

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Elektronická versus písemná forma ošetrovatelské dokumentace – názory a preference sester
Bakalářská práce

PhDr. Andrea Hudáčková

Petra Nováková

2012

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou dokumentací v elektronické a písemné podobě. Ošetrovatelská dokumentace je součástí dokumentace zdravotnické a týkají se jí stejná pravidla jako u zdravotnické dokumentace. Je to záznam o sestřerských činnostech, které jsou prováděny u pacienta. Obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, hodnocení péče u pacienta, záznam o stavu pacienta, propouštěcí a překladovou zprávu a další složky, jako jsou škály bolesti, Barthelův index, Glasgow coma scale, záznam o dekubitech, o příjmu a výdeji tekutin, monitorace vitálních funkcí, Nortonová stupnice či záznam o ošetření ran. Pro kvalitní péči o pacienta je velmi důležité vést jednotnou ošetrovatelskou dokumentaci. V bakalářské práci byly stanoveny čtyři cíle. Prvním bylo zjistit názory sester na jednotlivé formy ošetrovatelské dokumentace. Za druhé odhalit, jaký druh ošetrovatelské dokumentace sestry upřednostňují, zda-li je to ošetrovatelská dokumentace písemná nebo elektronická. Třetím cílem bylo definovat, jakou formu ošetrovatelské dokumentace využívají dotázaná zdravotnická zařízení. A poslední cíl zahrnul, zda vznikly nějaké problémy při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace. Pro splnění těchto cílů byly osloveny respondentky ze dvou zdravotnických zařízení. Sedm respondentek odpovídalo na otázky při individuálních rozhovorech v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích a stejný počet respondentek individuálně odpovídalo na kladené otázky v Nemocnici České Budějovice a.s. Kvalitativní sběr dat spočíval v individuálnosti jednotlivých rozhovorů s respondentkami. Po zpracování výsledků vyšlo najevo, že respondentky z Domova pro seniory Máj vyjadřují naprostou spokojenost s ošetrovatelskou dokumentací v elektronické podobě. Dotázané respondentky z Nemocnice v Českých Budějovicích preferují písemnou ošetrovatelskou dokumentaci, která by však dle jejich mínění potřebovala úpravy. Některé z nich přiznávají zájem o vyzkoušení ošetrovatelské dokumentace v elektronické podobě. Výsledky bakalářské práce ukazují na rozdílné názory respondentek v oblasti ošetrovatelské dokumentace. Zjištěné závěry z výzkumu by se mohly stát klíčovými při rozhodování o zavedení nové či zlepšování již zaběhlé ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnických zařízeních.

Abstract

This bachelor thesis deals with nursing documentation in electronic and paper forms. Nursing documentation is a part of medical documentation and it is regulated by the same rules. It consists of records about nursing activities performed in respect to the patient. It also contains nursing case history, evaluation of the care of the patient, records about the patient's condition, discharge and relocation reports and other documents, such as pain scales, Barthel index, Glasgow coma scale, records on bedsores, intake and excretion of liquids, monitoring of vital functions, Norton scale or records about wound treatment. To ensure a quality care of a patient it is very important to keep uniform nursing documentation. The bachelor thesis had four objectives. The first objective was to survey nurses' opinions of individual types of nursing documentation. The second objective was to find out which type of nursing documentation is preferred by nurses and whether they prefer nursing documentation in paper or electronic form. The third objective was to define the form of nursing documentation used by the surveyed medical facilities. The last objective was to identify problems encountered in the course of introduction of electronic nursing documentation. To achieve those objectives I approached respondents from two medical facilities. Seven respondents answered questions in one-to-one interviews in the retirement home Máj in České Budějovice and the same number of respondents answered questions in one-to-one interviews in the Hospital České Budějovice a.s. The collection of qualitative data consisted in the individual nature of the interviews with the respondents. After the processing the data have shown that respondents from the retirement home Máj expressed their complete satisfaction with the nursing documentation in electronic form. The respondents from the Hospital in České Budějovice preferred nursing documentation on paper, however, they believed that the documentation should be modified. Some of them were interested in trying nursing documentation in electronic form. The results of the bachelor thesis have shown different opinions of the nursing documentation among the respondents. The conclusions from the research may play a key role in decision-making about the

introduction of a new documentation or improvement of the already well-established nursing documentation in medical facilities.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Elektronická versus písemná forma ošetrovatelské dokumentace – názory a preference sester vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....
podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala paní doktorce Andree Hudáčkové za její nekonečné a velmi dobré rady, díky kterým jsem dokončila tuto bakalářskou práci.

Dále bych ráda dala poděkování mé korektorce a respondentům, kteří se ochotně zúčastnili mého výzkumu.

Velký dík patří také mé rodině, která mi dávala velkou psychickou podporu při psaní této bakalářské práce.

Obsah

Obsah	7
Úvod	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Ošetřovatelství	9
1.2 Cíle ošetřovatelství	10
1.3 Ošetřovatelská dokumentace	13
1.4 Obsah ošetřovatelské dokumentace	17
1.5 Fotodokumentace v ošetřovatelské péči	20
1.6 Elektronická ošetřovatelská dokumentace.....	23
1.7 Ochrana dat před ztrátou či poškození v NIS (nemocniční informační systém).....	25
1.8 Zákon 227/2007 Sb., o elektronické podpisu	28
2. Cíl práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3. Metodika	30
3.1 Metodika výzkumu	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. Výsledky.....	31
4.1 Rozhovory – Sestry domov pro seniory Máj	31
4.2 Rozhovory – Sestry Nemocnice České Budějovice a.s.	40
5. Diskuze	49
6. Závěr	55
7. Seznam použité literatury	56
8. Klíčová slova.....	59
9. Přílohy.....	59

Úvod

Ošetrovatelská dokumentace, ať už písemná či elektronická, se stává součástí dokumentace zdravotnické, do které mohou sestry, rehabilitační pracovníci a další personál nemocnice zaznamenávat veškeré údaje o poskytované péči, provedených výkonech či vyšetřeních pacienta.

V současnosti se v českých zdravotnických zařízeních pomalu rozvíjí elektronická dokumentace. Byl vytvořen software, jenž umožňuje přístup k informacím o pacientovi. Nabízí se tedy možnost připojení do elektronického archivu, ze kterého lze kopírovat data, jež zároveň mohou být použita jako důkazní materiál. V systému jsou obsaženy stejné údaje jako v písemné ošetrovatelské dokumentaci. Pod jménem příslušného pacienta se skrývá dokumentace s plánem ošetrovatelské péče, diagnózami, testy typu Barthelův index, Glasgow coma scale, nutriční screening, riziko pádů, riziko dekubitů, anamnézy, ale také standardy ošetrovatelské péče, překladové a propouštěcí zprávy. Tento program zaznamenává péči, která je poskytována pacientovi od přijetí do zdravotnického zařízení až po ukončení nemocniční péče.

Výhody v elektronické dokumentaci vidím zejména ve snižování chyb při záznamu informací o pacientovi, pravdivé údaje o jeho stavu, které nelze opakovaně opravovat, zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem, ušetření času, a tím i zkvalitnění poskytované péče pacientovi, uchování dat a čitelnost informací v elektronické podobě. Jeho užívání může zrychlit informační tok mezi jednotlivými stanicemi a odděleními v příslušném zařízení.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že se v posledních letech řeší, zda je lepší volit elektronickou či písemnou dokumentaci. Sama bych se také chtěla dozvědět, jakému typu dávají přednost zdravotní sestry v našich nemocnicích a nakolik jsou s ním spokojené.

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“. V současnosti se ošetřovatelství začíná utvářet jako věda, která sestře poskytne moudrost, ale i jako umění, které v ní rozvine cit, lásku, vlohy, vůli a schopnost pomáhat. (3)

I v době plného vědeckotechnického rozvoje je ošetřovatelství stále v počátcích svého rozmachu a snaží se si vytvořit svou vlastní podstatu ve formě koncepce, jejímž cílem je uspokojit potřeby člověka.

Ošetřovatelství lze pojmenovat jako „nauku o uspokojování potřeb jedinců a skupin vzhledem k jejich stavu zdraví a podmínkám prostředí“. Tato definice obsahuje nejen metaparadigmatické koncepce ošetřovatelství (osobu, zdraví, prostředí), ale i jeho integrující zaměření na uspokojování potřeb. „Ošetřovatelství je jednou z nejrozsáhlejších činností lidské společnosti“. „Zahrnuje velký rozsah a různý odborný stupeň činností. Úkoly současného ošetřovatelství si vyžadují vědecký přístup“. „Předmětem ošetřovatelství je zkoumat ošetřovatelskou péči o jednotlivce a skupiny, to je interakce a determinance mezi osobou, zdravím a prostředím, vzniklé z požadavků uspokojování potřeb“. (3)

„Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností, týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí a které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“. (6)

1.2 Cíle ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vede k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování cílů, zdravotnický personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a s jinými odbornými pracovníky. (22, str. 3)

Do cílů ošetrovatelství se zahrnuje pomoc jedinci, rodinám a komunitám „v dosahování tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a ekologickým prostředím,“. Učí člověka k péči o vlastní zdraví k prevenci onemocnění a ke snižování negativních vlivů na jeho tělo. Proto se zavedl do ošetrovatelské péče pojem ošetrovatelský proces. (15)

Ošetrovatelství se snaží podílet na navrácení zdraví a na zmírňování utrpení nemocného člověka, podílí se i na zajištění klidného umírání a smrti. Toto vše se snaží vést pomocí ošetrovatelského procesu (22, str. 3).

1.2.1 Ošetrovatelský proces

Pojem „ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat za základ ošetrovatelské péče.“ Jako jedna z prvních tento termín použila poprvé Hallová v roce 1955. (2, 7)

„Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. (8)„Ošetrovatelský proces vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech. (2)

Z hlediska teorie jde o systémovou a aplikovanou teorii na postupy, které řeší určité problémy s předem stanoveným cílem.

„Z hlediska praxe je ošetrovatelský proces metodou plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejím cílem je změnit zdravotní stav pacienta.“

„Ošetrovatelský proces je dnes mezinárodní standardem ošetrovatelské praxe.“ (7)

„Metodami ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných

činností, které ošetrovatelský personál v ošetrovatelství používá k hodnocení individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity“ (22, str. 5).

Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní péče a uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. „Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces“. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů i individuálních potřeb pacientů (22).

Výhodami ošetrovatelského procesu je pro pacienta plánovaná péče uspokojující potřeby jednotlivců, rodin, komunit a společnosti. „Výhodou ošetrovatelského procesu pro zdravotnický personál je důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělání, spokojenost v zaměstnání, odborný růst a vyhnutí se rozporu se zákonem“ (7).

1.2.2 Fáze ošetrovatelského procesu

„Metodou ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces. Je cyklický a má své určité fáze.“

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází – posuzování, diagnostikování, plánování, realizace a vyhodnocení.

U první fáze, posuzování, se hlavně jedná „o sběr informací o klientovi k následnému identifikování jeho ošetrovatelských problémů, jako jsou jeho bio-psycho-sociální potřeby“. „Posuzování zahrnuje sběr anamnestických údajů o pacientovi“. „Výsledkem první fáze posuzování je stanovení ošetrovatelských diagnóz“(13).

Ve druhé fázi – diagnostice – je důležité diferencovat objektivní projevy a vlastní interpretace, kritické myšlení, induktivní a deduktivní myšlení, seskupování informací, ověřování příznaků a vztahů, formulování a testování hypotéz a stanovování ošetrovatelských diagnóz (7). Probíhá zde identifikace aktuálních nebo potencionálních zdravotních problémů u pacienta (19).

U třetí fáze, kterou je plánování, hledáme silné a slabé stránky pacientovy osobnosti, řešíme problémy, zahrnujeme sem názory pacienta, stanovujeme cíle k ošetrovatelským diagnózám, vytyčujeme priority, vybíráme vhodné strategie péče

k dosažení cíle a také získáváme spolupráci pacienta a ostatních zdravotnických pracovníků.

Čtvrtou fází je realizace, do které zahrnujeme systematické pozorování, efektivní komunikaci, udržování vztahu, ochoty pomoci, nácvik péče o své tělo a zdraví, provádění psychomotorických cvičení, plnění role ochránkyně práv pacienta, poskytování rady pacientům a plnění ordinací lékaře.

Pátým krokem je vyhodnocení, v němž podstatnou roli obsazuje získání důležitých údajů a jejich srovnání s výslednými kritérii, vyvozování závěrů z dosažených cílů, reakce pacienta na ošetrovatelskou péči a zvažování možných ošetrovatelských činností a výsledných kritérií (7).

1.3 Ošetrovatelská dokumentace

Slovo dokumentovat znamená podle slovníku doložit, dokládat, potvrdit a potvrzovat, nebo tvořit dokumentaci (21).

„Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace, vedené o nemocném. Kvalitní ošetrovatelská dokumentace se stává nezbytnou složkou v ošetrovatelském procesu. „Význam ošetrovatelské dokumentace spočívá především ve zdroji informací o bio-psycho-sociálních potřebách pacientů, o cílech, kterých chceme při poskytování péče dosáhnout, v dokumentování poskytnuté ošetrovatelské péči a v hodnocení jejich výsledků. Kvalitní vedení a zpracovávání ošetrovatelské dokumentace slouží jako kontrola kvality ošetrovatelské péče.“

Ke smysluplnosti ošetrovatelské dokumentace je důležité, aby byla přehledná a přístupná všem, kteří poskytují pacientovi veškerou zdravotní péči (16).

O ošetrovatelské dokumentaci se mezi zdravotním personálem hovoří už dlouho. Pouze v českém právním řádu se donedávna slovo ošetrovatelská dokumentace nenalézalo. Změnu přinesla VoZD (Vyhláška o zdravotnické dokumentaci), která tento pojem zmiňuje a definuje. Základní pravidlo zní, že ošetrovatelská dokumentace je dokumentace zdravotnická.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace, platí pro ní stejná pravidla o zápisech, vedení, skartaci a přístupu k ní jak ze strany pacienta, tak ze strany dalších osob či orgánů (11).

Dokumentace se zpracovává proto, aby zdravotnický personál byl informován o aktuální stavu pacienta, který je v jejich zdravotnické a ošetrovatelské péči. Dále slouží pro statistické, vzdělávací, výzkumné a pedagogické účely. Dokumentace je předmětem kontroly o prováděné péči u pacienta. Údaje jsou základem pro koordinovanou činnost (5).

Od zdravotnické dokumentace se právem očekává, že bude vedena nejen v souladu s platnými předpisy, které její vedení upravují, ale že bude na patřičné výši i po stránce věcné, což znamená, že bude odborná na patřičné úrovni, a stránce formální (18).

„Zdravotnická dokumentace má být pravdivá, věcná a čitelná, pravidelně doplňovaná o aktuální změny, aby poskytovala dostatek informací, které jsou důležité pro zajištění kvalitní zdravotnické či ošetrovatelské péče“ (20).

Zdravotnická dokumentace obsahuje základní údaje o pacientovi, a to údaje anamnestické získané od pacienta, od jeho doprovodu či jiných zdravotnických pracovníků.

Dokumentace je způsob zachycení a uchovávání rozhodných skutečností, zaznamenaných na různých nosičích. Při poskytování zdravotní péče se vede zdravotnická dokumentace, která je v pravomoci lékařů, samostatně ošetrovatelská dokumentace a dokumentace provozní (10).

Dle zákona č. 372/2011 Sb. a vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, má zdravotnická dokumentace obsáhnout údaje o zdravotnickém zařízení, které poskytuje pacientovi nemocniční péči. V dokumentaci obsahuje jméno a příjmení poskytovatele péče, adresu a místo poskytování péče, adresu sídla a název oddělení. Dalšími údaji ve zdravotnické dokumentaci má být jméno a příjmení pacienta, datum jeho narození, rodné číslo, číslo pojištěnce a kód zdravotní pojišťovny, adresu trvalého pobytu na území České republiky a pohlaví pacienta. Dokumentace zachycuje také datum, čas, jméno, příjmení a razítko zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace. „Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje pracovní závěry a konečnou diagnózu, postup o dalším léčebném průběhu, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta, záznam o předepsání léčivých přípravcích včetně dávkování“. „Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou výsledky vyšetření, operační protokol a anesteziologický záznam. Zdravotnická dokumentace obsahuje dokumentaci ošetrovatelskou, jejíž součástí jsou záznamy o ošetrovatelské péči, „obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, různé diagnostické testy (viz. příloha 3, 4, 5), zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ošetrovatelský plán, ve kterém se uvádí popis ošetrovatelského problému či stanovení ošetrovatelských diagnóz“.

Do ošetrovatelské dokumentace se uvádí i „předpoklady ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamů o jejich provedení a poučení pacienta“. Nadále se do

dokumentace uvádí „hodnocení ošetrovatelské péče a změny v ošetrovatelském plánu. V dokumentaci se uvádí i ošetrovatelská propouštěcí a překládová zpráva“ (29,32).

Ošetrovatelská dokumentace slouží k zajištění kontinuity poskytované ošetrovatelské péče, tj. k předávání informací v týmu, který péči poskytuje. Dále slouží jako doklad, že ošetrovatelská péče byla poskytována dle ordinace a byla správná vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta. Slouží také jako podkladový materiál pro vědu a výzkum, zejména v ošetrovatelské péči; vždy musí mít datum, vhodné je uvedení času, kdy byl záznam pořízen (10).

Za kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci odpovídá zdravotní sestra, která do dokumentace provedla nějaký zápis. Její nadřízené, staniční a vrchní sestra, mají za povinnost pravidelně úroveň ošetrovatelské dokumentace kontrolovat a hodnotit.

„Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví z roku 2004, částka 9, je jako metodické opatření vydána Koncepce ošetrovatelství, kde je definovaná ošetrovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace“.

Od 1. 7. 2001 nabyt účinnost zákon č. 260/2001 Sb. V § 67 a) b) uvádí povinnosti zdravotnického zařízení při vedení zdravotnické dokumentace. Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester, porodních asistentek a sester komunitní péče. Dobré vedení ošetrovatelské dokumentace pomáhá chránit pacienty tím, že bude zajišťovat standard ošetrovatelské péče, její kontinuitu a lepší komunikaci při předávání informací mezi členy všeoborového zdravotnického personálu. Nabízí také přesný popis plánu ošetrovatelské a poskytované péče nebo umožnění včas vyhledávat problémy, jako je například změna stavu pacienta.

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka. Naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení.

„Neexistuje metoda ani šablona pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Nejlepší ošetrovatelská dokumentace je taková, která vzniká na základě konzultací a diskusí, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem“.

„Organizace, zaměstnávající profesionálními pracovníky, kteří vedou dokumentaci, jsou právními vlastníky dokumentace. To ale neznamená, že jakýkoli pracovník organizace má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informací. Povinností sester je chránit důvěrnost dokumentace pacienta na základě zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, jenž upravuje ochranu osobních údajů o fyzických osobách“ (23,30).

Dobře vedená, věcná a přehledná ošetrovatelská dokumentace je dokladem, který ukazuje, že ošetrovatelská péče byla kvalitní a poskytovaná lege artis (10).

„Stejně tak jako jakákoliv činnost ve zdravotnictví či jiných resortech, je i zdravotnická dokumentace upravena řadou předpisů různé právní síly. Tyto předpisy stanovují jak povinnost zdravotnickou dokumentaci vést, tak i formu, obsah a jiné náležitosti zdravotnické dokumentace.

Při poskytování zdravotní péče základní právní předpis (Zákon č.20/1966 Sb. a Vyhláška č.385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci) stanovuje, že zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci, a to všechna, bez rozdílů. Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamových nosičích ve formě textové, grafické nebo audiovizuální (18,28).

Do zdravotnické dokumentace jsou bez souhlasu pacienta oprávněni nahlížet ošetřující lékaři, konziliární lékaři, rehabilitační pracovníci, sestra v rozsahu potřebném pro výkon své činnosti, revizní lékaři, zdravotní pojišťovny, členové znaleckých komisí při řešení konkrétního případu nebo nadřízený, který je oprávněn kontrolovat úroveň vedení dokumentace (primář, staniční sestra, vrchní sestra).

S písemným souhlasem pacienta jsou oprávněni do dokumentace nahlížet soudní znalci při vypracovávání znaleckého posudku, právní zástupce, který zastupuje pacienta, členové stavovské organizace pověřené přešetření stížnosti pacienta a osoby blízké, které mají písemný souhlas pacienta s nahlédnutím do jeho zdravotnické dokumentace (10).

1.4 Obsah ošetrovatelské dokumentace

„VOZD (Vyhláška o zdravotnické dokumentaci) nejprve v § 1 odstavec 2 písmena f) říká, že součástí zdravotnické dokumentace jsou také záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování k dalšímu ošetrovatelskému postupu. Vyhlášky zmiňují ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta, posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a pro formulaci ošetrovatelského plánu. „Ošetrovatelský plán by měl obsahovat popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta, poskytování ošetrovatelské péče podle povahy postupů, datum, časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření či jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta“ „Dále by měl ošetrovatelský plán obsahovat hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče“. „Pokud se v průběhu ošetrovatelského procesu vyskytnou důvody pro změny ošetrovatelského plánu, je třeba i tyto změny zaznamenat.“

Nadále se vyhláška věnuje „problematice ošetrovatelské propouštěcí zprávy či doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu, který vyhotovuje v případě, pokud je pacient dál předáván do ošetrovatelské péče. V propouštěcí zprávě se uvádějí hlavně údaje o shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči, včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků.

Další součástí ošetrovatelské dokumentace bývají záznamy nebo pacientem podepsané formuláře v souvislosti s jeho přijetím do zdravotnického zařízení a seznámením s potřebnými informacemi. Ošetrovatelská dokumentace také obsahuje záznamy sledující konkrétní rizika u pacienta a realizaci opatření proti těmto rizikům typu pádů, dekubitů, výživy a bolesti. Vytvářejí se edukační záznamy popisující priority výuky pacienta, jakých metod bylo při výuce použito a jak na ně pacient reagoval.

Jako samostatná součást ošetrovatelské dokumentace může být záznam o ošetřování ran, který je veden u pacientů s kožními defekty, rozsáhlými vícečetnými defekty nebo u pacientů s dekubity, či tak zvaná „teplotka“ čili ordinační karta, do které sestry zaznamenávají tělesnou teplotu pacienta, výšku, váhu, údaje o krevním tlaku,

údaje o odchodu stolice, sledování bolesti a podávání léčivých přípravků a aplikaci infuzí. Ošetrovatelská dokumentace se zavádí z okamžiku, kdy se poskytuje ošetrovatelská péče v uvedeném rozsahu a je třeba o ní vést dokumentaci (11, 26).

1.4.1 Zásady vedení dokumentace

Aby zdravotnická dokumentace dobře plnila svoji funkci a odpovídala platným normám, musí být vedená průkazně, čitelně a pravdivě. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné formě nebo ve formě elektronické

Hlavní zásadou vedení ošetrovatelské dokumentace je, že každý pacient musí mít vedenou ošetrovatelskou dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace by měla být uložena na stejném místě s dokumentací lékařskou. Tyto dvě dokumentace spolu „vytvářejí jeden celek, který poskytuje informace o ošetrovatelské a léčebné péči“ u daného pacienta (22).

Ošetrovatelská dokumentace, stejně jako dokumentace lékařů, musí být pravdivá, vždy opatřená datem, časem, musí mít podpis a jmenovku (razítko). Měla by být také čitelná, srozumitelná a psaná v českém jazyce. Dále by měla být jednoduchá, věcná, pravidelně doplňovaná, bez zbytečných zkratk, dostupná a stručná (18).

1.4.2 Skartace a archivace zdravotnické dokumentace

Údaje, které jsou důležité, jsou v zájmu zdravotnického personálu i v zájmu pacienta uchovávány po určitou dobu, aby se s nimi mohlo později pracovat. Zdravotnická zařízení nejsou povinna uchovávat zdravotnickou dokumentaci věčně. Stejně i jako jiné dokumenty také i zdravotnická dokumentace podléhá skartačnímu řízení.

Vzhledem k jejímu charakteru, tedy jako sbírce záznamů citlivých osobních údajů, se zákonodárna moc rozhodla, že skartační řízení zdravotnické dokumentace je třeba regulovat právním předpisem, a to zákonem o archivnictví a spisové službě (zákon č. 499/2004 Sb.). Vyplyvá to i z jiných ustanovení archivního zákona. V § 3 se lze dočíst, že veřejnoprávní původci mají povinnost uchovávat dokumenty a umožnit výběr archiválií. Mezi veřejnoprávními původci jsou v témže paragrafu v prvním odstavci písmene h) uvedena také zdravotnická zařízení. Druhá věta § 67b odstavec 19.

pak zmocňuje ministerstvo zdravotnictví k tomu, aby skartační řád pro zdravotnickou dokumentaci, jehož součástí bude také skartační plán, nařídilo vyhláškou. Primární úprava skartace zdravotnické dokumentace je tak uvedena ve VoZD. „Délka skartační lhůty je zejména určena VoZD. Skartační lhůta je doba, po kterou je zdravotnické zařízení povinno uchovávat zdravotnickou dokumentaci pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního plánu. Obecná skartační lhůta je v délce pěti let. (11,17).

„Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb. Před jejím uplynutím nesmí být v žádném případě zdravotnická dokumentace zničena.“ Doba uchování zdravotnické dokumentace se může „prodloužit nejméně vždy o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná“ k zajištění péče u pacienta (29).

Dle mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice se ukládá, že si nemocnice s vnitřním předpisem určí dobu archivace zdravotnické dokumentace, dat a informací (4).

1.5 Fotodokumentace v ošetrovatelské péči

Novela zákona č.20/1966 Sb., stanovila zákonnou povinnost zdravotnických zařízení vést dokumentaci zdravotnickou. Zákon tak zdůrazňuje význam a důležitost zdravotnické dokumentace.

Podle paragrafu 67b, uvedeného zákona v odstavci 1) se ukládá zdravotnickým zařízením povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Pod písmenem b) je stanoveno, že dokumentace obsahuje informace o pacientovi, průběhu a výsledku vyšetření, léčení a dalších významných okolnostech, souvisejících se zdravotním stavem pacienta a postupem při poskytování zdravotní péče. Záznamy ve zdravotní dokumentaci musí být průběžně doplňovány tak, jak se zdravotní stav mění. Informace o pacientovi objektivně dokládá fotodokumentace. Odstavec 6) stanovuje, že zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamových nosičích, a to ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. V naprostém souladu s ustanovením zákona je i fotodokumentace.

„Fotodokumentace je včetně zdravotnické dokumentace soubor veškerých informací a údajů, vztahujících se k pacientovi, jeho zdravotnímu stavu a postupu při poskytování zdravotní péče. Slouží především jako objektivní doklad o doporučené a provedené péči, informace pro konziliáře a ostatní poskytovatele zdravotní péče, dále také jako zdroj dat pro posudkovou činnost a jako objektivní doklad o tom, že péče byla poskytována lege artis. Především však fotodokumentace slouží jako objektivní podklad pro hodnocení poskytované péče při kolizích, je důležitá pro zajištění kontinuity poskytované zdravotní péče a při překladu pacienta. Má význam i pro výuku a vědecké účely. Praxe ukazuje, že fotodokumentace je velice přínosná především při dokumentování stavu zjištěného, a to zejména při přijetí pacienta (dekubity), při jeho překladu na jiné oddělení (stav hojení ran, dekubitů), při propuštění pacienta (stav bércového vředu), ale i během hospitalizace (doklad hojení ran a defektů).

Požizování fotodokumentace Občanský zákoník v §?? odst. 1) stanovuje, že písemnosti osobní povahy, podobizny, obrazové snímky a zvukové záznamy, týkající se fyzické osoby nebo jejích projevů osobní povahy, smějí být použity jen s jejích souhlasem. Také fotodokumentace je obvykle prováděna se souhlasem pacienta. V odst. 2) stanovuje, že svolení není třeba, používají-li se písemnosti osobní povahy,

podobizny, obrazové snímky nebo obrazové a zvukové záznamy k účelům daným zákonem. Fotodokumentace je forma zdravotnické dokumentace jejíž vedení ukládá zákon. V odstavci 3) je pak stanoveno, že podobizny, obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy se mohou bez svolení fyzické osoby pořídít nebo použít přiměřeným způsobem též pro vědecké a umělecké účely, pro tisk, filmové, rozhlasové a televizní zpravodajství. Ani takové použití však nesmí být v rozporu s oprávněnými zájmy fyzické osoby. Fotodokumentace ve zdravotnické dokumentaci tedy není v rozporu se zájmy pacienta.“

„Nejčastěji je fotodokumentace používána při dokumentaci zdravotního stavu při příjmu pacienta přicházejícího s dekubity nebo zraněním v obličeji. Děje se tak se souhlasem poučeného pacienta. Pokud pacient dá souhlas vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže, lze fotodokumentaci provést i bez jeho souhlasu, stejně jako lze poskytnout bez souhlasu i jinou zdravotní péči. Souhlas dává pacient ústní. Požadavek na souhlas písemný se jeví jako nadbytečný a nezdůvodněný, neboť řada výkonů při poskytování zdravotní péče je prováděna také pouze s ústním souhlasem (nitrožilní aplikace léků). Navíc žádný právní předpis nestanovuje formu tohoto souhlasu.

Závěrem lze konstatovat, že fotodokumentace je důležitý objektivní argument při kolizních sporech, kterého lze úspěšně využít při obhajobě poskytovatelů zdravotní péče. Její pořizování je v souladu s platnými právními předpisy České republiky, a proto lze zdůvodněné používání fotodokumentace jako součástí zdravotnické dokumentace jen doporučit.“ Fotodokumentace je důležitou součástí elektronické dokumentace (25).

1.5.1 Elektronické obrazové záznamy

V dnešní době existují standardizované protokoly pro bezpečný přechod obrazových dat v elektronickém systému, jako jsou RTG vyšetření, CT, MR, UZ a jiná obrazová dokumentace. Je tomu tak už ve většině zdravotnických zařízeních, že bývá pořizována elektronicky obrazová dokumentace, která je archivovaná a přístupná pro zdravotnický personál, jenž nepřichází do kontaktu se systémem jakéhokoliv počítače na klinickém pracovišti. V případě pacientovi potřeby je obrazová dokumentace přenesena na CD. Obrazová dokumentace je zařazována do elektronické ošetrovatelské

dokumentace stejně tak jako foto dokumentace, která se po vytisknutí zařadí do tištěného chorobopisu (14).

1.6 Elektronická ošetrovatelská dokumentace

Elektronická ošetrovatelská dokumentace umí nahradit papírovou formu ošetrovatelské dokumentace a významně ušetří čas zdravotnickému personálu. Elektronická ošetrovatelská dokumentace je pak snadno dostupná pro zdravotnický personál z kteréhokoliv místa na klinickém pracovišti. Se zavedením nemocničních elektronických systémů byly vybudovány systémy určené pro klinická pracoviště. Umožňují archivaci, elektronický přenos zdravotnické dokumentace, obrázků, údajů pro zdravotní pojišťovny, objednávání léků, stravy, zdravotnického materiálu atd. Tyto systémy jsou označovány zkratkou NIS (nemocniční informační systém)

Elektronicky vedenou dokumentaci zákon umožňuje, ale pro její slabost je uplatňováno pravidlo o vedení v papírové podobě (každý elektronický dokument je vytisknut, podepsán a založen do chorobopisu či ambulanti zprávy) (14,24).

1.6.1 Co obsahuje elektronická ošetrovatelská dokumentace

Dle vyhlášky č.385/2006 Sb., by měla zdravotnická dokumentace obsahovat sídlo zdravotnického zařízení, jméno zdravotnického zařízení, název oddělení, telefonní kontakt do zdravotnického zařízení, které elektronickou dokumentaci využívá. Dále obsahuje důležité informace o pacientovi jako je jeho příjmení, křestní jméno, datum narození, rodné číslo, adresu trvalého bydliště a telefonní kontakt. Pokud se jedná o cizince, který pobývá na území České republiky, uvádí se přechodná adresa v České republice. Do zdravotnické dokumentace se zahrnují informace o zdravotním stavu pacienta, měla by obsahovat anamnézu klienta, jeho potřeby, posudek o zdravotním stavu, postup a plán ošetrovatelské péče (23).

1.6.2 Výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

Informace jsou „přenositelné“, takže není nutno je neustále přepisovat. Například s jedním zadáním nově zjištěné alergie pacienta se tento údaj objeví ve všech dokumentech, kde je záznam o alergické reakci na určitý alergen. „Snižuje chybovost a pracnost při dokumentování“, posiluje právní ochranu sestry. Tato dokumentace může být použita jako důkazní materiál, úspora papírů, a tím způsobené také šetření lesů.

Databáze elektronické zdravotnické dokumentace je přehledná a podporuje snadné vyhledávání informací. Kladem je také její dostupnost, veškerá dokumentace o

pacientovi se vede v Nemocničním informačním systému, takže není nutné dohledávat ambulantní karty z jiných oddělení. Nemocniční informační systémy totiž umožňují indexové nebo fulltextové vyhledávání podle zadaných kritérií, například i pro vědecké (vyhledání pacientů podle diagnóz či laboratorních výsledků), ekonomické či statistické účely zdravotnického zařízení (12,14).

1.6.3 Nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace

Elektronická ošetrovatelská dokumentace má i své nevýhody, do kterých se zařazuje komplikovaná ochrana osobních údajů pacienta. Pokud nemocniční informační systém „spadne“ je možno, že se ztratí veškerá data o pacientech. Data v nemocničním informačním systému lze snadno neoprávněně zneužít, záleží zde na tom, jak je systém zabezpečený proti zneužití cizí osobou (14).

1.7 Ochrana dat před ztrátou či poškozením v NIS (nemocniční informační systém)

Ochránit nemocniční informační systém před ztrátou dat i poškozením celého systému lze provést správným výběrem antivirového programu a jeho aktualizací dle doporučení informačního technika nebo správcem sítě. Vstupování do nemocničního informačního systému by mělo být chráněno heslem, každý zdravotnický pracovník pro vstup do NIS obdrží své heslo. V systému jsou uloženy veškeré změny provedené ve zdravotnické dokumentaci spolu se záznamem jména přihlášeného uživatele. Lékařské zprávy a nálezy už nelze opravit, maximálně k nim lze dopsat popisky a komentáře. Dalším kritériem pro ochranu systému je včasné zálohování a ukládání dat během psaní do elektronické dokumentace (14).

1.7.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon říká, že zdravotnická dokumentace může být vedena v listinné či elektronické podobě. Dále uvádí, že se může listinná dokumentace a elektronická dokumentace vzájemně kombinovat. V elektronické podobě se dokumentace „zpracovává v digitální formě s využitím informační technologie“. Elektronickou dokumentaci lze vést, pokud jsou splněny podmínky „informačního systému, ve kterém je vedena zdravotnická dokumentace v elektronické podobě, a zaevidovaného seznamu identifikátorů záznamů v elektronické dokumentaci“. „Bezpečnostní kopie jsou prováděny jen jednou za pracovní den, před uplynutím doby životnosti zápisu, a je zajištěn přenos na jiný technický nosič dat“. Po uložení kopie pro archivaci je přístup k těmto datům povolen pouze oprávněným osobám. Zápis do elektronické zdravotnické dokumentace je opatřen nezaměnitelnými a ověřitelnými údaji, datem a časem zápisu a „identifikačním údajem zdravotnického pracovníka“. Zákon o zdravotnické dokumentaci se propojuje i se „zákonem o ochraně osobních údajů. To znamená, že zdravotnické zařízení je povinné, jako správce osobních údajů pacienta, zabezpečit tyto údaje před neoprávněným zneužitím cizí osobou, před ztrátou či neoprávněným zničením těchto údajů“ (27).

1.7.2 Elektronický systém

Elektronický systém Medical process assistant spočívá v podpoře procesního workflow, a to automatizuje velkou řadu procesů, čímž zefektivňuje a zrychluje poskytnutí zdravotnické a ošetrovatelské péče. Tento elektronický systém je schopen vyřešit problematiku provozů na klinickém pracovišti (ambulance, lůžková oddělení, stacionáře a recepce). Součástí modulu je i modul pro jednotky intenzivní péče, ARO, neonatologii a porodnictví. Spadají sem i moduly pro chirurgické obory, včetně elektronických operačních protokolů, nutriční výživu a komunikaci se stravovacím provozem. „Medical process assistant je založen na principu implementace procesního přístupu do libovolné hloubky specifikace klinických činností na úrovni dokumentů, formulářů, uživatelů, činností, úkolů, termínů a informací.

Systém podporuje proces klinického rozhodování a implementace Clinical pathways v rámci diagnostického i léčebného procesu.“ Workflow je souborem k certifikacím, akreditacím a součástí je i začleňování standardů do klinické praxe. Systém také využívá plnohodnotnou integraci prostředí MS Office, jde především o zpracování dokumentů pomocí MS Word. Medical process assistant podporuje nejen národní specifika a normy České republiky, ale také i specifika a požadavky Evropské unie (24).

Elektronický systém podporuje i ošetrovatelské terminologie, které jsou zařazeny do elektronických zdravotnických záznamů proto, aby byly analyzovány a sbírány systematicky. Dále do elektronického systému patří začleňování ošetrovatelských diagnóz NANDA-I společně s Klasifikací ošetrovatelských intervencí a Klasifikací ošetrovatelských výsledků. Elektronickým záznamům poskytuje souhrnné prostředky pro zachycení ošetrovatelství v uchopitelném a měřitelném formátu. Jedna z mnoha podmínek pro elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci je elektronický podpis (9).

1.7.3 Elektronický podpis

V současné době převažuje nad formou tradiční písemné dokumentace, dokumentace elektronická. Dokumenty, které jsou psané písemnou formou, jsou opatřeny vlastnoručním podpisem. I vlastnoruční podpis lze převést do elektronické

formy. Existuje velká řada elektronických podpisů. Typ použitého podpisu záleží na povaze podepsané zprávy.

„Elektronickým podpisem se rozumí data v elektronické podobě, která jsou připojena k jiným elektronickým datům, které jsou s nimi logicky spojeny a slouží jako metoda autentizace“ (1).

1.7.4 Typy elektronických podpisů

Mezi typy elektronických podpisů patří elektronický podpis, zaručený elektronický podpis, datová zpráva, podepisující osoba, poskytovatelé certifikovaných služeb, certifikát, kvalifikovaný certifikát, data pro vytvoření elektronických podpisů, data pro ověřování elektronických podpisů, prostředek pro vytváření elektronických podpisů, prostředek pro ověřování elektronických podpisů, nástroj elektronického podpisu a akreditace (1)

1.8 Zákon 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu

Zákon hovoří o tom, že součástí veškeré elektronické zdravotnické dokumentace musí být elektronický podpis. Podle zákona elektronický podpis slouží jako metoda k ověření identifikace osoby, která podepsala datovou zprávu. Fyzická osoba je držitelem prostředku pro vytváření elektronického podpisu a jedná tak jménem svým či pod záštitou právnické osoby. Každá osoba, která podepíše datovou zprávu má přidělený symbol nebo značku kterou poskytuje certifikační služba, poskytující certifikáty k tvorbě elektronického podpisu. „Držitelem certifikátu je fyzická či právnická osoba nebo určitá složka státu, která získala akreditaci dle tohoto zákona k vydávání certifikátů a vede jejich evidenci, případně poskytuje další služby spojené s elektronickým podpisem. Povinností fyzické osoby je ochraňovat data pro vytváření elektronického podpisu tak, aby nedošlo k jejich neoprávněnému zneužití (31).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zjistit, jaký druh ošetrovatelské dokumentace sestry upřednostňují a jaký na ní mají celkový názor. Dále se práce bude zajímat o druh ošetrovatelské dokumentace, již používají jednotlivá zdravotnická zařízení. V neposlední řadě si klade za úkol vymežit případné problémy se zavedením elektronické ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnických zařízeních.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Upřednostňují sestry písemnou formu ošetrovatelské dokumentace před elektronickou formou ošetrovatelské dokumentace?

Výzkumná otázka č. 2

Je písemná forma ošetrovatelské dokumentace pro sestry časově náročná?

Výzkumná otázka č. 3

Jaké důvody vedly k zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Výzkumná otázka č. 4

Vyskytly se při zavádění a proškolení sester o elektronické ošetrovatelské dokumentaci technické problémy?

3. Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkum této bakalářské práce byl prováděn kvalitativní metodou. Technikou sběru dat byl individuální rozhovor se sestrami a s managementem ve vybraných zdravotnických zařízeních. Při zpracování rozhovorů byl použit diktafon a písemný zápis. Výzkum byl prováděn ve zdravotnických zařízeních od 30. března do 13. dubna roku 2012. Po provedení rozhovorů ve dvou zdravotnických zařízeních, byly tyto rozhovory zpracovány (7 rozhovorů bylo provedeno v Nemocnici České Budějovice a.s. a dalších 7 rozhovorů v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Při výzkumu v individuálních rozhovorech bylo využito 14 respondentek, které byly rozděleny do dvou skupin. První skupinou byli sestry z Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Ve druhé skupině byl prováděn rozhovor se sestrami z Nemocnice v Českých Budějovicích a.s.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory – *Sestry domov pro seniory Máj*

Respondent 1

První respondentkou je sestra, která po vystudování vysoké školy nastoupila do zaměstnání v domově pro seniory a pracuje zde teprve druhým rokem. Vždy, když během studia chodila na praxi, byla z písemné ošetrovatelské dokumentace zmatená, nevěděla, co se kam píše, jak má založit různé výsledky z vyšetření a ošetrovatelské testy. Poté si zařídila zápisník, do něhož si psala pořadí, v jakém má být písemná dokumentace uváděna. Po vystřídání několika oddělení jí vznikl v informacích ještě větší chaos, protože každé oddělení mělo jiný systém zpracování písemné ošetrovatelské dokumentace. Jakmile měla při vizitě dělat dokumentaci, její zmatek nepůsobil dobře, zdravotní sestry dospívaly k názoru, že studentky s písemnou dokumentací neumějí pracovat. Proto se začala snažit o to, aby co nejvíce byla u psaní dokumentace a naučila se sni posléze pracovat. Při psaní dokázala se sestrou strávit nejméně dvě hodiny času z její osmihodinové praxe na oddělení. Občas měla pocit, že nevěnuje bohužel dostatek času pacientům, o které měla v rámci své praxe pečovat.

Po ukončení studia na vysoké škole nebyla příliš úspěšná v hledání zaměstnání ve zdravotnictví. Když se jí to nakonec podařilo v domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích, byla ihned po příchodu velice překvapená. Namísto obvyklé písemné ošetrovatelské dokumentace sestry používaly novou formu, o které do té doby nikdy neslyšela, a to dokumentaci elektronickou. Vedení domova pro seniory jí pomohlo s naučením se v dokumentaci orientovat. V rámci zaškolování poskytlo také školení o tom, jak se má s elektronickou dokumentací pracovat. K údivu tázané to bylo lehčí než písemná, šlo pracovat bez přepisování, škrtnání či mačkání papíru.

S odstupem času respondentka vidí, že je elektronická forma dokumentace velkou úsporou času. Díky ní se může více věnovat seniorům, kteří její ošetrovatelskou péči potřebují. Mezi další výhodu elektronické dokumentace respondentka zařazuje její čitelnost a přehlednost. Dále se vrací také k tomu, že se elektronická dokumentace nedá

ztratit, tak jako k tomu mohlo docházet v dokumentaci písemné, kterou si kdokoliv mohl vzít a odnést. Kolikrát se jí prý při praxi v nemocnici stalo, že se dokumentace hledala skoro celý den, než se našla. A vždy se sestry obracely na studentky, kam onu dokumentaci založily. Proto mezi další výhodu zařazuje to, že je dokumentace dobře chráněná a nedá se přenést. Elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci může použít veškerý zdravotnický personál, jelikož systém, v němž je vedena, je propojen se všemi stanicemi v domově pro seniory. Přístup k dokumentaci má také ošetřující lékař, který si ji bez problémů může otevřít i ve své ordinaci.

Na otázku, jakou dokumentaci by respondentka preferovala, jednoznačně odpověděla, že určitě už jen v elektronické podobě, protože je snadná, srozumitelná, ušetří spoustu papíru, je snadno dosažitelná a je vždy připravena pro záznamy. Samozřejmě, že se také papír používá pro vytisknutí žádanek a různých dalších dokumentů, avšak ne v takovém množství jako při dokumentaci písemné. Už nikdy by se respondentka nechtěla propracovávat nesrozumitelnými znaky lékařů, kteří píšou různé ordinace do dokumentace, a nepřehledností daných informací. Elektronická dokumentace by rozhodně měla fungovat ve větších zdravotnických zařízeních, například v nemocnicích, kde díky písemné dokumentaci nemá zdravotnický personál příliš času na pacienta a díky tomuto nedostatku se mu může dostávat také ne příliš kvalitní péče o jeho zdravotní stav.

Respondent 2

Respondentkou č. 2 je sestra, která ve zdravotnictví pracuje již 15 let a za svou kariéru sestry prý vystřídala dvě nemocniční oddělení a domov pro seniory.

Respondentka vystudovala zdravotnickou školu, od svých studií prý byla zvyklá na písemnou formu ošetrovatelské dokumentace. Dále uvádí, že časem u písemné ošetrovatelské dokumentace přibývalo neustále více a více psaní. Na písemnou formu dokumentaci byla vždy zvyklá a nedělalo jí problém se v dokumentaci orientovat, i když neustále přibývalo dalších požadavků. Tím respondentka myslí různé anamnézy, diagnostické testy, knihy o záznamech a další. 12 let se respondentka pohybovala

v nemocničním zařízení a, jakmile se do zařízení začaly zavádět počítače, byla z toho velmi znepokojená.

Dále líčí problémy s ovládáním počítačem. Zejména u sester staršího věku to bylo velice problematické, mnohé viděly počítač prvně až v zaměstnání. Toto znepokojení neprožívala pouze ona, avšak i spoustu jejích kolegů a kolegyní. Neexistovala žádná školení ohledně počítačů. Zkrátka, kdo s počítačem uměl, tak učil dalšího kolegu a kolega zas další kolegyni. Byl to takový koloběh. Časem se respondentka přes mnohé problémy naučila s počítačem také. Vedení nemocnice vyzdvihovalo zejména úsporu času. Avšak sama přiznává, že pro sestry zavedení nové formy znamenalo práci navíc. Musely totiž přepsat do programu informace, které do té doby byly vedené písemnou formou.

Nyní respondentka pracuje v domově pro seniory, kde, jak říká, se konečně „sžila s počítačem“. Při příchodu do nového zaměstnání byla v rámci školení poslána také na školení, jak pracovat s počítačem. Respondentka byla velmi spokojená a překvapená přístupem vedení ke svým zaměstnancům. Poté, co se naučila již kvalitně ovládat počítačové programy, velice chválí elektronickou formu dokumentace. Prý by nikdy nevěřila, jak dokáže ušetřit spoustu času. A tento čas lze využít tím, že bude více pečovat o klienty v domově pro seniory, a tím se jim i dostane kvalitnější péče.

Na otázku, jestli by se respondentka chtěla vrátit k písemné dokumentaci, přiznala, že, přestože elektronická forma má i své zápory, zejména ztrátu zadaných, avšak neuložených dat, rozhodně by se nevracela, a to z několika důvodů. Uvedla zejména, že je zatížená poměrně vysokým nárokem na čas a je nečitelná. Také přiznala, že při návratu by bylo opět náročné si na tuto formu navyknout a zejména, že by ji tížily výčitky svědomí, protože by se pacientům nedostávalo tolik kvalitní péče, kterou by zasloužili.

Respondent 3

Respondentkou č. 3 je sestra pracující ve zdravotnické sféře 8 let. Uvádí, že před 8 lety se už ve zdravotnictví vyskytovaly počítače, ale stále se používala písemná forma dokumentace. Vzpomíná si, že při nočních službách neustále jen psala „papíry“, a na

mysl jí také přichází, jak jí při tomto nekonečném psaní brala křeč do ruky. Neexistovalo totiž, aby sestra během své pracovní doby vstala od dokumentace a šla se zeptat, jak se pacient cítí. Od dokumentace vždy sestra vstávala, jen když prováděla u pacienta nějaký výkon, ať už to bylo podávání léků či cévkování. Na ostatní ošetrovatelské výkony jako je hygiena, podávání stravy pacientům nebo doprovázení pacienta na vyšetření zde byli sanitáři a ošetrovatelky, kteří v dnešní době stále fungují, ale i jejich kompetence se změnily.

Dále respondentka uvedla, že v domově pro seniory je ošetrovatelská dokumentace vedena v elektronické podobě, se kterou je naprosto spokojená, protože obsahuje vše, co dokumentace písemná. Její hlavní důvody, proč upřednostňuje právě elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci, jsou zkvalitnění ošetrovatelské péče u obyvatel v domově pro seniory, a to především díky ušetření času, který nemusejí sestry věnovat vypisování písemné dokumentace. Další klad vidí v lepší ochraně dat než u písemné dokumentace, a tím také vyšší zajištění bezpečnosti obyvatel v domově pro seniory. Vyzdvihuje také její přehlednost, čitelnost a nesložitost.

Respondentka se také přiznala, že má lepší pocit z toho, že pacientovi dává více péče, než kdyby seděla a doplňovala písemnou ošetrovatelskou dokumentaci. Na té viděla také spoustu záporů, především nečitelnost, nepřehlednost, snadnou ztrátu a neúplné zabezpečení těchto dat a především již zmiňovanou časovou náročnost a s tím spojený i nedostatek času na pacienty. Za možnou nevýhodu elektronické ošetrovatelské dokumentace sestra uvedla ztrátu neuložených dat. Vzhledem k její spokojenosti přiznala, že si nedokáže představit návrat k původní, písemné dokumentaci.

Respondent 4

Respondentkou č. 4 je velmi zkušená sestra, která v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích pracuje 6 let. Respondentka uvedla, že domov pro seniory využívá elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Přiznala, že má stále na paměti zdravotnické zařízení, v němž prováděla dříve svoji praxi, které využívalo a ještě v dnešní době používá písemnou ošetrovatelskou dokumentaci. Uvádí, že poté, co si

zvykla na elektronickou podobu, by ji již nechtěl zpracovávat písemně. Elektronická forma jí vyhovuje, až na pár drobností.

Na písemnou formu ošetrovatelské dokumentace respondentka nerada vzpomíná, jelikož pro ní tato doba byla velmi časově a psychicky náročná. Kolikrát písemná dokumentace byla nečitelná, jelikož lékaři i sestry ji psali ručně. Když se prý poté šla za lékařem příslušná sestra optat, co vlastně lékař napsal, stávalo se, že to sám po sobě občas nemohl přečíst. Pro respondentku bylo toto období velice psychicky náročné, měla strach, že pacientům podá špatný lék nebo vypíše žádanku na pro ně nepotřebné vyšetření.

Respondentka dále uvedla, že je pro ni praktičtější elektronická forma ošetrovatelské dokumentace, ačkoliv i ta má své chyby. Osobně by prý zdokonalila jednotlivé složky a především by veškerou práci usnadnila vyšší výkonnost počítače, který mají k dispozici. Jako výhody v elektronické dokumentaci sestra udává čitelnost, ušetření času, který lze využít k prospěchu pacienta v domově, srozumitelnost, jistější ochrana dat pacienta a zdravotnického personálu. Vyzdvihuje také to, že nemůže docházet k neoprávněnému použití dat pacientů a personálu, zaznamenaných v programu, a nemusí se psát ručně.

Nakonec respondentka popsala, jak forma ošetrovatelské elektronické dokumentace funguje. V počítači si otevřeme složku pacienta, kde jsou uložena data o něm, a to jeho jméno, příjmení a rodné číslo. Sestra či lékař pak mají přístup k lékařským a ošetrovatelským diagnózám, plánu ošetrovatelské péče, riziku pádu a dekubitů a mnoha dalším složkám, do nichž uvádějí veškeré podstatné informace o příslušném pacientovi.

Respondent 5

Respondentkou č. 5 je sestra, která v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích pracuje 2. rokem. Uvedla, že zpočátku své praxe pracovala v nemocničním zařízení a po mateřské dovolené nastoupila právě do domova pro seniory. Tam ji při nástupu překvapila spousta věcí a jednou z nich je i elektronická forma ošetrovatelské dokumentace. Zpočátku měla velký strach, jak si s ošetrovatelskou

dokumentací poradí, ale to ještě nevěděla, že nově příchozí zaměstnanci čeká zaškolení personálu v oblasti informatiky. Toto školení trvalo zhruba asi měsíc a, i když si nebyla stále jistá, jaké kroky má v dokumentaci učinit, ochotné kolegyně a spolupracovníci jí pomohli.

Z práce v nemocnici si respondentka vybavuje jen samé „papírování“, které podle jejích slov bylo velice časově náročné a nezbývalo poté příliš času. Tento časový nedostatek se pak projevoval zejména ve skromnější péči o pacienty. Výhodu v písemné ošetrovatelské dokumentaci respondentka nenašla. Na mysl jí spíše přicházely samé nevýhody, a to především její nepraktičnost, možnost ztráty informací, snadné neoprávněné zneužití, velká časová náročnost, nepřehlednost a nečitelnost dokumentace.

Respondentka uvedla i svůj názor na elektronickou dokumentaci. Podle ní je bezpečnější a ne tak snadno zneužitelná. Elektronická dokumentace je dobře rozdělená do určitých složek, kde jsou v jednotlivých částech diagnostické ošetrovatelské testy, jako je například riziko pádu, v dalším bodu plán ošetrovatelské péče a další podstatné složky. Vše je přehledně rozčleněno. Sestra uvedla, že tento systém vede zdravotní sestru ve správných krocích při ošetrovatelském procesu.

Další velkou výhodou této formy dokumentace vidí v přístupnosti pro lékaře. Ti mohou kdykoliv do dokumentace nahlédnout a shlédnout, jak probíhá zadaná ošetrovatelská péče u příslušného pacienta. Lékař tam může na základě zjištěných výsledků vypsát ordinace, které má splnit sestra. Ta, jakmile program otevře, tento požadavek okamžitě uvidí. Respondentka přiznala, že tato dokumentace určitě zlepšuje komunikaci mezi sestrami, lékaři a pojišťovny.

Nevýhod v elektronické dokumentaci respondentka vidí určitě méně než v písemné formě. Jednou z nich je menší zdatnost starších sester v práci s počítačem. Je pro ně složitější se naučit a pochopit její systém, ačkoliv absolvují příslušné školení. Sama přiznává, že neví, jak by si měla počínat, kdyby tento elektronický systém selhal. Ačkoliv při školení na toto byli připravováni, zatím taková chvíle nenastala, proto si těmito kroky není jistá.

Respondent 6

Respondentka č. 6 je sestra pracující v domově pro seniory už dlouhá léta. Vzpomíná si, jak Domov pro seniory Máj v Českých Budějovicích přecházel z písemné ošetrovatelské dokumentace na dokumentaci elektronickou. V té době byl v domově celkem zmatek, nikdo nevěděl, jak se dokumentace bude vést. Pamatuje si, že zpočátku elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace sestry hodně kritizovaly. Odmítaly ji už kvůli tomu, že neumí pracovat s počítačem. Chtěly zůstat u své klasické dokumentace, na kterou byly zvyklé. Respondentka si vzpomíná, jak se je vedení snažilo neustále uklidňovat tím, že elektronická dokumentace je snadnější a méně časově náročnější. Přesto ji sestry stále odmítaly.

Respondentka dále uvádí, že dnes je již elektronická dokumentace v domově zavedená a po zavedení probíhalo školení práce s počítačem. Zpočátku měl celý zdravotnický personál domova velké problémy manipulaci s počítačem, ale postupem času se ho všichni naučili ovládat. Na formu elektronické dokumentace si respondentka zvykla a rozhodně jí elektronická dokumentace vyhovuje pro její jednoduchost, čitelnost, ušetření času, pro dobrou bezpečnost dat, i snadnou komunikaci mezi stanicemi domova. Dokumentace dle respondentky obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, záznamy o stavu pacienta, překladovou zprávu a další různé škály a testy.

Na otázku, zda-li byl někdy tento program porušen, respondentka odpověděla, že takovou situaci si nepamatuje. Avšak pokud by selhal, veškerý zdravotnický personál ví, co má v daný okamžik dělat. Po každém upravení či vkládání dat do počítače je nutné tato data zálohovat pro případ, že by došlo k selhání.

Respondentka by už prý v žádném případě nechtěla pracovat s písemnou formou ošetrovatelské dokumentace, i když z části ještě papíry používají k žádankám na vyšetření nebo k předání dokumentace do zdravotnického zařízení, které ještě nemá zavedenou elektronickou dokumentaci. Důvod pro který by už nechtěla respondentka zpracovávat dokumentaci písemně, je její nepřehlednost, nedostatečnost přehledných informací, nečitelnost, velká časová náročnost a nedostatečná ošetrovatelská péče u klientů v domově pro seniory.

Respondent 7 – rozhovor s managementem zařízení

Respondentka č.7 je vrchní sestra domova pro seniory. V domově působí už řadu let a byla u přecházení z písemné formy ošetrovatelské dokumentace na dokumentaci elektronickou. Důvodem pro zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace bylo ušetření času sestřám, aby se mohly více věnovat klientům, a tím se více zkvalitnila jejich ošetrovatelská péče. Respondentka uvedla, že po zavedení elektronické dokumentace v zařízení probíhalo zhruba měsíční školení na téma informatika, pro usnadnění ovládnání této formy dokumentace.

Elektronická dokumentace šetří čas. Sestry se tak cítí lépe využitelné, než kdyby trávily hodiny nad vypisováním dokumentace. Mohou se také více věnovat klientovi, a tím pádem se mu dostává i kvalitnější péče. Elektronická dokumentace má čitelné záznamy a omezuje chybování v dokumentování tím, že sestry navádí v postupu ošetrovatelského procesu. Je rychlejší, snadnější, přehlednější, funguje jako kontrolní systém nebo jako důkazní materiál. Kdykoli se může dokumentace otevřít a v jakékoli stanici domova se můžeme podívat, jak probíhá ošetrovatelský plán u klientů. Zjistí se také, v jaké oblasti je třeba zlepšit ošetrovatelskou péči. Takováto kontrola je pro staniční sestry velmi dobrá.

Při zavádění elektronické dokumentace se nevyskytly žádné technické problémy. Důležité zde bylo, aby se zdravotnický personál dobře adaptoval na nový druh ošetrovatelské dokumentace. Samozřejmě, že před zavedením elektronické formy dokumentace byl personál informován, a to jak o přínosech nové dokumentace, tak i o možných technických problémech, které se však zatím nevyskytly. Pokud by nastala nějaká technická porucha, která by narušila chod programu, je domov pro seniory schopen technickou poruchu odstranit do několika hodin až dnů. Jelikož se jedná celkem o malé zařízení, oprava systému by trvala krátce. Kdyby porucha systému vznikla, program sám o sobě je schopen všechna data o pacientech zálohovat. Avšak pro jistotu je i personál nabádán k tomu, aby veškeré informace ukládal, jakmile se data do systému vloží. Archivace dat probíhá na serveru a nebo se dají data archivovat na CD.

Informační elektronický systém je chráněn antivirovým programem, který by se měl časem aktualizovat, a také hesly, která má k dispozici zdravotnický personál. Není zatím jisté, zda-li by mohl být program zneužit neoprávněnou osobou. A pokud by se tak stalo, není problém tuto osobu dohledat a předat policii k trestnímu stíhání za neoprávněné vniknutí do cizího informačního systému.

4.2 Rozhovory – Sestry Nemocnice České Budějovice a.s.

Respondent 1

Respondentka č. 1 je sestra pracující v nemocnici 1. rokem. V loňském roce ukončila bakalářské studium v oboru Všeobecná sestra, a dálkově studuje magisterské navazující studium se zaměřením na chirurgii. Sestra si celkem dobře vybavuje, jak ji její kolegyně, když nastoupila prvním dnem do nemocnice, zasypávaly informacemi o chodu oddělení. Přijímat takovéto informace sestře nedělalo žádný problém, jen jeden jediný vznikl, a to s dokumentací.

Kolegyně si respondentku pamatovaly z dob, kdy u nich na oddělení prováděla praxi. Sestra si nevzpomíná, že by ji někdy její nynější kolegyně jako praktikantku pustily k práci s dokumentací, vždy prý říkávaly „to musí být rychle a my nemáme čas Vás práci s dokumentací učit“. Tím pádem respondentka při nástupu do zaměstnání vůbec nevěděla, jak práce s dokumentací vypadá. Jediné, co za dob své praxe prováděla s dokumentací, bylo lepení výsledků z vyšetření do výsledkových listů a také vyplňovala ošetřovatelskou anamnézu. Když jí kolegyně řekly „zpracuj v dokumentaci vizitu či jiné věci týkající se dokumentace“, kromě lepení výsledků, které uměla z praxe, neuměla nic. Byla z toho nešťastná a cítila se trapně, když se přiznávala, že s dokumentací neumí. Kolegyně na ni pohlížely jako na mladou a začínající, proto jí pomohly.

V nemocnici se využívá dokumentace písemná. Respondentka uvedla, že nejvíce času z její pracovní doby zabere zpracování dokumentace. V nemocnici se využívá počítačový systém, avšak ten funguje pouze pro objednávání stravy či sledování výsledků z vyšetření. Uvedla také, že písemná dokumentace by nebyla špatná, kdyby byla dobře rozdělená, přehledná a čitelná. Faktem zůstává, že, ačkoliv se rekursy tisknou, stále je v dokumentaci chaos. Občas se také stane, že se některá část nebo i celá dokumentace ztratí, to je ovšem pak velký problém a jsou za to postihy u lidí, kteří za to mnohdy ani nemohou.

Respondentka uvedla, že v životě neslyšela nic o tom, že existuje elektronická forma ošetřovatelské dokumentace, a byla velmi překvapena, když jí bylo oznámeno, co

takový systém „umí“. Po diskuzi na téma elektronická dokumentace byla respondentka zvědavá, zda-li bude mít možnost se s touto dokumentací setkat, protože by si práci s ní ráda vyzkoušela, aby mohla tyto dvě varianty porovnat. Po chvíli zamyšlení sestra uznala, že, ačkoliv tedy nemůže vyvozovat nějaké závěry, shledává elektronickou formu za přehlednější, protože se v ní nebudou vyskytovat škrty.

Respondent 2

Respondentkou č. 2 je sestra, která v Nemocnici v Českých Budějovicích pracuje už 10 let. V rozhovoru uvedla, že vystřídala 3 oddělení v nemocnici a na každém se prý dokumentace vedla vždy odlišně. Záviselo to na oddělení, jaké požadavky na vedení dokumentace má. Samozřejmě dodala, že se vede dokumentace písemná, ale počítače se v nemocnici také používají. U respondentky se na oddělení používá dokumentace písemná, která je podle ní velmi zdlouhavá a prý zabere spoustu času na zpracování. Také se jí stává, že u dokumentace nemůže něco přečíst nebo se v něčem vyznat. Dále uvedla, že se u nich na oddělení celkem dost často využívá počítač, a to jen za účelem objednání stravy, zkontrolování výsledků z vyšetření či sledování intranetu.

Na otázku, zda-li se u nich používá elektronická dokumentace, uvedla, jasné „ne“, jelikož prý nedávno listovala v odborném časopise, kde se vyskytl článek na tuto formu dokumentace. A jejich počítačový systém nelze považovat za elektronickou dokumentaci. Kdyby si respondentka nepřečetla článek o elektronické dokumentaci, nikdy by se nedozvěděla, že nějaká existuje. Dále pokračovala tím, že by ráda někdy pracovala s elektronickou dokumentací, protože prý umí spoustu věcí, je přehledná, čitelná, rozdělená do určitých sekvencí a složek a nedá se nikam ztratit, jak se to občas u jejich dokumentace stává.

Respondentka uvedla i dalších pár záporů z písemné dokumentace, jako je nečitelnost, časová náročnost, možnost ztráty dokumentace či snadné zneužití cizí osobou. Stačí chvíli nepozornosti a dokumentace se může ztratit, aniž byste si toho všimli. Sestru dále v písemné dokumentaci trápí to, že neustále přibývá více a více „papírů“ ke zpracování. Kolikrát sestra měla pocit, že nevěnuje dostatek času

pacientovi, přičemž na nástěnce na oddělení visí velkým tučně napsaným písmem „pacient je vždy na prvním místě“. Respondentka uvedla, že se svými kolegy a kolegyněmi diskutovali o tomto heslu a shodli se na tom, že to je nejspíše ironie.

Určitě by prý upřednostnila dokumentaci elektronickou. Jako jeden z hlavních důvodů uvedla bezpečnost pacienta i sester. Dále pak mluvila o přehlednosti, rychlosti na zpracování a eliminování chyb z nepozornosti. Na druhou stranu sestra uvedla, že neví, jak by se s elektronickou dokumentací sžily starší kolegyně, které ještě dnes mají problémy s počítačem na oddělení. Pro ně by tato forma byla rozhodně těžká. Stačí prý poslouchat, jak „u toho chvíli lamentují a pak to stejně vzdají a poprosí nás, mladší kolegyně, o pomoc“. Respondentka uzavírá rozhovor nejasnou odpovědí. Neví, zda by to pro ně byl pozitivní či negativní krok.

Respondent 3

Respondentka č. 3 pracuje v nemocničním prostředí více než 18 let a tato práce ji velice naplňuje i po tolika letech praxe. 18 let dělá na stále stejném oddělení, nikdy ho nemusela vyměnit a ani by to neudělala. I přes její dlouholetou praxi se ve zdravotnictví udála spousta nových věcí a spousta jevů se dít bude, jak sama respondentka tvrdí. Při otázce týkající se dokumentace však svažila čelo a pustila se do diskuze.

Začala tím, že dokumentace vždy byla, je a bude. Poté dodala, jak v dokumentaci přibývá stále více papírů, kterým ale pomalu přestává rozumět. Sama řekla, že jí občas „zůstává rozum stát“ a přemýšlí, zda tomu jsou zodpovědní nezkušení lidé na ministerstvu, kteří se zdravotnictvím nemají nic společného, nebo k této problematice přistupují z hlediska toho, že zdravotnický personál má na práci „pouze“ vyplňování podobných listů.

Za svou éru v nemocnici zažila spoustu změn v dokumentaci. Musela se naučit hodně nových věcí, které by měl umět spíše lékař než sestra. Bohužel tak dnes tento systém již funguje. Sestra dle respondentky je v dnešní době spíše jakási sekretářka nežli zdravotní sestra, která se má podílet na uzdravování pacientů. S trochou nadsázky lze říci, že sestra dnes už ani neví, jak pacient vypadá. Donese mu léky, připraví

k výkonu, ale s pacientem neprohodí už ani pár slov, protože nemá čas. I když by se pacientovi věnovat chtěla, nemůže, musí se zabývat jeho dokumentací..

Respondentka uvádí, že se v nemocnici používá písemná ošetrovatelská dokumentace. Je na ni již za ta léta navyklá, ačkoliv si uvědomuje, že jí zabírá drahocenný čas, který by mohla zužitkovat ku prospěchu svých pacientů. Dále se rozhovořila o tom, jaké části dokumentace v této podobě má obsahovat. Jsou jimi především ošetrovatelská anamnéza, záznamy o stavu pacienta, pacientem podepsané souhlasy, ošetrovatelský plán a další listiny, důležité pro informace o pacientově aktuálním zdravotním stavu.

Sestra uvedla také klady písemné dokumentace. Mluvila o tom, že dokumentace je sestře i lékaři vždy po ruce a že je nezbytnou součástí k péči o pacientův zdravotní stav. Dost dobře zná i negativa. Především jde o její nečitelnost a nepřehlednost. Podle jejího názoru je také příliš moc složitá, chaotická a časově náročná. Sama přiznává, že sestra se nad dokumentací učí určité formě trpělivosti, především když se snaží zjistit, jaké sdělení tam lékař napsal. Avšak postoj k této dokumentaci závisí především na utvořeném návyku.

Respondentka si umí představit, že by vznikla nějaká nová forma dokumentace, ať už prý přes počítače, tak i pomocí hlasových záznamů. Je otázkou času, kdo vymyslí nový, lepší a lehčí způsob dokumentování informací o stavu pacienta, než je psaní. Domnívá se, že se vždy psalo rukou a rukou se psát také bude, i když se zavede sebelepší technika ve zpracovávání dat o pacientech. Na oddělení se využívá počítač, jenž funguje pro lékaře i sestry, kteří přes něj objednávají stravu, zjišťují výsledky z vyšetření nebo tisknou faktury za pobyt pacienta v nemocnici. Dotázaná uzavírá rozhovor s tím, že zastává názor „co je psáno, to je dáno“.

Respondent 4

Respondentkou č. 4 je sestra, která během šesti let vystřídala dvě nemocnice. V Nemocnici v Českých Budějovicích pracuje třetím rokem a je zde naprosto spokojená. Uvedla, že se v nemocnici využívá písemná ošetrovatelská dokumentace. Výhodou je, že si ji sestra může kdykoliv vzít, pročíst si ji nebo doplnit. Také se snadno přenáší,

pokud jde pacient na vyšetření. Nevýhodou je její časová náročnost. Některé testy a formuláře jsou dle respondentky zbytečné. Kdyby se sestra na pacienta podívala nebo s ním trávila více času, tak by podle dotázané nemusela nic sepisovat a vše by věděla. Samozřejmě v případě, že je pacient schopen komunikace. Sestra tvrdí, že je to skoro to samé jako s ošetrovatelskými diagnózami. Vytváří se plány ošetrovatelské péče, kde sestra opisuje pořád to samé z předešlého dne a je jí jedno, jestli byl ten plán aplikován u pacienta.

Z časového hlediska je dokumentace náročná, sestra se musí více soustředit na to, aby bylo zapsáno vše a v pořádku. Pokud se jedná o příjem, překlad nebo propouštění pacienta, které považuje respondentka za běžné nemocniční činnosti, zabere to skoro celý den. Myslí si, že to není pouze tím, že je spousta práce se zpracováváním dokumentace, ale také by se mělo dát do denní směny více sester, čímž by byla jednodušší organizace práce na oddělení. Při této myšlence vychází ze znalosti některých oddělení, kde na denní směnu dorazí dvě sestry a sestra staniční, která se zabývá více administrativou a sestry slouží na oddělení s pomocným personálem.

O elektronické dokumentaci sestra zatím jen slyšela v souvislosti s dokumentací lékařskou. Nedokázala by si představit, že by sestry měly také ošetrovatelskou dokumentaci v elektronické podobě, jelikož je na odděleních nedostatek počítačů. Vždy, když přijde na směnu, neustále vidí u počítače lékaře, kteří se ptají kolegů, jak dlouhou dobu tam ještě stráví a v kolik hodin bude hotov. Neví totiž, kdy by sama elektronickou dokumentaci zpracovávala, protože je neustále počítač na oddělení obsazen. Jí osobně vyhovuje dokumentace písemná, která by podle jejích slov určitě potřebovala nemálo úprav, díky nimž by se sestrám lépe vedla a měly by i více času na péči o pacienta.

Respondent 5

Respondentkou č. 5 je zdravotní sestra, která v nemocnici působí už 20 let. Za tuto praxi se vždy setkávala pouze s písemnou ošetrovatelskou dokumentací. Ta jí vcelku vyhovuje, protože je na ní zvyklá a myslí si, že kdyby se využívala dokumentace pomocí počítače, zabralo by to více času než písemná. Sestra má kolegyni, která pracuje v jiném zdravotnickém zařízení, kde se využívá dokumentace elektronická a nedokáže

si představit, že by chodila s čipem na krku a na každém pokoji „odklikávala“ kódy. Vůči pacientům jí to přijde neosobní. Dle jejích slov by pacienti působili jako „roboti, za které by sbírala body“. Největší problém by viděla v ovládní počítače a v případě, že by systém selhal.

Dle sestry je jedno, jestli se využívá elektronická nebo písemná ošetrovatelská dokumentace. Pro nedostatek počítačů na odděleních zastává respondentka názor, že elektronická forma by zabrala více času. Proto upřednostňuje radši písemnou ošetrovatelskou dokumentaci. Kdykoli si ji může vzít, když potřebuje, a snadno do ní zapíše potřebné údaje o pacientovi.

Nevýhodou je její časová náročnost, avšak sestra přiznává, že si na pacienta čas udělá a ví, že má vždy přednost. Další menší nevýhodou u písemné dokumentace je prý ruční psaní. Občas dá celkem práci vyluštit, co je v ní napsáno. Avšak tato negativa sestře nevadí a rozhodně preferuje dokumentaci písemnou více než elektronickou, a to z jednoho prostého důvodu. Jako ten uvádí, že je mnoho sester, které mají problémy při ovládní počítače a ona neví, jak by se to naučily. Jedinou možností by byl počítačový kurz, který by musela nemocnice zařídit, avšak respondentka ví, že by to bylo asi velice finančně náročné.

Respondent 6

Respondentkou č. 6 je sestra pracující v nemocnici 11 let a za svou praxi se vždy stále jen setkávala s ošetrovatelskou písemnou dokumentací a tomu je tak i v budějovické nemocnici. Sestře vyhovuje tato forma, která má prý i své nedokonalosti, jako je nečitelnost, nepřehlednost a hlavně je v ošetrovatelské dokumentaci moc listin, které by tam být ani nemusely. Kdyby se tato dokumentace upravila do jediné určité formy a byla dobře rozčleněná, nepůsobila by tak chaoticky a určitě by se vyšetřilo i více času na pacienta. Jenže tomu tak není, jak sestra dále přiznává, zpracovávání dokumentace zabere spousty času a bohužel to má vliv i na pacienta. Sestry působí jako jakési sekretářky a pacient zpravidla pozná, že nemají příliš času, za což jsou často kritizované. Dotázaná uznává, že by preferovala dokumentaci písemnou, avšak tak upravenou, aby se opravdu zaměřovala na důležité věci a ne na zbytečnosti.

Sestra pracuje na oddělení, kde pacienti leží po delší dobu, a nejlépe by preferovala knihu hlášení, kde by byl vypsán každý pacient a u něj poznamenáno, jak moc je soběstačný, jestli je u něj zaveden permanentní močový katétr, intravenózní kanyla a další body, které je důležité u takovýchto pacientů sledovat. Dále by respondentka u této formy nechala ošetřovatelskou anamnézu, jež se zpracovává při příjmu pacienta, ošetřovatelské diagnózy, které sestry u pacienta stanovují na základě získaných poznatků z anamnézy. Tímto způsobem by to sestře přišlo dostačující a přehledné.

Respondentka také pečlivě popsala, jak zpracovávání písemné dokumentace probíhá. Při příjmu pacienta se musí vyplnit Barthela, stupnice Northonové, nutriční screening a hodnocení rizika pádu. Poté se prý u pacienta zavádějí ošetřovatelské diagnózy, které se jednou týdně hodnotí a probíhá také hodnocení nutričního screeningu. Každá směna by měla provádět hodnocení ošetřovatelského procesu, přičemž v tabulce vyplní, co za činnosti se u pacienta provádělo a další důležité věci.

O elektronické ošetřovatelské dokumentaci respondentka nikdy neslyšela, pouze uvedla, že se u nich na oddělení využívá elektronická lékařská dokumentace. Ona jako sestra počítač používá pro objednávání stravy, ke kontrole výsledků z laboratorních vyšetření, k tisknutí faktur, žádanek či dalších jiných věcí. Neumí si představit, že by se na oddělení využívaly dva počítače, pokud by tedy k ošetřovatelské dokumentaci postačovaly. U počítače dle sestry sedí lékař a neví, kdy by dokumentaci sepisovala, když je neustále obsazený. Už z toho důvodu sestře vyhovuje dokumentace písemná. Kdyby se, jak již sestra zmínila, ošetřovatelská dokumentace trochu upravila, byla by naprosto spokojená.

Respondent 7 – rozhovor s managementem nemocnice

Respondentkou č. 7 je sestra zastupující management nemocnice, která ochotně vedla rozhovor na téma ošetřovatelská dokumentace. Tato dotázaná pracuje v nemocničním prostředí 16 let. Uvedla, že se v tomto zdravotnickém zařízení využívá lékařská elektronická dokumentace a písemná ošetřovatelská dokumentace, kterou čekají velké změny. Dotázaná si je vědoma toho, že ošetřovatelská dokumentace

v písemné podobě potřebuje jisté úpravy, které nastanou během pár let. Ví, jak si sestry z různých oddělení stěžují na spousty a spousty „papírování“. Dle dotázané to však nezávisí jen na tom, že je dokumentace moc, avšak že to sestry nezvládají. Respondentka uvedla, že jde hlavně o chybu v organizaci práce a v přístupu. Na předním místě by dle dotázané měl být vždy pacient. Respondentka sama do nedávné doby pracovala na oddělení a ví, jak to chodí s ošetrovatelskou dokumentací.

Dále uvedla, že změny v ošetrovatelské dokumentaci budou velké. Písemná ošetrovatelská dokumentace se bude převádět v nejbližší době v dokumentaci elektronickou, protože je třeba šetřit čas sester, aby se mohly více věnovat klientům a zlepšila se komunikace mezi personálem a pacientem. Z tohoto rozhovoru logicky vzešla otázka, jestli se na odděleních navýší počet počítačů. Respondentka uvedla, že zatím ne, ale to ukáže čas a jak se nová forma ošetrovatelské dokumentace ujme mezi personálem. Pro začátek se zatím management nemocnice bude zabývat úpravami v nynější dokumentaci, aby byla kvalitnější, šetrnější a hlavně aby vedla ke spokojenosti z pohledu sester.

Dále respondentka přiznává, že sestry na oddělení využívají počítače i dnes. Podle ní se považuje systém, který je zaveden v počítačích, za formu elektronické dokumentace, přestože se zatím týká pouze zdravotnické dokumentace. Při zavádění této dokumentace nebyly zaregistrovány žádné potíže, lékaři i další zdravotnický personál byl informován o této změně a za pomoci informačních techniků se lékařům vysvětlilo, jak mají s počítačovým systémem pracovat. Systém v nemocničním zařízení je pro lékaře zcela vyhovující a management doufá, že bude vyhovovat i sestřím.

Na otázku týkající se bezpečnosti systému dotázaná uvedla, že počítačový systém je chráněný dobře vybraným antivirovým programem, který je včas aktualizace systému, a především každý 6.měsíc personál obdrží nové přihlašovací údaje do systému. Pokud by nastala nějaká vážnější chyba v systému, okamžitě se tato chyba nahlásí technikům, kteří mají na starosti počítačový systém a ti zhodnotí, za jak dlouho bude systém opraven. Pokud je to na více než týden, automaticky se přechází na

písemnou dokumentaci, a to i lékařskou. Když je vše v pořádku, přepíše se údaje z písemné formy do elektronické.

Při otázce, zda-li existuje způsob neoprávněného zneužití elektronické dokumentace, sestra uvedla, že v dnešní době lze říci, že zneužít lze skoro všechno. Takže i dokumentace v elektronické podobě nejsou výjimkou. Avšak nechá se vyhledat, kdo do systému neoprávněně vnikl. Tento krok mohou udělat pouze správci systému. Viník by byl poté náležitě potrestán, o což by se postaraly příslušné státní orgány, jimž jsou k tomu uděleny pravomoci.

S respondentkou jsme dále hovořily na téma, jak probíhá archivace elektronické dokumentace. Uvedla, že elektronická dokumentace se archivuje ve formě listinné a nebo ve formě externího zařízení, na které prý existuje centrální server. Poté jsou tyto informace uchovávány v nemocnici řadu let. Respondentka uvedla, že zhruba deset, avšak, když je nemocnice vyřazuje ze své databáze, zasílá je do centrálního archivu, kde se tato data skladují další roky.

5. Diskuze

Předmětem toho výzkumu bylo zjistit názory a preference sester na ošetrovatelskou dokumentaci. Hlavním úkolem bylo především zmapovat, jakou ošetrovatelskou dokumentaci využívají dotázaná zdravotnická zařízení, a také odhalit problémy, které by eventuelně vznikly při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace.

V rozhovorech jsem se zaměřila na respondentky, které mají v zařízení, kde pracují, zavedenou elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace. V těchto rozhovorech mne zajímalo, jak jsou sestry s touto dokumentací spokojeny a zda-li by byly ochotné se vrátit k dokumentaci písemné, případně co by rády změnily. Oproti tomu jsem se také sešla a vedla rozhovor s respondentkami, pocházejícími ze zařízení, kde se ještě využívá písemná ošetrovatelská dokumentace. U obou zmíněných zařízení jsem se obrátila také na zástupce managementu a pohovořila jsem si s nimi na toto téma.

První rozhovory, týkající se ošetrovatelské dokumentace, byly vedeny se sestrami z Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích. Pro svůj výzkum jsem si vybrala šest zdravotních sester a jednu staničnici. Rozhovory s těmito respondentkami se naprosto shodovaly v jedné věci. Všechny by si nedokázaly představit, jak by pracovaly s písemnou ošetrovatelskou dokumentací. Tato forma je nepředstavitelná z několika důvodů, které uváděly jako nečitelnost, nepřehlednost, chaotičnost, snadná ztráta dat či možné neoprávněné zneužití cizí osobou.

Respondentky také často uváděly, že při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace měly strach z počítačů, s nimiž neuměly příliš pracovat. Ale management domova pro seniory pořádal školení práce s počítačem, které sestry přivítaly s otevřenou náručí. Nyní jim elektronická forma naprosto vyhovuje, a to především díky úspoře času, snížení chyb a pracnosti, přehlednosti, dobrému a čitelnému důkaznímu materiálu, dostatečné bezpečnosti dat pacientů i jich samotných, jednoduchosti, kterou umocňuje sám program, jenž je celou dobu vede. Tyto klady jim umožňují se více věnovat obyvatelům domova, a tím jim přinášet i kvalitnější ošetrovatelskou péči.

Kdyby nastala situace, že elektronický systém v domě pro seniory selže, jsou připravené okamžitě nasadit písemnou formu ošetrovatelské dokumentace. Po

odstranění problému budou opět pokračovat elektronickou formou, přičemž bude nutné do ní přenést údaje pořizované písemně.

Respondentky uvádějí, že elektronická forma ošetřovatelské dokumentace obsahuje stejná data jako písemná. Jsou to údaje o ošetřovatelské anamnéze, záznamy o stavu pacienta, ošetřovatelská překládová zpráva, různá rizika pádu, dekubitů, příjem a výdej tekutin, Nortonovou, Barthela, různé škály bolesti a další charakterické rysy, podstatné pro péči o pacienta.

Se stejnou tezí přichází i Policar. Mluví o tom, že by tyto dva druhy ošetřovatelské dokumentace měly obsahovat stejné jevy, jimiž jsou ošetřovatelská anamnéza, zhodnocení zdravotního stavu pacienta, posouzení potřeb pacienta pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a pro sestavení ošetřovatelského plánu. Policar uvádí, že ošetřovatelský plán má obsahovat popis problému, stanovení diagnóz, postupy při poskytování ošetřovatelské péče, datum a časový údaj o poskytnutí této péče. Dále také hodnocení péče, údaje o podávání léků, zařazuje sem i testy jako jsou rizika pádů, škály v hodnocení bolesti či nutriční screening.

Při porovnání lze říci, že Policarovy názory se shodují s informacemi od respondentek. Z toho vyplývá, že zavedená elektronická ošetřovatelská dokumentace v domově obsahuje přesně to, co je odborně vymezeno a každá správná dokumentace obsahovat má.

Česká asociace sester uvedla, že sestry mají pracovat formou ošetřovatelského procesu. V elektronické dokumentaci v domově pro seniory, jak uvedly respondentky, je zaveden ošetřovatelský proces, který sestry navádí, jak mají správně postupovat, a tím je i zároveň kontroluje v chybovosti.

Z rozhovoru s managementem domova pro seniory vyplynulo, že při přechodu z písemné ošetřovatelské dokumentace na dokumentaci elektronickou měly sestry strach, jak zvládnou práci s počítačem. Proto vedení domova pro seniory zavedlo několikátýdenní kurz, týkající se informačního systému, jenž byl v domově zaveden. Tímto školením prošli zaměstnanci bez problémů.

Účelem zavedení elektronického systému dle zastupujícího managementu bylo dostat sestry blíže k pacientům, a to tím, že se ušetřil čas, který sestry trávily nad

spisováním písemné formy dokumentace. Hlavním důvodem bylo zkvalitnění poskytované péče klientům. Doposud v domově pro seniory nenastalo selhání elektronického systému a, pokud by nastalo, domov přejde na písemnou ošetrovatelskou dokumentaci, která se po opravení přepíše do systému.

Na otázku, jak je to s ochranou elektronického systému, dotázaná z managementu uvedla, že elektronický systém v domově pro seniory je chráněný několika způsoby, jako je dobře vybraný antivirový program, častá aktualizace systému, což je hlavní úkol informačních techniků. Data jsou také pravidelně ukládána a zálohována. Pro jistotu se personálu obměňují přístupová hesla. Zda-li může někdo neoprávněně zneužít elektronický systém v domově, dotázaná přiznala, že neví, ale pokud by se to stalo, určitě se dá dotyčná osoba, která neoprávněně vnikla do elektronické ošetrovatelské dokumentace, najít a předat polici.

Zajímavé názory a preference mají také sestry z Nemocnice v Českých Budějovicích, kde zatím elektronická forma ošetrovatelské dokumentace nebyla zavedena. Těm jsem se snažila klást stejné otázky jako sestrám v domově pro seniory, aby jejich názory byly k dispozici pro porovnání. Rozhovory probíhaly individuálně, stejně tak jako v předchozím případě. Opět jsem diskutovala se sedmi respondentkami, z nichž jedna byla zástupkyní managementu nemocnice.

Respondentky v rozhovorech uvádí, že se v nemocnici používá písemná forma ošetrovatelské dokumentace, která všem však úplně nevyhovuje. Jejich odpovědi totiž byly shodné v tom, že je ošetrovatelská dokumentace nepřehledná, nepraktická, chaotická, nečitelná, dá se snadno ztratit či neoprávněně zneužít, často se v ní prý škrtá a přepisuje, což by se dělat nemělo. Toto tvrzení se shoduje s pohledem na danou problematiku v literatuře.

Písemná dokumentace dle respondentek obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, hodnocení stavu pacienta a posuzování potřeb pacienta. Dále by také sestry měly stanovovat ošetrovatelský plán, jehož součástí je určení ošetrovatelských diagnóz. Zaznamenává se i postup a hodnocení ošetrovatelské péče, údaje o podávání léků,

záznam o stavu pacienta a listiny podepsané pacientem při přijetí. Obsahuje také záznamy o rizice pádů, výživě či škále bolesti.

To, co sestřám na ošetrovatelské dokumentaci vadí, je její časová náročnost, která zabere spousty času z jejich pracovní doby. Vytížení je poměrně vysoké, občas se dostává do rozporu s kontaktem s pacienty. Respondentky si dle jejich slov spíše přijdou jako sekretářky a ne zdravotní sestry. Díky komunikaci s pacienty by se občas možná dozvěděly více, než přináší dokumentace.

Většina respondentek uvádí, že je s písemnou ošetrovatelskou dokumentací naprosto spokojena. Dokládají to možností ji okamžitě použít a stejně jako literatura přiznávají, že je nezbytnou součástí péče o pacientův zdravotní stav. Mohou ji kdykoliv pročíst, zkontrolovat a aktualizovat příslušné informace.

Všech respondentek jsem se optala, jestli už někdy slyšely o elektronické formě ošetrovatelské dokumentace. U některých z nich zazněla kladná odpověď, avšak ani jedna si nedokáže představit, jak by forma elektronické dokumentace v nemocnici fungovala. U jednoho počítače na oddělení bývají nejméně dva lékaři, proto neví, kdy by ony jako sestry ošetrovatelskou dokumentaci měly možnost zpracovávat.

Kdyby tyto respondenty z českobudějovické nemocnice dostaly na výběr mezi elektronickou a písemnou formou dokumentace, skoro všechny by si určitě rády vyzkoušely elektronickou podobu. Přesto by stále raději zůstaly u dokumentace písemné, která by dle nich musela projít několika úpravami, jelikož nyní není zrovna pro sestry vyhovující.

Několik dotázaných přiznalo, že nezáleží jen na dokumentaci, ale problém je zakotven také v organizaci práce. Nedostatek personálu, sloužícího na oddělení, přináší nemilá překvapení, sestry na pacienty totiž nemají tolik času a pacienti tento deficit citelně vnímají. Kdyby se vyřešil alespoň jeden z těchto problémů, přineslo by to pozitivní odezvu zejména od pacientů.

Jako poslední respondentkou mi byla sestra zastupující management nemocnice. Od ní jsem se dozvěděla, že v nemocnice se používá elektronická lékařská dokumentace a písemná ošetrovatelská dokumentace. K písemné ošetrovatelské dokumentaci se

vyjádřila dotázaná celkem jasně. Je si vědoma toho, že sestry vyjadřují nespokojenost s touto formou.

Dále se výpověď respondentky shodovala s předchozími, tedy že není chyba jen v dokumentování a zpracovávání, ale hodně záleží na organizaci práce na daných odděleních. Z rozhovoru vyplynulo, že v ošetrovatelské dokumentaci proběhnou určité změny, v nichž se později písemná ošetrovatelská dokumentace bude převádět do elektronické podoby, avšak počet počítačů se navyšovat nebude. Zde vzniká velký otazník, jak bude možné dokumentaci dostatečně obsáhnout. Dotázané sestry totiž v rozhovorech uvedly, že spíše preferují písemnou dokumentaci, protože neví, jak by zpracovávaly elektronickou z důvodu nízkého počtu počítačů na oddělení.

Respondentka se nakonec také vyjádřila k tématu selhání elektronického systému a archivaci dokumentovaných údajů. Z pohledu bezpečnosti elektronického nemocničního informačního systému je dle respondentky zabezpečený, jak jen to je možné, a to zejména díky tomu, že zaměstnanci mají svá hesla, systém je zabezpečen antivirovým programem a data se zálohují a ukládají.

Z rozhovorů v této diskuzi vyplývá, že respondentky z obou skupin a z jednotlivých zařízení preferují jiné formy ošetrovatelské dokumentace, protože sestry z nemocnice neměly nikdy možnost se setkat s dokumentací elektronickou, ale některé z dotázaných by si rády tuto formu dokumentace vyzkoušely. Sestrám v českobudějovické nemocnici nevádí ruční psaní ošetrovatelské dokumentace, ale kritizují, že se tam vyskytují zbytečnosti či nedostatky. Sestry z domova pro seniory měly možnost vyzkoušet si, jak ošetrovatelskou dokumentaci písemnou, tak i dokumentaci elektronickou a rozhodně by se nerady vrátily k dokumentaci písemné, i když i tato situace může nastat, pokud elektronický systém v Domově pro seniory Máj v Českých Budějovicích selže.

Mezi oběma zástupkyněmi managementu z obou zdravotnických zařízení vyplynul stejný názor na elektronickou formu ošetrovatelské dokumentace, a to, že se zlepší péče o pacienta alepší se i komunikace mezi personálem a pacientem. Co se týká archivování dokumentace je naprosto stejné v obou zařízeních. Systémy jsou také

zabezpečeny tak, aby se nikdo nepokusil neoprávněně zneužít uložených dat, i když obě respondentky uvedly, že zneužití systému je možné, avšak stejně tak je možné dohledat osobu, která je za to zodpovědná.

6. Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou elektronické a písemné ošetrovatelské dokumentace. Zhodnotila jsem také, co jsme zjistila o dané problematice a zda-li tato práce může být nějakým způsobem užitečná pro zdravotnická zařízení, která chtějí zkvalitnit ošetrovatelskou dokumentaci.

Ve výzkumu se podařilo zjistit názory a preference sester na dvě formy ošetrovatelské dokumentace, dokumentaci písemnou a elektronickou. V této bakalářské práci se sestry mohly vyjádřit, jak jsou spokojené či nespokojené s ošetrovatelskou dokumentací. Projevily své názory a nápady, které by mohly pomoci zlepšit a zkvalitnit ošetrovatelskou dokumentaci.

Respondentky v rozhovorech poukázaly na některé nedostatky v ošetrovatelské dokumentaci písemné i elektronické. Snažily se i vymyslet řešení, která by nedostatky v dokumentacích mohla napravit či odstranit. Na výzkumné otázky odpovídaly vždy dostatečně a ochotně, čímž mi umožnily v plném rozsahu splnit dané cíle této bakalářské práce.

Díky zjištěným výsledkům z mého šetření vyšlo najevo spousta pozitiv i negativ na ošetrovatelskou dokumentaci. Také přispěly k objevu nových poznatků, jak ji lze zlepšit či z ní odstranit nedostatky. Doufám, že přispějí jako jeden ze zdrojů, vedoucím ke zlepšení ošetrovatelských dokumentací

7. Seznam použité literatury

1. Bosáková, D., et al. *Elektronický podpis*, Olomouc: Anag, 2002, 144 s. ISBN 80-7263-125-X.
2. Doenges Marilyn, E., Mary Frances Moorhouse, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. Farkašová, D., et al. *Ošetrovatelství teorie*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. Joint Commission International., *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, Praha: Grada Publishing, 2008, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
5. Krišková, A., et al., *Ošetrovatelské techniky*, Slovenská republika: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
6. Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. lékařské fakulty Universita Karlova, *Základy ošetrování nemocných*, Universita Karlova v Praze: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
7. Mastiliáková, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl – systémový přístup*, Universita Karlova, Praha: Karolinum 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
8. Marečková, J., Jarošová, D., *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*, Ostravská universita v Ostravě: Zdravotně sociální fakulta, 2005, 86 s. ISBN 80-7368058-0.
9. NANDA International, *Ošetrovatelské diagnózy – definice a klasifikace 2009-2011*, Praha: Grada, 2010, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
10. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, *Sestra a pacient, zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II.*, Brno, 2004, 64 s. ISBN 80-7013-388-0
11. Polícar, R., *Zdravotnická dokumentace v praxi*, Praha: Grada, 2010, 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
12. Škubová, J., Start elektronické dokumentace v Benešově. *Florence*. 2011, roč. VII, č. 5, s. 3-5. ISSN 1801-464X.
13. Špirudová, L., *Multikulturní ošetrovatelství II.*, Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

14. Špinar, J., et al. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí, Praha: Grada, 2008, 255 s. ISBN 978-802-4717-494.
15. Tóthova, V., *Ošetrovatelství*, Jihočeská universita v Českých Budějovicích : Zdravotně sociální fakulta, 2000, 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
16. Universita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatelstva Slovenská republika, Teoria, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve, Martin: Martin 2005, 826 s. ISBN 80-88866-32-4.
17. Vondráček, L., Ludvík, M., Nováková, J., Ošetrovatelská dokumentace v praxi, Praha: Grada, 2003, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
18. Vondráček, L., Wirthová, V., *Sestra a její ošetrovatelská dokumentace: návod pro praxi*, Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
19. Workman, Barbara A., Bennett, Clare L., *Klíčové dovednosti sester*, překlad Marie Zvoníčková, Praha: Grada, 2006, 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
20. Vondráček, L., Prohřešky v ošetrovatelské dokumentaci, *Florence*, 2011, roč. VII, č. 4, s 10. ISSN 1801-464X
21. ISLO. CZ. *Slovník cizích slov* [online].c2012, poslední revize neuvvedena [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.islo.cz/slovník-cizich-slov/?word=dokumentace>
22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník 9/2004* [online].c2010, poslední revize neuvvedena [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html\(stránka3.\)](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html(stránka3.))
23. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [online].c2008, poslední revize neuvvedena [cit. 2012-01-02]. Dostupné z : <http://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
24. ICZ. *Elektronická ošetrovatelská dokumentace* [online].c2012, poslední revize neuvvedena [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.i.cz/co-delame/zdravotnictvi/aplikace-a-reseni-pro-zdravotnicka-zarazeni/zdravotnicka-zarizeni-26/elektronicka-osetrovatelska-dokumentace-141/>
25. SESTRA. *Význam fotodokumentace v ošetrovatelské péči* [online] poslední revize neuvvedena [cit. 2012-15-12]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vyznam-fotodokumentace-v-osetrovatelske-peci-298709>

26. NEMOCNICE SUŠICE. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. c. nevedeno, poslední revize nevedena [2012-03-11]. Dostupné z: <http://nemocnice.susice.net/oset/koncepce.pdf>
27. TOP LÉKAŘ. *Životní situace: Zdravotnická dokumentace* [online]c.2012, poslední revize nevedena [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <http://www.toplekar.cz/zivotni-situace/zdravotnicka-dokumentace/>
28. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu
29. Zákon č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
30. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
31. Zákon č. 227/2007 Sb., o elektronickém podpisu
32. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

8. Klíčová slova

Ošetřovatelství

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská dokumentace písemná

Ošetřovatelská dokumentace elektronická

Fotodokumentace

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci

9. Přílohy

- Příloha 1. Podklad pro vedení rozhovorů se sestrami
- Příloha 2. Podklad provedení rozhovorů s managmentem
- Příloha 3. Barthelův index
- Příloha 4. Visuální analogová škála bolesti

PŘÍLOHA 1: Polostandardizovaný podklad pro rozhovory se sestrami

Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?

- za Vaši praxi ve zdravotnickém zřízení probíhali změny v ošetrovatelské dokumentaci?
- řekněte mi prosím více o těchto změnách

Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používáte na Vašem pracovišti?

- jak vnímáte tuto ošetrovatelskou dokumentaci?

Jaké formy ošetrovatelské dokumentace znáte?

- myslíte si, že existuje i jiná forma ošetrovatelské dokumentace než písemná?

Z jakého důvodu Vám tato forma ošetrovatelské dokumentace (ne)vyhovuje?

- co je podle Vás důvodem, že Vám tato forma dokumentace vyhovuje?
- co je podle Vás důvode, že Vám tato forma dokumentace nevyhovuje?

Jaké výhody či naopak nevýhody vidíte v písemné ošetrovatelské dokumentaci?

- změnila byste něco v písemné ošetrovatelské dokumentaci?

Jak z hlediska časové náročnosti nahlížíte na písemnou formu ošetrovatelské dokumentace?

- myslíte si že věnujete dostatek času svým pacientům?

Jaký je Váš názor na nynější formu elektronické ošetrovatelské dokumentace?

- slyšela jste už o této formě ošetrovatelské dokumentace?

Jaké výhody či naopak nevýhody vidíte v elektronické ošetrovatelské dokumentaci?

Jak moc efektivně využíváte čas k prospěchu pacienta?

PŘÍLOHA 2: Polostandardizovaný podklad pro rozhovor se zástupci managementu

Jak dlouho pracujete ve zdravotnickém zařízení?

- za Vaši praxi ve zdravotnickém zřízení probíhali změny v ošetrovatelské dokumentaci?
- řekněte mi prosím více o těchto změnách

Jakou ošetrovatelskou dokumentaci vedete ve Vašem zdravotnickém zařízení?

- jaký je Váš názor na tuto dokumentaci?

Pokud vedete písemnou dokumentaci jaký je Váš názor na ní z hlediska managementu?

Myslíte si ,že personál věnuje dostatek času pacientům, když tráví dost času nad písemnou dokumentací?

Plánujete ve Vašem zařízení zavést elektronickou dokumentaci a kdy a jak?

Slyšel/a jste už o termínu elektronická dokumentace co o ní zhruba víte a na jaké bázi funguje?

Pokud je ve Vašem zařízení zavedena elektronická dokumentace jaký na ní máte názor z hlediska managementu?

Ve vašem zařízení se používají počítače, lze to považovat za elektronickou dokumentaci, proč ano/proč ne?

Znáte důvody, proč se ve Vašem zařízení zavedla, elektronická dokumentace?

Myslíte si, že Váš personál efektivně využívá čas k prospěchu pacienta?

Po zavedení el.dokumentace ve Vašem zařízení, by mělo probíhat proškolení personálu. Jak často probíhalo a jak dlouho trvalo než se pracovníci dokázali zadaptovat na novou formu dokumentace?

Jaké technické problémy se vyskytují při přecházení z písemné formy ošetrovatelské dokumentace na elektronickou formu?

Pokud nastane nějaká proucha v informačním systému, který naruší chod systému, za jaký časový úsek se dá zhruba systém opravit a co mají dělat pracovníci pokud by tento problém nastal?

Při poruše systému, který je tak porušený že s ním nelze pracovat, dokáží se data o pacientech nějakým způsobem uložit, nebo se v systému později nedají vyhledat?

Jak probíhá archivace dokumentace v elektronické podobě?

- vyjde finančně draž, než archivování dokumentace v listinné podobě?

Existuje nějaký způsob, že by Váš systém mohl někdo neoprávněně použít?

Jakým způsobem je tento informační systém chráněný, proti neoprávněnému vniknutí cizí osobou do systému?

Dá se vyhledat osoba, která vnikla neoprávněně do Vašeho systému?

PŘÍLOHA 3: Bartlův test základních všedních činností

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	hodnocení při přijetí	při propuštění
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8. přesun na lůžko - židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
Celkové hodnocení				

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý

PŘÍLOHA 4: Visuální analogová škála bolesti

