

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

**Jakým způsobem technologie ovlivňují přímý kontakt sestry
s pacientem?**

Diplomová práce

Autorka práce: Bc. Zdeňka Chalabalová

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Tollarová, Ph. D.

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu uvedenou v seznamu literatury. Současně souhlasím s tím, že tato diplomová práce může být zveřejněna v elektronické knihovně Fakulty humanitních studií UK v Praze a může být využita i jako studijní text.

V Praze dne 16. dubna 2016

Bc. Zdeňka Chalabalová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Blance Tollarové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, cenné rady a profesionální přístup. Poděkování patří i všem respondentkám, které mi poskytly rozhovory a věnovaly mi svůj čas.

OBSAH

Abstrakt	6
Abstract	7
1. Úvod	8
2. Teoretická část	10
2.1 Vymezení pojmů	10
2.2 Zdravotnická dokumentace	11
2.2.1 Legislativa	11
2.3 Ošetrovatelská dokumentace	14
2.3.1 Ošetrovatelský proces	15
2.3.2 Koncepční modely ošetrovatelství	18
2.3.3 Obsah ošetrovatelské dokumentace	24
2.4 Digitalizace zdravotnické dokumentace	26
2.4.1 Historie elektronické zdravotnické dokumentace v ČR	26
2.4.2 Elektronické zdravotnictví	27
2.4.3 Používané nemocniční systémy v ČR	29
2.4.4 Elektronická dokumentace ve světě	31
2.4.5 Elektronická ošetrovatelská dokumentace v praxi	32
2.4.6. Cíle elektronického zdravotnictví	34
2.5 Proces změny	35
2.5.1 Vlivy vyvolávající změnu	35
2.5.2 Řízení změny	36
2.5.3 Postoj ke změnám	39
3. Empirická část	41
3.1 Cíl výzkumu	41
3.2 Formulace výzkumné otázky	42
3.3 Metodologie	43
3.4 Sběr dat	44
3.4.1 Správné pracovní postupy	46
3.5 Interpretace dat	50
3.6 Elektronickou dokumentaci kvitují	51
3.6.1 Implementace elektronické dokumentace	51
3.6.2 Souhlas díky výhodám	55
3.7 Pořád se něco mění, aspoň si máme na co stěžovat	59

3.7.1 Informovanost	60
3.7.2 Postoj ke změně	63
3.8 Člověk – líný tvor	70
3.9 Náplň se mění, čas na to ne	77
3.9.1 V budoucnu bychom chtěli	81
3.10 Diskuze	83
4. Závěr	88
Literatura	90
Seznam příloh	93

ABSTRAKT

V diplomové práci se zabývám technologiemi, které všeobecné sestry používají při své práci. Těmito technologiemi je myšleno využívání počítačů a tabletů při psaní elektronické ošetrovatelské dokumentace, používání čteček čárových kódů při podávání medikace klientům zdravotních služeb a při odběrech krve a dalších laboratorních vzorků. V teoretické části se věnuji zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci, podle jaké legislativy je vedena, jaký je obsah. Dále jsou představeny firmy, které digitalizaci používají a organizace, kde jsou využívány.

V empirické části jsem použila kvalitativní výzkum, kdy jsem pomocí hloubkových rozhovorů, pozorování a analýzy časových snímků dne zkoumala, jakým způsobem uvedené technologie ovlivňují práci sestry, při jakých výkonech je sestry využívají a jak je vnímají ve své praxi. Výzkum byl proveden v pražské nemocnici, kde se digitalizace povedla a má vizi „bezpapírové“ nemocnice. Výzkum ukázal, že sestry elektronickou dokumentaci kvitují, ale se čtečkami čárových kódů nejsou zcela ztotožněny. Velký vliv na přijetí nových technologií má proces implementace a organizace práce.

Tento pilotní výzkum používání technologií otevřel nová témata a směry pro další výzkum, který může mít i praktické využití.

Klíčová slova: elektronická ošetrovatelská dokumentace, čtečky čárových kódů, medikace, odběr, pacient, sestra

ABSTRACT

The thesis deals with technologies that nurses use in their work. These technologies are computers and tablets when nurses write electronic nursing documentation, use barcode readers when administering medications to clients of health services and in collecting blood and other laboratory samples. The theoretical part is devoted to medical and nursing documentation what legislation is in force, what the content of documentation is. After that there are presented companies that provide digitization and organization, where the technologies are used.

In the empirical part I used qualitative research: in-depth interviews, observation and analysis of time frames. I examined how these technologies affect the work of nurses at which action is used by nurses and how they are perceived in their practice. The research was conducted in the hospital where digitisation has succeeded and the vision is a "paperless" hospital. The research has shown that nurses acknowledge the electronic documentation, but they are not fully identified with barcode readers. The process of implementation and organization of work has great influence on the adoption of new technology.

This pilot research on the use of technology has opened new topics and directions for other research, which may also have practical applications.

Key words: electronic nursing documentation, bar code readers, medication, blood taking, patient, nurse

1. ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem nových technologií v praxi sester, jakým způsobem tyto technologie ovlivňují přímý kontakt sestry s pacientem. Elektronizace zdravotnictví slibuje přehlednost dat o pacientovi, sdílení dat a dostupnost informací, to klade nároky na zdravotní pracovníky, kteří ke svým povinnostem musí vést také náročnou administrativu. Implementace elektronické dokumentace a čteček čárových kódů je změnou, která je přirozenou součástí vývoje zdravotnictví. Na počátku 21. století byla elektronizace zdravotnictví, zejména ošetrovatelství, v západních zemích samozřejmostí, v ČR byla teprve v začátcích. Společnosti poskytující systémy elektronické dokumentace berou zkušenosti z okolních zemí a snaží se nabízet uživatelsky jednoduché programy, které se mohou upravit dle potřeb uživatele. Nabízejí také přenosné komponenty komunikující s elektronickou dokumentací v počítači a používají se při přímém kontaktu s pacientem.

Téma diplomové práce jsem vybrala na základě zkušeností se zaváděním elektronické dokumentace a dalších technologií v organizaci, kde pracuji. Celková atmosféra, která provázela implementaci, byla velmi nepokojná. Mým zájmem při zpracování podkladů pro diplomovou práci byla analýza prostředí, chování sester a používání technologií s vlivem na péči o pacienta.

Diplomová práce se dělí na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části práce je přehled základní legislativy, která upravuje zdravotnickou dokumentaci. V další kapitole zabývající se ošetrovatelskou dokumentací je popsán způsob a forma vedení dokumentace, která má své zásady. Ošetrovatelská dokumentace kopíruje kroky ošetrovatelského procesu a je vedena podle různých modelů, které se dělí podle pojetí pacienta jako bytosti. Ošetrovatelský proces i ošetrovatelské modely jsou popsány v dalších kapitolách. Digitalizace zdravotnické dokumentace je téma, které se úzce vztahuje k tématu diplomové práce. Obsahuje popis historie elektronizace zdravotnické dokumentace v ČR. Další vývoj byl ovlivněn politickou situací a vstupem do EU. Elektronické zdravotnictví jako koncept EU se v ČR začalo také vyvíjet a s tím i nabídka nemocničních systémů od různých IT společností. Používané systémy v nemocnicích jsou v teoretické části popsány. Výhody a nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace a cíle eHealth jsou uvedeny v další kapitole. Na konci teoretické části je popsán proces změny, jaké vlivy působí na změnu a kroky, které by při procesu změny měly tuto změnu podpořit.

Empirická část se zabývá výzkumnou otázkou: Jakým způsobem technologie ovlivňují přímý kontakt sestry s pacientem? K hledání odpovědi byl použit kvalitativní výzkum. Pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů, pozorování a analýzy časových snímků dne jsem získala data, která jsou zpracována v kapitolách empirické části diplomové práce. Je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola popisuje postoj sester k elektronické ošetrovatelské dokumentaci, popisuje, jak sestry vnímaly implementaci a co pozitivně či negativně ovlivnilo jejich přístup k elektronické dokumentaci. Druhá kapitola se věnuje reakcím sester na změnu a z čeho vyplývá nespokojenost sester. Ve třetí kapitole jsou popsány pracovní postupy sester při používání elektronické dokumentace a čteček. Čtvrtá kapitola se zaměřuje na náplň práce sester, porovnání subjektivního a objektivního hodnocení změny v náplni práce, které čtečky přinesly. V podkapitole jsou popsány plány a vize sester do budoucna. Jednotlivé kapitoly interpretují a porovnávají data získaná z rozhovorů, pozorování a časových snímků dne.

V závěru diplomové práce jsou získaná data shrnuta, jsou zde popsány výstupy z výzkumu a jejich porovnání s teorií managementu. Závěr také obsahuje nástin dalších témat, která výzkum otevřel a která mohou být předmětem dalšího zkoumání.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení pojmů

V této kapitole jsou definovány a specifikovány pojmy, kterými se bude diplomová práce zabývat. Pro lepší orientaci v textu, terminologii a pro uvedení do situace jsou vysvětleny pojmy zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, pacient/klient, elektronizace a technologie ve zdravotnictví a číselné čárové kódy používaných ve zdravotnictví.

Zdravotnická dokumentace – zaznamenává průběh zdravotního stavu pacienta v čase, zákon ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci každému zdravotnickému zařízení, ať jde o státní či nestátní. Zdravotnická dokumentace se vede ve všech sférách zdravotní péče (primární, sekundární i terciální). Obsahuje lékařskou, ošetrovatelskou dokumentaci, výsledky vyšetření, konzilií a provedených výkonů, souhlasy s výkony, hospitalizací, souhlasy s poskytováním informací o zdravotním stavu a uvedení osob, kterým tyto informace mohou být sděleny.

Ošetrovatelská dokumentace – je vedena nelékařskými zdravotníky, kteří se podílejí na ošetrovatelské činnosti a péči o pacienta. Řídí se stejnými pravidly jako zdravotnická dokumentace, je její součástí. Ve Vyhlášce o zdravotnické dokumentaci je pojmenovaná jako „dokumentace ošetrovatelské péče“, v diplomové práci ale bude použita terminologie všeobecně zažitá, tedy ošetrovatelská dokumentace. Obsahově popisuje ošetrovatelský proces, který je u pacienta prováděn podle určeného koncepčního modelu, a jeho hodnocení. Do ošetrovatelské dokumentace patří záznam od všeobecných sester, rehabilitačních pracovníků, dietních sester, sociálních pracovníků, psychologů a dalších členů ošetrovatelského týmu.

Pacient/klient – je nemocná nebo zraněná osoba, která je ošetrovaná lékařem nebo lékařské ošetření potřebuje. Pacient je klient poskytovatelů zdravotních služeb. V posledních letech je slovo klient až nadužíváno ve všech oblastech poskytování služeb. Ve zdravotnictví, publikacích i člancích se s vyšší frekvencí stále používá termín „pacient“, se kterým pracuje i tato diplomová práce.

Technologie ve zdravotnictví – základní kroky trendu elektronizace zdravotnictví dává Národní plán rozvoje eHealth, týká se digitalizace zdravotnické dokumentace, zavedení elektronické identifikace pacienta i zdravotnického pracovníka, elektronického receptu a elektronického vzdělávání veřejnosti i zdravotníků (eHealth v ČR, 2014). Diplomová práce

se v empirické části bude orientovat na používání technologií v sesterské praxi, tzn. elektronické ošetrovatelské dokumentace a používání čteček čárových kódů.

Čtečky čárových kódů ve zdravotnictví – používají se při podávání léčiv pacientům, při odběrech krve, i při zapisování intervencí a vedení dokumentace. V diplomové práci je téma zaměřené na užívání čteček při medikaci a odběrech. Zdravotník, pacient i léčivo nebo zkumavka má jedinečný čárový kód, který se automaticky přiřadí ke zdravotníkovi a pacientovi. Od samotného počátku hospitalizace se dá u pacienta dohledat, kdo lék podal a jaký lék (s jakou šarží) byl pacientovi podán. Účelem je zvyšování kvality péče a bezpečí pacienta při podávání medikace. Vede k prevenci záměny vzorků krve.

2.2 Zdravotnická dokumentace

2.2.1 Legislativa

Zdravotnická dokumentace a její vedení patří ke každodenním povinnostem zdravotníků. Tuto dokumentaci upravují právní předpisy. Historie vývoje zdravotnické dokumentace na území našeho států není v odborné literatuře přesně popsán, v kontextu popisu historie legislativy je dobré uvést první předpisy, které daly základ vývoje další legislativy o zdravotní péči a posléze i o zdravotnické dokumentaci. První právní předpis, který se věnoval základní zdravotní péči, vznikl s vládou Marie Terezie, vznikly reformy a patent Generálního medicínského řádu. Za Josefa II. v roce 1887 vchází v platnost zákon č. 68, o veřejné zdravotní službě. Během období první republiky vznikaly další právní předpisy. (Kvapilová, 2015)

Právní předpis, který upravoval poskytování zdravotní péče, byl zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ten jako první v Československu určoval povinnosti státu, poskytovatelům zdravotních služeb a zásady zdravotnické péče. V zákoně se klade důraz na povinnost mlčenlivosti zdravotníků, kteří pracují s citlivými údaji pacientů, a poskytování zdravotnické péče v souladu se současnými poznatky lékařské vědy. Zdravotnická dokumentace jako taková se začala řešit později. První zmínka o zdravotnické dokumentaci je v zákoně č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. V zákoně je uvedena povinnost nestátního zdravotnického zařízení vést zdravotnickou dokumentaci. V dokumentaci jsou informace o osobě samotného pacienta, jeho anamnestických údajích, vývoji zdravotního stavu pacienta a průběhu poskytované zdravotní péče.

Nejvýše postaveným právním předpisem, který se konkrétně zabývá tématem zdravotnické dokumentace, je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, přijata členskými státy Rady Evropy 1997. Tato mezinárodní úmluva popisuje vedení a přístup ke zdravotnické dokumentaci. V České republice byla publikována pod č. 96/2001 Sb. Zdůrazňuje právo každého jedince na ochranu soukromí o informacích o jeho zdraví a právo znát shromážděné informace o jeho zdravotním stavu.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ukládá povinnost zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci, a to všem, bez rozdílu. Zdravotnická dokumentace musí splňovat obsahovou i formální stránku. Dokumentace musí vždy obsahovat název poskytovatele zdravotní péče, identifikační číslo, adresu, název oddělení a telefonní číslo. Dalšími informacemi jsou údaje o pacientovi, jeho jméno a příjmení, rodné číslo, pohlaví, kód pojišťovny, adresa trvalého pobytu. Součástí dokumentace je v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu nemocného diagnostická rozvaha s předpokládanou konečnou diagnózou, záznam o poskytnuté zdravotní péči, léčivých přípravcích nebo zdravotnických prostředcích, ošetrovatelské záznamy a průběh ošetřování nelékařskými zdravotníky, písemný souhlas pacienta s výkonem, který může mít charakter diagnostický nebo terapeutický, a souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta svým příbuzným nebo osobám blízkým. Formálními náležitostmi je myšleno uvedení jména, příjmení a rodného čísla na každém listu zdravotnické dokumentace a uvedení data a hodiny při všech záznamech lékařských i ošetrovatelských, při přijetí nebo propuštění pacienta z ústavní péče, přeložení do jiného zdravotnického zařízení nebo úmrtí pacienta. Samozřejmou složkou jsou veškeré výsledky vyšetření.

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. se v mnoha bodech shoduje s vyhláškou č. 385/2006 Sb., navíc specifikuje záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi, kdy je nezbytné uvést indikaci omezení, čas zahájení a ukončení omezení, průběžné hodnocení stavu pacienta v průběhu omezení a důvod k pokračujícímu použití omezovacího prostředku. Lékaři mají povinnost hlásit infekční choroby a oznamovací povinnost při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Novela zákona č. 111/2007 Sb. definuje právo pacienta na poskytnutí všech informací, které jsou shromážděny ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě, a právo na zákaz podávání informací nebo určení osoby, které budou informace o zdravotním

stavu poskytnuty a která bude moci nahlížet do dokumentace nebo si bude pořizovat kopie, opisy, výpisy z těchto dokumentů. Novela specifikuje také formu zdravotnické dokumentace. Forma může být grafická, textová i audiovizuální, listinná a elektronická. Dokumenty v elektronické formě musí mít zaručený elektronický podpis toho, kdo zápis provedl. Jestliže je zápis proveden v elektronické formě bez elektronického podpisu, musí se každý zápis vytisknout a opatřit podpisem toho, kdo záznam zapsal. Elektronický podpis je upravován zákonem č. 227/2000 Sb., všechny části elektronické zdravotnické dokumentace musí tento digitální podpis obsahovat. Elektronický podpis nahrazuje podpis v tištěné podobě.

Zajišťování a poskytování zdravotní péče a vedení dokumentace úzce souvisí s ochranou osobních dat pacientů. Zpracování těchto dat upravuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Dobu archivace a skartační řízení zdravotnické dokumentace upravuje již zmíněná vyhláška MZ ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Témata ochrany osobních údajů, archivace a skartace jsou spjaté s vedením zdravotnické dokumentace, ovšem pro tuto práci ne zcela důležité, a proto jsou pouze zmíněny.

Věstník č. 9/2004 MZ upravuje ošetrovatelskou dokumentaci, která je vedena podle ošetrovatelského procesu nelékařskými zdravotníky. Zaznamenávají se údaje o stavu pacienta, vývoji jeho potřeb a ošetrovatelských problémů a umožňují tím zvolit správnou strategii a taktiku při poskytování ošetrovatelské péči.

Ošetrovatelská dokumentace může být upravována akreditačním standardem, vydaným Spojenou akreditační komisí, o.p.s. (dále jen SAK). SAK má za poslání neustálé zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v ČR. Vydává akreditační standardy, které slouží jako podklad pro kritéria hodnocení zdravotnického zařízení, které usiluje o akreditaci nebo ji obhájí. Standardy, které upravují ošetrovatelskou dokumentaci, jsou standardy: I., II., IV., V. a XII. (Akreditační standardy pro nemocnice, SAK, 2014). Blíže jsou popsány v kapitole 2.3.3 Obsah ošetrovatelské dokumentace.

Zdravotnická dokumentace informuje o vývoji zdravotního, psychického i sociálního stavu pacienta v čase. Slouží jako zdroj informací pro zdravotní pojišťovnu jako důkaz poskytnuté péče pro úhradu zdravotnickému zařízení, i pro pacienta samotného, má tedy přehled kdy a jaké výkony a vyšetření mu byly provedeny. Využívá se při soudních sporech jako důkazní materiál a při řešení stížností. Zdravotnická dokumentace je cenný zdroj dat pro výzkum, odbornou statistiku a pro provádění auditů. (Policar, 2010)

2.3 Ošetrovatelská dokumentace

V roce 2004 vydalo Ministerstvo zdravotnictví metodické opatření věstník č. 9/2004, aby byl zajištěn jednotný postup při poskytování ošetrovatelské péče v jakémkoliv prostředí, v ambulantní, lůžkové i domácí péči. Toto metodické opatření vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998 a respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic EU, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek.

Z hlediska terminologie je třeba upozornit na skutečnost, že vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb. používá termín „dokumentace ošetrovatelské péče“ namísto používaného a rozšířeného termínu „ošetrovatelská dokumentace“. Je také třeba zdůraznit, že pokud se mluví o ošetrovatelské dokumentaci vedené podle ošetrovatelského procesu, probíhá toto vedení při hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení. Při ambulantním provozu sestra také vede dokumentaci, ale má jiný charakter.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Platí pro ni stejná pravidla jako pro zdravotnickou dokumentaci, její zaznamenávání, archivaci i skartaci a přístupu k ní jak ze strany pacientů, tak i dalších osob a orgánů (Policar, 2010). Má administrativní, klinický i vzdělávací účel. Slouží jako zdroj informací o potřebách pacienta, cílech ošetrovatelské péče, může být zdrojem dat pro výzkum, pro audity a statistiku. Systematické záznamy plánované zdravotní péče zajišťují kontinuitu ošetrovatelské péče. A pokud je dokumentace vedená správně, může sloužit jako nástroj na zvyšování kvality poskytované péče.

Vedení dokumentace musí být pravdivé, údaje přesné, čitelné a srozumitelné. Záznamy jsou uvedeny s datem a časem pořízení a podpisem ošetřujícího personálu. Při opravě záznamu musí být původní záznam čitelný. V ošetrovatelské ani lékařské dokumentaci nesmí být v žádném případě použita nesprávná terminologie, slangové výrazy nebo vulgarismy, cizí jazyk (kromě latinského jazyka) ani neschválené zkratky (Vondráček, 2003).

Koncepce ošetrovatelství MZ ČR určuje pro ošetrovatelský personál pracovní metodu ošetrovatelského procesu (Věstník č. 9/2004). Ošetrovatelský proces klade důraz na holistický, tzn. celostní přístup k lidské bytosti, personál by neměl na člověka nebo pacienta nahlížet jen ze somatického pohledu, ale brát ohled i na všechny jeho potřeby v oblasti bio-

psycho-sociální. Potřeby je nutné umět identifikovat a přiměřeně uspokojovat (Trachtová, 2004).

Ošetrovatelská dokumentace obsahově kopíruje fáze ošetrovatelského procesu a popisuje jejich průběh. V ošetrovatelské dokumentaci zjišťujeme a dokumentujeme data týkající se pacienta, zpracováním dat pak naplánujeme ošetrovatelskou péči, kterou posléze hodnotíme písemnou formou. K pacientovi se přistupuje s ohledem na jeho individuální potřeby. Tyto přístupy mohou být různé a jsou popsány v koncepčních modelech ošetrovatelství. Koncepční model je základem pro sestavení příjmové ošetrovatelské anamnézy, ve které se sestra snaží popsat a rozpoznat ošetrovatelské problémy.

Základním kamenem pro vznik a vedení ošetrovatelské dokumentace je ošetrovatelský proces, další úprava ošetrovatelské dokumentace záleží na prioritách zdravotnického zařízení, jakými směry a podle jakého koncepčního modelu ošetrovatelství chtějí o pacienta pečovat. Ošetrovatelský proces určuje obsah ošetrovatelské dokumentace a koncepční modely ošetrovatelství určují design ošetrovatelské dokumentace a obsah ošetrovatelské anamnézy a ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelský proces i koncepční modely ošetrovatelství jsou popsány dále.

2.3.1 Ošetrovatelský proces

Obsah ošetrovatelské dokumentace je upraven legislativně a na to navazuje také Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR), která vydala akreditační standardy obsahující všechny náležitosti ošetrovatelské dokumentace. Řídí se tedy ošetrovatelským procesem, který má 5 fází (Gutová, 2007):

1. zjišťování informací, zhodnocení
2. stanovení ošetrovatelské diagnózy
3. plánování ošetrovatelské péče
4. provedení navržených intervencí
5. zhodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče

Všechny fáze ošetrovatelského procesu se navzájem prolínají a opakují se. V první fázi sestra potřebuje pacienta poznat a získat o něm co nejvíce informací. Shromažďování informací probíhá při vstupním rozhovoru sestry s pacientem, který by měl proběhnout co nejdříve po jeho přijetí na lůžkovou část nemocnice (Rozsypalová, Staňková, 1999). Při rozhovoru by si měla sestra získat pacientovu důvěru, aby o pacientovi získala co nejvíce informací a zároveň poskytne pacientovi veškeré informace, které chce a potřebuje vědět.

Lékařská a ošetřovatelská anamnéza je v mnoha ohledech podobná. Lékař se při sběru dat soustředí na lékařské diagnózy a fyzický stav pacienta. Sestra si na základě znalostí pacientových diagnóz odvodí také jeho fyzický stav, ovšem z pohledu soběstačnosti a rizik, která pacienta mohou potkat, a samozřejmě psychický stav ovlivněný nemocí nebo hospitalizací a sociální situací pacienta. Zhodnocením celkového stavu pacienta se může nastavit individuální ošetřovatelská péče, při které budou uspokojeny potřeby pacienta a budou eliminována nebo snížena rizika, která pacienta mohou ohrožovat. Při včasném zásahu sestry a naplánování správných intervencí, může sestra rizikům předejít. Dvěma nejvýznamějšími riziky, které jsou národními indikátory kvality péče ve zdravotnických zařízeních, jsou pády pacientů a dekubity. Tyto indikátory je důležité zhodnotit při příjmu pacienta. Například u sledování dekubitů by mělo být ze záznamů jasné, jestli dekubitus, který pacient má, vznikl doma, v jiném zdravotnickém zařízení, nebo při nynější hospitalizaci. Data, která se zanáší při příjmu a dále i během hospitalizace pacienta, jsou důležitá pro vyhodnocování kvality poskytované péče a bezpečného prostředí. Při dlouhodobé hospitalizaci nebo změně stavu by se tato fáze měla opakovat v pravidelných intervalech a je nutné přehodnotit stav, potřeby pacienta i rizika. Všechna svá zjištění sestra zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace, jejichž část se nazývá ošetřovatelská anamnéza nebo ošetřovatelské vyšetření. Díky elektronické dokumentaci jsou tato důležitá data ukládána v přehledu o konkrétním pacientovi a v případě další hospitalizace má sestra k dispozici veškeré informace o pacientově zdravotním, psychickém stavu a jeho sociální situaci. Tyto informace se od minulé hospitalizace mohou změnit, proto sestra zhotovuje novou anamnézu s aktuálními informacemi o celkovém stavu pacienta.

Ve druhé fázi nazvané „ošetřovatelská diagnóza“ jde o pojmenování konkrétních problémů, které vycházejí ze získané anamnézy. Ošetřovatelská diagnóza může vyjadřovat problém jak aktuální, tak potencionální, který se dá očekávat (Rozsypalová, Staňková, 1999). Sestra by měla posoudit a stanovit diagnostický závěr podle priorit maximálně do 48 hodin od přijetí pacienta a dle potřeby se tato fáze zopakuje. Ošetřovatelské diagnózy jsou při každé hospitalizaci pacienta individuální a v elektronické dokumentaci se generují z ošetřovatelské anamnézy. Sestra je v elektronické dokumentaci během hospitalizace u pacienta upravuje podle aktuálního stavu pacienta. U akutního pacienta, u kterého se mění jeho zdravotní stav, sestra upravuje ošetřovatelské diagnózy i několikrát za den. U pacienta dlouhodobě hospitalizovaného se ošetřovatelské diagnózy mění jednou za týden nebo kdykoliv při změně jeho zdravotního stavu.

Po stanovení a pojmenování ošetřovatelských diagnóz je třeba naplánovat jejich řešení. Tento třetí krok „plán ošetřovatelské péče“ zahrnuje nastavení cílů, očekávaných výsledků s kritérii pro hodnocení, a plán, jak stanovené cíle splnit. Vytvoří se individuální plán ošetřovatelské péče, který vede k uspokojování potřeb. Sestra při plánování spolupracuje s ostatními týmy – rehabilitačními pracovníky, dietními sestrami, sociálními pracovníky a psychology. V elektronické dokumentaci plán ošetřovatelské péče vychází ze stanovených ošetřovatelských diagnóz, každá ošetřovatelská diagnóza obsahuje několik intervencí, díky kterým je ošetřovatelská diagnóza naplněna a je tím pádem i uspokojena potřeba pacienta. Intervence jsou u každého pacienta individuální a při splnění intervence sestra konkrétní intervenci v elektronické dokumentaci „odškrtnává“ a potvrzuje tím, že ji splnila, což přímo souvisí s dalším krokem – realizace ošetřovatelského plánu.

Dalším krokem je realizace ošetřovatelského plánu, vlastní ošetřování pacienta. Sestra poskytuje péči podle ošetřovatelského plánu a přizpůsobuje ji dle aktuálního vývoje stavu nemocného (Rozsypalová, Staňková, 1999). Ošetřovatelská péče by měla vést k odstranění nebo snížení intenzity ošetřovatelských problémů a ideálně k prevenci vzniku nových potíží u pacienta (Marečková, 2006). Při poskytování ošetřovatelské péče je sestra v přímém kontaktu s pacientem, získává nové informace a upravuje další ošetřovatelskou péči podle nynějšího stavu pacienta. V elektronické dokumentaci se tedy realizace ošetřovatelského plánu a péče objevuje ve formě již zmíněných intervencí.

Poslední pátou fází je posouzení efektu poskytnuté ošetřovatelské péče. Hodnotí se splnění cílů. Cíle by měly splňovat podmínky SMART (Workman, 2006: 14):

- „**S**pecific – specifické
- M**easurable – měřitelné
- A**chievable – dosažitelné
- R**ealistic – realistický
- T**imebound – časově ohraničené“

Pokud jsou cíle správně formulovány, je nastaven správný způsob ošetřování a tím i vedení ošetřovatelské dokumentace, to se projeví zlepšováním zdravotního stavu pacienta, zvýšení soběstačnosti, vytvoření fyzické i psychické pohody.

Pro snadnější pochopení ošetřovatelského procesu a jeho zaznamenávání do elektronické dokumentace bych zde ráda uvedla jednoduchý případ pacienta s operační ránou. Při příjmu pacienta sestra zjistí pozorování a dotazem, že má pacient operační ránu, ve které jsou stále stehy. Tuto informaci zanáší do ošetřovatelské anamnézy, protože se jedná

o změnu na kůži, která vyžaduje pozornost. Elektronická dokumentace následně z této anamnézy generuje ošetrovatelskou diagnózu nazvanou „operační rána“. Sestra v této chvíli ví, že o operační ránu musí pečovat, aby se hojila bez komplikací. V plánu ošetrovatelské péče si naplánuje intervence, co vše a jak často u operační rány musí zrealizovat, například tedy kontrola rány, jejího vzhledu, převazy rány, vzhledu okolí rány. Po poskytnutí samotné ošetrovatelské péče o operační ránu (převaz) sestra v elektronické dokumentaci potvrzuje splnění intervence, zároveň tuto poskytnutou péči zapisuje do hodnocení. Sestra zaznamenává, jak rána a její okolí vypadá, zda je klidná, zda jsou ponechány stehy, a jaký materiál použila při převazu rány.

Ošetrovatelská dokumentace popisuje, jakým způsobem je veden ošetrovatelský proces u pacienta v praxi, zaznamenává poskytnutou ošetrovatelskou péči a pomáhá se sestřám zorientovat v péči o pacienta. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu se realizují různé koncepční modely ošetrovatelské péče, a ty určují také vzhled celé ošetrovatelské dokumentace.

2.3.2 Koncepční modely ošetrovatelství

Teorie ošetrovatelství se začala vyvíjet v polovině 20. století v USA a Kanadě. Vývoj byl zpočátku založen na intuici a předchozích zkušenostech, postupně ale začal mít vědomostní charakter a zaměřoval se na propojení teorie, praktických zkušeností a filozofie (Pavlíková, 2006). Vznik a pojmenování modelů ošetrovatelství etablovalo novou vědní disciplínu – ošetrovatelství.

Ošetrovatelský proces se tedy poskytuje podle různých koncepčních modelů a teorií ošetrovatelství. V praxi v nemocnici to znamená, že sestra získává potřebné informace o pacientovi pomocí zvoleného ošetrovatelského modelu, má podle něj upravenou příjmovou anamnézu, kterou s pacientem vyplňuje, a zabývá se všemi oblastmi zvoleného ošetrovatelského modelu. Koncepční model ošetrovatelství určuje celkový design ošetrovatelské dokumentace, vzhled a obsah ošetrovatelské anamnézy a ošetrovatelských diagnóz. Po vyplnění příjmové anamnézy následují další fáze ošetrovatelského procesu, které jsou přizpůsobeny danému modelu. V České republice je nejrozšířenější ošetrovatelský model Marjory Gordon, který svým holistickým přístupem vyhovuje všem: všeobecným sestřám a dalším zdravotníkům, managementu nemocnice, ve školství i výzkumu (Mastiliaková, 2014).

„Koncepční modely ošetrovatelství definují:

- **osobu** – nejčastěji jako integrovanou bio-psycho-socio-spirituální bytost, přičemž další specifikace je různá, například osoba jako adaptivní systém, behaviorální systém, sebepečující činitel, energetické pole apod.,
- **prostředí** – jako vnitřní struktury a vnější vlivy, včetně členů rodiny, komunity, společnosti a fyzikálního prostředí, v některých modelech je prostředí považované za zdroj stresů a v jiných za zdroj zdrojů,
- **zdraví** – nejčastěji jako kontinuum (nepřetržitý průběh) od adaptace k maladaptaci, nebo jako dichotomii (dvojítoť) behaviorální stálosti a nestálosti, či jako hodnotu, kterou definuje každá kulturní skupina jinak,
- **ošetrovatelství** – prostřednictvím specifikace cílů ošetrovatelských činností a ošetrovatelského procesu, např. jedním z cílů ošetrovatelství je pomoc osobám dosáhnout, udržet, či znovu získat schopnost sebepeč. Znaménko rovnosti se klade mezi zdravím a schopností postarat se sám o sebe. Ošetrovatelský proces v jednotlivých modelech zdůrazňuje zhodnocení zdravotního stavu jedince, vytčení cílů a plánů, realizaci intervencí a zhodnocení zdravotního stavu jedince po ošetrovatelských intervencích. Obsahová náplň jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu se může v různých modelech lišit.“ (Pavlíková, 2006: 21, zvýraznění v originále)

Modely ošetrovatelství se snaží poskytnout specifický rámec a teoretickou základnu ošetrovatelství, pomáhají ukázat na co se zaměřit, co pozorovat, nad čím se zamyslet, zkvalitňují práci sestry a snaží se zjednodušit jednání a myšlení sester v konkrétních situacích.

První autorka Florence Nightingale v roce 1859 ve svém modelu vycházela hlavně z interakce pacient – prostředí – sestra. Dbala na hygienu a čisté prostředí, nezaměřovala se přímo na potřeby pacienta. Další modely vycházejí ze základní hierarchie lidských potřeb, kterou vytvořil Abraham Harold Maslow v roce 1943. Původní pyramida obsahovala 5 základních potřeb, ale postupně se modifikovala do nové podoby, do sedmi úrovní seřazené od nejzákladnějších potřeb:

„1. Potřeby fyziologické: potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba, vyjadřují narušenou homeostázu,

2. Potřeby jistoty a bezpečí: potřeby vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě,

3. Potřeby sounáležitosti a lásky: potřeby afiliační, milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, integrace,
4. Potřeby uznání a sebeúcty: potřeba sebeúcty, sebekoncepce, potřeba uznání souhlasu, autonomie,
5. Potřeby kognitivní: potřeby poznávat, vědět, rozumět,
6. Potřeby estetické: potřeby symetrie, krásy,
7. Potřeby seberealizace: realizovat vlastní potenciál“ (Trachtová, 2004: 15)

Autorkou teorie základní ošetrovatelské péče byla Virginia Henderson. Jedná se o humanistický model. Středem pozornosti zdravotníků byl pacient a cílem ošetrovatelské péče byla nezávislost a soběstačnost pacienta v uspokojování svých potřeb. Sestra pouze dohlíží a asistuje pacientovi, rozhodování nechává na něm samotném. Podle Henderson je lidských potřeb 14 a jsou rozdělené do oblasti biologické, sociální, psychické a spirituální (Aggleton, 2000).

Dorothea Elisabeth Orem založila svoji teorii na deficitu sebeděče. Ošetrovatelská péče je spouštěna deficitem sebeděče a zájmem ošetrovatelství je mobilizování pacienta v oblasti sebeděče na základě lidské přirozenosti (Pavlíková, 2006). O šest let později definovala trojice Nancy Roper, Winifred Logan a Alison Tierney model životních aktivit. Pojmenovaly 12 denních aktivit, které se projevují jako potřeby člověka a projevují se také určitým typem chování. Každá aktivita má tři aspekty: fyziologický, psychologický a sociální. Cílem ošetrovatelství je schopnost pacienta vykonávat aktivity samostatně bez pomoci ostatních (Pavlíková, 2006).

V době migrace obyvatelstva v USA v 2. polovině 20. století se začala Madeleine Leiniger věnovat vlivu kultury na chování jedince ve zdraví i v nemoci. Svoji teorii transkulturní péče nazvala „model vycházejícího slunce“. Základem modelu bylo poskytování kulturně specifické a všestranné ošetrovatelské péče. Sestra by tedy měla znát rozdílnost kultur, tradice a způsob péče o osoby z různých kultur (Špirudová, 2006). Rosemarie Riso Parse popsala svoji teorii lidského bytí jako soužití (koexistenci), zdraví je podle ní rytmický proces a interakce pacienta a prostředí (Pavlíková, 2006).

Model psychodynamického ošetrovatelství, jejímž autorkou je Hildegard E. Peplau, se již věnuje interpersonálním vztahům. Pacient se objevuje v nemocnici a má obavu z neuspokojení potřeb a z neznámého nového prostředí. Sestra má roli neznámé osoby, pomocnice, učitelky, vůdkyně, zástupkyně a poradkyně, pomáhá pacientům adekvátně komunikovat a porozumět vlastnímu chování. Z práce H. Peplau a V. Henderson vychází

teorie ošetrovatelského procesu, kterou zpracovala Ida Jean Orlando. Teorie pohlíží na pacienta holisticky a věnuje se všem oblastem jeho humánního systému: biologickému, interpersonálnímu a intrapersonálnímu. Cílem ošetrovatelského procesu je zlepšení stavu pacienta a zajištění jeho komfortu a pocitu pohody. Ernestine Wiedenbach se nechala inspirovat teorií I. Orlando a popsala svůj model umění pomáhat, který je založen na relativně jednoduchém principu: poskytnutí pomoci. Proces pomoci je ale velmi ovlivněn osobností sestry, její kulturní úrovní, vzdělaností, moudrostí a zájmem. (Pavlíková, 2006)

Dalším modelem, který logicky následuje, je model funkčních vzorců zdraví autorky Marjory Gordon. V České republice je nejpoužívanější a konkrétněji mu bude věnována pozornost na konci této kapitoly.

Dorothy E. Jonson a její model behaviorálního systému popisuje, že každý má nějaký svůj behaviorální systém, podle kterého se řídí své chování. Má sedm subsystémů a změna jednoho vyvolá změnu jiného, subsystémy jsou vzájemně propojeny. Porucha rovnováhy systému, tj. zdraví, vyvolá vznik nemoci. Systémově zaměřený je i model Imogene King, který pojmenovala Systém a teorie cíle. Cílem ošetrovatelského modelu je obnovit nebo udržet zdraví pacienta, aby mohl plnit společenské role a maximálně využít svůj potenciál. Podobným směrem se zaměřuje systémový model Betty Neuman, který chce dosáhnout vyváženosti systémů pacienta udržením maximální úrovně zdraví a pohody. Callista Roy a její adaptační model zdůrazňuje adaptaci člověka na zdraví a nemoc, cílem ošetrovatelské péče je pomoci zdravému člověku posilovat zdraví a nemocnému pomoci podporovat adaptaci na obtížnou situaci. (Aggleton, 2000)

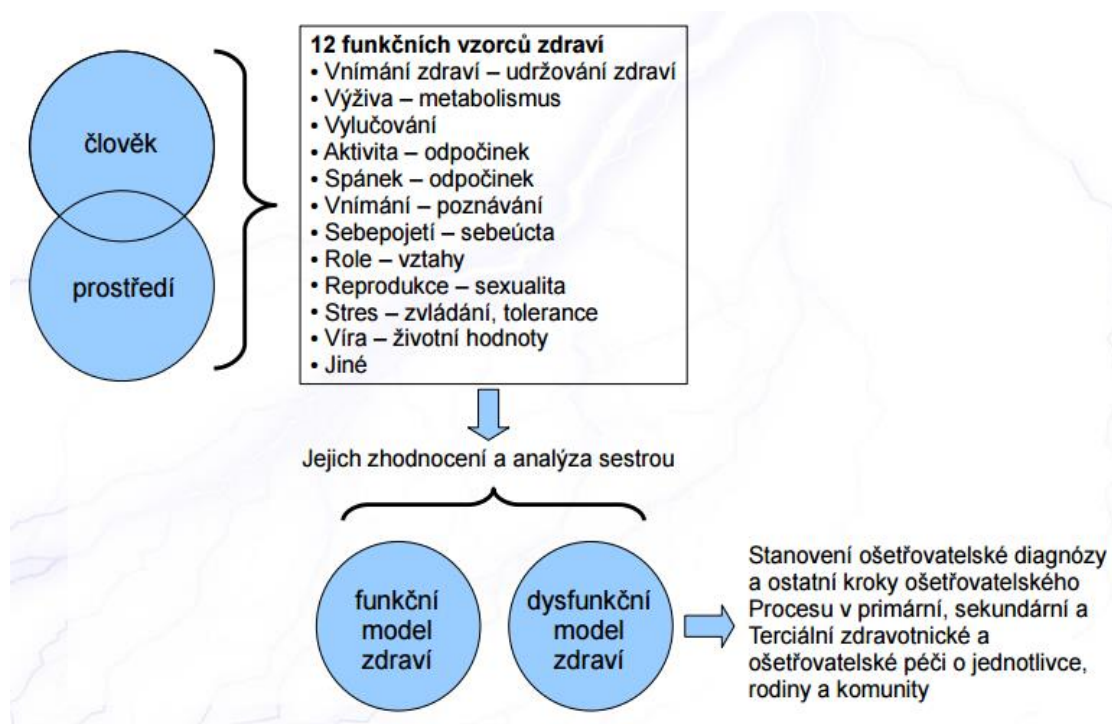
Modely energetických polí, jejichž autorkami jsou Myra Estrin Levine a Martha E. Rogers, se věnují vlivu prostředí a energetických polí na pacienta. Cílem je zachování integrity jedince a konzervace jeho celistvosti. (Pavlíková, 2006)

Model dle Marjory Gordon

S vývojem ošetrovatelství v ČR a sledováním kvality zdravotnické péče začal být aktuální požadavek na sjednocení ošetrovatelské praxe. I přestože jsou pacienti individuální a různorodí jedinci, je třeba mít sjednocený systematický postup, podle kterého sestra bude pacienta vyšetřovat a hodnotit jeho aktuální zdravotní stav. Ve většině českých nemocnic se standardizoval model Marjory Gordon.

Tento model se z hlediska holistické filozofie zaměřuje na pacienta nejkomplexněji. Pacient je jako „holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec je funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví“ (Pavlíková, 2006: 99). S ohledem na všechny potřeby se ošetrovatelství zaměřuje na rovnováhu mezi bio-psycho-sociální interakcí. Sestra získává informace ze všech oblastí vzorců zdraví vyšetřovacími metodami: pozorováním, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením pacienta.

V ošetrovatelské dokumentaci je tento model promítnut do ošetrovatelské anamnézy, sestra se podle toho koncepčního modelu řídí při příjmu pacienta do nemocničního prostředí a ptá se na všech dvanáct položek (vzorců), které jsou v tomto modelu popsány. Poté tyto položky hodnotí a analyzuje, jaké ošetrovatelské diagnózy z ošetrovatelské anamnézy vychází. Dále sestra pracuje podle dalších fází ošetrovatelského procesu a proces zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. V praxi to znamená, že pokud sestra u pacienta vyhodnotí problémy se spánkem, musí dále naplánovat do ošetrovatelské dokumentace, jaké kroky zrealizuje, aby pacient v noci spal.



Obr. 1 Grafické znázornění modelu funkčních vzorců zdraví
(M. Gordon citována in, Pavlíková, 2006: 102)

Podle světové literatury M. Gordon určila 11 vzorců zdraví, v českých publikacích je dvanáctý vzorec uvedený jako „jiné“, protože chci tento bod okomentovat, využiji českých zdrojů (v závorkách je pak přiblížen obsah bodu nebo jsou uvedeny potencionální ošetrovatelské problémy, které v dané oblasti mohou vznikát):

- *vnímání zdraví*, udržování zdraví (jak jedinec zdraví vnímá a jak se o něj stará)
- *výživa, metabolismus* (přijímání potravin a tekutin, úprava diet – diabetická, bezlepková, vegetariánská apod., upozornění na potravinové alergie, úprava časového režimu stravování)
- *vylučování* (zahrnuje vylučování stolice – zácpa, průjem, stomie, inkontinence; moče – časté močení, retence, inkontinence; potu)
- *aktivita, cvičení* (zahrnuje denní aktivity, v jaké je jedinec kondici, ale také pohyblivost, zda používá hole, chodítka)
- *spánek, odpočinek* (způsob spánku, při poruše spánku poskytnutí „rituálu“ před spaním – sprcha, péče o chrup, medikace dle ordinace lékaře)
- *citlivost vnímání*, poznávání (prožívání nemoci, vnímání bolesti, orientace jedince v čase, místě, osobě, schopnost rozhodování)
- *sebepojetí, sebeúcta* (vnímání sama sebe)
- *role, vztahy* (interpersonální vztahy a plnění životních rolí)
- *reprodukce, sexualita* (reprodukční období, sexualita, vnímání sama sebe – stud)
- *stres, zátěžové situace* (zvládání a tolerance těžkých životních zkušeností)
- *víra, životní hodnoty* (vnímání životních hodnot, náboženské vyznání)
- *jiné* (do této skupiny M. Gordon nezařadila žádný příklad, já bych ráda reagovala na jakýsi vývoj nebo trend naší doby a reflektovala svoji zkušenost z praxe, pro jedince dnešní doby je velmi důležitou součástí života mobilní telefon, tablet nebo notebook, internet a televize). (Pavlíková, 2006)

Jak je uvedeno v předchozí kapitole, na získané informace je potřeba reagovat. M. Gordon byla první prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association), tato asociace je profesionální organizace, která chtěla docílit standardizované sesterské terminologie, kritérií hodnocení a taxonomie ošetrovatelských diagnóz. Taxonomie byla vyvíjena a revidována a v roce 2002 vznikla v ČR nová struktura diagnostických domén, která odrážela model funkčních vzorců zdraví, NANDA taxonomie II má 3 úrovně: 13 domén, 47 tříd a 172 diagnóz. (Marečková, 2006)

V ošetrovatelské dokumentaci mohou být použity tyto kategorie ošetrovatelských diagnóz. Každé zdravotnické zařízení si upravuje ošetrovatelskou anamnézu podle svých

požadavků, podle úpravy ošetřovatelské anamnézy jsou upraveny i ošetřovatelské diagnózy, které určují další ošetřovatelskou péči.

Diagnostické domény NANDA taxonomie II:

- podpora zdraví
- výživa
- vylučování
- aktivita a odpočinek
- vnímání a poznávání
- vnímání sebe sama
- vztahy
- sexualita
- zvládání zátěže
- životní principy
- bezpečnost
- komfort
- růst/vývoj

Aktualizace těchto diagnóz a jejich číselníků probíhají každé dva roky, po aktualizaci z roku 2010 obsahuje NANDA-I (NANDA International) dalších 21 nových a 9 předělaných diagnóz, celkově 206 diagnóz.

Každá organizace poskytující zdravotní péči si ošetřovatelskou anamnézu upravuje podle svých potřeb a zaměřuje se na některé oblasti podrobněji na některé vůbec, ale vždy vychází z jednoho z uvedených koncepčních modelů ošetřovatelství.

2.3.3 Obsah ošetřovatelské dokumentace

Obsahem ošetřovatelské dokumentace jsou v papírové nebo elektronické podobě všechny uvedené fáze ošetřovatelského procesu. Dokumenty jsou nazvané různě podle zvyku organizace, ale nejčastěji vystihují nebo kopírují fáze procesu: „ošetřovatelská anamnéza“, „ošetřovatelská diagnóza“, „plán ošetřovatelské péče“, „realizace ošetřovatelského plánu“ a „hodnocení ošetřovatelské péče“ (Gutová, 2007).

Ošetřovatelská anamnéza obsahuje všechny informace o celkovém stavu pacienta, hodnotí se v ní potencionální i reálné potřeby a rizika, která pacienta mohou během hospitalizace ohrozit. Potřeby se hodnotí podle toho, jaký koncepční model je v organizaci

zvolený, rizika se hodnotí podle standardizovaných škál. Ve většině neakreditovaných a všech akreditovaných zdravotnických zařízeních se hodnotí dvě rizika, která jsou zároveň indikátory kvality. Riziko vzniku dekubitu a riziko pádu pacienta. Díky škálování a vytipování si rizikových pacientů může být poskytnuta ošetrovatelská péče a kroky, které rizikům mohou zabránit. V ošetrovatelských diagnózách jsou popsány všechny potřeby a potenciální ošetrovatelské problémy, které je nutné během hospitalizace řešit. Většinou jsou seřazeny podle priority. Naplňuje se ošetrovatelská péče a pojmenují se intervence nutné k realizaci plánu. Po provedení všech kroků včetně realizované ošetrovatelské péče se hodnotí stav pacienta a aktuálnost jeho potřeb. Hodnotí se míra splnění potřeb, objevení se nových potřeb a prevence rizik.

K vyjmenovaným formulářům sestra dokumentuje dále: intenzitu a lokalizaci bolesti, hodnoty fyziologických funkcí, včetně glykémie, sledování bilance tekutin, diurézy, výdeje z drénů, záznam stolice, sledování bilance stravy, sledování péče o dekubity/o rány, informování a edukaci pacienta.

Akreditační standard SAK určuje obsah zdravotnické i ošetrovatelské dokumentace, základní formuláře a jejich náležitosti. Akreditační standardy složí jako nástroj pro zmapování řízení kvality poskytované péče v akreditovaných zdravotnických zařízeních, nebo v těch, které o akreditaci usilují, a měla by je dodržovat všechna zařízení, která akreditaci obhájila.

Akreditační standard I. řeší ve svých resortních cílech bezpečné předávání pacientů. Nemocnice nebo jiná organizace by si měla určit formu a rozsah překladové ošetrovatelské dokumentace. Standard II. upozorňuje na nutnost poučení pacienta při přijetí a o právech pacienta, vše je zaneseno v edukačním záznamu. Standard IV. ukládá povinnost vyplnit anamnézu při přijetí do 24 hodin od přijetí pacienta na oddělení, kde se hodnotí nejen fyzický a psychický stav, ale i sociální situace pacienta. Zhodnocením sociálního zázemí se může zajistit další kontinuita zdravotní péče. Poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu řeší standard V., kde upozorňuje na stanovení plánu ošetrovatelské péče, jeho naplňování a hodnocení, dále na definování systému léčby bolesti a péči o pacienta v nutričním riziku. Standard XII. požaduje po zdravotnickém zařízení vnitřní předpis, který by upravoval vedení zdravotnické dokumentace, nahlížení, kontroly a provádění zápisů.

Záznamy do ošetrovatelské dokumentace mohou provádět nelékařští zdravotníci, kteří mají dosaženou úroveň kvalifikačního a specializačního vzdělání podle zákona č.

96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění.

Ošetrovatelskou dokumentaci vede všeobecná sestra bez odborného dohledu a zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, který je podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. schopný poskytovat základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu, a může v rozsahu své odborné způsobilosti získávat informace nutné k určení ošetrovatelských diagnóz a plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony, jejichž míru určuje všeobecná sestra nebo porodní asistentka. Výklad této vyhlášky je různý, v některých organizacích zdravotničtí asistenti pouze vykonávají úkony, které jim všeobecná sestra určí, ale už je do dokumentace pacienta nezapisují. V některých organizacích zdravotničtí asistenti ošetrovatelskou dokumentaci vypisují pod odborným dohledem všeobecné sestry.

Ve zdravotnické organizaci, kde byl proveden výzkum diplomové práce, zdravotničtí asistenti mají kompetenci zaznamenávat ošetrovatelskou dokumentaci pod odborným dohledem všeobecné sestry.

Správně vedená dokumentace je důležitým nástrojem zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče v organizaci. Měla by plnit úlohu ochrany pacienta i personálu v případě soudních sporů. Přesné, úplné a aktuální záznamy hájí všeobecnou sestru i organizaci.

2.4 Digitalizace zdravotnické dokumentace

2.4.1 Historie elektronické zdravotnické dokumentace v ČR

Vývoj digitalizace ve zdravotnictví neodmyslitelně souvisí se zaváděním výpočetní techniky do zdravotnických zařízení. V sedmdesátých a osmdesátých letech bylo zavádění technologií silně negativně ovlivněno politickou situací, v době normalizace a stagnace ČSSR docházelo k úpadku hospodářskému, společenskému i kulturnímu. K dispozici byly pouze sálové počítače, které se používaly pro zpracování statistických dat pro potřeby Krajského ústavu národního zdraví (KÚNZ). Po roce 1989 se vznikem povinného zdravotního pojištění byla potřeba zpracování dat a jejich vykazování zdravotním pojišťovnám, proto se zvyšovaly požadavky na zavádění nových modernějších technologií, včetně lékařských přístrojů.

Další vývoj byl rychlý, nemocnice se postupně vybavovaly počítači a lékařská dokumentace se začala psát elektronicky, důležitým mezníkem bylo připojení k internetu a tím možnosti propojování a přenosu dat. Vznikaly první jednoduché programy, které byly základními kameny pro vznik Nemocničního informačního systému (NIS). V roce 1999 se pak medicínské informační systémy dělily na 3 kategorie: nemocniční informační systém (NIS), laboratorní informační systém (LIS) a informační systémy pro jednotlivé ambulance (Zámečník, 1999). Na odděleních zobrazovacích metod se začal postupně používat systém PACS, který spravuje, zobrazuje, archivuje a přenáší snímky, které vzniknou při digitálních zobrazovacích metodách (CT, MR, PET, angiografie, skiografie apod.). Tento systém umožňuje prohlížení snímků všem lékařům v nemocnici a umožňuje také přenos do jiných zdravotnických zařízení (UNIS computers, 2010). V ČR jsou 4 dodavatelé služby PACS, služby prohlížení snímků jsou dostupné pomocí rozhraní DICOM, v roce 2010 bylo zapojeno cca 200 pracovišť (Institut pro aplikovaný výzkum, edukaci a řízení ve zdravotnictví, 2010).

Pro předávání informací zaměstnancům vznikl interní informační portál „intranet“, který se rozvíjí cca od roku 2001 a obsahuje vše od novinek ve zdravotnictví a v organizaci, interní a externí vzdělávací akce a semináře, po odkazy na veškeré dokumenty jako personální dokumenty, žádosti, souhlasy s výkony, směrnice, standardy a nařízení. Obsah je libovolný a individuálně upravený podle preferencí organizace.

V roce 2004, kdy se ČR stala členskou zemí Evropské unie, se začala přizpůsobovat požadavkům EU a postupně se stala součástí národního projektu eHealth. Termín eHealth označuje elektronické zdravotnictví, jeho vizí je elektronizace celého zdravotnického systému a tím i zvyšování kvality péče o pacienta (eHealth, 2010). Elektronická ošetrovatelská dokumentace začala užívat zhruba od roku 2007/2008.

2.4.2 Elektronické zdravotnictví

Projekt eHealth „je aplikace informačních a komunikačních technologií napříč celým spektrem procesů a funkcí, ovlivňující zdravotní stav populace, kvalitu a efektivnost zdravotní péče.“ (MZČR, 2010: 3)

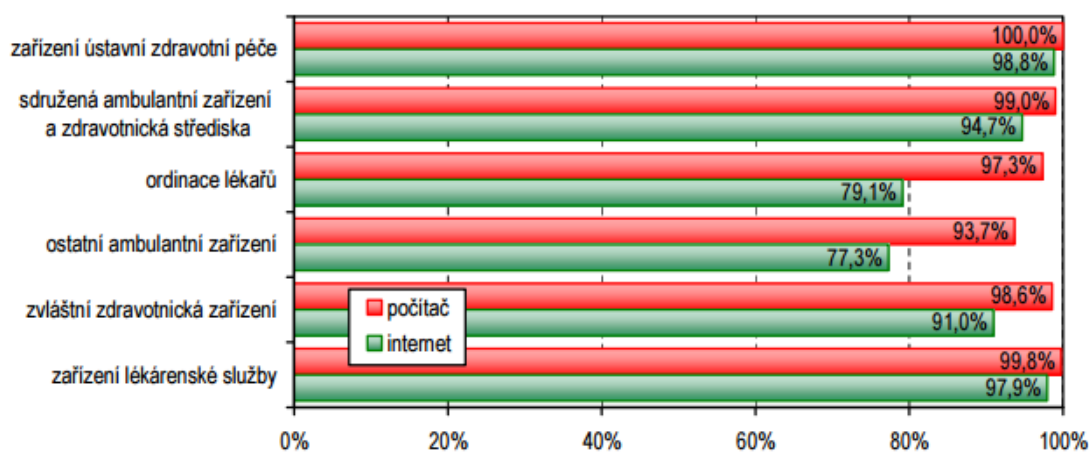
Elektronické zdravotnictví chce podporovat zlepšování dostupnosti srozumitelných informací o zdraví a nemocech pro občany, aby měli možnost se vzdělávat a dohledat si potřebné informace. Tyto informace mají být českým jazyce, postupně se budou překládat i do jiných cizích jazyků. Dalšími dostupnými informacemi, které chce elektronické

zdravotnictví podporovat, jsou o poskytovatelích zdravotní péče, o její dostupnosti a kvalitě a informace o zdravotnících. Měl by být k dispozici registr zdravotnických pracovníků, který bude propojen se stávajícími registry. Jakýmsi protikorupčním programem je transparentnost vykazování výkonů, stav plateb a čerpání na osobním účtu ve zdravotní pojišťovně a dostupnost těchto informací všem občanům pomocí elektronického identifikátoru pojištěnce. Identifikátor by byl dostupný i pro zdravotníky a měl by zdravotníkům umožňovat autorizovaný přístup k informačním systémům a zároveň by měl sloužit jako zaručený elektronický podpis. Dalším cílem eHealth je zavedení elektronické preskribce léků. U ePreskribce je potřeba nejprve vytvoření legislativních pravidel a zajištění moderních technologií pro bezpečný přenos citlivých dat o pacientovi. (eHealth, 2014)

E-zdravotnictví reflektuje výsledky studií a podporuje elektronickou formu zdravotnické dokumentace. „Implementace systému elektronické zdravotnické dokumentace přispěje ke zvýšení celkové kvality poskytovaných zdravotních služeb a také k snížení rizika pochybení z důvodů nedostatku informací = větší bezpečí pacienta.“ (MZČR, 2010, str. 6)

Interakce, na které jsou nástroje eHealth zaměřeny, jsou: mezi lékařem a pacientem, mezi zdravotnickými zařízeními, mezi zdravotnickými odborníky a mezi samotnými pacienty navzájem.

V reálu ale ePreskribce zatím nefunguje, jak uvádí článek Ješuty a Tajtla z roku 2012. Centrální úložiště elektronických receptů, jehož poskytovatelem je Státní ústav pro kontrolu léčiv, využívalo v té době pouze 308 ze 2 707 lékáren a e-recepty používalo jen 73 lékařů. Na nekompletní fungování elektronické zdravotní knížky upozorňuje ve svém článku docent Středa (Středa, 2013). Elektronická zdravotní knížka od firmy IZIP fungovala pouze polovičatě, do projektu bylo zapojeno pár organizací, které sice zadávaly informace o pacientovi, ale tato komunikace byla pouze jednosměrná a informace pak nebyly aktuální a validní. Tento projekt skončil neúspěšně. Z dostupných informací je ale jasné, že počítače a informatika jsou využívány čím dál více, už v roce 2010 byly počítače využity v 97,2% všech zdravotnických zařízení a využití internetu v 82,6% (ÚZIS, 2011).



Obr. 2 Procento zdravotnických zařízení vybavených počítačem a internetem (ÚZIS ČR, 2011)

Na grafu jde vidět, že v roce 2010 měla zdravotnická zařízení a poskytovatelé zdravotních služeb ve více jak v 90% k dispozici počítač.

2.4.3 Používané nemocniční systémy v ČR

V současné době jsou 4 nejrozšířenější firmy, které poskytují nemocniční informační systémy.

Dodavatel STAPRO s.r.o. (STAPRO Akord nebo STAPRO Medea) je pardubická společnost, která poskytuje komplexní zdravotnickou dokumentaci. Považuje se za nejrozšířenější. Za výhodu považuje vysokou flexibilitu individuálního nastavení jednotlivých modulů dokumentace, čímž se zvyšuje efektivita práce a zvyšuje se kvalita dokumentace. Poskytuje sledování indikátorů kvality a následné vyhodnocování, podporuje systém vykazování pojišťovněm s možností využití DRG. Zajišťuje bezpečnost systému, možnost nastavení, kdo do dokumentace ze zaměstnanců nahlížel. Pro sestry je přizpůsobená elektronická ošetrovatelská dokumentace - ošetrovatelská anamnéza, plánu ošetřování s hodnocením, překladová zpráva, zhodnocení rizik u pacienta – riziko pádu a riziko dekubitů, test soběstačnosti – Barthel index, stav nutriční apod. Všechny moduly jsou uspořádány strukturovaně a zaručují úplnost dokumentace, struktura snižuje výskyt duplicit. Elektronické formuláře jsou uzpůsobeny tak, aby s nimi sestry mohly pracovat za použití mobilních technologií přímo u lůžka pacienta. Tento systém se používá v Nemocnici Šumperk, a.s., Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, v Krajské zdravotní, a.s. (Most, Teplice, Děčín, Ústí nad Labem, Chomutov), dále v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. (STAPRO - FONS Akord, 2015)

Další firmou zabývající se zdravotnickým informačním systémem je ICZ a.s., která poskytuje produkt AMIS*HD, produkt vychází z již osvědčeného AMIS*H a nabízí vyspělé a graficky orientované řešení. Formuláře jsou nastavitelné podle představ uživatele a velmi důležité údaje jsou k dispozici z kteréhokoliv místa v dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace má neomezené množství tiskových výstupů z jakékoliv části dokumentace, je tak přizpůsobena na možnost nepoužívání elektronického podpisu. Jako výhodu firma uvádí komplexnost dokumentace, vše se dá dohledat jednoduše a vše je na jednom místě oproti papírové dokumentaci. Tím se zefektivňuje práce a ušetří čas. V rámci ošetrovatelské dokumentace se dají nalézt obdobné moduly jako u firmy STAPRO, s.r.o. Navíc jsou intervence poskytnuté ošetrovatelské péče, žádanky na odběry krve a ostatních vzorků, veškeré krevní výsledky, evidence podaných léčiv, v kolik jaký lék se podal, a binární data s pořízenou fotodokumentací pacienta, která obsahuje především kožní defekty, rány nebo dekubity. Je kompatibilní se čtečkami čárových kódů a dalšími mobilními technologiemi, které sestra může používat přímo u pacienta a věnovat mu tak svůj čas, i když se věnuje i administrativě. Je používán ve Fakultní nemocnici Brno, Ústřední vojenské nemocnici Praha, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Oblastní nemocnici Jičín, a.s. a v Nemocnici Sušice. (ICZ, a.s. AMIS*HD, 2015)

Společnost IReSoft, s.r.o. je další z firem, poskytuje informační systém Cygnus a Cygnus 2, tyto systémy původně sloužily pro sociální služby, ale rozšířily své produkty i na zdravotnictví. Společnost potvrzuje svoji kvalitu získanými certifikáty ISO 9001:2009, 27001:2006, 20000-1:2006. Za výhodu elektronické dokumentace firma považuje ušetření peněz za papíry, tonery, tiskárny a archivaci papírové dokumentace, ušetří čas strávený administrativou. V ošetrovatelské sekci jsou obsaženy všechny fáze ošetrovatelského procesu jako u předchozích produktů. Ošetrovatelská anamnéza, plán, realizace intervencí i hodnocení. Ošetrovatelský plán je sestaven podle taxonomie NANDA 2012-2014, vyplňování je jednoduché, protože jsou kódy jednotlivých diagnóz předpřipravené. K dispozici jsou také přenosné terminály, díky nimž může sestra zaznamenávat intervence přímo u pacienta na základě čárového kódu. Dostupné reference na firmu jsou z Domova důchodců Onšov, p.o. a Domova důchodců Bystřany, p.o. (IReSoft, s.r.o. Cygnus 2, 2015)

Poskytovatel Steiner, s.r.o. zdravotnickým zařízením nabízí svůj software UNIS (Univerzální nemocniční informační systém), který je sice orientován na lékařskou zdravotnickou dokumentaci, ale hlavně obsahuje moduly na řízení provozu organizací. Jádrem systému obsahuje registr pacientů a informace příjmací kanceláře nemocnice. Modul chorobopis pacienta a operačních sálů umožňuje vedení lékařské a operační dokumentace.

Svůj radiodiagnostický modul má pracoviště zobrazovacích metod. Přes modul skladové hospodaření a objednávání služeb a materiálu se eviduje uskladnění materiálu a řeší se objednávky. Další je systém pro řízení provozu transfúzního oddělení a ostatních klinických laboratoří. Objednávání stravy, protetických pomůcek, provoz patologie a očního oddělení jsou dalšími částmi UNIS. Používá se ve Fakultní nemocnici Motol Praha, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady Praha. (Steiner, s.r.o. UNIS, 2015)

Srovnání jednotlivých informačních systémů je z dostupných informací těžko proveditelné. Systémy jsou rozdělené do různých částí, které uživatel může využít nebo nemusí, může si je upravit podle preferencí. Jednotlivé moduly mají své názvosloví a rozdílnou terminologii.

2.4.4. Elektronická dokumentace ve světě

Vývoj dokumentace v USA má kořeny již v roce 1920, kdy si zdravotníci uvědomili, že pokud budou mít u pacienta sepsanou anamnézu s přesnými a plnými údaji, mohou poskytovat komplexnější, bezpečnější a kvalitnější zdravotní péči. V osmdesátých letech byl zaznamenán velký rozvoj zdravotnických softwarů, vznikl elektronický rejstřík pacientů (master patient index – MPI), tato databáze poskytovala informace o zdravotním stavu pacienta dostupné všem oddělením v organizaci (Brooks, 2015). Tento úspěch povzbudil vývojáře, kteří začali vytvářet nové systémy a programy, které by vyhovovali konkrétním oddělením. I přes velký pokrok ale měly nové technologie svá omezení, vývoj probíhal „mezi zdmi nemocnice“ a komunikace mezi aplikacemi byla omezená (Brooks, 2015). Od roku 2000 začala vlna evoluce zdravotnické elektronické dokumentace.

Zdravotnická elektronická dokumentace primárně používaná v USA (EHR – Electronic Health Record) je kombinací dvou systémů, mezi kterými jsou data sdílena. Jedním z nich je elektronický medicínský záznam (EMR – Electronic Medical Record), jehož nositelem je zdravotnické zařízení. Záznam obsahuje informace o provedených vyšetřeních, výkonech a o poskytnuté zdravotní péči konkrétním poskytovatelem. Druhým je osobní zdravotní záznam (PHR – Personal Health Record). Nositelem je pacient a obsahuje sumarizaci všech základních anamnestických údajů, informací o zdravotní péči od všech poskytovatelů, včetně podávaných léčiv a poskytnutých výkonů. Obsahuje všechna data o prodělaných závažných a infekčních chorobách, alergiích apod. (Garrett, Seidman, 2011). V současné době se systém EHR je používán celosvětově díky projektu eHealth, ve vedení telemedicíny jsou severské země, Kanada a USA.

Pro zavádění elektronické dokumentace je velmi důležitá kvalita a certifikace firmy nebo systému. „Je velmi důležité, aby byla zaručena minimální úroveň kvality, která zahrnuje mimo jiné bezpečnost, funkčnost a operabilitu systému.“ (Hoerbst, Ammenwerth, 2010: 156)

2.4.5 Elektronická ošetrovatelská dokumentace v praxi

V USA mají zkušenost s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací od roku 2006, kdy byl v nemocnici v Californii implementován KP HealthConnect – systém vedení elektronické dokumentace. Dle dosavadních zkušeností existuje potenciál ve vedení elektronické dokumentace ve zlepšení organizace práce, komunikace, kvality péče a zvýšení výkonnosti lékařů. Kvalita péče zahrnuje dva důležité indikátory: pády pacientů a vznik dekubitů. Po zavedení elektronické dokumentace v nemocnicích v Californii se snížil počet dekubitů o 13%, rozdíl pádů není statisticky významný. (Dowding, 2011)

Studie zmiňují náročnost učení se elektronické dokumentace. Nakonec ale sestry oceňují mnohé výhody vedení dokumentace, díky kterým se zlepšuje také ošetrovatelská péče o pacienty. To potvrzuje také studie University of Pennsylvania, sestry pracující s elektronickou dokumentací vykazují lepší ošetrovatelskou péči a zlepšují tím zdravotní stav pacientů, než sestry, které pracují bez těchto technologií. (Schwartz, 2012)

Na přelomu roku 2007 a 2008 proběhl výzkum IHP (Institute for Health Policy) adaptace lékařů v General Hospital v Massachusetts na užívání elektronické dokumentace, systém používalo pouze 13% lékařů. V květnu 2008 byl proveden další výzkum, kdy do vedení elektronické dokumentace byly zapojené i sestry, užívání elektronické dokumentace se poté zvýšilo na 83%. (Anders, 2009)

Elektronická ošetrovatelská dokumentace v ČR nemá dlouhou tradici, její zavádění začalo kolem roku 2007, kdy se začínalo od používání jednotlivých částí ošetrovatelského procesu a celá léta trvalo, než se začala vést komplexně.

Nováková (2012) ve své bakalářské práci prováděla výzkum spokojenosti s využíváním elektronické ošetrovatelské dokumentace v domově pro seniory v Českých Budějovicích. Respondentky, které používaly ve své praxi elektronickou dokumentaci, se shodovaly v názoru, že si už neumí představit práci bez ní a návrat k papírové formě vedení záznamů. Papírová dokumentace jim přišla nečitelná, málo přehledná, chaotická a u papírové dokumentace snáze dojde ke zneužití dat nebo jejich ztrátě. Zpočátku se objevovaly

obavy, ale ty brzy překonaly. Sestry, které měly možnost si vyzkoušet oba způsoby psaní dokumentace, by se rozhodně nechtěly vracet zpět k papírům.

Krýdlová (2009) ve své diplomové práci prezentovala výsledky svého výzkumu, který se zabýval využitím elektronické dokumentace v praxi. Na otázku, zda sestry považují elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za přínos, odpověděly „určitě ano“ nebo „ano, v případě, že bude k dispozici dostatek výpočetní techniky“. Jako největší přínos elektronické dokumentace vidí sestry v úspoře času, v možnosti kontinuálního sledování kvality ošetrovatelské péče a v zpřehlednění informací o pacientovi. Management nemocnice projevil svoji spokojenost s používáním elektronické dokumentace a práci s ní zhodnotil jako „dobrou“ nebo „velmi dobrou“. Paradoxně jako překážku při vyplňování elektronické dokumentace vidí sestry časovou náročnost zpracovávání a zadávání dat, ve výhodách ale na prvním místě zase uváděly časovou úsporu. Celkově ale hodnotí elektronickou dokumentaci dobře a reflektují usnadnění práce s administrativou.

Pro úspěšné zavedení elektronické dokumentace je důležité zdůrazňování benefitů pro zaměstnance i pro pacienty. Výhody elektronické dokumentace zde byly průběžně zmiňovány, ale pro celistvost a přehlednost bych je ráda shrnula (Hermanová, 2007):

- vedení a evidence důležitých údajů o pacientech, které se týkají stavu fyzického, psychického i sociálního
- možnost porovnání údajů v čase a nahlédnutí do předchozích dat a minulých výsledků
- snadnější orientace v dokumentaci, čitelnost a snadné dohledávání záznamů – jsou přehledné, souhrnné, na jednom místě
- snadno dostupné, přesné a včasné informace
- stejná terminologie umožní porozumění textu, vygenerování plánu ošetrovatelské péče redukuje chybovost a duplicitu
- zajištění ochrany osobních údajů pacientů, každý člen zdravotnického týmu má přístup pouze k těm informacím, kterým odpovídají jeho kompetence a vzdělání
- veškeré informace, které jsou vloženy, nelze přeškrtnat, znehodnotit, vyhodit ani ztratit
- šetří čas, snaží se přizpůsobit tak, že jsou elektronické formuláře kompatibilní s přenosnými technologiemi – tablety, čtečkami; což znamená, že sestra část administrativy může vykonávat přímo u pacienta.

- systémy automaticky zaznamenávají datum a přesný čas, kdy záznam proběhl, zaznamenává se i jméno pracovníka a vždy jde dohledat, kdo jaký záznam provedl nebo kdo ho změnil

- systémy umí při plánování ošetrovatelské péče vygenerovat čas, který bude potřebný na splnění intervencí, a vyhodnotí tím tedy čas, který je potřeba na přímou péči u pacienta

- systémy umožňují jednoduché kontroly, kdo co kdy udělal a jak dlouhou dobu nad daným úkolem strávil

- při generování času potřebného pro splnění intervencí a při vyhodnocení náročnosti pacientů se dá lehce reagovat na obsazení sester na směně

- elektronická ošetrovatelská dokumentace splňuje doporučení akreditačních standardů.

Mezi nevýhody patří hlavně primární finanční investice a další ekonomická náročnost při upravování a spravování systémů. Rizikem může být špatná přizpůsobivost zaměstnanců na změny, zvláště pro ty pracovníky, kteří s výpočetní technikou pracují zřídka. Některé programy mohou být uživatelsky náročné.

Důležitou součástí adaptace pracovníků na změnu je dostatek informací, průběžné proškolení se zástupci firem je samozřejmostí.

2.4.6 Cíle elektronického zdravotnictví

Hlavním cílem elektronického zdravotnictví, který uvedl Philipp na konferenci eHealth day 2015, je aktivní zapojení samotného pacienta do péče o vlastní zdraví poskytnutím dostatečného množství informací o zdravotní stavu, o možnostech léčby a léčebném plánu. Dalšími cíli jsou vytváření podmínek pro rozvoj kvality poskytované péče a zdravotních služeb, zpřístupnění informací zdravotnickému managementu a usnadnění sledování kvality péče. (Philipp, 2015)

Všeobecnými cíli jsou snížení nákladů na zdravotnickou péči, zlepšování vykazování zdravotním pojišťovám, sjednocení způsob vedení chorobopisů, aktualizování registru pacientů a snižování chybovosti.

2.5 Proces změny

Zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace je velký krok dopředu a řízení takto velké změny je třeba velmi detailně naplánovat, identifikovat si možná rizika a řídit tato rizika tak, aby byl proces změny úspěšný.

Řízením změny v organizaci se rozumí proces, který mění nějakým způsobem strukturu organizace nebo jevu, kterého se změna týká. Cílem řízení změny je tento proces usnadnit a urychlit, aby bylo změny dosaženo efektivně, úspěšně a mohl být využit její potenciál. Změna je projevem vývojového procesu organizace. Mezi nejzásadnější aspekty řízení změny patří podle Kottera (1996) plánování a organizování změny, vytváření rozpočtů, výběr pracovníků, kontrola a řízení vzniklých problémů.

2.5.1 Vlivy vyvolávající změnu

Změnu vyvolávají vnější i vnitřní vlivy. Mezi vnější vlivy Bělohlávek (2006) uvádí nejčastější:

- ekonomické prostředí
- konkurenční prostředí a jeho integrace
- politické prostředí a legislativa
- sociální prostředí a normy a zvyky společnosti
- prostředí technologické a komunikační technologie, dopravní infrastruktura v oblasti organizace
- prostředí fyzické, demografické složení obyvatelstva a kvalita života.

Mezi vnitřní faktory Bělohlávek (2006) řadí:

- organizační strukturu, členění a uspořádání organizace
- výrobky spotřebního zboží, jejich prodej a technické provedení
- technologie, technické vybavení a zařízení organizace
- lidské zdroje v organizaci a ochota pracovat

V prostředí zdravotnického zařízení působí na zavedení elektronické zdravotnické dokumentace politické vlivy, plnění požadavků Evropské Unie a projektu E-health. Působí zde i sociální prostředí, pacienti i zaměstnanci jsou zvyklí na určitý celkový standard zdravotnického zařízení a nemocnice na tyto nároky chce neustále reagovat a zdokonalovat se v poskytování kvalitní a bezpečné péče. Technologické prostředí přirozeně vývoj a zavádění nových technologií ovlivňuje a podporuje. Mezi vnitřními vlivy působícími na

zavedení elektronické dokumentace jsou nejsilnější lidské zdroje, ambice vrcholového managementu a jeho rozhodnutí pro elektronizaci dokumentace a také ochota zaměstnanců s technologiemi pracovat. Dostupné technologické vybavení organizace zavedení elektronické dokumentace podpořilo.

2.5.2 Řízení změny

Při plánování zavádění změny je nejprve důležité zhodnotit, jaký je stávající stav ve vybrané oblasti, a poté si konkrétně popsat, jaký bude žádoucí výsledný stav, aby byly naplněné vize a cíle. Při plánování se pak popisují postupy, jakými se cíle budou realizovat, je třeba si sestavit časový harmonogram a určit kompetence a zdroje.

V literatuře se řízením změny zabývá mnoho autorů a každý má vytvořený svůj model nebo schéma procesu. Nejznámější model implementace změny je model Osmi kroků úspěšné transformace podniku, který vytvořil John P. Kotter (1996). Těmito kroky jsou:

1. Vyvolání pocitu naléhavosti (prvním krokem je šíření nutnosti změny a přesvědčování všech spolupracovníků a zaměstnanců, že současný stav není ideální a je třeba ho změnit).

2. Sestavení vůdčí koalice (důležité je sestavení týmu, který bude dostatečně silný podílet se na řízení změny).

3. Formulace vize a strategie (pro pracovníky, kteří se mají účastnit změny, je třeba srozumitelné pojmenování vize, kterou je třeba naplnit a která bude řídit celý proces změny – jednotlivé kroky i zaměstnance).

4. Komunikace nové vize (dalším důležitým krokem je pak nepřetržitá komunikace o nové vizi a strategii za využití všech dostupných prostředků).

5. Delegování, jednání, podpora (při implementaci změny je zcela nezbytné předvídání, řízení a eliminace komplikací, překážek a rizik, podpora riskantních rozhodnutí a inovativních myšlenek).

6. Krátkodobá vítězství a úspěchy (při stanovování vize je důležité mít určené i blízké dílčí cíle, které budou postupně naplňovány a pracovníci budou pociťovat smysluplnost vynaložené práce).

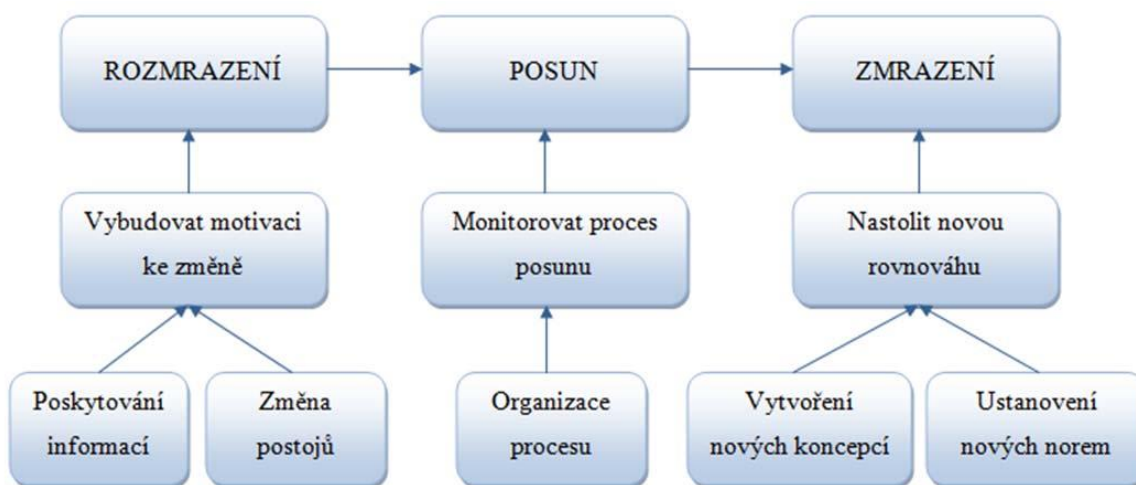
7. Využití výsledků a podpora dalšího úsilí (po prvních úspěších stále podporovat důvěru ke změně a „neusnout na vavřínech“, pracovníci mají tendenci stále se vracet ke svým zaběhnutým a zažitým stereotypům).

8. Zakotvení nové změny ve firemní kultuře (neustálé dosahování lepších výsledků, nepolevování v nastavených cílech, efektivní řízení). (Kotter, 2008)

V praxi se také často používá nejstarší Lewin-Scheinův model (Lojda, 2011). Tento model má tři fáze: rozmrazení, posun a zmrazení.

Při rozmrazení se zpravidla buduje motivace ke změně a hlavně komunikace. Při této fázi je třeba, aby byl připraven také střední management, aby změnu také prosazoval a komunikoval ji se svými podřízenými pracovníky. Dostatek informací rozptyluje obavy pracovníků ze změny, jaké bude mít následky na jejich pracovní výkon a i budoucnost, a to pak vede k menší rezistenci pracovníků vůči změně (Lojda, 2011).

Bělohávek v této fázi rozmrazení zdůrazňuje na fakt, že vedoucí pracovník by měl změnu před svými zaměstnanci *správně zdůvodnit*. Vysvětlit zaměstnancům, z jakého důvodu změna probíhá a jaké bude mít následky pro organizaci i zaměstnance a jaká jsou očekávání od stavu po změně. S tím souvisí také jasná a *otevřená komunikace* mezi vedoucími pracovníky a podřízenými, poskytnutí dostatečného množství srozumitelných informací o změně. V neposlední řadě je důležité *projevit empatii* ze strany vedoucího pracovníka, vedoucí pracovník projeví pochopení k obavám a nejistotě podřízených pracovníků (Bělohávek, 2006).



Obr. 3 Lewin-Scheinův model procesu změny
(K. Lewin citován in, Bělohávek, 2006)

Posunem je myšlena aktivní implementace změny. Dochází k akceptaci změn pracovníky, kteří jsou změny účastni. Fáze posunu je rozdělena do několika postupných kroků, které popsal Bělohávek (2006). Prvním krokem je *vysvětlení přínosů* zaměstnancům. Je třeba, aby si byli vědomi, jaké benefity bude mít zavedená změna, jak se bude promítat v

efektivitě jejich práce. Druhým významným krokem je *nalezení zastánce* v týmu, který má přirozenou autoritu a tím může pozitivně ovlivňovat proces změny. Dalším krokem je *získání podpory* zaměstnancům tím, že je vyjádřena možnost připomínkování a komentování změny. V ideálním případě tento krok vede ke ztotožnění pracovníka se změnou. Čtvrtým krokem je *správné načasování*, naplánování změny na určité časové období, kdy bude změna snášena lépe než v jiné období. *Udržení jistoty* u zaměstnanců je dalším krokem, je třeba poskytnout dostatek informací zaměstnancům, ujistit je, že změnou nenastane například snížení platů nebo propouštění a podobně. Při zavádění změny je třeba, aby byli zaměstnaní pracovníci kompetentní k vykonávání činnosti po změně, dalším krokem je *výcvik* a školení pracovníků, osvojování nových postupů a dovedností. Posledním a důležitým krokem je zvolení *přiměřeného tempa* při zavádění změny, vysoká rychlost zaškolování a implementace změny může vyvolat negativní postoje v zaměstnancích a tím se proces změny může výrazně zpomalit.

Zamrazení je třetí fáze Lewin-Scheinova modelu. Očekává se, že postoje zaměstnanců jsou proaktivní pro změnu, pracovníci svým chováním změnu podporují a činnosti po změně jsou postupně zautomatizovány. Důležitou součástí této fáze je *podpora vedení*. Manažeři, kteří změnu podporují a vedou, by měli jít zároveň příkladem a vzorem, chovat se proaktivně a vyvarovat se sklouzávání ke starým zaběhnutým praktikám. Při úspěších je třeba na tyto *úspěchy poukázat* a vyzdvihnout je, projevem uznání se zaměstnanci mohou ještě více motivovat. V této fázi by měla být k dispozici také *pomoc zaměstnancům*, zaměstnavatel by měl mít asistenční programy, poradny pro zaměstnance a další formy pomoci (Bělohávek, 2006).

Při řízení změny je také nutné identifikovat negativní a pozitivní faktory, které na proces změny působí. Kurt Lewin rozvinul analýzu silových polí, ve které se zabývá působením tlaků a sil při zavádění změny a toto působení předpokládá úspěšnost při zavádění změny (Lojda, 2011). Buď ji podporují, nebo potlačují. Podporou pozitivních sil se může předcházet potenciaálním problémům a konfliktům.

Zavedení elektronické dokumentace a čteček čárových kódů je velkou změnou v pracovní náplni sester, ale dotýká se i lékařů. V empirické části diplomové práce se zabývám, jakým způsobem probíhala implementace elektronické ošetrovatelské dokumentace, průběh implementace ovlivňuje přijetí změny a posléze i postoj k proběhlé změně. Výzkum ukázal, že některé kroky byly při zavádění opomenuty a samy respondentky poukazují na skutečnost, že by jim tyto kroky přijetí změny usnadnily.

2.5.3 Postoj ke změnám

Jakákoliv změna vyvolává všeobecně nějakou reakci. V pracovním prostředí změna vyvolává většinou negativní emoce, pracovníci jsou v nejistotě, nechtějí se vzdát zaběhnutých návyků, bojí se změny kvůli obavě ze ztráty zaměstnání, snížení platu, ztráty některých kompetencí nebo naopak nabytí nových. Změna může obecně přinést také změnu v komunikaci s ostatními pracovníky, v pracovních vztazích a podobně. Přirozeně se očekává odpor zaměstnanců.

Příčiny odporu ke změně mohou být různé, Bělohlávek je rozděluje do pěti skupin (Bělohlávek, 2006):

1. Vlastní zájmy – každý pracovník má své vlastní zájmy, které si v organizaci prosazuje nebo hájí, pokud nastává změna, která by tyto zájmy mohla ohrozit, tak může vyvolat v pracovníkovi negativní reakci a odpor ke změně.
2. Nejistota – při změně se objevuje přirozená obava z neznámých situací a postupů, které změna přinese. Pracovníci nevědí, jakým způsobem změna ovlivní jejich práci a a priori na změnu reagují odmítavě.
3. Nedostatek porozumění – způsobuje ho nedostatek srozumitelných informací o změně, pracovníci pak mají přístup nesouhlasu, protože „tomu nerozumí“.
4. Rozdílné vnímání – pracovníci mohou stejné informace o přínosu změny pochopit odlišně, což vyvolává rovněž jistý nesouhlas s implementací změny.
5. Nedostatek tolerance – i přes dostatek informací a pochopení přínosů změny pracovníky, nejsou ochotni změnu přijmout, nechtějí se učit ničemu novému.

Každý člověk je individuální a reaguje na změnu odlišně. Je třeba příčiny odporu a negativního přístupu ke změně odhalit a pracovat s nimi. Při plánování změny je potřeba myslet na jistá rizika, která se mohou během implementace objevit. Při plánování změny se vytváří i plán rizik, které by změnu mohly ohrozit, zpomalit její průběh, nebo úplně ji přerušit. Vedoucí pracovník by měl počítat s riziky pravděpodobnými i potencionálními, do plánu rizik se zahrnují všechna rizika, která se týkají personálu, provozu i nejvyššího managementu.

U rizik se hodnotí možné příčiny, proč riziko vzniká, a následky rizika, které mohou vést až k neúspěšné implementaci. Díky vyhodnocení všech možných rizik je poté možné

zvolit strategii, jak rizikům předcházet. Vedoucí pracovník s riziky počítá, předchází jim nebo je operativně řeší. Plánování rizik je jednou z důležitých součástí plánování procesu změny. Předcházení rizik je jedním z kroků k úspěšnému zavedení změny.

V empirické části se zabývám tématem, jak vnímají sestry nové technologie ve své praxi. Zavedení elektronické dokumentace a čteček čárových kódů jsou změnou v náplni práce sester a bezesporu práci sester ovlivňují. Při výzkumu jsem se na proces implementace rovněž doptávala, ale nebyl hlavní výzkumnou otázkou. Ukázalo se ale, že průběh implementace má velký vliv na následné přijetí těchto změn, vnímání nových technologií ze strany sester a hlavně i jejich používání a využití technologií v praxi. Při nesprávně nastaveném procesu změny sestry sice technologie používají, ale nedůsledně nebo nastavené postupy obcházejí, protože v nich nevidí pravý smysl. Z manažerského pohledu považují proces změny za velmi zásadní.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíl výzkumu

Diplomová práce se zabývá vývojem technologií ve zdravotnictví, elektronizací celého zdravotnictví a vlivem těchto změn na práci sestry v přímé péči s pacientem. Digitalizace zdravotnictví se začala vyvíjet již od konce minulého století, elektronická ošetrovatelská dokumentace a její komplementy se v České republice začaly objevovat kolem roku 2007. Od té doby se elektronická dokumentace stále vyvíjí a zdokonaluje, ale zdaleka ne všechna zdravotnická zařízení v České republice tuto modernizaci využívají. Náplň práce sester se od poloviny minulého století výrazně změnila a sestry ve své praxi používají mnohem více techniky a věnují se také ve větší míře administrativě, než tomu bylo například v 60-70 letech 20. století. Britská organizace Royal College of Nursing (RCN) na konferenci v dubnu 2013 uvedla, že britské sestry tráví 17,3% své pracovní doby vyplňováním administrativy, která se netýká jen samotných pacientů (RCN, Congress and Exhibition, Liverpool, 2013). Jedná se o psaní ošetrovatelské dokumentace, vyplňování a odesílání různých žádanek, objednávání léčiv, jídla, pomůcek, lůžkovin a podobně. Používání techniky ve zdravotnictví má mnoho výhod, jak uvádí Bezděková ve svém rozhovoru z roku 2009 s přednostou oddělení jedné pražské nemocnice¹, sestra nemusí u pacienta sedět a hlídat dávkování léčiva intuitivně, ale léčivo aplikuje pomocí infuzního přístroje, který léčivo přesně dávkuje. Přednosta vidí problém v množství agendy spojené s vedením zdravotnické dokumentace, podle něj sestra u psaní dokumentace stráví třetinu své pracovní doby (Bezděková, 2009).

Ve zdravotnické organizaci, ve které byl proveden kvalitativní výzkum v rámci diplomové práce, se používá elektronická zdravotnická dokumentace a její komplementy: tablety a čtečky čárových kódů. V nemocnici je k dispozici nejmodernější zdravotnická technika a zdravotníci se v každodenní péči o pacienta setkávají s ovládáním nejrůznějších přístrojů. Všeobecné sestry i zdravotničtí asistenti pracují s infuzními pumpami a dávkovači, s monitory sledující fyziologické funkce pacientů, s digitálními tonometry, glukometry a jinými přístroji. Tato technika je v této organizaci přirozenou součástí práce zdravotníků již desítky let a zdravotníci ji ve své praxi již berou jako automatickou. Proto jsem tyto technologie do výzkumu nezahrnovala. Zajímavé je sledovat reakce a přístup zdravotníků k používání technologií, které se v organizaci používají jen krátkou dobu, v porovnání s tím, jak velkou změnu pro zdravotníky nesly.

¹ Zveřejnění článku lékař odmítl, proto ho autorka anonymizovala

Tímto tématem se zabývám proto, že jsem byla přítomná různých změn, které se v organizaci prováděly, ať už se týkaly ošetrovatelské dokumentace papírové, tak organizace práce, změny ve standardech, směrnících nebo nařízeních. Tyto změny se většinou týkaly pouze určitých menších skupin zaměstnanců nebo jen konkrétních oddělení. Zavedení elektronické dokumentace zasáhlo celou nemocnici, všechna oddělení, všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, ale i lékaře. Z manažerského pohledu mě zajímaly postoje sester i asistentů k novým technologiím a elektronizaci zdravotnictví, jaký vliv měly na jejich pracovní výkon v přímé péči o pacienta, jakým způsobem probíhala implementace, jaké komplikované situace museli řešit, například při nefunkčnosti systému, při spolupráci s ostatními zdravotníky.

3.2 Formulace výzkumné otázky

V diplomové práci hledám pomocí kvalitativního výzkumu odpověď na výzkumnou otázku: Jakým způsobem ovlivňují technologie přímý kontakt sestry s pacientem? Výzkumná otázka je všeobecná, a proto ji konkretizuji v následujících podotázkách:

1. Jak vnímají sestry technologie ve své praxi?
2. Při jakých výkonech se technologie používají? Jaké výkony se provádí bez technologií?
3. Jak technologie ovlivňují výkon práce? (z hlediska náročnosti úkonu/časového/technického)
4. Co se s rozvojem technologií z pohledu sestry zlepšilo/zhoršilo?
5. Jak je elektronická dokumentace implementovaná, kdo ji řídí/organizuje?
6. Co se děje při nefunkčnosti systému? Existuje „havarijní plán“?
7. Je možný další rozvoj/ev. změny v oblasti technologií? Reflexe, připomínkování sester?
8. Jsou programy uživatelsky jednoduché? Jak se sestry zaučovaly?
9. Jak sestra hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče v organizaci?
10. Jak je elektronická dokumentace využívána v oblasti řízení kvality péče? (zajištění/monitoring kvality péče)

Geneze výzkumné otázky

Výzkumnou otázku jsem si zvolila na základě mého zaměstnání v organizaci, kde se technologie při práci sestry používají ve větší míře než v ostatních zdravotnických zařízeních. Všeobecné sestry i zdravotničtí asistenti tyto technologie vesměs přijali, ale často

jsem slyšela, že je tyto technologie od pacientů odvádí a zdržují je v práci. Záměrem výzkumu bylo pozorováním, analýzou časových snímků a rozhovory získat data, která by tuto otázku zodpověděla a přiblížila pohled sester na práci s těmito technologiemi. Během výzkumu jsem zjistila, že kontakt sestry s pacientem je ovlivněn více faktory a čas strávený u pacienta je velmi relativní.

Kontakt s pacientem není nikde přímo definován, sestra je pacientovi k dispozici, kdykoliv cokoliv potřebuje. Závisí na charakteru oddělení, kde je poskytována zdravotnická a ošetrovatelská péče, závisí hlavně na nátuře sestry i pacienta a záleží také na vedoucím pracovníkovi, který oddělení vede, a jakým způsobem je nastavena organizační kultura na konkrétním oddělení.

3.3 Metodologie

Zjišťování odpovědí na otázky bylo provedeno pomocí kvalitativního výzkumu, výzkumnými metodami byl hloubkový polostrukturovaný rozhovor, pozorování a analýza časových snímků dne. Rozhovory jsem vedla s všeobecnými sestrami, zdravotnickým asistentem² a sestrami v manažerských pozicích. Všechny respondentky byly z různých oddělení jedné zdravotnické organizace, kde výzkum probíhal. Pro zachování anonymity zde neuvádím více informací o organizaci.

Při rozhovorech se středním zdravotnickým personálem jsem se dozvěděla, jaká je praxe používání technologií a jak tuto praxi vnímají. V rozhovorech se sestrami manažerkami se objevovalo téma implementace, řízení dokumentace a vizí do budoucnosti.

Během pozorování se objevovaly situace, které většinou potvrzovaly výpovědi středního zdravotnického personálu v rozhovorech, ale které se neobjevovaly v časových snímcích. V časových snímcích se v porovnání s pozorováním i s výpověďmi mnoho těchto situací a jejich popisu nevyskytovalo.

K vyhodnocování a sledování jevů byly použity postupy zakotvené teorie (grounded theory), která se induktivně odvozuje od zkoumaného jevu. „Cílem metody zakotvené teorie je samozřejmě vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 15) Konkrétně jsem využila otevřeného a axiálního kódování, abych mohla témata související s přijetím elektronické dokumentace a čteček sestrami

² V tomto případě ženou – asistentkou, podle vyhlášky je oficiální název v mužském rodě, tedy zdravotnický asistent.

systematicky popsat. O formulaci vlastní teorie jsem neusilovala, cílila jsem na systematický popis podstatných dimenzí sledovaných jevů a pochopení perspektivy pracovníků, se kterými jsem hovořila a které jsem pozorovala při práci.

Nejprve se otevřeným kódováním stanoví jednotlivé kódy, které se poté podle podobnosti uspořádají do kategorií. Kategorie mají své vlastnosti, které promítají dimenzi konkrétního jevu. Poté se pomocí axiálního kódování uspořádají jednotlivé kategorie, ty jsou ve vzájemných vztazích. Paradigmatický model vzájemných vztahů určuje konkrétnímu jevu příčinnou podmínku, jev je v určitém kontextu a působí na něj další intervenující podmínky, které následně ovlivní strategii jednání a to má přirozeně nějaký následek. Model umožňuje systematické přemýšlení nad získanými údaji (Strauss, Corbinová, 1999).

Data, která jsem získala během všech výzkumných metod, jsme poté mohla porovnat a sledovat postoje a jednání zdravotníků.

3.4 Sběr dat

Kvalitativní výzkum probíhal v období od prosince 2015 do března 2016. Rozhovory byly provedeny se sedmi respondentkami. Tři respondentky jsou všeobecné zdravotní sestry, jedna respondentka je zdravotnický asistent a tři další respondentky jsou všeobecné sestry na manažerské pozici. Respondentky mají různý věk, různé vzdělání, různou dobu praxe a pracují v jedné zdravotnické organizaci, ale na různých odděleních. Nejprve jsem oslovila všeobecné sestry, které osobně znám celou dobu, kterou pracují v nemocnici. Poté jsem oslovila dvě sestry ve vedoucích funkcích a jedna z nich mi doporučila další respondentku. Se zdravotnickým asistentem jsem rozhovor dělala nakonec. Byly vybrány respondentky, které zažily klasickou „teplotku“, papírovou ošetrovatelskou dokumentaci nebo/ i elektronickou dokumentaci. „Teplotka“ byla u lůžka pacienta, psaly se do ní fyziologické funkce pacienta a sloužila jako jediný dokument, na který se zaznamenával stav pacienta, popřípadě medikace. Papírová i elektronická dokumentace je obsahově v zásadě shodná, řídila se ošetrovatelským procesem. Průměrná délka rozhovorů byla třicet až čtyřicet minut. Rozhovory byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu a poté přepisovány k další analýze. Souhlasy s nahráváním na diktafon jsou součástí nahraného záznamu, souhlasy s poskytnutím rozhovoru jsou jednotlivě podepsány. Souhlas s poskytnutím rozhovoru je součástí přílohy diplomové práce.

Respondentky jsou v diplomové práci pojmenovány fiktivními jmény pro zachování jejich maximální anonymity. Všechny respondentky mají nebo budou mít letos ukončené vysokoškolské vzdělání.

Marcela pracuje jako všeobecná sestra na manažerské pozici zhruba pět let, má dvacetiletou praxi u lůžka na standardním oddělení, pamatuje si klasickou „teplotku“, implementaci papírové dokumentace a zavádění i elektronické dokumentace. Aktivně se ze své pozice podílí na řízení a úpravě elektronické dokumentace.

Anežka je všeobecná sestra na manažerské pozici, má za sebou deset let praxe na standardním oddělení a téměř deset let práce ve vedoucí pozici. Zažila papírovou dokumentaci a implementaci té elektronické.

Božena má osmi letou praxi na jednotce intenzivní péče a nyní pracuje na manažerské pozici. Zažila papírovou dokumentaci, z praxe na střední škole si ještě pamatuje teplotku. Byla u implementace elektronické dokumentace.

Marie pracuje jedenáct let na jednotce intenzivní péče jako všeobecná sestra, během své praxe zažila papírovou i elektronickou dokumentaci.

Václava v nemocnici pracuje čtyři roky na pozici všeobecné sestry, matně si vzpomíná na papírovou dokumentaci, kterou zažila asi rok, poté se zaváděla elektronická dokumentace.

Vojtěška pracuje na pozici všeobecné sestry jedenáct let, z předchozí organizace si pamatuje teplotku, poté začala pracovat s papírovou dokumentací a zažila i novou elektronickou dokumentaci.

Miriám pracuje šest let jako zdravotnický asistent, na praxi si vzpomíná, že zažila klasickou teplotku, v nemocnici potom pracovala s papírovou a posléze i elektronickou dokumentací.

Pozorování bylo provedeno při pěti celodenních službách, které trvají celkem dvanáct hodin, při pěti ranních službách, které jsou osmihodinové a pěti nočních službách, které trvají rovněž dvanáct hodin. Během ranních a celodenních služeb jsou technologie využívány ve větší míře než v noci, proto bylo pozorování soustředěno spíše na tuto denní dobu. Při pozorování jsem se soustředila na dodržování správných postupů, které jsou popsány dále, ale hlavně na momenty vyvolávající nespokojenost pracovníků s technologiemi, konflikty s ostatními spolupracovníky a situace, které sestry reálně odvádějí

od pacientů. Jako nezávislý pozorovatel jsem si dělala poznámky na papír a po dokončeném pozorování jsem srovnávala data získaná během pozorování s daty z rozhovorů a časových snímků dne.

Časové snímky dne byly rozdány během deseti denních služeb a pěti nočních. Celkově vyplňovalo časový snímek sedm všeobecných sester. Sestry byly poučeny o zapisování všech výkonů během dne a noci. Záznamový arch časových snímků dne byl vytištěn na jednu stranu A4 ve formě tabulky s hodinovými intervaly. Pokyny pro zapisování do časových snímků jsem řekla všem sestřám shodně, aby zapisovaly všechny úkony heslovitě, ale konkrétně a s přibližnými časovými údaji (např. rozdávaní medikace – 10 min.). Po přečtení všech časových snímků jsem si označila shodné činnosti barevně a porovnávala časové úseky s pozorováním a hodnotila konkrétnost výkonů. Vyplňování časových snímků dne je časově náročné a při plném provozu sestry časové snímky dne vyplňovaly právě s ohledem na čas. V časových snímcích jsou některé činnosti pojmenovány obecně a lze si pod nimi představit několik dalších výkonů, stejně tak přerušování určitých činností jinými úkony (telefonování, odbíhání na signalizaci pacientů a podobně) v časových snímcích nejsou popsány přesně. Vzor časového snímku je součástí přílohy diplomové práce.

3.4.1 Správné pracovní postupy

Předtím než budou představena získaná data, je třeba vysvětlit některé zákonitosti, které souvisí s novými technologiemi. Jsou jimi zmíněné pracovní postupy, které se musí dodržovat při práci s elektronickou dokumentací, tabletem a se čtečkami. Tyto postupy zajišťují poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Pokud se nedodržují, může dojít k pochybení, záměně pacienta a dokonce k jeho poškození. V organizaci funguje skupinová péče o pacienty, to znamená, že každá sestra má svoji skupinu pacientů, o které se během směny stará a je zodpovědná za splnění všech lékařských ordinací a ošetrovatelských intervencí. Skupinu pacientů během dne určuje staniční sestra, během noci se sestry na směně domluví podle obtížnosti pacientů.

Elektronická ošetrovatelská dokumentace se řídí směrnicí ředitele organizace a dokumentuje ošetrovatelský proces. Obsah ošetrovatelské dokumentace je podrobně popsán v teoretické části diplomové práce, proto jsou zde shrnuty pouze možné odlišnosti vedení ošetrovatelské dokumentace v konkrétní zdravotnické organizaci.

Přihlašování do systému ošetrovatelské dokumentace se provádí přes původní systém, který slouží lékařům mimo jiné k psaní denního dekurzu a prohlížení výsledků. Přihlašuje se pomocí přihlašovacích údajů, kdy je z přihlašovacího loginu zřejmé, kdo byl přihlášen a kdo zápis provedl.

Vstupní vyšetření pacienta a jeho anamnézu je nutné zdokumentovat do dvanácti hodin od příjmu. Toto vyšetření se tiskne a příjmová sestra nebo zdravotnický asistent (dále sestra/asistent) ho podepíše. Součástí vstupního vyšetření je vyhodnocení rizik podle předem určených škál, hodnotí se riziko pádu, dekubitu, malnutrice a soběstačnost pacienta, tyto rizika se přehodnocují standardně jednou za týden nebo při změně stavu pacienta. Plán ošetrovatelské péče sestra aktualizuje každý den podle aktuálních potřeb pacienta, které u pacienta zhodnotí. Záznam o celkovém stavu pacienta a hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče se dokumentuje po provedených léčebných a diagnostických intervencích, kdy se hodnotí, jak na ně pacient zareagoval. Záznam sestra nebo asistent aktualizuje a dopisuje během dne podle průběhu poskytnuté ošetrovatelské péče. Jedenkrát týdně se u pacienta píše souhrnná ošetrovatelská zpráva, ve které se poskytnou důležité informace z hlediska zajištění kontinuity ošetrovatelské péče. Při sledování bolesti u pacienta je důležité, aby se půl hodiny po podání analgetik zhodnotila bolest znovu, aby bylo zřejmé, že byla analgetika podána efektivně a bolest zmírněna. Při propuštění pacienta do domácího léčení se kompletuje zdravotnická dokumentace k archivaci. Sestra/asistent tiskne fyziologické funkce, bilance tekutin a záznamy o stavu pacienta za celou dobu hospitalizace.

Do elektronické ošetrovatelské dokumentace se přidávají také fotografie defektů kůže, dekubitů nebo operačních ran, které jsou infikované nebo se hojí sekundárně. Fotografie se pořizují tabletem a do elektronické dokumentace se musí vkládat přes USB připojení. Tento tablet je komplement k elektronické dokumentaci, do tabletu se po přihlášení zadává vstupní vyšetření pacienta, fyziologické funkce a záznam bilance tekutin. Funkce přenosu obrazové dokumentace z tabletu do elektronické dokumentace není dostupná.

V prostředí systému elektronické ošetrovatelské dokumentace se ukládají laboratorní žádanky, které komunikují s čtečkami čárových kódů. Čtečky fungují na bázi jedinečných čárových kódů a Wi-Fi³ připojení, díky kterému se do čtečky přenáší veškerá potřebná data z elektronické ošetrovatelské dokumentace, ale i lékařské dokumentace.

³ Wi-Fi – Wireless LAN, bezdrátová komunikace v počítačových sítích

Pacient má od příjmu na ruce náramek se štítkem, na kterém je jedinečný identifikační kód. Při odběrech se dbá na dodržování správného postupu, zajišťuje bezpečí pacienta a prevenci záměny vzorků krve. Správným postupem je myšleno to, že sestra/asistent si u svého pacienta, kterého má na starost, vytvoří žádanku. Žádanka se po uložení automaticky objeví ve čtečce. Poté se sestra/asistent přihlásí na čtečku, sestra/asistent má také svůj čárový kód. Přimo u pacienta, u kterého jsou prováděny odběry, pak sestra/asistent načte čárový kód pacienta a čárové kódy zkumavek. Zkumavky mají pouze čárové kódy, bez štítku se jménem pacienta. To, že jsou zkumavky označeny pouze štítkem s čárovým kódem, má zaručit správný postup načítání zkumavek u pacienta bezprostředně po odebrání krve. Pokud sestry nemají zkumavku označenou štítkem pacienta, donutí je to dodržet tento postup. Po potvrzení odešle žádanku ve čtečce do laboratoře. Při dodržení tohoto postupu nedojde k záměně vzorků u pacientů.

Čtečky se dobíjí pomocí nabíječek, při běžném denním používání má baterka čtečky výdrž cca 12 hodin, dobíjení trvá cca 10 hodin. Sestry/asistenti nemají nikde v harmonogramu určenou dobu pro nabíjení čteček.

Čtečky čárových kódů se také používají k evidenci podávaných léků⁴ a léčiv⁵ v celé nemocnici. Evidence funguje tak, že se při převzetí zásilky z lékárny přijme lék nebo léčivo do stavu zásob oddělení. Když sestry/asistenti poté podávají léky nebo léčiva pacientům, počet se odečítá a aktualizuje se neustále stav zásob s každou podanou tabletkou. Při potřebě nějakého léku sestry/asistenti si vyhledají přes internetovou aplikaci, kde lék mají „na skladě“ a volají přímo na to oddělení. To dané oddělení pošle léky nejen „fyzicky“, ale i virtuálně, musí léky převést pomocí čtečky, sestra/asistent se přihlásí a vytvoří výzvu druhému oddělení, aby si lék přemístilo do svých skladových zásob. Sestra/asistent na druhém oddělení avízo potvrdí a tím si lék převede. Používání evidence léků a léčiv má velký pozitivní dopad na finanční hospodářství organizace a počáteční investice se již vrátila.

Při podávání medikace pacientům se léky a léčiva podávají pomocí čtečky a denního dekurzu. Denní dekurz je lékařský záznam, který obsahuje subjektivní i objektivní hodnocení stavu pacienta, provedené výkony a plán další zdravotnické péče, dále obsahuje naordinovanou medikaci, která se pacientovi podává, a další vyšetření či odběry a rehabilitační péče. Jedná se o bezpečné podávání léků a léčiv, které zvyšuje kvalitu

⁴ Léky – medikace podávaná perorálně, ve formě tablet, sirupů, apod.

⁵ Léčiva – medikace podávaná parenterálně, v této DP myšleno převážně „do žíly“, ve formě infuzí

poskytované péče a při dodržování postupu zabrání medikačnímu pochybení. Postup je podobný jako při odběrech krve. Sestra/asistent se přihlásí na čtečku, načte kód pacienta a pomocí denního dekurzu i čtečky podává pacientovi naordinovanou medikaci. Výjimku tvoří podávání léčiv parenterálních, léčiva se ředí a připravují pomocí denního dekurzu na předem určeném místě, kde jsou k dispozici veškeré potřebné pomůcky. Léčiva se ve čtečce odečítají na místě ředění. Čárový kód léčiva je většinou nalepen na velkém balení přípravků, ve kterém je jich větší množství.

Při podání léčiva pacientovi sestra/asistent dodržuje zásady identifikace pacienta, to znamená, že se pacienta zeptá na jeho jméno a to si posléze zkontroluje v denním dekurzu a na náramku pacienta. Při podávání medikace pomocí čtečky je důležitá spolupráce s lékaři, kteří ordinují medikaci pacientovi do denního dekurzu v elektronické formě. Ordinovaná medikace se automaticky objeví ve čtečce. Lékaři mají za úkol ordinovat léky, které jsou v pozitivním listu v rámci lékové politiky nemocnice, které jsou na skladě lékárny a přesně podle výrobce medikamentu.

Pokud jsou naordinována generika⁶ léčiv, čtečka hlásí chybné podání léku nebo léčiva. Při jakékoliv ordinaci, která není lékařem napsána v elektronické podobě ale pouze v denním dekurzu ručně, hlásí čtečka chybu, aby upozornila sestru, že není naordinována elektronicky. Čtečky hlásí chybovost i při nesprávném zadání jednotek a dávek, při překročení možné denní dávky nebo při nedodržení minimálních hodinových odstupů mezi podáním jednotlivých dávek.

Z elektronické ošetrovatelské dokumentace se sestra/asistent musí odhlašovat, nebo se odhlásí automaticky po šedesáti minutách nečinnosti. Čtečky automatické odhlašování nemají, a proto pracovníci se musí odhlašovat ručně, všichni jsou o odhlašování poučeni. Při neodhlášení se může snadno stát, že sestra/asistent může použít elektronickou dokumentaci jiné sestry a udělat zápis na její login, což není správné. Stejná situace se může stát při použití čtečky, kdy si sestra/asistent nevšimne jména přihlášeného a odečítá medikaci na čtečku jiného zdravotního pracovníka. Čtečky i tablety jsou součástí digitalizace ošetrovatelské dokumentace a jsou přizpůsobeny k práci v přímém kontaktu s pacientem.

Při výpadku systému elektronické dokumentace je vypracována směrnice a havarijní plán. V tomto režimu se píše papírová ošetrovatelská i lékařská dokumentace na

⁶ Generikum = plnohodnotný ekvivalent originálního léčiva z hlediska lékové formy

předpřipravené formuláře. Při obnově fungování elektronické dokumentace se zápisy na formulářích mají přepisovat do elektronické podoby. Zápis do elektronické formy přepisuje zdravotník, který ho učinil v papírové podobě. Při delším výpadku formuláře přepisuje první kolega (podle odborností a kompetencí) na směň, kdy systém začne fungovat. Papírové formuláře se zakládají do chorobopisu pacienta a archivují se společně s celou zdravotnickou dokumentací.

3.5 Interpretace dat

Data získaná z rozhovorů, z pozorování a z časových snímků dne byla navzájem konfrontována. Některá byla v souladu, jiná s různými odchylkami. Výstupy z výzkumu jsou seřazeny do čtyř kapitol. V kapitolách se věnuji tématům týkajících se používání elektronické dokumentace, tabletů a čteček všeobecnými sestrami a zdravotnickými asistenty. Zdravotnický asistent má jiné kompetence než všeobecná sestra, rozdílné kompetence jsou uvedeny v teoretické části diplomové práce. V používání elektronické dokumentace, tabletů a čteček v dané organizaci není mezi zdravotnickými asistenty a všeobecnými sestrami žádný rozdíl, proto jsem se rozhodla pro lepší přehlednost a jednoduchost ve všeobecném vyprávění použít označení „sestra“ pro oba obory. Jen v případě konkrétního pojmenování situace a respondentů uvedu označení „zdravotnický asistent“.

První kapitola nazvaná „*Elektronickou dokumentaci kvituji*“ popisuje, jak probíhala implementace elektronické ošetrovatelské dokumentace, jak pozitivně i negativně elektronická dokumentace ovlivňuje práci sester. V druhé kapitole „*Pořád se něco mění, aspoň si máme na co stěžovat*“ jsou popsány přirozené reakce sester na změnu, z čeho vyplývá nespokojenost sester. Třetí kapitola „*Člověk – líný tvor*“ interpretuje vnímání sester pracovních postupů. Kapitola čtvrtá nazvaná „*Náplň se mění, čas na to ne*“ řeší náplň práce sester, porovnává minulost a současný stav, poskytuje náhled do budoucnosti, popisuje subjektivní a objektivní vnímání času stráveného nad určitými výkony.

Respondentky v určitých kapitolách zaujímají stejné nebo rozdílné postoje, podle předchozích zkušeností, podle pozice, kterou zaujímají, podle druhu vzdělání (všeobecná sestra vs. zdravotnický asistent). Postoje a názory všeobecných sester jsou v každé kapitole velmi rozmanité, nelze říci, že by určité skupiny sester zaujímaly k dokumentaci konzistentní postoje. V každé kapitole se nicméně pokouším vztahovat výpovědi sester k jejich profesionální roli (manažerka – líniová sestra) nebo délce kariéry, pokud to při interpretaci

dává smysl, neboť postoje k dokumentaci chápu jako odraz sdílené skupinové profesionální zkušenosti.

Při interpretaci dat jsem sledovala i soulad informací, které jsem získala pomocí více technik sběru dat – zejména pomocí rozhovorů a pozorování, případně porovnáním pozorování a záznamy v časových snímcích. Zjištění byla často v souladu, jindy mi srovnání pozorování práce sester a jejich vlastní hodnocení v rozhovoru poskytlo zajímavý náhled na rozdíly v tom, jak práce probíhá, a jak je sestrami hodnocena, respektive jak odlišný prostor a význam různé úkony dostávají, když o nich má člověk hovořit, když je má zapisovat do snímku, a když je jen vykonává (a záznam je na pozorovateli).

Tato data se konkrétně týkala odběrů krve, zadávání elektronických žádank a používání čteček při odběrech. Vedle zjišťování postojů mě zajímalo i to, že sestry dodržovaly stanovené postupy, to znamená při přímé práci s pacientem. Sestry čtečky nijak negativně nehodnotily a v časových snímcích byl prostor na přípravu žádanky a popsán výkon samotného odběru.

Poruchu systému elektronické dokumentace ani čteček v řádů hodin jsem při pozorování nezastihla, sestry poruchu v časových snímcích také neuvádí. Při rozhovoru všechny respondentky uvedly správný postup vedení havarijní dokumentace v souladu s vnitřním předpisem organizace.

3.6 Elektronickou dokumentaci kvitují

3.6.1 Implementace elektronické dokumentace

Zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace je výraznou změnou v pracovní náplni sestry. Takto velkou změnu je třeba naplánovat a řídit rizika, která se mohou během změny vyskytnout. Obsah a pravidla vedení elektronické ošetrovatelské dokumentace jsou podloženy legislativně a jsou podrobně popsány v teoretické části diplomové práce. V této kapitole jsem čerpala data pouze z rozhovorů, protože v době zpracování diplomové práce již byl systém elektronické dokumentace zaveden a nebylo možné provést nestranné pozorování procesu implementace ošetrovatelské dokumentace.

Z rozhovorů jsem zjistila, že implementace byla prováděna na dvou pilotních odděleních, kdy se sestry postupně učily s elektronickou dokumentací, zároveň stále psaly papírovou dokumentaci. Elektronická dokumentace kopírovala částmi dokumentaci papírovou, to znamená, že obsahovala všechny fáze ošetrovatelského procesu. Staniční a

vrchní sestry se učily používat elektronickou dokumentaci od zástupce poskytovatele systému elektronické dokumentace. Dále pak předávaly informace svým sestrám a učily je vedení elektronické dokumentace osobně. Po čtyřech měsících, jak uvedla Marcela, sestry začaly používat pouze elektronickou dokumentaci, která úplně nesplňovala představy sester a postupně se upravovala dle připomínek a požadavků. Poté se dokumentace začala rozšiřovat i na ostatní oddělení, kde byla stále možnost dalšího připomínkování sester a tato možnost trvá dodnes. Proces implementace popisují následující citace.

Pilotní oddělení, kde začínalo zavádění elektronické dokumentace, vedla Marcela a vnímala celou situaci složitě, sestry psaly papírovou ošetrovatelskou dokumentaci a zároveň i začínaly s elektronickou dokumentací. *„Jeli jsme testovací verzi toho programu, plus k tomu jsi jela pořád ty papíry, takže to bylo dvojnásobně.“* Slovní spojení „jela jsi papíry“ evokuje určitou dynamiku, rychlost a automatiku. Sestry byly zvyklé na psaní papírové dokumentace léta, vyplňovaly ji automaticky a zásah do tohoto systému vyvolával emoce, jak uvádí Marcela: *„Bylo to náročný a stresující období, bránily se, nechtěly, vymlouvaly se, že neumí s počítačem, přitom každé měl mobil, každé měl tablet a počítače, to byla spíš taková averze jo.“* Zajímavé je použití množného čísla, Marcela označuje všechny sestry jako málo adaptabilní, jakoby vytvořily určitou koalici členů, kteří neumí a nechtějí používat tablety a počítače. Marcela zdůrazňuje irelevantnost výmluv, protože používání počítačů i tabletů bere jako standardní personální i pracovní dovednost.

Anežka, která se aktivně podílela na implementaci, hodnotí průběh zavádění elektronické dokumentace kladně: *„Implementace, jej, to nevím, jestli mám takovou paměť, ale tak já myslím, že teda probíhala poměrně hladce, teda tady se implementovalo spoustu věcí a tu ošetrovatelskou dokumentaci jsem vnímala jako jednu z nejméně problémových, protože to jednak kopírovalo ty dokumenty, které byly papírové, bylo to prostě v počítači a museli ťukat místo, aby zaškrťovali, takže to bylo hned.“* Anežka si na zavádění elektronické dokumentace nepamatuje přesně. Při implementaci se zřejmě nevyskytly žádné problematické momenty, Anežka tuto implementaci vnímá jako jednu „z nejméně problémových“ a v porovnání s jinými problémy to „probíhalo hladce“. V Anežce implementace nevyvolala žádné emoce, které by vedly k zaujetí určitého výrazně pozitivního nebo negativního postoje k situaci. Také zde zmiňuje četnost proběhlých změn v organizaci a z vidu dokonavého je zřejmé, že tyto změny byly realizovány úspěšně.

Anežka na rozdíl od Marcely hodnotí kladně přizpůsobivost sester: *„Já jsem tu implementaci nepovažovala za problematickou a sestry ji přijaly celkem i s povděkem, řešily*

se tam určitě nějaké problémy, už si nepamatuju jaké, ale nebyla tady žádná vzpoura nebo revoluce.“ Anežka zdůrazňuje, že sestry elektronickou dokumentaci přijaly bez větších obtíží a dokonce za ni byly vděčné. Mechanismů, díky kterým tato situace nastala, mohlo být mnoho: zvolení spolupracovníka, který se bude na změně podílet, poskytnutí dostatečného množství informací ostatním pracovníkům, vyzdvižení výhod elektronické dokumentace, a podobně. Z rozhovoru ale tyto podpůrné mechanismy nevyplývaly.

Vojtěška si na implementaci pamatuje, ale není úplně schopná pojmenovat, jak probíhala z hlediska jejího prožívání: *„No, když se řeklo, že bude elektronická dokumentace, tak čtvrtka lidí dávala výpověď, čtvrtka se hroutila, čtvrtka nadávala a čtvrtka tomu šílenství přihlížela a nevěděla, ke který skupince se přidat, já ani nevím, na jaký straně jsem byla, ale víš co, prostě co se má stát, ať se stane.“* Vojtěška pojmenovala hned čtyři typy postojů, které při zavádění elektronické dokumentace zažila, ale sama se tehdy neuměla ztotožnit ani s jedním a uvádí, že zaujala postoj spíše neutrální. Poté dodává: *„Mě teda docela štválo, že jsme neměli třeba víc informací, třeba o té dokumentaci, nebo prostě říct, že má nějaký výhody, to teď jako všichni víme, ale tenkrát to bylo, že budeme prostě psát elektronickou dokumentaci a moc se neptejte.“* Vojtěška upozorňuje na potřebu znát více informací o probíhající změně a o elektronické dokumentaci, tato nenaplněná potřeba vyvolávala negativní emoci „naštvaní“. Zároveň zmiňuje existenci výhod, které elektronická dokumentace má a které při používání elektronické dokumentace Vojtěška vnímá. Vojtěška by v době implementace považovala vyzdvižení benefitů elektronické dokumentace jako zlepšující faktor adaptace na nový systém. Vzpomíná na dobu zavádění nové dokumentace jako na období, kde nebyl prostor pro diskuzi. Tato informace je vcelku zásadní, v porovnání s kroky Kotterova modelu procesu změny zde zcela chybí informování zaměstnanců, získání jejich zájmu, předložení nutnosti změny a předložení samotné vize, proč se elektronická dokumentace a čtečky zavádí, jaký mají význam v péči o pacienta. Přitom poskytnutí informací zaměstnancům o změně a její vizi je jedním z prvních kroků, které má vedoucí pracovník provést.

Václava popisuje přímo proces zaškolování v elektronické dokumentaci: *„Tak když se zaváděla elektronická ošetrovatelská dokumentace, tak nejdřív byla na nějakém školení, předpokládám, naše staniční a pak postupně nás jakoby seznamovali s tou dokumentací, to tak nějak šlo postupně.“* Václava si pamatuje, že ji i ostatní sestry zaškolovala staniční sestra, která byla s největší pravděpodobností na předchozím školení o fungování elektronické dokumentace. Václava v rozhovoru tuto skutečnost pouze předpokládá, ale výpovědi ostatních respondentek tuto skutečnost zaškolování středního managementu potvrzují.

Za velmi důležité považuje Václava, že implementace probíhala postupně. Tento názor se objevil i v ostatních rozhovorech, ale objevoval se v různých významech. Marcela o postupném zavádění říká: „*V té testovací verzi jsme to měli zkoušet a postupně se to tam všechno přidávalo, jak je třeba teď anamnéza, tak to tam všechno nebylo, pak se postupně dodával plán péče a intervence realizace, pak byly záznamy a tam se postupně přidávalo informování pacienta, tam si každý oddělení postupně navolovalo, co chtělo.*“ Marcela za postupné zavádění považuje spouštění a přidávání přímo jednotlivých částí elektronické dokumentace a jakým způsobem se chronologicky přidávaly.

Pro Václavu znamená postupné zaškolování to, že kompletní ošetrovatelská dokumentace jí byla předvedena po částech: „*Staniční nám nejdřív ukazovala tu anamnézu, jak ji jako budeme zaklikávat a pak prostě to budeme postupně navazovat, nabalovat, nějaké diagnózy jak se zakládají, jak se rozklikává realizace a pak postupně záznamy a tak, až jsme to předchozí uměli.*“

Stejný názor má i Marie: „*Hned naráz to určitě nešlo, šlo to postupně a já myslím, že někomu to trvá až dodneška.*“ Marie také popisuje, že zaškolování probíhalo postupně, a zmiňuje, že pro některé pracovníky i přesto bylo složité a náročné. Dokonce uvádí, že dodnes všichni pracovníci postupy nezvládli.

Vojtěška vidí postupné zavádění v možnosti připomínkování dokumentace a stále probíhajícího zdokonalování systému: „*Tak ta dokumentace není ještě furt hotová, pořád se tam doladují detaily a přidávají nějaký maličkosti, přizpůsobuje se to našťestí sestram, který s tím dělají a připomínkují to.*“ Vojtěška komentuje úpravu dokumentace jen v malých nuancích, což znamená, že základ elektronické dokumentace je stabilní a pracovníci ho akceptují, jen zdokonalují systém, aby byl uživatelsky pohodlný. Vojtěška uvádí, že sestry mají možnost systém připomínkovat a přizpůsobuje se jim. To také potvrzují ostatní respondentky, že se připomínkám vyhovuje ku prospěchu sester, které se systémem dennodenně pracují.

K problematice o implementaci elektronické dokumentace mohu na závěr kapitoly uvést, že byla sestrami vnímána ambivalentně. Respondentky uvádějí výhody ale i nevýhody elektronické dokumentace a její implementace. Výhody respondentky vidí v postupném zavádění elektronické dokumentace. Zaškolování probíhalo tak, že staniční sestry zaučovaly své přímé zaměstnance, které postupně seznamovaly s funkcemi elektronické dokumentace. Výzkum ukázal, že respondentky vnímají postupnost zavádění v zaškolování po jednotlivých částech elektronické dokumentace a v možnosti připomínkování a úpravy

elektronické dokumentace. Respondentky v rozhovorech zdůrazňují postupné zavádění jako výhodu zjednodušující adaptaci. Jako překážku při implementaci hodnotí nedostatek informací o vizi elektronické ošetrovatelské dokumentace a nedostatečné vyzdvižení benefitů u této dokumentace.

Respondentky – sestry bez manažerského vzdělání samy spontánně pojmenovávají to, co jim při implementaci chybělo. Pokud chce vedoucí pracovník efektivně vést změnu, měl by si stanovit rizika, která změna může přinést. Téměř při každé změně se vedoucí pracovník setkává s různým nezájmem nebo odporem svých pracovníků. Toto riziko je třeba předpokládat vždy a předcházet mu, nebo naplánovat jeho řešení. Právě vzbuzení zájmů u svých pracovníků a zprostředkování jasné a srozumitelné vize je základem pro lepší spolupráci ze strany pracovníků a pro přijetí změny.

3.6.2 Souhlas díky výhodám

Jak je zmíněno v předchozí kapitole, Vojtěška by uvítala při procesu zavádění elektronické dokumentace ještě více informací a vyzdvižení výhod elektronické dokumentace. Tyto výhody si již během používání dokumentace sestry uvědomují a díky nim respondentky vyjadřují souhlas a spokojenost s elektronickou dokumentací.

Respondentky při rozhovorech porovnávají elektronickou dokumentaci s papírovou a vyjadřují jednoznačný názor na to, že papírová dokumentace byla obtížnější a časově náročnější. Respondentky popisují různé benefity elektronické dokumentace. Elektronickou dokumentaci vnímají jako přehlednou, jednoduchou, dostupnou a čitelnou. Z výzkumu vyplývá i téma kopírování záznamů a pacientovy anamnézy, které některé sestry polemizují, uvádí ho jako výhodu i jako nevýhodu.

Marie elektronickou dokumentaci srovnává s papírovou: „*Já nové technologie a elektronickou dokumentaci kvituji, jsem spokojená víc než s papírovou.*“ Marie vyjadřuje větší spokojenost s elektronickou dokumentací a dodává: „*Výhodou třeba je zjednodušení toho, že u té papírový jsi všechno musela vymýšlet a ta elektronická ti to všechno vygeneruje, my vlastně píšeme jen hodnocení, jinak je tam všechno přednastaveno, ošetrovatelské diagnózy tak i realizace, píšeme pouze samy to hodnocení plánu péče.*“ Respondentka vyzdvihuje jednoduchost vedení elektronické dokumentace na rozdíl od papírové dokumentace, kde sestra musela všechny ošetrovatelské diagnózy vymýšlet a vypisovat ručně, což bylo časově náročnější.

Čas je velmi dominantním prvkem, který je následek většiny výhod, které sestry v rozhovorech uvádí. Miriam vzpomíná na papírovou dokumentaci: „*Papírová dokumentace byla daleko horší, daleko horší, byla zdlouhavá a musela jsi pořád doplňovat a zakládat nové papíry, různě je popisovat, čísla stránek, a že je to z našeho oddělení a tak, ta elektronická jako usnadňuje práci v některých směrech, když se píše pořádně, tak si myslím, že to ulehčí hodně časově, nebo když máš ty lidi dva dny po sobě, tak ti to ulehčí hodně práce.*“ Miriam hodnotí papírovou dokumentaci negativně. Sestra při doplňování dokumentů do chorobopisu pacienta strávila více času, který byl významný a který v současnosti může být využit k jiným činnostem v přímé péči o pacienta. Miriam vidí výhodu i v samotné dokumentaci, ale pokud „se píše pořádně“. Touto poznámkou Miriam upozorňuje na to, že ne vždy se elektronická dokumentace píše tak, jak má. Důvody mohou být různé.

Díky pozorování je na místě, abych podotkla, že dokumentace se píše v zásadě správně. Některé sestry hodnotí jako chybu i malé odchylky, které jsou v principu nevýznamné pro ošetrovatelskou péči o pacienta a kontinuitu této péče (jedná se o odlišné záznamy a popisování invazivních vstupů, kde například chybí den zavedení vstupu, nebo lokalizace, nebo odlišné záznamy hodnotící stav pacienta, které sestry vedou individuálně podle svého zvyku). Některé sestry ale uvádí, že jim nedokonalá ošetrovatelská dokumentace přiděluje práci. Sestry nadávají na vedení dokumentace kolegyně přímo z oddělení ale i z ostatních stanic kliniky. To otevírá téma, jakým způsobem je ošetrovatelská dokumentace organizována na jednotlivých stanicích, ale ve výzkumu na toto téma nebyl prostor.

Při pozorování bylo vyhodnoceno, že sestry od rozpracované dokumentace často odbíhají za pacienty. Sestry odbíhají buď proto, že pacienti volají sestry signalizací, nebo proto, že si při psaní dokumentace vzpomenu na nějaký výkon u konkrétního pacienta a jdou ho dodělat. Toto odbíhání způsobí poruchu pozornosti na psaní dokumentace a lehce se stane, že sestra v dokumentaci není důsledná a některé věci nezapiše, nebo zapíše nesprávně. Nesprávnost zápisu se většinou odhalí při další směně, kdy si sestra chce přečíst, co se s pacientem dělo předchozí den. Dalším důvodem je špatná komunikace sester mezi sebou a nevědomost správného postupu nebo zápisu. Sestry, které se pozastavují nad nesprávným zápisem, tuto informaci ale nepředají konkrétní sestře, ta se pak ani nedozví, že chybu dělá. Posledním důvodem vyplývajícím z pozorování je přirozená lidská vlastnost si práci zjednodušit, sestry nejsou v psaní dokumentace stoprocentně důsledné.

Jak zmiňuje Miriam, když má sestra na starosti stejnou skupinu pacientů jako předešlý den, tak psaním dokumentace tráví prokazatelně kratší dobu i v řádech desítek minut. Václava to komentuje: „*Výhoda je, jak jsem říkala čas, si myslím, že jako fakt jo, protože je tam možnost jakoby kopírovat předešlý záznamy a pak jejich úprava samozřejmě a i to, že když tu byl ten člověk předtím hospitalizovanej, tak je možnost zkopírovat celou tu anamnézu znovu.*“ Každá sestra má svůj naučený styl psaní záznamů o pacientech a kopírují téměř z většiny pouze své předešlé záznamy, které podle jejich názoru obsahují to, co mají. Přesné znění záznamů není nikde direktivně určeno, záznamy sester posloupně kopírují ošetrovatelskou činnost prováděnou během celé služby a popisují reakce pacienta na ošetrovatelskou péči.

K výhodě kopírování anamnézy s Václavou se doptávám, jestli je kopírování anamnézy opravdu výhoda, nebo nevýhoda. K tomu dodává: „*No pro nás jakoby je to výhoda, co se týče času, ale je pravda, že se zapomíná na některý věci, jak se to jenom kopíruje a může nastat nějaká změna u pacientů, třeba se začne pacient léčit na tlak mezi tím, co tu byl hospitalizován a já si okopíruju, že není hypertonik, a si to zaškrtnu vesele a už je to najednou chyba a bere léky na tlak.*“ Václava přiznává, že funkci kopírování používá s ohledem na úsporu času. Paradoxně je to úspora času stráveného u pacienta, při odebrání ošetrovatelské anamnézy vede sestra s pacientem rozhovor a současně ho hodnotí pozorováním. Čím více informací sestra o pacientovi zjistí, tím lépe může naplánovat ošetrovatelskou péči.

Vojtěška kopírování anamnézy také komentuje: „*Anamnézu je jednodušší zkopírovat, ale stejně to většině sester nedá a jdou za tím pacientem a jdou se podívat a zeptat, jestli se něco od minula nezměnilo.*“ Vojtěška také přiznává, že kopírování anamnézy je usnadněním práce. A zároveň hodnotí, jakým způsobem probíhá sběr informací o pacientovi, se sestra jde „podívat a zeptat“, což odpovídá technikám sběru pacientovy anamnézy a to rozhovorem i pozorováním.

Marcela vyjadřuje také souhlas s elektronickou dokumentací a jako výhodu uvádí přehlednost: „*Jo, dokumentace jako jo, je to prima, docela to pomáhá, ale to je můj názor, když chci něco rychle najít, tak si to vyfiltruju a mám to hned, takhle když jsem měla papíry, tak jsem si rozložila asi deset papírů a hledala, tahle psala doleva, tahle doprava, tahle čárkovaně a nepřečetla jsi nic. Takhle si to prostě rozkliknu a mám všechno co chci a na jednom místě.*“ Čitelné zápisy a rychlá dostupnost jsou podle Marcely dalšími benefity

elektronické dokumentace, které šetří sestřám čas a nahrazuje dřívější náročné vyhledávání v mnoha papírech dokumentace.

Vojtěška se k elektronické dokumentaci staví také pozitivně: „*Já jsem ráda za elektronickou dokumentaci, hodně, je to jednoduchý a rychlý, jen mě docela mrzí, že jsme se všichni naučili nějaký basál a přitom by se dala ta dokumentace využívat mnohem víc, ale ještě že ji máme, papírová byla příšerná a doufám, že se k ní už nikdy nebudeme vracet, už kvůli těm lesům.*“ Vojtěška s elektronickou dokumentací souhlasí a je za ni dokonce „ráda“, což značí určitý vděk za to, že může elektronickou dokumentaci používat a zároveň využívat jejího potenciálu. Ten ale podle Vojtěšky není plně využit a elektronická dokumentace by mohla plnit více funkcí, vnímá deficit v zaškolování v elektronické dokumentaci. Většina sester v rozhovorech na papírovou dokumentaci vzpomíná nerada a hodnotí ji negativně. Vojtěška také upozorňuje na realitu, že díky elektronické dokumentaci ubylo spotřebovaných papírů.

Sestry v rozhovorech hodnotí elektronickou dokumentaci kladně, uvědomují si všechny benefity elektronické dokumentace a umí je přesně pojmenovat. V časových snímcích dne má psaní elektronické dokumentace také své místo, sestry ji ale vpisují s delšími časovými intervaly a ne tak často, jak je tomu v reálu. Od dokumentace často odbíhají a vrací se, což v časovém snímku není přesně zaneseno. Z porovnání časových snímků s pozorováním je časový fond zaznamenaný v časovém snímku zhruba shodný s reálným vyplňováním dokumentace, v časovém snímku není ale tak často přerušován jinými činnostmi. Jak již bylo řečeno v metodologii, sestry vyplňovaly časové snímky s ohledem na čas.

Během pozorování se často objevovaly reakce ne úplně mířené proti elektronické dokumentaci, ale spíše proti povinnosti tuto dokumentaci psát. Povinnost vedení dokumentace o pacientovi sestry považují za „nutné zlo“. Často byly slyšet poznámky „*já ještě nemám ani čárku v papírech*“, „*ještě musím zhodnotit bolest*“, „*musím uzavřít záznamy*“, „*ještě musím dopsat...*“. Sestry se o elektronické dokumentaci stále vyjadřují jako o „papírech“, myslím si, že sestry už toto slovní spojení používají dlouhá léta, možná od dob, kdy se zaváděla papírová dokumentace, a s jistým naučeným stereotypem. Za naučené chování to považují proto, že toto sousloví používají i nové sestry, které už papírovou dokumentaci v nemocnici nezažily. Slovesem „musím“ sestry vyjadřují své reaktivní jednání v pracovním prostředí a nesouhlas s psaním dokumentace všeobecně jako s povinnostmi. V pozorování jsem se zaměřovala i na opačný trend, který vyplynul z jednoho

rozhovoru. A tím je „schovávání se za dokumentaci“, kdy se sestra věnuje spíše psaní elektronické dokumentaci než přímé péči o pacienta. Za období, ve kterém pozorování probíhalo, jsem se ale s tímto jevem nesešla.

V rozhovorech respondentky uvádějí jednoznačný pozitivní názor na elektronickou dokumentaci, kterou akceptují díky benefitům, které elektronická dokumentace přináší. Sestry postupně vyjmenovávají všechny výhody elektronické dokumentace a zároveň polemizují výhodou kopírování anamnézy, která se může proměnit i v nevýhodu. Rozhovory ukazují, že nejsilnějším benefitem elektronické dokumentace je čas, který sestry vedením elektronické dokumentace stráví a který zároveň ušetří v porovnání s vedením papírové dokumentace.

Během pozorování sestry dávají najevo určitou nechuť a neochotu ošetrovatelskou dokumentaci jako takovou psát, nebo vyjadřují k tomuto tématu distanci. Dalo by se říct, že ji všechny sestry globálně berou jako povinnost a formalitu vycházející z legislativy a požadavků organizace, z dalšího výzkumu a výpovědi sester ale vyplývá, že způsob, jakým sestry k vedení ošetrovatelské dokumentace přistupují, záleží na vzdělání sester a používání ošetrovatelské dokumentace již během studií a praxe. Vysvětlující hypotéza k této distanci či neochotě by mohla znít, že sestry nemají prakticky zažitou tu stránku práce s dokumentací, kdy ji systematicky využívají, kdy je pro ně jednoznačnou oporou v práci a kdy je zkrátka ta stránka povinnosti vyvážená využitím ošetrovatelské dokumentace. Toto téma, jak je dokumentace využívána, jaké všechny funkce plní, by bylo spíše námětem na další výzkum. Tomuto tématu se podrobněji věnuji v kapitole „Náplň se mění, čas na to ne“.

3.7 Pořád se něco mění, aspoň si máme na co stěžovat

Předchozí kapitola se věnovala jednoznačnému souhlasu sester s elektronickou dokumentací. V této kapitole bych se chtěla věnovat, jaké přirozené reakce na změnu se v rozhovorech objevily a z čeho vyplývá nespokojenost sester s používáním čteček čárových kódů a tabletů.

Používání čteček a tabletů s elektronickou dokumentací také souvisí, jsou jejími komplementy. Dle předchozích zjištění elektronická dokumentace sama o sobě sestrám vyhovuje a ve své praxi ji používají bez větších problémů. Čtečky na léky a tablety vyvolávají v rozhovorech i během pozorování u sester různé reakce a ve velké většině negativní.

Při procesu změny je důležité motivovat pracovníky a poskytnout jim informace o změně. Dostatek srozumitelných informací pomáhá pracovníkům se zorientovat v procesu změny, pochopení významu změny a následně vize organizace. Nedostatek informací v člověku přirozeně evokuje nejistotu a nespokojenost, což může vést k nepřijetí změny nebo horší adaptaci na změnu.

3.7.1 Informovanost

Z proběhlých rozhovorů vyplývá rozdíl mezi informovaností všeobecných sester a sester ve vedoucích funkcích. Všeobecně se dá shrnout, že sestry ve vedoucích funkcích ví, jak a čím je elektronická dokumentace řízena, kdo konkrétně se podílí na řízení elektronické dokumentace a jak mohou být informace získané pomocí vedení elektronické dokumentace nebo používání čteček využity v řízení kvality ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry, se kterými jsem vedla rozhovory, tyto informace neznají. Mezi sestry ve vedoucích funkcích řadím Marcelu, Anežku a Boženu, tyto respondentky v rozhovorech odpovídaly na otázky řízení dokumentace a využití dokumentace v hodnocení kvality péče konkrétně. Ostatní sestry Miriam, Václava a Marie na tyto otázky neznaly odpověď a odpovídaly v nekonkrétní rovině, zároveň tyto sestry nemají potřebu tyto informace znát. Vojtěška většinu informací také zodpověděla a zároveň má zájem o další informace, poukazuje na nevhodnou formu, v jaké jsou tyto informace předávány.

Během rozhovorů i pozorování se vygenerovaly různé důvody, proč všeobecné sestry nemají a neznají informace o řízení nových technologií, o využívání dat z nich získaných a o dalších jejich profitech v řízení kvality péče.

Nezájmem o informace se člověk snaží projevit nesouhlas v tomto případě se zavedením čteček, podobně je tomu u Miriam, která na otázku ohledně výhodné investice čteček čárových kódů odpovídá: „*To já vůbec nevím, vůbec, mě takovýhle věci jako fakt vůbec netankujou, mně stačí jen to, že mě to zdržuje od práce a opravdu tohle neřeším.*“ Miriam s velkou intencí zdůrazňuje, že ji tyto informace „vůbec“ nezajímají a veškeré informace ohledně čteček „fakt“ a „opravdu“ neřeší. Miriam je přesvědčená, že ji to „zdržuje od práce“ a svůj nesouhlas se čtečkami dává najevo silným negativismem. Tento postoj je jedním z možných postojů, zejména ve vysoce formalizovaných organizacích, a proto by management měl při zavádění změny myslet i na pracovníky tohoto typu – právě pro ně musí být změna perfektně připravena a informace poskytovány tak, aby je i tito lidé dokázali dobře zpracovat a uplatnit v praxi. Tím by pak bylo možno předcházet negativním postojům („mně stačí jen to, že mě to zdržuje od práce“).

Václava k řízení elektronické dokumentace říká: „*Elektronická dokumentace se řídí podle nějaké směrnice, mám pocit, jako nevím úplně přesně, co je obsahem, ale vím, kde bych ti ji našla na intranetu.*“ Václava uvádí informaci, že sice přesně neví, čím je elektronická dokumentace řízena, ale má „pocit“, že směrnicí. Václava ví, kde tuto směrnici hledat, a ví, že je dostupná.

Vojtěška také ví, že je směrnice dostupná na intranetu a dodává: „*Dokumentaci a čtečky řídí lidi na ředitelství, výstupy z toho asi taky nějaký jsou, probíhají pořád nějaký provozní schůze a schůze vrchních a tak, na mail asi chodí i různé zápisy z těch schůzí, problém je, že jsou většinou hrozně dlouhý a vlastně se nic nedozvíš, napíšou ti třeba, co se tam řešilo, ale jaké je závěr to už se nedozvíš, takže já už jsem to taky vzdala, abych si to četla.*“ Vojtěška všeobecným označením „lidi“ vyjadřuje, že řízením elektronické dokumentace a čteček se zabývá více pracovníků, kteří pracují v budově ředitelství v organizaci. Jako problém vnímá dlouhé zápisy, které vznikají po schůzích těchto pracovníků, podle Vojtěšky jsou zápisy nicneříkající a nekonkrétní a pro ni tedy nevyužitelné.

Marie takový názor nesdílí: „*Tak určitě nějaký výstupy z toho jsou, ale obávám se, že řadoví zaměstnanci s tím seznámení nejsou, ale myslím si, že ředitelství to všechno sleduje.*“ Marie sice tuší, že se zpracovávají informace z elektronické dokumentace a z používání čteček, ale „obává se“, že nejsou běžně dostupné.

Rozhovory s všeobecnými sestrami, které pracují v běžné praxi, ukazují, že sestry informace o řízení elektronické dokumentace nebo čteček čárových kódů nemají a neznají. V citacích respondentek jsou různé důvody nevědomosti informací. Jedna sestra uvádí nezáměr o informace, druhá informace nezná, ale ví kde je nalézt, další je nezná a neví, jestli jsou dostupné. V rozhovoru s Vojtěškou jsem zjistila, že informace dostupné jsou. Dostupné informace ale jsou ve formě, kterou sestry nepoužívají (pracovní email) a záznamy a informace v nich Vojtěška považuje za nekonkrétní.

Božena jako vedoucí pracovnice uvádí o dostupnosti informací: „*Veškeré informace ohledně elektronické dokumentace jsou dostupné na intranetu, holkám chodí informace i do mailu, je pravda, že každá má svůj pracovní mail, ale když se kolikrát dívám, že tam mají holky třeba čtyři sta mailů, tak se nedivím, že to rovnou mažou a nečtou to, některý nový třeba ani půl roku neví, že nějaké mail mají.*“ Božena komentuje používání pracovních emailů, které sestry využívají málokdy. Sestry ve své pracovní elektronické poště mají vysoký počet emailů, přihlašují se do ní jen sporadicky. Sestry se do emailu přihlašují málo,

protože je pro jejich práci většina emailů nepodstatná. A to má následek ten, že čtení pracovních emailů nepovažují za zásadní a neinformují o existenci pracovního emailu ani nové zaměstnance.

Během pozorování si sestry v běžném provozu nevyhledávají směrnice ani nečtou pracovní email. Pracovní email používá pouze staniční sestra. Při pozorování jsem se soustředila na způsob předávání informací sestřám. Sestry si aktivně žádné informace například na intranetu samy nehledají. Po proběhlé provozní schůzi se na nástěnce na oddělení objevil list se zápisem ze schůze. Staniční sestra na tento zápis upozornila a požádala, aby se sestry se zápisem seznámily a podepsaly jej. Čtyři z šesti sester tento zápis v rychlosti přečetly a podepsaly, další sestry zápis jen podepsaly. Žádná ze sester nevznesla k zápisu dotaz. Na nástěnce vedle zápisu ze schůze jsou aktuální grafy zhodnocených pádů, nežádoucích událostí, dekubitů, hodnocení sledování bolestí za minulý rok. Na nové grafy nikdo neupozornil a sestry si jich samy také nevšimly, jsou na stejném místě jako ty z předešlého roku.

Další předávání informací proběhlo po schůzi veškerého středního, vyššího a vrcholového managementu. Staniční sestra měla připravené poznámky o informacích, které sestřám chtěla předat. Informace se týkaly provozních a organizačních témat, dále upozornila na změny, které organizace plánuje, a na probíhající audity. Tyto informace byly předány tři dny po sobě při předávání služby nočními sestrami. Předávání informací v této době staniční sestra provádí z důvodu, že je v této chvíli přítomno nejvíce zdravotnického personálu. Další informace mají sestry k dispozici na nástěnce, kde jsou vyvěšené vedle grafů i pozvánky na vzdělávací akce naplánované na následující měsíc, na které se sestry mohou nahlašovat zdarma.

Na intranetu jsou dostupné veškeré směrnice, standardy, metodické návody a příkazy ředitele. Standardy i směrnice jsou na oddělení v písemné formě vytištěné a podepsané všemi sestrami, které se s textem seznámily. Na intranetu jsou k dispozici i výroční zprávy nemocnice, kde jsou veškeré informace o struktuře organizace, počtu lůžek, počtu hospitalizovaných a ošetřených pacientů, počtu zaměstnanců a popis dalších výsledků činností oddělení personálního, oddělení kvality péče, logistiky a podobně. Výzkum ukazuje, že informace jsou pro sestry dostupné z různých zdrojů.

Nové sestry přirozeně soustředí svoji pozornost na výkony a sběr informací ohledně ošetrovatelských postupů v péči o pacienta a zájem o další informace, které se týkají chodu organizace, různých novinek a změn, je malý, což je pochopitelné. Sestry v tomto případě

neví a zatím ani nemají kapacitu pojmout mezi všemi informacemi, že existuje zpracovaná směrnice, neví, kdo elektronickou dokumentaci řídí, nejsou schopny si neuvědomit výhody elektronické dokumentace ani dopady evidence léčiv. Nové sestry, které zvládají péči o pacienta a už nadále nepracují pod dohledem své školitelky, pak ztrácí i dostupnost k dalším informacím. Sestra se považuje za zkušenou a už se nepředpokládá, že by nemusela některé informace znát.

3.7.2 Postoj ke změně

Velká změna v organizaci vždy vyvolá velkou vlnu emocí. Navíc když je třeba, aby se zaměstnanci učili nové postupy a zacházení s novými pomůckami nebo přístroji. Změna v první chvíli vyvolává jednoznačné obavy z neznámého, obavy ze změny v oceňování, změny ve vztazích a vazbách s ostatními pracovníky. Každá změna může přinést i změnu v komunikaci a může být chápána jako důvod k odporu. Práce sester a lékařů je týmová práce a každá změna může týmovou práci určitým způsobem modifikovat. Z výzkumných zjištění vyplývají různé postoje respondentek a sester v praxi ke změně.

V případě Miriam se nesouhlas se čtečkami projevuje odmítáním informací o nové technologii. Anebo se může projevit úplným odmítáním používání technologie, například tabletů. Všeobecné sestry tablet používají jen jako fotoaparát, nevyužívají ho jako součást elektronické dokumentace. Z výzkumu vyplývá, že při zavádění tablet nefungoval, tak jak měl, a z toho důvodu ho sestry nepoužívaly. Při dalších rozhovorech jsem ale zjistila, že tato situace přetrvává i nadále v době, kdy se mohou využívat všechny jeho funkce.

Miriam o tabletech říká: *„Tablety se původně měly používat na elektronickou dokumentaci, ale v praxi se zjistilo, že signál po oddělení není takový, jaký by měl být, že to nekomunikuje, že to zdržuje, měl se používat na vypisování anamnézy u pacienta a na zapisování ráno tlaků, ale to prostě nefunguje nic, takže ho používáme jako fotoaparát.“* Miriam kritizuje sílu signálu Wi-Fi připojení, které považuje za nedostačující k používání tabletu a tablet se od počátku zavedení nepoužívá zcela podle jeho funkcí, ale jen k fotografování ran a defektů kůže.

Vojtěška ale zároveň vysvětluje: *„On ten tablet moc nefungoval ze začátku, pak posílili signál a měl by běžet normálně, jenže to už se nějak jako zapomnělo, že se má používat a prostě jsme ho ani nezačali používat.“* Tablety se tedy měly používat zároveň s elektronickou dokumentací, podle Vojtěščina vyprávění se učení se s tablety odložilo, dokud nebude dostačující signál Wi-Fi připojení. Pracovníci podvědomě vytěsnili používání

tabletů, čímž odstranili technologii, kterou se museli učit ovládat, a už se k používání nevrátili.

Božena také přiznává, že se tablet u nich na oddělení používá vesměs jako fotoaparát, ale pak dodává: *„Když já jsem byla ještě na oddělení a měla jsem tam směnu, tak jsem bez toho tabletu nevycházela z té sesterny, všechny hodnoty jsem si zaznamenávala do toho tabletu rovnou u toho pacienta a šlo to.“* Anežka také globálně hodnotí, že se tablety v celé organizaci používají málo, sama ale tablet také používá: *„Já jsem se to třeba naučila, když mám jednou za čas denní, tak se přihlásím a zapisuju to rovnou do toho.“*

Sestry ve vedoucích funkcích tablet používají, když mají „jednou za čas“ službu. Podle mého názoru je sestry manažerky používají jednak ze své pozice vedoucího pracovníka, aby šly příkladem svým zaměstnancům, a jednak proto, že tyto technologie nepoužívají každý den a je to pro ně spíše vzácné.

Časové snímky dne používání tabletů jakožto součást elektronické dokumentace, nebo jakožto fotoaparát nepromítají ani v jednom případě. Sestry přitom tablet jako fotoaparát používají denně a podle pozorování lze říci, že uložení fotek do elektronické dokumentace nepatří mezi technicky jednoduché úkony. Nepřítomnost použití tabletu v časových snímcích dne přisuzují tomu, že tento úkon sestry považují za součást elektronické dokumentace, a proto jej neznačily zvlášť, i když je časově ale i technicky poměrně významný.

Nesouhlas se čtečkami se u sester projevuje častým používáním podobných výrazů vyjadřující časovou náročnost a časové zdržení. Marie komentuje evidenci léků a léčiv s použitím čtečky: *„No tak mělo by to mít asi ekonomický výhody pro nemocnici, že nedochází ke ztrátám léků a můžeme přes aplikaci vidět, kde ten lék na jakém oddělení je, tudíž tam můžeme zavolat, lék se pošle k nám na oddělení, ale to je jakoby zdržení, je to časově náročné.“* Marie popisuje aplikaci evidence léků a léčiv a dostupnou přehlednost o jednotlivých léčích v celé nemocnici a vyzdvihuje i ekonomický dopad používání evidence, zároveň tuto aplikaci shazuje pro časovou náročnost.

Podobná situace vychází podle Marie při rozdávání medikace: *„Z časového hlediska je to určitě zdržení že jo, načítání léků je daleko náročnější než je jen zaškrtnout v dekurzu, ale zas ne moc.“* Marie opět upozorňuje na časové zdržení, na druhou stranu ale dodává, že „zas ne moc“. Marie má, podobně jako ostatní respondentky, naučené reakce a chování na určitou situaci, v tomto případě na používání čteček. Tyto reakce jsou zpočátku ovlivněné

emocí, odporem a jsou nepřiměřené, ale pokud se Marie nad situací zamyslí s odstupem a uvědomí si zkušenosti s použitím čtečky, hodnocení zmírní.

Václava popisuje bezpečné podávání léčiv: „*Ta čtečka v uvozovkách komunikuje s dekurzem, načte se náramek pacienta a to, co má v tom dekurzu, to se mi zobrazí v té čtečce, kdyby se stalo, že si spletu tu krabičku, tak mě upozorní ta čtečka, že ten lék vlastně není ordinován ... takže je to trošku výhoda, ale zabíjí to hrozně času no, mám pocit.*“ Václava na konci své odpovědi upozornila na výhodu čtečky, která ji při rozdávání medikace kontroluje, aby neudělala chybu. Což je hlavním smyslem čteček a je to základní kámen bezpečného rozdávání léků a léčiv.

Jednoznačným důvodem zavádění čteček do ošetrovatelské praxe je minimalizace rizik ve vztahu k pacientovi. Čtečky jsou obrovskou výhodou při bezpečném podávání medikace konkrétním pacientům. Takto jednoznačný přístup ke čtečkám ze strany respondentek výzkum neprokázal, protože jejich komunikace byla poněkud rozporuplná. Přesto lze říci, že si důležitost čteček ve své praxi sestry uvědomují.

Miriam se vyjádřila k otázce na téma používání čteček a jejich odvádění od pacientů: „*No to mě jako neomezuje od toho být u těch lidí, ale ubírá mi to hromadu času, protože bych tam strávila méně času, rychlejc bych pak měla třeba jinou práci hotovou a pak bych se těm lidem mohla věnovat zase.*“ Miriam má pocit, že používání čteček ji zdržuje při rozdávání medikace, kterou by mohla mít podanou rychleji. Pak by mohla další čas trávit u pacientů. Vnímání stráveného času rozdáváním medikace pomocí čtečky je Miriam vyjádřeno velmi subjektivně.

Díky pozorování mohu zhodnotit, že používání čteček při rozdávání medikace je určitým krokem navíc, ale prodlužuje čas strávený podáváním medikace řádově do deseti minut. Mnohem rušivějším elementem při rozdávání léků vnímám nedoplněný vozík s medikacemi pacientů, který se během pozorování vyskytl téměř denně. Sestry u nových pacientů, kteří přijdou jako nový příjem nebo překladem z jiného oddělení, kontrolují jejich léky a doplňují do lékárenského vozíku. Ne všechny sestry jsou důsledné a další den jiná sestra shání medikaci pro pacienta.

Tato situace je pro sestry nepříjemná, sestra se s vozíkem vrací zpět na sesternu, hledá medikaci v lékárně nebo v aplikaci, na kterém oddělení v nemocnici medikaci mají. Telefonuje na určité oddělení, kde medikaci mají, tamější sestra také hledá v lékárně a pak ho posílá potrubní poštou. Sestra, která si medikaci nechala poslat, chodí v pravidelných

intervalech do potrubní pošty kontrolovat, zda už lék nedorazil. Pokud si půjčují lék z jiného oddělení, převádějí ho ve čtečce. Tento proces je podle mého názoru mnohem časově náročnější, než samotné rozdávání medikace se čtečkou.

Zajímavá byla jedna z těchto situací, kdy sestra převádějící si medikaci ve čtečce pronesla: „*No jo ty čtečky, ale víš co, tady jsou pořád nějaký novoty, aspoň je na co nadávat a tohle (mávající čtečkou) je neživý a na to se nadávat dá snadno, ulevíš si a nikoho tím neurazíš.*“ Podle mého názoru je to výstižná reflexe dané situace. Povolání sestry všeobecně patří mezi nejnáročnější povolání z hlediska psychického i fyzického, každá práce s lidmi je složitá a o něco složitější, když jsou ti lidé nemocní a nemoc reflektují do svého chování. Sestry ale někdy potřebují určitý ventil, kterým uleví své napětí. Vůči pacientům musí sestry být profesionálky, ostatní spolupracovníky také respektují. Proto sestry volí k vybití svých negativních emocí v tomto případě čtečky na léky, i když primárním zdrojem nevole je sestra, která nepřichystala medikaci.

V časových snímcích není o shánění medikace, telefonování a převádění léků žádná zmínka, přitom tento proces může trvat i dvacet minut, což je výrazná časová prodleva v práci sestry. Sestry časové snímky vyplňují po bodech, které jsou typické pro jejich náplň práce. Některé výkony nad rámec, nebo ty které se vyskytují výjimečně, sestry do časových snímků dne vůbec nezapisují. Z časových snímků vyplývá, že si sestry rámují svůj den podle stereotypů, které zažívají téměř na každé směně a sporadicky se vyskytující úkony do tohoto rámce nezahrnují.

Dalším přirozeným projevem postoje ke změně u sester je rigidita v zaběhnutých postupech. Před existencí evidence léků a léčiv a aplikace na vyhledávání medikace, sestry obvolávaly různá oddělení a sháněly, kde požadovaný lék mají. Miriam aplikaci vyhledávání medikace nepoužívá a dodává k tomu: „*Já obvolávám jako zastara, ono je to asi jedno, vyjde to nastejno, protože když to na těch odděleních špatně vedou, tak i když si to v té e-pilulce najdeš, tak tam zavoláš a zjistíš, že prostě padesát tablet někam zmizelo, takže stejně pak zase voláš jinam.*“ Miriam mezi voláním na různá oddělení a používáním aplikace na vyhledávání medikace nevidí žádný rozdíl ani benefit. Uchyluje se proto k tomu, že novou aplikaci nevyužívá. Miriam podle vyprávění zažila situaci, kdy aplikaci použila a volala na oddělení neúspěšně. Podle mě Miriam tuto situaci využila jako omluvu proto, že aplikaci nepoužívá, a globálně upozorňuje na to, že to „na těch odděleních špatně vedou“.

Vojtěška také vzpomíná na sklouzávání do zaběhlých stereotypů: „*No když začaly odběry se čtečkama, tak nám řekli, že tam nesmíme lepit štítky pacienta na ty zkumavky, což*

pro některý sestry, který si odběry načítaly na sesterně, bylo na mrtvici, jako teď už se to dělá si myslím všude dobře, ale ze začátku se to furt polepovalo a nemohly se od toho odnaučit.“ Toto zabíhání do navyklých postupů se podle Vojtěšky už překonalo. Kromě polepování zkumavek štítky pacienta Vojtěška narazila ještě na další jev, sestry si v minulosti načítaly odběry na sesterně a nedodržovaly tím stanovený postup. Tím, že se zakázalo lepit štítky pacienta a lepí se pouze štítky s čárovými kódy, se docílilo toho, že sestry postup neobcházejí a dodržují ho.

Zavedení používání čteček při podávání medikace se nedotýká jen nelékařských zdravotních pracovníků, ale dotýká se i lékařů. Z pozorování je jasné, že sestry plní ordinace lékařů zapsaných v denních dekurzech, zároveň ale sestry plní funkci kontroly správnosti napsané medikace. Sestra z obavy medikačního pochybení a eventuální spoluúčasti při poškození pacienta medikací v dekurzu kontroluje. Zároveň lékaře na chyby upozorňuje a žádá o přepsání. Dá se předpokládat, že v těchto situacích lehce vznikají konflikty mezi sestrami a doktory a vznikají konflikty i mezi nadřízeným pracovníkem a sestrami. V případě, že si sestra nesprávné ordinace všimne v nepřítomnosti lékaře, staniční sestra nabádá sestry, aby lékaře na oddělení zavolaly a aby lékař ordinaci přepsal. V zásadě se jedná hlavně o detaily k ordinovaným lékům a bližší specifikace podání.

Během pozorování jsem se nesetkala s chybou v předepsané medikaci, která by mohla ohrozit život pacienta. Neznamená to však, že by se při předepisování léků a při práci s dekurzem neobjevily některé méně závažné chyby (například nepřítomnost časového rozmezí ordinovaných analgetik, nebo rozmezí škály bolesti). Důležité je, aby tyto chyby byly včas odstraněny a ze strany personálu se dále neopakovaly. Lékař ordinaci přepisuje v dekurzu ručně a měl by ji přepsat i v elektronické podobě v dekurzu v počítači. Záměrně používám podmiňovací způsob, protože přepisování medikace v elektronické podobě lékaři vnímají nelibě a stává se, že se medikace v dekurzu přepisuje ručně několik dní po sobě, protože v elektronické podobě přepsaná není.

Větší výskyt konfliktů sester s lékaři potvrzuje Vojtěška: *„Podávání medikace záleží taky hlavně na doktorech, s doktorama se dohadujeme docela často, oni píšou dekurzy v rychlosti a i když ty starý mají před nose a můžou se podívat, co je tam přepsaný ručně, tak to stejně nepřepíšou, asi to nedělají schválně, prostě toho mají dost, ale my pak dostáváme kartáč od staniční, že to nemáme přepsaný správně, což je vlastně ale věc doktorů, no nevím.“* Vojtěška vyjadřuje určitý pohled na provoz oddělení a na určité dysbalance, které mohou ovlivňovat vztahy sester a lékařů. Při rozhovoru s Vojtěškou

vyplývá, že sestry dostanou vynadáno za lékaře, což je ale jev běžně se vyskytující, ale je třeba tento jev zlepšovat.

Božena komentuje chybné hlášky čtečky, které se objevují při nesprávné ordinaci a měly by sestru upozornit, že něco není v pořádku. Říká: *„Když něco nesedí, tak ti čtečka hlásí, že ‚lék není naordinován, chcete ho podat?‘, no ale chci, protože mám ordinaci písemnou a podle zákona o zdravotnické dokumentaci stále platí, že je písemná dokumentace, dekurz, a pokud splňuje požadavky, které má mít s podpisem, s datem a hodinou a správně naordinovaný lék, je pro mě primárně prostě ten dekurz, takže ano chci lék podat a odkliknu to v té čtečce.“* Božena uvádí situaci, kdy je už medikace správně přepsána lékařem. Uvádí také, že zápis musí mít své náležitosti, které se řídí zákonem o zdravotnické dokumentaci. Pokud je medikace přepsána ručně v dekurzu s razítkem a popisem lékaře, s datem a časem zápisu, je tento zápis lékaře jako dostačující pro splnění ordinace sestrou.

Anežka se o lékařích také zmiňuje: *„No lékaři, tam je prostě zádrhel, když se chce něco nového na sestřích, tak jsou často takový vstřícnější a nejsou vzdorovité, lékaři na to kašlou, ale bohužel je k tomu potřebujeme.“* Anežka vnímá sestry jako flexibilnější pracovníky než lékaře. Anežka i vyjadřuje lítost nad tím, že jsou v tomto procesu důležití i lékaři. Pokud by totiž nebylo používání čteček závislé na lékařích, tak by spolupráce jen se sestrami byla snadná. Řekla bych, že zde hraje roli i samotná pozice vedoucí sestry. Lékaři sestry i vedoucí sestry respektují, ale pochopitelně je nepovažují jako nadřizenou autoritu. Školení lékařů o ordinování medikace a jejich vedení při psaní elektronické zdravotnické dokumentace není předmětem tohoto výzkumu, nemám tedy dostatek relevantních dat, a proto do tohoto tématu nebudu dále zabíhat.

Posledním postojem, který podle mě vychází i ze spolupráce s lékaři, je ztráta motivace. Nevyskytuje se v tak velké míře jako předešlé postoje a projevy odporů. Božena k bezpečnému podávání léčiv říká: *„Čtečky jsou pro bezpečný podávání léčiv, to je jako dobrá myšlenka, jenže pokud to nebudou lékaři dobře ordinovat, tak to úplně pozbývá smyslu, holky odklikávají chybové hlášky ve čtečce automaticky.“* Božena upozorňuje opět na důležitost spolupráce lékařů, protože jejich nesprávné ordinace v sestřích potlačují důležité reakce na chybové hlášky ve čtečce. Sestry při používání čtečky předpokládají přítomnost chybových hlášek, a pokud přehlédne hlášku, která je „reálná“, může dojít k medikačnímu pochybení.

Vojtěška k funkci bezpečného podávání léčiv také dodává: „*Já vlastně tu čtečku беру spíš jen jako evidenci léčiv, protože to podle mě má smysl, jinak nevím, já si vždycky dávám hodně pozor při rozdávaní léků a k tomu nepotřebuju čtečku, ta mě spíš překáží a odvádí pozornost, dokud nebudou léky pořádně naordinovaný, tak v tom bezpečnost nevidím.*“ Z ukázky je jasné, že Vojtěška čtečku na léky při rozdávaní medikace používá, ale načítáním léků pouze vede evidenci léků a léčiv, odečítá jen skladové zásoby. Upozorňuje na to, že čtečka neplní svůj hlavní smysl, kontrolu při podávání medikace, protože nejsou léky správně nebo přesně naordinovány.

Při pozorování sestry často používají „*já to mám špatně napsaný*“, „*ten dekurz je celej blbě*“, „*potřebuju doktora, aby mi to přepsal*“. Chtěla bych se zde ještě zastavit u výroku, který řekla Vojtěška: „*... dokud nebudou léky pořádně naordinovaný...*“. Výzkum zde ukazuje na rozdíl, jak sestry, které jsem pozorovala, interpretují a hodnotí naordinovanou medikaci. Sestry v praxi ji hodnotí jako celkově nesprávně napsanou, Vojtěška vyjadřuje svým výrokiem, že je napsaná správně, ale ne „*pořádně*“. Medikace, jak již bylo řečeno, je v zásadě naordinována správně, ale chybí například podmínky podání analgetik nebo časování antibiotik. Zásadní je informace, jak probíhá zaběhnutá praxe, při nesprávné ordinaci sestry automaticky ve čtečce „*odklikávají*“ chybové hlášky, tím obcházejí bezpečnostní proces čteček. Množství medikace podají správně, ale ve čtečce považují ordinaci za irrelevantní. Čtečky tedy nejsou funkční z hlediska bezpečnosti. Chybové hlášky v podstatě sestry zdržují, musely by volat lékaře, aby dosáhly změny v zápisu, a tak raději chybové hlášky ve čtečkách ignorují, aby ušetřily čas.

Zavádění nových technologií do provozu jednotlivých oddělení předpokládá zároveň správně připravený, vyškolený a motivovaný personál. Jedná se jak o lékaře, tak i sestry i ostatní odborné pracovníky ve zdravotnictví. Technologie samy o sobě nevyřeší problémy, které jsou spojeny se špatnou organizací práce, time managementem nebo podcenění provozních úkolů ze strany managementu. Nové technologie mohou být výborným pomocníkem a ulehčovat práci lékařům i sestrám na odděleních jen pokud budou splněny výše uvedené podmínky. V opačném případě nové přístroje, zařízení i technologické novinky budou na odděleních pouze zaevidovány, popřípadě uloženy na sesternách či lékařských pokojích, ale pracovat s nimi budou jen někteří zdravotničtí pracovníci, což ve finále může komplikovat práci ostatním pracovníkům.

3.8 Člověk – líný tvor

S novými technologiemi se sestry musely naučit i novým postupům, které jsou uvedeny na začátku empirické části diplomové práce v kapitole: Správné pracovní postupy. Tyto postupy si sestry různým způsobem upravují a zjednodušují, aby pro ně byly akceptovatelné a zároveň je v zásadě dodržovaly.

Tato kapitola se týká správných postupů používání čtečky při rozdávání medikace pacientům. Při správně dodržovém postupu čtečka slouží jako kontrola sestry a má napomáhat k bezpečnému podávání léků. Podmínkou rozdávání medikace je přítomnost pacienta na pokoji, aby sestra mohla načíst náramek pacienta a následně mohla rozdat za pomoci čtečky jeho léky. Kapitola popisuje, jakým způsobem si sestry práci se čtečkou zjednodušují, jaké momenty vyvolávají v sestrách možnost obejít správný postup použití čtečky, v jakých situacích sestry obcházejí správný postup použití čtečky běžně a v jakých výjimečně.

Respondentky při rozhovorech při řešení správných postupů používání čteček a jejich popisu často hovoří o tom, jak se to dělá, když se postupy dělají správně. Pro ilustraci použiji úryvek z rozhovoru s Václavou, která popisuje běžný postup použití čtečky při podávání medikace.

T: „*Jak funguje rozdávání léků pomocí čteček?*“

V: „*Tak správně by se to mělo načítat na pokoji u pacientů, ale problém je v tom, že pacient by měl být přítomný na pokoji u toho rozdávání a ne vždycky ho najdu na pokoji, když já zrovna jdu rozdávat léky.*“

T: „*A jsou nějaké pravidelné intervaly rozdávání léků?*“

V: „*To jsou, ale je to plus minus půl hodiny, ale ti pacienti si to stejně nepamatujou, i když tam leží třeba týden, prostě si jdou koupit noviny, nebo si zakouřit a léky neřeší.*“

T: „*Tak pacienti se hlásí, když odchází, ne? Tak bys jim mohla říct, ať neodchází.*“

V: „*Tak měli by, ale ne vždycky se hlásí, nebo se nahlásí jiný sestře a ta ho pustí.*“

T: „*A jak se ta situace řeší, když není pacient na pokoji?*“

V: „*Tak, jak by se asi nemělo...*“

T: „*A to je?*“

V: „*No tak odběhnu na sesternu a načtu si kód z desek, na kterých je a pak si bez pacienta nalékuju léky, no nesmí se to, ale jednou za čas se to prostě stane, já nemůžu čekat na pacienta, než si v pohodičce zakouří.*“

T: „*Takže nejde třeba rozdáni jeho léků odložit na později?*“

V: „*Tak to asi ne, já je prostě dávám teď a pak už mám zas jinou práci, potřebuju mít něco hotovo a ne se k tomu vracet pořád zpět, to vůbec.*“

Z rozhovoru s Václavou je jasné, že podle úvodní věty „tak správně by se mělo“, dobře zná správný postup rozdávání medikace. Medikace se podle správného postupu rozdává za přítomnosti pacienta, kdy je třeba načíst jeho náramek a poté načítat jeho medikaci. Medikace se rozdává většinou v tu samou denní dobu, ale pacienti na pokoji vždy nejsou. Při opouštění oddělení by se pacienti sestře měli hlásit, ale podle Václavy se ne vždy hlásí. V situaci, kdy pacient není přítomen na pokoji, Václava načítá kód náramku z chorobopisu pacienta. I přesto, že Václava použije slovo „asi“, je si plně vědoma toho, že postup provádí tak, jak „by se nemělo“.

Václava uvádí nízkou frekvenci takovýchto situací, přesný postup nedodrží jen „jednou za čas“, čímž vyjadřuje častost neplnění postupů při práci se čtečkou subjektivně a nekonkrétně. Václava odvrací pozornost i na pacienta, Václava chce vykonávat svoji práci správně a dobře, ale pacient není přítomen na pokoji, protože „v pohodičce“ kouří. Podávání léků v jinou dobu nebo přerušovaně je podle Václavy nemyslitelné. Václava má potřebu mít „hotovo“, na každý výkon má vyhraněný určitý čas, který musí dodržet, jinak nebude práci stíhat a dostane se do stresu. Václava radši provede postup nesprávně, než aby následně celý den pracovala v napětí.

Miriam o bezpečnosti při podávání medikace také říká, jak by se postup měl správně dělat: „*No měl by se správně pípnout ten pacient, u kterýho rozdááš ty léky, tabletky se ale někdy rozdáávají na sesterně, někdy u lůžka podle času a podle obsazení služby, ale ta chyba může nastat, když třeba chystáš ívěčka⁷ na sesterně, takže ty tablety jsou totéž, že jo, tak samozřejmě, že by se to mělo dělat na pokoji u toho pacienta.*“ Miriam také používá podmiňovací způsob a ví, jakým způsobem se správně podávají léky pomocí čtečky. Zároveň přiznává, že se léky připravují i na sesterně, to znamená bez přítomnosti pacienta. Miriam jako důvod nesprávnosti provádění postupu použití čtečky udává podobně jako Václava čas a zmiňuje také obsazení směny.

⁷ „Ívěčka“ = léky podávané i.v., tzn. intravenózně, do žíly

Miriam se dotýká tématu ředění léčiv na sesterně, což mají sestry oficiálně schválené. A upozorňuje na možnost pochybení při chystání léčiv stejně tak, jako kdyby se chystaly na sesterně tablety. Miriam k tomu dodává: „*Je jasný, když mám jen jednu tabletku u jednoho pacienta, tak prostě s tím vozíkem nevyjždím a donesu mu to ze sesterny.*“ Miriam udává další důvod pro neplnění správného postupu a to počet léků u pacientů, kdy obchází postup a bere to jako samozřejmost, protože „je to jasný“. Při správném postupu se veškerá medikace ve formě tablet rozdává přímo u pacienta a sestra zároveň dohlíží na to, aby pacient před sestrou léky užil. Miriam ve svém výroku přiznává, že přichystá tabletu na sesterně, kde ji načte čtečkou, bezpečnostní kontrola tedy chybí, a takto nachystaný lék pak přinese na pokoj pacientovi.

Vojtěška popisuje, jak postupy práce se čtečkou dodržuje podle frekvence tablet a počtu pacientů: „*Když mám v poledne u jednoho pacienta jednu tabletku, tak s vozíkem odmítám vyjždět, tak si vezmu dekurz, lékovku, tablety v originální balení a čtečku, proti tomu nemá nikdo co namítat, nemusím mít s sebou na jednu tabletu velké vozík, hlavní je, že to dávám z originálního balení.*“ Vojtěška postup rozdávání léků dodržuje, jen popisuje rozdíl v tom, jestli při rozdávání léků používá celý lékárenský vozík, nebo jen balení tablet a čtečku s dekurzem.

Respondentky správné postupy při používání čtečky jednoznačně znají, popisují jednotlivé situace, při kterých ale správné postupy obchází a dělají dané výkony jinak, tak aby pro ně byly pohodlné a ušetřily sestrám čas. Postupy sestry nevykonávají důsledně při nepřítomnosti pacienta na pokoji, což je zřejmé i z pozorování. Při nepřítomnosti pacienta sestra medikaci nesmí podat, pokud má ale na starosti třináct pacientů a pět z nich není přítomno na pokoji v době podávání medikace, je pro sestru potom problematické si pamatovat, komu medikaci dala a komu ji ještě musí podat, z vyprávění Václavy je také zřejmý trend sester „mít hotovo“, proto sestry postup podávání medikace se čtečkou obchází. Pozorování i rozhovory potvrdily, že se sestry rozhodují o správných postupech použití čtečky podle množství podaných léků a počtu pacientů.

Anežka komentuje dodržování postupů práce se čtečkou realisticky: „*Aby ten proces byl bezpečný, tak se musí dodržovat ten postup, jak je nastavený, ale člověk je tvor lenivý a uprůsobuje si práci, aby mu to vyhovovalo, a snaží se ty postupy upravovat, to je jasný, takže se všem dává důvěra, že to budou zvládat.*“ Anežka připouští zcela upřímně, že sestry mají tendence si nastavené postupy práce se čtečkou zjednodušovat, aby byly pohodlnější. Zároveň vyjadřuje pozitivní důvěru v sestry.

Popisuje, že sestry na jejím oddělení, postupy použití čtečky dodržují správně. Sestry na oddělení ale zároveň při rozdávání medikace komunikují s pacienty a to vyžaduje dovednost sestry provádět více činnosti najednou. Tuto dovednost každá sestra nemá a Anežka k tomu dodává: „*No já myslím, že to trochu odvádí, u nás je podávání léků společenská událost a sestra si s těma pacientama dřív povídala, ‚jak se dneska ráno daří‘, ‚co máte v plánu, co budete dělat‘, což teď, když kouká do té čtečky, tak trošku ne vždycky to zvládnou koukat do dekurzu, do čtečky a ještě vést rozhovor, ale je to otázka cviku.*“ Sestry při rozdávání medikace musí rozložit svou pozornost mezi čtení medikace v dekurzu, mezi odečítání léků ve čtečce a mezi rozhovor s pacientem. Tato činnost je náročná a aspoň jedna z činností se musí stát automatickou. Potom sestra může rozdávat medikaci a současně vést rozhovor s pacientem, podle Anežky je to pouze „otázka cviku“.

O rozložení pozornosti při rozdávání léků mezi orientaci v dekurzu a rozhovor s pacientem hovoří také Vojtěška: „*Rozdávám léky většinou na pokoji se čtečkou a dekuzem, ale někdy je to šílený, když vjedeš na pokoj a máš se soustředit na nějaký dlouhý seznam léků a teď pacienti mluví jeden přes druhého a musíš odpovídat, lékovat, klikat a odškrtávat v dekurzu, nebo Ti to někdy chtějí diktovat, ale ty to máš v jiném pořadí, tak to mate.*“ Pro Vojtěšku je tato situace problematická, musí zvládat více povinností najednou. Pacienti na sestry během rozdávání léků mluví a někdy dokonce i „jeden přes druhého“, což je ještě ztěžující jev, soustředěnost sestry se přesouvá z jednoho na dva nebo i tři pacienty najednou. Vojtěška vyjmenovává všechny činnosti jmenovitě, které musí provádět a zdůrazňuje tím obtížnost výkonu.

Podle pozorování pacienti při rozdávání medikace na sestry mluví, protože si po vizitě většinou vzpomněli, co chtěli říci lékaři a neřekli. Po vizitě je sestra s lékárenským vozíkem první zdravotnický pracovník, který vejde na pokoj a pacienti toho chtějí využít a zeptat se na další informace ohledně zdravotního stavu, jak bude probíhat další hospitalizace, kdy je v plánu propuštění a podobně. Sestry se snaží pacientům odpovídat, nebo různě usměrňovat a snaží se s nimi navázat kontakt spíše na téma medikace. Ve většině případů sestry zvládají rozdávání medikace společně s vedením rozhovorů s pacienty. U pacientů, kteří jsou více komunikativní, zvědaví a vyžadují více pozornosti sestry, mají sestry tendence postupy porušovat. Tito pacienti totiž tak zaměstnají sestru rozhovorem, že se nemůže soustředit na rozdávání léků a načítání léků čtečkou. Sestra chce přirozeně medikaci rozdat bezchybně, a proto kontakt s pacientem při rozdávání léků omezuje jen na dobu nezbytně dlouhou.

O této situaci se zmiňuje v rozhovoru i Vojtěška: „*Někdy, když jsou pacienti hodně upovídaní, tak se mi při rozdávání tablet moc nechce k nim na pokoj, za určitých okolností ten rozhovor udržím, třeba když jim spíš jen přitakávám nebo odpovídám na věci, který se furt opakují, ale když jim mám třeba něco vysvětlit, tak to je hrozný, mně nevadí si s těma lidma povídat, ale musím mít na ně prostor.*“ Vojtěška naráží na důležitou podmínku správného rozdávání léků, kterou jsem už zmiňovala a to, že jedna z činností se musí stát automatickou. Vojtěška uvádí, že rozhovor může vést s pacientem, pokud se baví o běžných věcech nebo věcech, na které Vojtěška odpovídá už automaticky. Pokud se s nimi má bavit o složitějších tématech, je to pro Vojtěšku nepříjemná situace a necítí se v ní dobře. S pacienty nemá problém vést rozhovory, ale pokud na ně má „prostor“. Vojtěška v této chvíli vnímá čtečky rušivě, bojí se medikačního pochybení z důvodu nesoustředění a zároveň nechce zklamat pacienta odmítnutím rozhovoru. Proto se „někdy“ uchyluje k porušování postupu a u konkrétních pacientů rozdává medikaci ze sesterny a donese pacientovi již připravený lék.

Miriam se setkala už i s tím, že měl pacient náramek, který nešel načíst: „*Tak já rozdávám léky na pokojích se čtečkou, ale vytáčí mě, když se musím pořádně na sesternu vracet, třeba když dá někdo inteligentní špatnej náramek a ten nejde načíst, nebo když nemám nějaký léky ve vozíku.*“ Při pozorování jsem zjistila, že se náramek pacienta s čárovým kódem tiskne na speciální samolepící štítky. Pokud se štítky dají do tiskárny mírně našikmo, tak se štítky nenatisknou přesně na vyčleněné místo štítku. Tím pádem je někdy posunut čárový kód a zasahuje do štítku vedlejšího. Pokud si sestra nevšimne, že jsou štítky vytisknuté nepravidelně, může se stát, že nalepí na náramek pacienta necelý čárový kód, který pak pochopitelně nelze čtečkou načíst. Slovo „inteligentní“ používá Miriam v tomto případě v hanlivém slova smyslu.

Miriam se na sesternu vrací z důvodu, který se nedá předvídat a přidává jí práci. Kromě rozdávání léků musí vyměnit nový náramek pacientovi s funkčním čárovým kódem. Dotýká se i tématu vybavenosti lékárenského vozíku, který jsem řešila v minulé kapitole. A poukazuje na skutečnost, že vozík nebývá vždy doplněn podle ordinací a stává se, že některé léky chybí.

Sestry při pozorování medikace rozdávají s ohledem na přítomnost vedoucích pracovníků a s ohledem na množství léků a počet pacientů. Při ranní medikaci se podává nejvíce léků, a tak sestry vždy vyjíždějí s lékárenským vozíkem k pacientům a rozdávají léky na pokojích. Sestry rozdávání medikace, práci se čtečkou a komunikaci s pacientem zvládají

ve velké většině. Pouze v jednom případě se stalo, že sestra u pacienta, který měl velké množství medikace, si načetla náramek pacienta a nechala si lékárenský vozík na chodbě a s pootevřenými dveřmi léky rozdala. Po podání složité medikace pacientovi už pak rozdávala medikaci dalším pacientům na pokoji a konverzaci s nimi zvládala, ostatní pacienti měli v porovnání s tím prvním menší množství medikace. Sestra si byla vědoma toho, že je medikace u prvního pacienta náročnější, a vědoma si i svých možností a schopností, rozhodla se léky rozdat takovýmto způsobem. Nechání pootevřených dveří značí, že se od pacienta nechtěla úplně distancovat, protože pacient věděl, že je sestra na chodbě, zároveň si chtěla zajistit určité soukromí na rozdávání léků.

Při poledních a večerních medikacích se podává menší množství léků než ráno. V poledne sestry také vyjíždějí s lékárenským vozíkem při větším množství medikace než jen jedné tabletě. Sestry vyjíždějí s lékárenským vozíkem nepravidelně bez ohledu na přítomnost vedoucích pracovníků. Výzkum tedy nepotvrdil, že by se sestry rozhodovaly o správnosti vykonaných postupů podle toho, jestli jsou nebo nejsou přítomni vedoucí pracovníci. Když sestra rozdává pouze jednu tabletu, bere si na táč balení léků, čtečku a dekurz.

Večerní medikace se během mého pozorování rozdává různě, sestru od sestry. Promítá se zde rozdíl v množství podávaných léků a léčiv, ale také v celkové náročnosti skupině pacientů, kterou má sestra na starosti. Zpozorovala jsem, že sestry, které mají ve večerní medikaci menší množství léčiv, zpravidla rozdávají medikaci ze sesterny a přenechávají pak lékárenský vozík druhé sestře, která má více medikace u pacientů a náročnější pacienty z ošetrovatelského hlediska. Tato sestra vyjíždí s vozíkem na pokoje. Některé sestry při rozdávání medikace měří i fyziologické funkce pacientům, což rozdávání medikace notně prodlužuje.

Sestry se navzájem už znají a ví, jak která sestra pracuje a jakou rychlostí. Z výzkumu vychází, že sestry mají mezi sebou nevyslovené pravidlo. Pravidlem je, že sestry, které mají náročnější pacienty, více naordinované medikace, nebo pracují na oddělení kratší dobu, mají k dispozici lékárenský vozík. Vyjadřují si tím navzájem určitou kolegiální a předchází i různým konfliktům. Lékárenský vozík je k dispozici jen jeden pro dvě nebo tři sestry, záleží na obsazení směn, a pokud jedna sestra používá vozík například půl hodiny, může se stát terčem nadávek ostatních sester, které chtějí rozdat medikaci i u svých pacientů.

Noční medikace se skládá z převážné většiny z parenterálních léčiv, která se připravují na sesterně. Tablety na spaní nebo proti bolesti sestry nosí s sebou na táce a

rozdávají pacientům pomocí čtečky a dekurzu podle potřeby. Rozdíl je pouze v aplikaci injekcí pod kůži, některé sestry si berou originální balení s sebou a načítají je u pacientů, některé je načítají na sesterně. Sestry, které je načítají na sesterně, je považují za „*léčiva a ty se načítají na sesterně*“. Jiná sestra si originální krabičky nebere, protože „*jsou moc velký a já to všechno v ruce neunesu*“, ale zároveň potvrzuje, že by se měly léky načítat u pacientů. Ostatní sestry si krabice s léčivými aplikovanými pod kůži berou s sebou k pacientům na pokoj a načítají je tam, protože „*se to má dělat*“. Sestry postupy podle rozhovorů i pozorování znají, pouze v tomto případě výzkum ukazuje, že postupy nejsou úplně vyjasněné a každá sestra je provádí podle svého názoru dobře. Za porušování postupů může také neznalost správného postupu, i když je sestra přesvědčená o tom, že ho provádí správně.

Během pozorování jsem mohla být přítomna i tomu, jak se zaškolují nové sestry. Tato problematika není předmětem výzkumu, zjištění je zajímavé a mohlo by být tématem samostatného výzkumu týkajícího se zaškolování nových pracovníků. Při zaškolování nových pracovníků jsem sledovala, jaké informace jim starší sestry školitelky předávají. Učí je správné postupy, to beze sporu, a zároveň jim vysvětlují, že mohou nastat výjimečné situace, kdy nebudou svoji práci stíhat, a prozradí jim, jak si ony samy práci „*někdy trochu zlehčují*“. Nové sestry zpočátku pracují pod velkým časovým tlakem a mají pocit, že svoji práci opravdu nestíhají a postupy porušují nebo si je zjednodušují s větší intenzitou než sestry stávající.

V časových snímcích pracovního dne je rozdávaní léků pojmenováno všeobecně pouze v heslech „medikace + čtečka“, „podávání ranní medikace se čtečkou“ nebo „práce se čtečkou, medikace“. Sestry neudávají přesně, jakým způsobem rozdávaly léky, tedy místo rozdávaní léků. Sestry možná tuto informaci nepovažovaly jako zásadní z hlediska času, ale spíše nechtěly písemně přiznat, že postupy práce se čtečkou nedodržují. I když si sestry u práce se čtečkami ztěžují na časovou prodlevu, jak jsem popsala v předchozí kapitole.

Výzkum ukázal, že sestry v časových snímcích dne u rozdávaní medikace uvádí i práci se čtečkou, která je samozřejmě součástí této činnosti, ale už nepopisují práci s dekurzem, která je úplně stejně samozřejmá jako práce se čtečkou. Čtečky jsou pro sestry stále ještě relativně nové a upozorňují na ně v časových snímcích proto, že rozdávaní medikace není jen o samotném rozdávaní léků a léčiv, ale i o práci se čtečkou.

Sestry znají správný postup při práci se čtečkou, ale tuto technologii ve své praxi vnímají rušivě. Při podávání medikace se sestry musí soustředit na práci se čtečkou a určitým způsobem odvádí pozornost sestry od pacienta. Z minulé kapitoly je jasné, že sestry

nepovažují čtečky za „pomocníka“ při bezpečném podávání léčiv, a tak se sestry často uchylují ke zjednodušení si práce se čtečkou, nebo postup použití čteček úplně obejdou. Sestry k této technologii zaujímají různé postoje.

3.9 Náplň se mění, čas na to ne

Sestry se v rozhovorech i při pozorování často vrací do minulosti a vzpomínají, jaké to bylo, když nebyla ošetrovatelská dokumentace, ani čtečky a jak se postupně mění náplň práce sester.

Respondentky při rozhovorech používají slovní spojení „tenkrát, když ještě nebyla ošetrovatelská dokumentace“, nebo „než byly tyhle nové technologie“ a „dřív to bylo jednodušší“. Sestry nové technologie ve své praxi akceptují a používají je, ale často sklouzávají do minulosti, porovnávají, jaké to bylo „dřív“ a hodnotí samotnou povinnost vedení ošetrovatelské dokumentace nebo používání nových technologií vnímají jako „něco navíc“.

Respondentky se rozdělují do několika skupin podle toho, jaký postoj reprezentují v oblasti ošetrovatelské dokumentace. Marcela zastupuje skupinu sester, které se na zdravotnické škole neučily o ošetrovatelském procesu ani o ošetrovatelské dokumentaci. Tato skupina sester bere ošetrovatelskou dokumentaci jako povinnost, nevidí v ní žádný přínos pro jejich praxi a vyplňují ji, protože „musí“. Druhou skupinu sester zastupuje Vojtěška, Božena, Václava a Marie. Tato skupina sester se o ošetrovatelské dokumentaci učila již na zdravotnické škole a při praxi se jí sestry učily vést. Tím, že mají sestry zkušenost s dokumentací již od školy, zaujímají k ní mnohem otevřenější postoj, při péči o pacienta ji vedou automaticky a berou ji jako součást své práce. Anežka patří do skupiny sester, které se o ošetrovatelském procesu a dokumentaci na škole neučily, ale považují ji za důležitou v praxi sester. Miriam je ve skupině sester, které se sice učily o ošetrovatelské dokumentaci, ale vyjadřují k ní negativní postoj a považují ji za nutnost.

Respondentka Marcela ve svém vyprávění vzpomíná na dobu, kdy byla jen teplotka a dekurz pacienta a jiná dokumentace neexistovala. Zdravotnickou dokumentaci vedli jen lékaři. Marcela popisuje práci sestry jako intuitivní, při přijetí pacienta na oddělení si sestra pacienta prohlédla a zhodnotila jeho stav a vykonala potřebné intervence podle nejlepšího vědomí a svědomí. Nyní sestry dělají práci víceméně stejně, ale je zde i povinnost zjištěné informace podrobně popsat. Tuto povinnost Marcela bere jako nutnost, která se prostě „musí psát“. Zároveň přiznává, že dřív sestry neřešily proleženiny nebo kolik toho člověk sní nebo

vypije. Nyní se takové informace sledují, zaznamenávají a hodnotí a stav pacientů se od dob teplotek v mnohém zlepšil.

Božena v rozhovoru také porovnává stav, kdy nebyla dokumentace a stav po jejím zavedení. Božena popisuje, že sestry ví, co mají dělat, když přijede akutní pacient a věděly to vždycky. Sestry se učí na zdravotních školách péči o pacienta s jakoukoliv diagnózou. Nyní se ale do péče o pacienta zahrnuje i to, že je třeba péči zdokumentovat, což sestry stále podle Boženy nechápují a dokumentování berou stále jako „práci navíc“. Ošetrovatelská dokumentace se podle Boženy zpracovává deset, maximálně patnáct let a myslí si, že je mezi sestrami vnímána nelibě právě proto, že je to relativně krátká doba po zavedení. V rozhovoru se k tomu vyjadřuje: *„Ty nové holky jsou už docela v pohodě s tím psát dokumentaci, protože se o tom už na školách učí, ale ty starší sestry se to musely učit v praxi a byla to pro ně práce navíc.“*

V dnešní době se nové sestry na zdravotnických školách učí pracovat podle ošetrovatelského procesu a vést podle něj ošetrovatelskou dokumentaci. Podle Vojtěšky nové sestry už berou ošetrovatelskou dokumentaci jako automatickou činnost, která je součástí práce a péče o pacienta. Vojtěška také zažila ošetrovatelskou dokumentaci na zdravotnické škole, a když nastoupila po škole do zaměstnání, tak sestry již na oddělení zaměstnané vnímaly ošetrovatelskou dokumentaci velmi negativním způsobem. Dodává k tomu: *„My jsme psali na praxi naši školní ošetrovatelskou dokumentaci, všechno jsme vypisovali ručně, když jsem pak přišla sem, tak tady byla taky dokumentace, ale všechno bylo předtištěné a jen jsi křížkovala diagnózy a intervence, nemusela jsi to vymýšlet zpaměti, což bylo fajn, ale holky starší na to nadávaly strašně.“* Vojtěška v rozhovoru uvádí, že se vedla ošetrovatelská dokumentace v práci asi rok předtím, než nastoupila, což byla velmi čerstvě zavedená změna. Zajímavé je srovnání předchozí zkušenosti Vojtěšky s ošetrovatelskou dokumentací, ruční zapisování bylo pro ni náročnější a Vojtěška elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci bere jako ulehčení práce s dokumentací. Oproti tomu sestry, které s vedením ošetrovatelské dokumentace nemají předchozí zkušenost, vypisování ošetrovatelské dokumentace zatěžuje.

V rozhovorech se objevuje bivalence ve vnímání ošetrovatelské dokumentace všeobecně bez ohledu na formu dokumentace (papírové nebo elektronické). Kromě Marcely všechny respondentky, se kterými jsem toto téma rozebírala, berou ošetrovatelskou dokumentaci jako automatickou součást jejich pracovní náplně. Marcela ošetrovatelskou dokumentaci jako takovou považuje za nutnou povinnost při práci sestry, ale globálně v ní

vidí prokazatelné výhody. Podle Marcely a Vojtěšky ošetrovatelskou dokumentaci hůře vnímají starší sestry než ty mladší.

Vojtěška také popisuje, jak vnímá náplň práce a používání čteček. Náplň práce sester se stále mění a určitým způsobem rozšiřuje, je dána legislativou. Všeobecné sestry ale pracují v každé nemocnici s drobnými odlišnostmi. Vojtěška zažila práci i v malé okresní nemocnici i ve velké pražské nemocnici, má srovnání a zažila různé pracovní náplně. V malé nemocnici není k dispozici tolik ošetrovatelského personálu a sestry vykonávají specializovanou i ošetrovatelskou činnost. Ošetrovatelskou činností má Vojtěška na mysli hygienickou péči o pacienty, rozdávání podložních mís, krmení pacientů, rozdávání jídla. Na druhou stranu porovnává, že některé specializované výkony, které běžně provádí ve velké pražské nemocnici, v okresní nemocnici prováděli lékaři. Zároveň ale poukazuje na skutečnost, že některé sestry vykonávají i nespécializovanou ošetrovatelskou činnost, i když mají k dispozici nezdravotnický ošetrovatelský personál.

To se potvrdilo i během pozorování. Sestry roznáší pacientům čaje, převlékají lůžka nebo provádí u pacientů hygienu. Tyto činnosti provádí z mnoha důvodů, které jsem postupně zjistila při pozorování. Jedním z nich je, že nejsou sanitářky přítomny na oddělení (věnují se zajištění čistého prádla, sterilních nástrojů, donáše léků a léčiv z lékárny, stravy, nebo kouří). Dalším důvodem je, že sestry sice vnesou požadavek na sanitářky, ty ho ale do nějaké doby stejně nesplní a sestry ho jdou udělat, „než by se dočkaly“. Další je nedůvěra sester k práci sanitářek, sestry vykonávají hygienickou péči a polohování u pacientů, kteří mají sníženou mobilitu a jsou závislí na komplexní ošetrovatelské péči. Sestry pak nestíhají ostatní specializované výkony a práce je pro ně stresující. Vojtěška k tomu dodává: *„Já mísu klidně vynesu, mně to problém nedělá, ale proč bych to vlastně měla dělat, když tady od toho mám ty sanitářky, za mě taky nikdo dokumentaci nenapiše nebo nerozdá léky.“* Vojtěška si uvědomuje své kompetence i kompetence sanitářek a dává najevo, že pracuje i za sanitářky na úkor své práce.

Výzkum ukázal, že sestry často vykonávají práci, kterou má v kompetencích také nezdravotnický ošetrovatelský personál. Tato základní ošetrovatelská činnost je zakotvená v legislativě a týká se i zdravotnických i nezdravotnických profesí, jde tedy o každého zaměstnavatele, jakým způsobem své lidské zdroje využívá. V organizaci, kde probíhal výzkum, jsou k dispozici sanitářky i ošetrovatelky, které jsou schopny nespécializované ošetrovatelské činnosti zajistit, přesto nejsou jejich kompetence plně využity. Sestry ale vykonávající tyto činnosti si ve výsledku stěžují na práci se čtečkou a psaní dokumentace,

keré berou z časového hlediska jako zdržující. Z pozorování je možné konstatovat, že ošetrovatelské činnosti sestřám zaberou mnohem více času, než práce se čtečkou a vedení elektronické dokumentace.

Existují i další činnosti, které sestry vykonávají nad rámec svých časových možností a vychází z organizace práce, spolupráce s lékaři a time managementu. Miriam se na otázku činností, které ji odvádí od pacienta, vyjadřuje jednoznačně: „*Práce za doktory, člověk sedí nad papírma a přepisuje a upravuje a uhání doktory, aby to bylo správně napsaný, aby si to podepsali a tak, takže to mě asi nejvíc zdržuje, anebo předávání informací mezi doktorama, protože se nedomluví a ten člověk se převazuje třikrát, protože to chce vidět jeden doktor a pak druhý a třetí a neumějí se dohodnout.*“ Komunikace mezi lékaři není ideální a sestry jsou komunikačními spojkami mezi lékaři. Při pozorování často vyřizují vzkazy mezi lékaři, telefonují a různě se s lékaři dohadují o lékařských záležitostech, které by si primárně měli lékaři komunikovat mezi sebou. Vojtěška na stejnou otázku odpovídá: „*Telefonování, pořád sem někdo volá, položíš telefon a v tu chvíli máš druhý hovor a pořád dokola, anebo voláš ty, doktorům, asi bych nespočítala, kolikrát slyším od doktorů ‚zavolej někoho jinýho, já nemám čas‘, dřív byly stacionární telefony na sesterně a když jsi byla u pacientů, tak jsi je prostě nevzala, teď musíš být dostupná a mít přenosnej telefon u sebe, což je hrozný a odbíháš od pacientů vyřizovat vzkazy.*“ Vojtěška zmiňuje dvě různá témata, opět komunikaci s lékaři a telefonování s přenosnými telefony u pacientů. Použití přenosných telefonů sestry reálně odvádí od pacientů. Pokud sestra zvedne telefon u pacienta a musí vyřídít telefon mimo pokoj, už se k pacientovi nevrátí, protože je zaměstnána jinou činností vyplývající z telefonátu. Respondentky akceptují telefonování i komunikaci s lékaři jako náplň práce a uvědomují si, že je určitým způsobem časově omezuje, ale stále prezentují názor, že „mnohem více“ je zdržují čtečky a dokumentace.

Vojtěška náplň práce sester shrnuje: „*Dřív sestry skládaly skleněný stříkačky, tampóny, sterilizovaly nástroje, teď máš všechno jednorázový, úplně to vypadlo z náplně práce, ale zas musíš psát dokumentaci, kontrolovat lékárnu a resusciták⁸, zakládat výsledky, kontrolovat teploty všude, kde jsou nějaký léky a tak různě, prostě náplň se různě mění, něco odpadlo, ale dost toho furt přibývá a čas na to máš pořád stejný.*“ Vojtěška uvádí úbytek činností v pracovní náplni sester, ale zároveň i přibývání dalších časově náročnějších činností, na které je stejný časový fond. Nezmiňuje ale vůbec personální obsazení směn.

⁸ Resuscitační vozík s potřebnými pomůckami a léky na resuscitaci

Časová náročnost nových technologií je relativní, záleží na schopnostech a dovednostech sestry, na chuti a nechuti technologie používat a na vzdělání a předchozích pracovních zkušenostech.

3.9.1 V budoucnu bychom chtěli

Stejně tak, jako respondentky vzpomínají na minulost, se zmiňují o vizi elektronické dokumentace do budoucna. Zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace a čteček na léky probíhá od roku 2013 a změna je poměrně stabilní, stává se již přirozenou a automatickou součástí náplně práce sester, podle osmého kroku Kotterova modelu transformace, který je popsán v teoretické části.

O vizi do budoucna a dalších změnách v rámci elektronické dokumentace převážně mluvily respondentky manažerky – Marcela, Božena a Anežka. Respondentky prezentují představou o vizi určité utvrzení v tom, že změna je stabilní. Zároveň uvádí možnost plánování dalších změn a nepřijetí nynější podoby elektronické dokumentace jako jejího finálního vzhledu.

Anežka chce z elektronické dokumentace umět získat data potřebná pro hodnocení kvality péče. Doposud jsou tato data zpracovávána zaměstnanci oddělení kvality péče v organizaci. Anežka má představu, že by se tato data mohla vygenerovat z elektronické dokumentace sama. Říká k tomu: *„Ty statistický data, který tam jsou schovaný, se z toho dost těžko dostávají, musí se požádat člověk na informatice a pak teprve v tom excelu, nebo kam to převede, to nějak srozumitelně zpracuje, není to úplně komfortní, to je asi jedna z otázek toho vývoje do budoucna.“* Tato statistická data se týkají hlavně sledování invazivních vstupů a jejich komplikací, výskytu rizika dekubitů a vznik dekubitů, výskytu rizika pádů pacientů a pády pacientů.

Anežka mluví také o designu ošetrovatelské dokumentace a možnosti úprav vzhledu podle požadavků a připomínek sester. Vzhled elektronické dokumentace se vyvíjí od počátku vzniku a stále se vyvíjí dále, je individuální pro intenzivní, standardní a ambulantní péči. Řada připomínek sester jsou podle Anežky spíše vizionářské, které by se sestrám líbily, ale v běžném provozu úplně neprakticky využitelné. Velké zásahy do grafiky už vzhledem k velké finanční náročnosti nejsou plánované, ale menší úpravy jednotlivých položek jsou stále aktuální. Anežka udává, že je „stále co zlepšovat“.

Božena se prezentuje jako zastánce toho, že se má zdravotnictví a zejména ošetrovatelství vyvíjet dopředu. Elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci bere jako

pracovní nástroj s obrovským potenciálem, který se ale v práci sester nevyužívá smysluplně. Božena k tomu dodává: „*V té dokumentaci si tam můžeš třeba nastavit převaz kanyly za tři dny, ono tě to pak za ty tři dny upozorní, že tu kanylu máš převázat a nemusíš ani k tomu pacientovi chodit, ráno by sis měla přečíst ošetřovatelský plán u pacienta a naplánovaný intervence a všechno u toho pacienta víš, ani k němu nemusíš, nachystáš si pomůcky a nemusíš běhat tam a zpět, ale to ty holky pořád nechápou, ale mělo by se to do budoucna změnit.*“ Božena nemluví o změně přímo v elektronické dokumentaci, ale o změně vnímání sester ošetřovatelské dokumentace jako takové. Sestry si při předávání služby od předchozí směny píšou poznámky k jednotlivým pacientům a při plánování péče nevycházejí z ošetřovatelské dokumentace ale ze svým poznámek. Záměrem vedení ošetřovatelské dokumentace je kontinuita péče, to znamená, že se sestra má před kontaktem s pacientem s údaji o pacientovi seznámit. Sestra je jako profesionál, který ví o pacientovi vše, pacient pak své ošetřující sestře více důvěřuje. Tento princip ale podle Boženy sestry stále nechápou a ošetřovatelskou dokumentaci vyplňují z povinnosti, což se potvrzuje v předchozích kapitolách.

Anežka také jako jeden z cílů uvádí převedení lékařského denního dekurzu pouze do elektronické formy. Čtečka má v budoucnu nahradit existující denní dekurz, podle kterého sestry podávají medikaci. „*Cíl je, někde v dálce, že vlastně ten papírový dekurz nebude, my jsme to už zkoušela dva měsíce, ale má to spoustu úskalí, sestry musely hlídat doktory, at' přepíšou to a to, ten displej je méně přehlednej pro tu sestru, než ten dekurz, sestrám ten dekurz dává pocit jistoty, že mají vedle čtečky ještě ten dekurz.*“ Vizí managementu je podávat medikaci a plnit další ordinace bez denního dekurzu. Podle Anežky je potřeba ještě celý proces změny naplánovat, při pilotním projektu se objevila „úskalí“, která se musí do budoucna upravit, aby se změna mohla uskutečnit. Marcela má svoji představu o čtečkách a říká: „*Kdyby uměly víc, je to dobrý, kdyby byly o trochu menší, tak by to bylo lepší a kdyby měly stabilní signál a byly pohotovější, tak by to bylo úžasné.*“ Tato představa nesplňuje podmínky SMART cíle a je spíše přáním Marcely.

Respondentky svými představami a plány do budoucna vyjadřují své ambice a chtějí, aby byla ošetřovatelská elektronická dokumentace nejen praktickým pracovním nástrojem sester, ale aby také sloužila jako zdroj statistických dat a byla lépe a jednodušeji využitelná pro pracovníky oddělení kvality péče.

3.10 Diskuze

Kvalitativní výzkum měl zodpovědět otázky: Jakým způsobem ovlivňují nové technologie přímý kontakt sestry s pacientem? Jak nové technologie vnímají sestry? Jak probíhala implementace elektronické dokumentace a čteček? Jak ovlivňují pracovní výkon? Co se zhoršilo a co zlepšilo s novými technologiemi?

Implementace byla vnímána sestrami ambivalentně. Z výzkumu nevyplývaly důvody, proč někde probíhala ve stresu a někde v klidném prostředí. Důvody jsou různé a jsou ovlivněny způsobem, jakým je změna vedena. Na jednotlivých odděleních byla prakticky vedena různými vedoucími pracovníky a ten svým postojem změnu řídil. Z časového hlediska jsem neměla kapacitu se do terénu vrátit a na proces implementace se doptávat, jaké mechanismy implementaci napomáhaly a proč sestry reagovaly tak odlišně. Dá se předpokládat, že na oddělení, kde byla vedoucí sestra Marcela, byla nastavena změna odlišně než na oddělení, kde byla vedoucí pracovnice Anežka.

Různá oddělení tedy prožívala implementaci individuálně podle nastaveného plánu změny vedoucím pracovníkem. Při nastavení změny na oddělení je důležité postupovat podle určitého plánu, vytvořit si koalici pracovníků, kteří pomůžou změnu zavést, a poskytnout pracovníkům co nejvíce informací. Tyto kroky jsou popsány v teoretické části a respondentky je v rozhovorech i potvrzují. Při implementaci elektronické dokumentace respondentky považovaly za důležité postupné zavádění a potřebovaly znát více informací, proč se elektronická dokumentace zavádí, jaký má účel a jaké jsou její výhody. Z reakcí respondentek (kromě Anežky) tyto informace při zavádění elektronické dokumentace chyběly a změna byla řízena spíše vrcholovým managementem, střední management se zapojoval jen jako školitel elektronické dokumentace. Jestli měl střední management dostatek informací, které by svým zaměstnancům mohl předat, by mohlo být předmětem dalšího výzkumu.

Sestry elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci vnímají mnohem pozitivněji ve srovnání s dokumentací papírovou. Sestry, které zažily papírovou dokumentaci, ale elektronickou dokumentaci používají víceméně stejným způsobem jako dokumentaci papírovou, ze zvyku, jako povinnost. U vnímání sester psaní ošetrovatelské dokumentace jako takové rozhoduje vzdělání, rok ukončení středoškolského vzdělání nebo vysokoškolského vzdělání. Sestry končící středoškolské vzdělání po roce 2005 (dle Vojtěšky) se na střední škole již setkaly s psaní ošetrovatelské dokumentace a tuto činnost tedy považují jako legitimní náplň práce. Sestry absolvující vysokoškolské vzdělání tuto

znalost ošetrovateľskej dokumentácie již také mají a berou ji automaticky. Služebně starší sestry vnímají vedení dokumentace jako práci navíc a s jakýmikoliv změnami, které se ošetrovateľskej dokumentace týkají, se vyrovnávají hůře, než služebně mladší sestry. Služebně starší sestry vedení dokumentace berou opravdu jen jako formalitu, a píšou ji proto, že to po nich vyžaduje zaměstnavatel. Nevidí ve vedení ošetrovateľskej dokumentace žádnou výhodu a funkci, možná jen tu, že slouží jako materiál pro soudní znalce při soudních sporech. Přínosem ošetrovateľskej dokumentace má být⁹ předávání informací ostatním sestřám i dalším zdravotnickým pracovníkům, sestra si má před kontaktem s pacientem přečíst veškeré informace o pacientovi, naplánovat si ošetrovateľskou péči a teprve potom k pacientovi jít. Ošetrovateľská dokumentace má sestře ulehčit ošetrovateľskou péči o pacienta.

Podle mého názoru už zavádění papírové dokumentace nemělo stanovenou přesnou vizi, z jakého důvodu se má ošetrovateľská dokumentace vést. Tehdejší všeobecné sestry nechápaly smysl ošetrovateľskej dokumentace a některé ho nemusí chápat dodnes, berou ji jako formalitu. S tím také souvisí, že služebně mladší sestry mají jakousi převahu v psaní dokumentace, umí ji vést, a mají pocit, že služebně starší sestry ji nepíšou „pořádně“. To sestry vnímají nelibě a může vést ke konfliktům mezi sestrami. Odchytky v psaní dokumentace mají mezi sebou i oddělení jedné kliniky, každá stanice má vlastní styl a požadavky na psaní dokumentace a sestry nadávají na ostatní stanice, že píšou ošetrovateľskou dokumentaci špatně – tedy ne podle jejich představ. To je otázkou organizace práce a podle mého názoru by bylo výhodou, kdyby se vedení dokumentace sjednotilo alespoň v rámci kliniky.

S vedením ošetrovateľskej dokumentace souvisí i její kontrola, jakým způsobem probíhá a jakým způsobem dostávají sestry zpětnou vazbu od vedoucího pracovníka. Během pozorování ani z rozhovorů jsem tuto informaci nebyla schopna získat, vedoucí pracovník ošetrovateľskou dokumentaci nekontroloval a při vyskytnutí nějaké chyby si sestry postěžovaly pro sebe, ale informaci nepředaly dál. Tudíž se „chybní“ sestra ani nedozvěděla, že nepíše dokumentaci správně. Při rozhovorech respondentky – všeobecné sestry nevědí, zda probíhají kontroly, protože zpětnou vazbu nedostávají, a respondentky – manažerky provádí kontroly výjimečně, do ošetrovateľskej dokumentace se přihlašují spíše z toho důvodu, když se potřebují o pacientovi dozvědět nějakou informaci. Po sjednocení

⁹ Podmiňovací způsob je zde z toho důvodu, že v ČR ještě zcela neplní uvedenou funkci.

vedení dokumentace by měly být prováděny pravidelné kontroly a vedoucí pracovník by měl svým podřízeným dávat pozitivní i negativní zpětnou vazbu.

Při výzkumu se objevil názor, že se nevyužívá plně potenciál elektronické ošetrovatelské dokumentace. Tento názor má Vojtěška s Boženou. Zde vyvstává opět otázka, jakým způsobem probíhala implementace. Střední management se podle všeho naučil pouze základní ovládání elektronické dokumentace, které předal i svým podřízeným, a podle toho ji sestry vedou. Ostatní zvědavější sestry se naučily více funkcí a mají pocit, že by mohly tyto funkce v mnohém usnadnit práci. Tyto sestry pak mají pocit nedostatečného zaškolení.

Celkové vnímání elektronické ošetrovatelské dokumentace z hlediska času je ze strany sester pozitivní. Sestry pamatující papírovou dokumentaci často v rozhovorech i své praxi porovnávají elektronickou a papírovou dokumentaci. S elektronickou dokumentací jsou spokojenější. Stran výzkumné otázky, jak elektronická dokumentace ovlivňuje kontakt sestry s pacientem, chci podotknout, že elektronická dokumentace nijak nezabraňuje kontaktu sestry s pacientem, což potvrzuje i neustále odbíhání sester od rozepsané dokumentace. Pro sestry toto odbíhání nemusí být příjemné, nicméně pacient se sestry dovolá vždy, když potřebuje. Vedení ošetrovatelské dokumentace je legitimní součástí práce sestry a sestry ji tak postupně začínají vnímat.

Informovanost sester o řízení elektronické dokumentace a čteček a jejich využití v oblasti řízení kvality péče je v organizaci různá, vedoucí pracovníci věděli vesměs všechny informace, na které jsem se v rozhovorech ptala. Všeobecné sestry v praxi tyto informace nevěděly, nebo alespoň věděly, kde je najít. Neinformovanost sester ve mě vzbudila ale zájem o způsob předávání informací podřízeným pracovníkům, které je z manažerského hlediska velkým tématem. Informace dostupné jsou, jak potvrdil výzkum, dokonce z různých zdrojů. Sestry ale zájem o informace buď vůbec neprojeví, anebo by informace chtěly znát, ale jsou prezentovány v nekonkrétní a obsáhlé papírové či počítačové formě, které jsou pro sestry nevyhovující a informace tedy nečtou. Na nástěnkách mají sestry také listy s různými informacemi, ale nástěnky jsou tak plné grafů a vzdělávacích akcí, programů a kongresů, že nové informace sestry lehce přehlédnou. Sestry berou za nejdůležitější informace primárně informace o pacientovi, kterých také není nemálo, ostatní informace jsou pro ně v té chvíli vedlejší. Podle mého názoru je toto chování sester pochopitelné, většina sester má zájem o informace, které souvisí bezprostředně s jejich náplní práce. Staniční sestra nejdůležitější informace předává ústně, což je mnohem lepší způsob

předávání informací než písemný. Sestry si z ústního předávání zapamatují většinu informací, pokud mají sestry ale dovolenou, nebo nejsou zrovna v té době na směně, už se k informacím nedostanou. Jako efektivní způsob předávání informací vidím v ponechání stručného vzkazu v deskách „hlášení sester“, které sestry při každé směně otevřou nejméně dvakrát a vzkaz si mohou přečíst.

Nejvýznamnějším tématem je, jakým způsobem vnímají sestry čtečky čárových kódů. Čtečky podle sester neplní tu hlavní funkci bezpečného podávání léčiv. Jde o to, že je do tohoto procesu zapojeno více pracovníků a to jak sestry, tak i lékaři. Na lékařích závisí správné ordinace a následné správné podávání léků a léčiv. Sestry čtečky na léky vnímají velmi negativně, protože jim přidělová kromě samotného rozdávání léků ještě mnoho další práce. Tato práce spíše závisí na organizačním provozu. Pokud lékaři naordinují generikum, které není na oddělení skladem nebo jinou gramáž léku, čtečka okamžitě hlásí sestram chybovou hlášku a sestry si lék musí nechat přepsat (nejlépe v počítači). Sestry jsou k tomu vedeny staniční sestrou a vlastně za lékaře kontrolují dekurzy a naordinované léky. Při neshodě ale vznikají konflikty také mezi lékaři a sestrami. Zaškolování lékařů a následně jejich kontrola nebyla předmětem výzkumu a téma vyplynulo z tohoto výzkumu, ale bylo by zajímavé zjistit, jakým způsobem je organizována práce lékařů. Sestry tedy při práci se čtečkou v tomhle případě nerozdávají jen léky, ale také telefonují a shání lékaře, vybírají si také, jakému lékaři zavolat, aby nevznikl konflikt. Tato situace je řešitelná pouze z vyšších pracovních pozic, aby lékaři byli důslednější v ordinování medikace a sestry pak lépe akceptovaly práci se čtečkou.

Tím, že sestry nepovažují čtečky čárových kódů za „pomocníka“, který by měl odhalit lékovou záměnu, tak si vymýšlí různé způsoby, jakými si mohou nastavené správné postupy usnadnit nebo je úplně obejít. Sestry postupy nedodržují podle množství a obtížnosti pacientů a počtu jejich medikace. A nedodržují je proto, že ve čtečkách nevidí smysl, čímž se opět vracím k tématu implementace a organizace práce. Obcházení správných postupů je tedy i celkem pochopitelné, protože pokud čtečka neplní svoji funkci, tak sestra nevnímá ani smysl v dodržení správného postupu. Čtečka na léky je koncipována tak, že se používá při kontaktu s pacientem. Při práci sester je ale vnímána rušivě.

Další téma úplně s výzkumnou otázkou nesouvisí, ale z manažerského hlediska bych na ně ráda upozornila. Je jím spolupráce sester a sanitářek. Výzkum ukázal, že komunikace mezi sestrami a sanitářkami je nedostačující. Sestry provádí spoustu výkonu i za sanitářky, což je legislativně v pořádku, protože sestry mají v náplni práce provádění základní

ošetřovatelské činnosti, zde ale opět vyvstává otázka organizace práce, jakým stylem jsou využívány lidské zdroje na konkrétním pracovišti. Sestry všeobecně rozdělují práci podle kompetencí sanitářek a svých kompetencí. Mladší sestry, které na střední zdravotnické škole získaly vzdělání v oboru zdravotnický asistent a dále se vzdělávaly na vyšší či vysoké škole, ale berou specializovanou péči jako legitimní náplň jejich práce, další ošetřovatelskou činnost, kterou mohou provádět sanitářky, se snaží delegovat jim. U starších sester takto jednoznačný názor na náplň práce nelze uvést. Důležitým zjištěním ale je, že sestry nemají důvěru k sanitářkám, což je zásadní problém na úrovni interpersonálních vztahů na pracovišti a podle mého názoru by měl být časně řešen.

Výzkum na otázku, jakým způsobem ovlivňují nové technologie přímý kontakt sestry s pacientem, odpověděl a otevřel i jiná další témata, která by stála za pozornost a která jsou pro mě z manažerského pohledu zajímavá. Elektronická dokumentace sestry od pacientů neodvádí, je součástí práce sestry, a když je potřeba, pacient má sestru k dispozici. Je vnímána pozitivněji ve srovnání s papírovou dokumentací. Čtečky čárových kódů práci sestry při rozdávání medikace spíše komplikují, některé sestry správné postupy práce se čtečkou obcházejí, protože ji vnímají jako nefunkční z hlediska bezpečného podávání léků a nevidí proto v práci se čtečkou zcela smysl. Viníkem nejsou čtečky samy o sobě, ale především organizace práce, nesprávně zadané ordinace a s tím související proces oprav.

Dalšími tématy, které z výzkumu vyšly, jsou: jakým způsobem probíhala implementace elektronické dokumentace, jaké kroky podporující změnu byly použity, jaké informace dostali zaměstnanci o změně a její vizi; jakým způsobem probíhalo zaškolování lékařů v psaní ordinací (pro čtečky), jak je organizována jejich práce, kdo provádí kontroly správnosti ordinovaných léků, jestli mají lékaři zpětnou vazbu; jaká je organizace práce na oddělení, jak jsou využívány lidské zdroje podle kompetencí; jak sestry ovládají time management ve své praxi.

4. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala tématem nových technologií v práci sester, jak tyto technologie ovlivňují přímý kontakt sestry s pacientem, jak jsou sestrami vnímány. V diplomové práci jsem použila metody kvalitativního výzkumu.

V teoretické části práce jsem vypsala přehled základní legislativy, která upravuje zdravotnickou dokumentaci. Dále jsem se zabývala ošetrovatelskou dokumentací, jaký je způsob a forma vedení dokumentace, jaké má své zásady. Obsah ošetrovatelské dokumentace kopíruje kroky ošetrovatelského procesu a design dokumentace upravují různé koncepční modely ošetrovatelství, které jsou různé podle pojetí pacienta jako bytosti. Ošetrovatelský proces i ošetrovatelské modely jsem popsala v dalších kapitolách. V kapitole „Digitalizace zdravotnické dokumentace“ jsem popsala historii elektronizace zdravotnické dokumentace v ČR, jak byl vývoj ovlivněn politickou situací a vstupem do EU, jaké nemocniční systémy jsou v ČR používány. Výhody a nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace a cíle eHealth jsem uvedla na konci této kapitoly. Dále jsem se věnovala v teoretické části procesu změny, jaké kroky změně napomáhají a jaké na ni působí vlivy.

Empirická část hledala odpověď na výzkumnou otázku: Jakým způsobem technologie ovlivňují přímý kontakt sestry s pacientem? Díky polostrukturovaným hloubkovým rozhovorům, pozorování a analýze časových snímků dne jsem získala data, která mi pomohla najít odpověď na výzkumnou otázku a zároveň otevřela další témata. Sestry vnímaly implementaci elektronické dokumentace různě, podle toho, jak byl proces změny na konkrétních odděleních nastaven. Pozitivně při zavádění vnímaly postupné zavádění elektronické dokumentace, ale potřebovaly znát více informací o změně a její vizi. Sestry elektronickou dokumentaci kvitují díky výhodám, které zavedení přineslo, nejsilnějším prvkem a výhodou je podle sester čas. Nespokojenost se čtečkami čárových kódů vychází z nefunkčnosti čteček z hlediska nesprávných ordinací lékařů a z hlediska zajištění bezpečného podávání léků a léčiv. Sestry chápou záměr, se kterým byly čtečky zavedeny, ale nevnímají ho jako naplněný a tudíž v práci se čtečkou nenalézají smysl. Kvůli tomu také hledají, jak si práci se čtečkou usnadnit a správné postupy zjednodušit, nebo úplně obejít. Vnímání ošetrovatelské dokumentace jako takové bez ohledu na její formu je rozdílné podle vzdělání, délky praxe, předchozí zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací (při studiích). Sestry ošetrovatelskou dokumentací vnímají odlišně, služebně starší sestry ji vnímají jako povinnost a „nutné zlo“, služebně mladší sestry ji berou jako automatickou součást práce, která se týká péče o pacienta. Sestry se zmiňují o plánech a vizích do budoucna, popisují

změny, které plánují v rámci elektronické dokumentace, jako utvrzení toho, že změna je stabilní a dávají najevo své ambice a určitou nespokojenost s aktuální vzhledem elektronické dokumentace.

Na základě zjištěných dat jsem v závěru diskuze identifikovala témata, která se týkají procesu změny a organizace práce a která by mohla být předmětem dalšího zkoumání, eventuálně plánování dalších změn v řízení lidských zdrojů.

Literatura

1. eHealth v ČR, 2014

On-line: <http://www.ezdrav.cz/ehealth-v-cr/>

2. Kvapilová, B. *Zdravotnická dokumentace*. 2015.

On-line:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/zdravotnicka-dokumentace-478114>

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

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

5. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

6. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

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

8. Zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu

9. Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

10. Věstník č. 9/2004

11. Spojená akreditační komise, o.p.s. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha, 2013.

12. Policar, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010.

13. Vondráček, L. et al. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003.

14. Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004.

15. Gutová, L. Pavelková, E. *Ošetrovatelský proces z hlediska akreditačních standardů*. 2007.

On-line: <http://www.rehabilitacniustav.cz/files/Pavelkova-Gutova-os-proces.pdf>

16. Rozsypalová, M., Staňková, M. a kol. *Ošetrovatelství I/2*. Praha: Informatorium, 1999.

17. Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada, 2006.

18. Workman, B. A. Bennett, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006.

19. Mastiliaková, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada, 2014.

20. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006.

21. Aggleton, P. Chalmers, H. *Nursing models and nursing practice*. New York: Palgrave, 2000.

22. Špirudová, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006.

23. NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009-2011*. Překlad: Kudlová, P. Praha: Grada, 2009.

24. Zámečník, M. *Přehled nemocničních informačních systémů nabízených v ČR*. Computerworld, 1999.

- On-line: <http://computerworld.cz/archiv/prehled-nemocnicnich-informacnich-systemu-nabizenych-v-cr-12064>
25. UNIS computers, networking & communications, a.s. 2010.
On-line: <http://www.uniscomp.cz/pacs>
26. Institut pro aplikovaný výzkum, edukaci a řízení ve zdravotnictví. Soutěž o návrh „Hospodárné a funkční elektronické zdravotnictví“. Praha, 2010.
27. MZČR. *Věcné záměry projektů eHealth* (verze 1.7). 2010.
On-line: <http://www.mzcr.cz>
28. Ješuta, M. Tajtl, M. *Deset let českého eHealth*. IT Systems, 2012.
29. Středa, L. *eHealth a telemedicína: nemocniční informační systémy*. 2013.
On-line: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/ehealth-a-telemedicina-nemocnicni-informacni-systemy-13-dil-472740>
30. ÚZIS ČR. *Využívání počítačů a internetu ve zdravotnických zařízeních v roce 2010*. 53/2011.
31. STAPRO, s.r.o. FONS Akord. 2015.
On-line: http://www.stapro.cz/wp-content/uploads/FONS_Akord.pdf
32. ICZ, a.s. AMIS*HD. 2015.
On-line: <https://www.i.cz/co-delame/zdravotnictvi/aplikace-a-reseni-pro-zdravotnicka-zarizeni/zdravotnicka-zarizeni-26/elektronicka-osetrovatelska-dokumentace-141/>
33. IReSoft, s.r.o. Cygnus 2. 2015.
On-line: <https://www.cygnus2.cz/cz/modul-klienti/verze-standard>
34. Steiner, s.r.o. UNIS. 2015.
On-line: <http://www.steiner.cz/unis.html>
35. Brooks, A. *Health Information Management History: Past, Present & Future*. 2015.
On-line: <http://www.rasmussen.edu/degrees/health-sciences/blog/health-information-management-history/>
36. Garrett, P. Seidman, J. *EMR vs. EHR – What is a Difference?* 2011.
On-line: <http://www.healthit.gov/buzz-blog/electronic-health-and-medical-records/emr-vs-ehr-difference/>
37. Dowding, D. W., Turley, M., Garrido, T. *The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis*. 2011.
On-line:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22174327>
38. Schwartz, A. *Nurses Adopt Electronic Health Records*. 2012.
On-line:

<http://scienceofcaring.ucsf.edu/future-nursing/nurses-adopt-electronic-health-records>

39. Anders, J. *The Crucial Role of the Nurse in EHR Implementation*. 2009.

On-line:

<http://healthleadersmedia.com/content/WHP-242945/The-Crucial-Role-of-the-Nurse-in-EHR-Implementation##>

40. Nováková, P. *Elektronická vs. písemná forma ošetrovatelské dokumentace, názory a preference sester*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2012.

41. Krýdlová, M. *Elektronická dokumentace v ošetrovatelské praxi*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2009.

42. Kotter, J. P. *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2008.

43. Hermanová, M. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocničním informačním systému*. 2007.

On-line dostupný:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/osetrovatelska-dokumentace-v-nemocnicnim-informacnim-systemu-309069>

44. Philipp, T. *Vize eHealth v ČR*. 2015

On-line: <http://www.ezdrav.cz/tom-philipp-vize-ehealth-v-cr/>

45. Bělohávek, F. Šuleř, O. Košťan, P. *Management*. Brno: Computer press, 2006.

46. Lojda, J. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada, 2011.

47. RCN, *Congress and Exhibition*, Liverpool, 21-25 April 2013.

On-line: https://www2.rcn.org.uk/newsevents/congress/2013/archive_webcast

48. Bezděková, I. *Sestry mají kvůli papírování méně času na pacienta*. Medical Tribune, 2009.

On-line: <http://www.tribune.cz/clanek/16106>

49. Strauss, A. Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

Příloha č. 3 Časový snímek dne I. část

Příloha č. 4 Časový snímek dne II. část

Příloha č. 5 Scénář rozhovoru