veškerá dokumentace musí být vytištěna a ručně podepsána.

Respondentka považuje elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za přínos pro práci sester, ale určitě bude více efektivní, až bude zavedena v celé nemocnici. Už v současné době je velmi pozitivně vnímána sestrami, které s ní pracují, tím, že jim především šetří čas.

#### Příloha 13 – Kazuistika respondenta č. 4

Respondent č. 4 je žena a je hlavní sestrou vybrané nemocnice. Respondentka uvádí, že elektronická ošetrovatelská dokumentace v jejich nemocnici vznikla na základě obrovského technického rozvoje, kdy tato technická revoluce nebude na nikoho čekat. Proto se rozhodli přejít z papírového zaznamenávání dat na elektronické zaznamenávání. Dále podle respondentky bude přechod na elektronickou dokumentaci přínosný z hlediska archivace, jelikož data uložena v této dokumentaci budou na CD a tudíž kdykoliv k dispozici a nebude zapotřebí je archivovat jako v současné době.

Informace o této nové metodě zaznamenávání údajů o klientovi získala respondentka v rámci seminářů a konferencí, kterých se účastní v rámci profesního rozvoje.

Elektronická ošetrovatelská dokumentace se začala tvořit v roce 2006 v několika fázích. Nejprve byla nutnost zabezpečit oddělení dostatkem počítačů, dále proškolit zdravotnické pracovníky, aby se naučili s tímto programem pracovat a poslední fází bylo přidělení kódu. Do dnešní doby se neustále do ošetrovatelské dokumentace vkládají nové informace a formuláře tak, aby mohla být co nejdříve spuštěna. V současné době sestry zatím pracují s písemnou ošetrovatelskou dokumentací podle standardu č. 052.

Nemocnice spolupracuje s firmou SMS, spol. s.r.o., (NIS CLINICOM) S touto firmou spolupracují již tři roky, kdy tato firma vyhrála výběrové řízení, jelikož splňovala podmínky stanovené vedením nemocnice. Jak popisuje respondentka, na vývoji dokumentace spolupracoval tým, který tvořily jak vrchní, staniční sestry, tak i sociální pracovníce a lidé z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty, Katedry ošetrovatelství.

Respondentka vysvětluje, jak se sestry dozvěděly o elektronické ošetrovatelské dokumentaci. Pilotáž na vybraných odděleních neprobíhala, sestry se o této nové dokumentaci dozvěděly ze semináře, který organizovalo vedení nemocnice. Přednášeli

zde vyučující z Jihočeské univerzity a také respondentka osobně, kdy hlavním tématem semináře byl ošetrovatelský proces v NANDA doménách.

Podle vyjádření respondentky její elektronická ošetrovatelská dokumentace obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, která vychází z koncepčního modelu Marjory Gordonové, ošetrovatelský plán, realizaci ošetrovatelského plánu, denní záznamy, sesterskou překladovou/propouštěcí zprávu a doplňující formuláře. Dále respondentka vysvětluje, že elektronická ošetrovatelská dokumentace zatím neobsahuje kompletní informace, které stanovují standardy akreditační komise. Jelikož v současné době se nemocnice připravuje na akreditaci. V současné době se připravuje číselník diagnóz, který podle vyjádření respondentky rozpracovala podle Marečkové do praktické formy. Každá ošetrovatelská diagnóza bude mít rozpracovaný postup bude obsahovat ošetrovatelský cíl, intervence, hodnocení ošetrovatelského plánu, den ukončení, datum, a podpis zdravotnického pracovníka. Sestra pouze klikne na číslo, rozvine se jí ošetrovatelská diagnóza a ona pouze zaškrtně nebo dle potřeby některé údaje doplní nebo vymaže. Jako doplňující formuláře obsahuje elektronická ošetrovatelská dokumentace Barthelův test základních všedních činností, Polohovací záznam, Bilanci tekutin, Použití omezovacích prostředků apod.

Komptabilitu elektronické ošetrovatelské dokumentace s lékařskou dokumentací respondentka popisuje tak, že obě jsou v jednom systému a ošetrovatelská dokumentace z NIS čerpá data. Celý NIS má oddiferenciovaný přístup podle kompetencí jednotlivých pracovníků. Sestry mají přístup pouze k určité části dokumentace, lékař má možnost kdykoliv nahlédnout do celé lékařské dokumentace klienta. Dále respondentka vysvětluje, jakým způsobem jsou hlídány jednotlivé vstupy do dokumentace. Tyto vstupy jsou podle respondentky ošetřeny tak, že každému ošetrovatelskému pracovníkovi je přiděleno přístupové heslo a kód. Tudíž se dá zpětně zjistit, který pracovník do dokumentace vstoupil, kdy tam vstoupil, jaké informace napsal apod. Tyto informace nelze zpětně dopsat, vymazat nebo přeškrtnat, proto tato ošetrovatelská elektronická dokumentace slouží i jako kontrola poskytované péče.

Připravované ošetrovatelské diagnózy budou tvořeny podle taxonomie II. Zaznamenávání jednotlivých ošetrovatelských diagnóz bude součástí elektronické

ošetřovatelské dokumentace u každého klienta. Dále respondentka popisuje způsob zaznamenávání jednotlivých záznamů do dokumentace. Některé záznamy budou podle respondentky označeny různým označením a některé záznamy budou doplňovány.

Součástí ošetřovatelské dokumentace budou fáze ošetřovatelského procesu jako anamnestika, diagnostika, plánování a hodnocení. Ošetřovatelská anamnéza je zatím jediná z fází, která je v současné době dokončena a vložena do programu elektronické ošetřovatelské dokumentace. Na zbývajících fázích se intenzivně pracuje, aby ošetřovatelská dokumentace byla co nejdříve dokončena a mohla se co nejdříve spustit.

Náležitosti, které obsahuje elektronická ošetřovatelská dokumentace jsou shodné pro celý nemocniční informační systém. Jde o datum, čas, název zdravotnického zařízení, název oddělení/stanice, identifikační údaje pacienta. Jelikož v nemocnici není zaveden elektronický podpis, pro jeho velmi přísné podmínky, veškerá dokumentace musí být vytištěna a ručně podepsána.

V zavedení elektronické ošetřovatelské dokumentaci vidí naše respondentka budoucnost pro lepší přístupnost k informacím a jejich zpřehlednění, dále pro kontinuální kontrolu kvality ošetřovatelské péče, zpřehlednění informací v dokumentaci, a také proto, že vložená data nelze vymazat a přeškrtnat.