

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Michaela Slavíková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Dokumentace v perioperační péči

Bc. Michaela Slavíková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Slavíková**  
Osobní číslo: **Z17239**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče**  
Název tématu: **Dokumentace v perioperační péči**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
  2. Stanovení cílů a metodiky práce.
  3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
  4. Analýza a interpretace získaných dat.
  5. Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

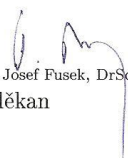
1. BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H. a kol. Role sestry specialistky. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2011. ISBN 978-80-7013-488-7.
2. JEDLIČKOVÁ, J. Ošetrovatelská perioperační péče. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
3. KUDLEJOVÁ, M. Inštrumentovanie princípy, zásady, techniky a postupy. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-423-0.
4. WICKER, P., DALBY, S. Rapid Perioperative Care. 1.vyd. Oxford: Wiley Blackwell, 2017. ISBN 978-1-119-12123-7.
5. WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P. a kol. Sestra a perioperační péče. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Marie Holubová, Ph.D.**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracoval/vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 18. 4. 2019

Podpis autora  
Bc. Michaela Slavíková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Marii Holubové Ph.D za vedení mé diplomové práce, za její cenné rady, ochotu a vstřícnost. Také bych ráda poděkovala PhDr. Ivě Markové za odborné konzultace této práce.

## **ANOTACE**

Teoretická část zpracovává problematiku zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace v perioperační péči. Zabývá se jejím obsahem, vedením, uchováváním a právními aspekty. Seznamuje s elektronickou dokumentací používanou na operačních sálech. Zaměřuje se na standardy v perioperační péči, jejich tvorbou a využitím.

Cílem této práce je zjistit jakou zdravotnickou dokumentaci používají perioperační sestry na operačních sálech. Praktickým výstupem práce je doporučení změn v elektronickém informačním systému, aby perioperačním sestřám více vyhovoval.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Perioperační sestra, dokumentace, perioperační péče, operační sály, bezpečnost.

## **TITLE**

Documentation in perioperative care

## **ANNOTATION**

The theoretical part processes issues medical and nursing documentation in perioperation care. Deals with it content, management, preservation and legal aspects. Introduces with electronical documentation used in operation theatre. Focuses on standards in perioperation care, of their creation and use.

The aim of this work is to find out what medical documentation used perioperation nurses in perioperation theatres. The practical output of the work is recommendations for changes in electronical information system to take perioperation nurses more comfortable.

## **KEYWORDS**

Perioperative nurse, documentation, perioperative care, operating theatres, safety.

# OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíl práce.....	15
2 Teoretická část.....	16
2.1 Zdravotnická dokumentace.....	16
2.1.1 Obsah zdravotnické dokumentace.....	17
2.1.2 Podmínky pro nahlížení do zdravotnické dokumentace.....	18
2.1.3 Elektronická zdravotnická dokumentace.....	19
2.1.4 Skartace zdravotnické dokumentace.....	20
2.1.5 Ošetrovatelská dokumentace.....	21
2.1.6 Informovaný souhlas.....	21
2.1.7 Právní aspekty zdravotnické dokumentace.....	23
2.2 Základní dokumenty v perioperační péči.....	24
2.2.1 Provozní řád.....	25
2.2.2 Organizační řád.....	26
2.2.3 Hygienicko - epidemiologický řád.....	26
2.2.4 Perioperační ošetrovatelská dokumentace.....	26
2.2.5 Operační den a operační program.....	28
2.2.6 Operační kniha.....	29
2.2.7 Operační protokol.....	29
2.2.8 Perioperační bezpečnostní protokol.....	29
2.2.9 Záznam o průběhu anestezie.....	31
2.2.10 Anesteziologická kniha.....	31
2.3 Další perioperační dokumentace.....	32
2.3.1 Časové rozvrhy činností a harmonogramy práce na operačních sálech.....	32
2.3.2 Náplně práce.....	32
2.3.3 Hlášení sester.....	33



2.3.4	Sterilizační deník .....	33
2.4	Elektronická dokumentace na operačních sálech a sterilizaci .....	34
2.4.1	Nemocniční informační systém .....	34
2.4.2	Elektronický systém pro zpracování obrazových informací.....	35
2.4.3	MEDIX .....	35
2.5	Politika kvality .....	37
2.5.1	Akreditace zdravotnického zařízení.....	38
2.5.2	Akreditační proces .....	38
2.5.3	Standardy v perioperační péči.....	39
2.5.4	Management mimořádných událostí.....	39
2.6	Shrnutí teoretické části .....	40
3	Výzkumná/průzkumná/praktická část.....	42
3.1	Výzkumné otázky.....	42
3.2	Metodika výzkumu.....	42
3.2.1	Výběr respondentů .....	43
3.2.2	Charakteristika respondentů kvantitativního výzkumu .....	45
3.3	Hodnocení výsledků.....	49
3.3.1	Kvantitativní část průzkumu .....	50
3.3.2	Charakteristika respondentů v kvalitativním výzkumu .....	70
3.3.3	Prezentace výsledků - kvalitativní výzkum formou rozhovoru .....	71
4	Diskuse.....	80
5	Závěr .....	95
6	Použitá literatura .....	97
7	Přílohy.....	106
7.1	Příloha A Dotazník – kvantitativní výzkum.....	106
7.2	Příloha B Dotazník – kvalitativní výzkum.....	117
7.3	Příloha C Tabulka kvantitativního výzkumu .....	118

7.4	Příloha D Tabulka kvantitativního výzkumu .....	119
7.5	Příloha E Literární rešerše Dokumentace v perioperační péči .....	120

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Graf - Pohlaví .....	45
Obrázek 2 Graf - Vzdělání .....	47
Obrázek 3 Graf - Specializace v perioperační péči .....	48
Obrázek 4 Graf - Typ operačních sálů .....	48
Obrázek 5 Graf - Používání zdravotnické dokumentace dle četnosti .....	50
Obrázek 6 Graf - Forma dokumentace .....	51
Obrázek 7 Graf - Název dokumentace na operačních sálech .....	51
Obrázek 8 Graf - Shoda perioperační dokumentace v rámci nemocnice .....	52
Obrázek 9 Graf - Potřebnost perioperační dokumentace .....	52
Obrázek 10 Graf - Obsah nezbytných údajů v perioperační péči .....	54
Obrázek 11 Graf - Jednotnost ošetrovatelského zápisu na operačních sálech .....	54
Obrázek 12 Graf - Časová náročnost při vyplnění perioperační dokumentace .....	55
Obrázek 13 Graf - Vyplňování perioperační dokumentace .....	56
Obrázek 14 Graf - Využití perioperační dokumentace jinými zdravotnickými pracovníky .....	56
Obrázek 15 Graf - Využití informací z ošetrovatelské dokumentace .....	58
Obrázek 16 Graf - PBP jako součást perioperační dokumentace .....	58
Obrázek 17 Graf - Jednotnost perioperační dokumentace v ČR .....	59
Obrázek 18 Graf - Opomenutí zápisu položek do nákladů na operaci .....	60
Obrázek 19 Graf - Materiál v řádu Kč .....	62
Obrázek 20 Graf - Opomenutí zapsání údaje do sesterského operačního protokolu .....	62
Obrázek 21 Graf - Definice pojmu - Standard .....	64
Obrázek 22 Graf - Využití standardu .....	65
Obrázek 23 Graf - Používání standardů při práci .....	66
Obrázek 24 Graf - Osobní podíl na tvorbě standardů .....	67
Obrázek 25 Graf - Výskyt krizových situací .....	68
Obrázek 26 Graf - Pomoc standardu při řešení náročné situace .....	68
Obrázek 27 Graf - Přínos standardizace v perioperační péči .....	69

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věkové kategorie .....	46
Tabulka 2 Délka praxe na operačních sálech.....	46
Tabulka 3 Chirurgický úsek.....	49
Tabulka 4 Používání perioperační dokumentace .....	50
Tabulka 5 Význam perioperační dokumentace .....	53
Tabulka 6 Získávání informací o pacientovi .....	57
Tabulka 7 Nejčastější položky .....	61
Tabulka 8 Opakovaně nezapsané údaje do sesterského protokolu .....	63
Tabulka 9 Zapisované druhy alergií .....	64
Tabulka 10 Standardy na pracovišti.....	65
Tabulka 11 Vypracování standardů .....	66
Tabulka 12 Přístupnost standardů.....	67
Tabulka 13 Postup při zvládnání nového operačního výkonu .....	69
Tabulka 14 Postup při přípravě pomůcek k operačnímu výkonu .....	70
Tabulka 15 Používání zdravotnické dokumentace dle četosti jejího použití.....	118
Tabulka 16 Přínos standardizace v perioperační péči.....	119

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

JCAHO - Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení

JCI - Mezinárodní verze JCAHO

PBP - Perioperační bezpečnostní protokol

SAK ČR - Spojená akreditační komise České republiky

SÚKL - Státní ústav pro kontrolu léčiv

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ZOOÚ - Zákon o ochraně osobních údajů

## ÚVOD

„Co je psáno, to je dáno...“

Perioperační sestry se každodenně setkávají se zdravotnickou dokumentací. Pod pojmem „zdravotnická dokumentace“ zařazujeme souborně dokumentace lékařské, ošetrovatelské, perioperační, anesteziologické apod. Zdravotnická dokumentace provází pacienta nejen v celém průběhu hospitalizace, ale i po něm. Tato dokumentace je vedena jak ve formě písemné, tak i v elektronické podobě. Vedení perioperační dokumentace náleží k náplni práce sester, dokumentaci jsou zvyklé vést velmi důsledně a pečlivě, ze své praxe vědí, že tím chrání nejen pacienta, ale i sebe.

V perioperační péči se perioperační sestry musí orientovat v mnoha dokumentech a protokolech, protože každý úsek operačních sálů má svá specifika, která se dotýkají i vedení příslušné dokumentace. Na traumatologii a neurochirurgii je časté používání formulářů pro vykazování implantátů; pro všeobecnou, hrudní chirurgii a urologii se musí vykazovat některé pomůcky (staplery, energetické nástroje) do formulářů pro konsignační sklad; kardiochirurgie dokumentuje vydávání chlopní, prstenců, konduktů. Robotická chirurgie má připravené formuláře pro provádění všech výkonů.

Často se stává, že jednu položku je nutné zapsat jak do formuláře pro konsignační sklad, do deníku použitých pomůcek a zároveň do perioperační sesterské dokumentace, čímž se zvyšuje administrativní zátěž perioperačních sester.

Další nezbytnou součástí dokumentace v perioperační péči je dokumentace provozní, např. rozpisy služeb, sterilizační deník, deníky přístrojů, deník odebraných histologií apod.

Na operačních sálech a všech dalších pracovištích jsou k dispozici standardy všem perioperačním sestřím a zdravotnickému personálu. Standardy či metodiky představují odborně zpracované závazné normy, jejichž funkcí je kromě objektivního hodnocení poskytované péče též zajištění pacientova komfortu a bezpečí, v neposlední řadě i ochrana sester před neoprávněným postihem. Slouží též jako akreditační nástroj k posouzení úrovně péče. Standardy jsou k dispozici na inspekčním pokoji sester, u vrchní sestry nebo na intranetu. Na intranetu jsou také zpřístupněny metodiky operačních postupů většiny výkonů prováděných na operačních sálech tohoto zdravotnického zařízení. Pomáhají nejen novým sestřím, které své zkušenosti teprve sbírají, ale i jejich zkušenějším kolegyním v rychlejší orientaci na jiných úsecích operačních sálů, než na kterých jsou běžně zařazeny. Po nahlédnutí do metodiky

operačního postupu na intranetu jsou sestry běžně schopny připravit instrumentárium, všechny potřebné pomůcky a materiál k určitým výkonům, nebo si v rychlosti připomenout operační postup k výkonu, u kterého delší dobu neasistovaly. Nové kolegyně si velice rychle zvykly nahlížet do operačních postupů na intranetu, díky nim jsou samostatnější, jak v roli obíhající sestry, tak v roli instrumentářky.

Dříve byl sesterský operační protokol veden centrálně v Nemocničním informačním systému. Od roku 2011 byl na operačních sálech zaveden informační systém MEDIX, což představovalo to pro všechny uživatele velkou změnu. U nového informačního systému nejvíce perioperační sestry ocenily zjednodušení zadávání instrumentária a pomůcek ke sterilizaci. Každé síto, pomůcka, materiál určený ke sterilizaci má svůj čárový kód, který se pomocí čtečky zadá do systému a ten vygeneruje žádanku ke sterilizaci. Žádanka se též odesílá elektronicky.

Dříve si všechna síta, nástroje a materiál musela obíhající sestra pamatovat nebo zapsat a pak položku po položce zadat do systému. Sesterský operační protokol systému MEDIX je také přehlednější. Všechn použitý materiál je opět načítán pomocí čtečky, počet lze během operace jednoduše navyšovat. Na konci operace systém provede kalkulaci ceny vydaného materiálu.

Pokud perioperační sestra pečlivě zaznamená všechna data a položky, nemusí mít obavy, že by tato data někdo přepsal nebo vymazal. Při každém vstupu do tohoto systému se zaznamená čas i jméno osoby, která změny provedla. A proto je důležité dbát na bezpečné přihlášení a při odchodu z operačního sálu se ze systému odhlásit.

Formulářů neustále přibývá. Mezi nové formuláře patří tištěný Perioperační bezpečnostní protokol, kterým zdravotnické zařízení sjednotilo postupy při jeho dodržování na všech operačních sálech. Tento formulář je vyplněn ošetřujícím lékařem, založen do dokumentace pacienta, předán anesteziologické sestře a lékaři při převzetí pacienta na operační sál. Poté si formulář převezme obíhající sestra příslušného operačního sálu, vyplní jej a po operaci vrátí zpět do dokumentace pacienta.

# 1 CÍL PRÁCE

## **Cíle hlavní:**

1. Seznámit se základními pojmy týkající se zdravotnické a perioperační dokumentace.
2. Zjistit, jakou zdravotnickou dokumentaci používají perioperační sestry na operačních sálech.
3. Doporučit změny stávající ošetrovatelské perioperační dokumentace elektronického informačního systému.

## **Dílčí cíle:**

1. Zjistit, jak důsledně perioperační sestry vyplňují sesterskou dokumentaci na operačním sále.
2. Zjistit zda perioperační sestry považují zdravotnickou dokumentaci za přínosnou.
3. Zjistit, zda perioperační sestry znají standardy v perioperační péči.
4. Zjistit, zda se perioperačním sestram standardy v perioperační péči pomáhají.
5. Zjistit, jak jsou perioperační sestry spokojené s informačním systémem MEDIX.
6. Vytvořit soubor změn pro informační systém MEDIX.



## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

Tato práce se zabývá zdravotnickou dokumentací, se kterou se perioperační sestry na operačních sálech setkávají. Seznamuje s obsahem, vedením, uchováváním, principy zacházení se zdravotnickou dokumentací.

Zdravotnická dokumentace se skládá z dokumentace lékařské, ošetrovatelské a perioperační, její důležitou součástí jsou i výsledky všech vyšetření, která byla u pacienta provedena. Teoretická část mapuje dokumentaci v perioperační péči vedenou ve formě psané i elektronické. Zabývá se standardy v perioperační péči.

### **2.1 Zdravotnická dokumentace**

Zdravotnická dokumentace je souborem písemných informací o zdravotním stavu pacienta a o poskytnuté lékařské a ošetrovatelské péči. Jsou to právní a profesní dokumenty vedené osobami zapojenými do léčby pacienta. Tyto dokumenty by tedy měly mít standardní profesní kvalitu.

Komplexní zdravotnická dokumentace obsahuje přesné informace o vyšetřeních, problémech pacienta, plány péče, průběh každodenních změn, stravovací a pitný režim, včetně edukace (Mohammadi Firouzeh, 2017). Od zdravotnické dokumentace lze očekávat, že bude vedena v souladu s platnou legislativou, která stanovuje formální pravidla vedení, a bude zpracována na patřičné úrovni jak po stránce věcné, tak i odborné.

Kvalitně vedená dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe, je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace může naznačovat i širší problémy v praxi určitého jedince nebo zařízení (Pokořová, 2014, s. 56).

Zdravotnická dokumentace je vedena v podobě listinné nebo elektronické, údaje obsažené v dokumentaci mohou mít podobu textovou, grafickou nebo audiovizuální (Kvapilová, 2015, s. 20). Cílem zdravotní dokumentace je co v nejvyšší míře specifikovat zajištění přesných intervencí a diagnostiku, jakož i adekvátně prokázat vynaloženou lékařskou péči, poskytované služby a zdůvodnit jejich vyúčtování (Hess, 2018). Nelze také opomenout fakt, že zdravotnická dokumentace je také významnou metodickou pomůckou a nástrojem při výuce studentů lékařství či dalších oborů ve zdravotnictví. Dále je zdravotnická dokumentace zdrojem relevantních informací pro správní úřady, v jejichž kompetenci je rozhodování o různých nárocích, výhodách či sociálních dávkách pro pacienty nebo také o jejich způsobilosti pro určité

činnosti, ať je to práce v armádě, držení střelné zbraně nebo řízení motorového vozidla. V neposlední řadě je zdravotnická dokumentace neocenitelným zdrojem dat pro výzkum v oblasti lidského zdraví a pro odbornou zdravotnickou statistiku (Polícar, 2010, s. 19).

### **2.1.1 Obsah zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická dokumentace obsahuje nezbytné, rozhodné údaje sloužící k identifikaci pacienta, obsahuje jeho anamnézu, popisuje vývoj zdravotního stavu pacienta v čase a popisuje průběh poskytování zdravotní péče (Kvapilová, 2015, s. 20). Slouží primárně pro potřeby zdravotnických pracovníků, kterým tyto informace umožňují rychlou orientaci ve zdravotním stavu pacienta, volbu správných diagnostických a léčebných strategií. Zdravotnická dokumentace je také významným zdrojem informací pro samotného pacienta, rekapitulujícím proměny jeho zdraví a poskytujícím přehled zdravotních výkonů, které mu byly provedeny (Polícar, 2010, s. 19).

Pro případy, kdy je potřeba již existující zápis opravit, je nezbytné, aby původní zápis zůstal čitelný, a každá nová oprava bude provedena zápisem novým. Zároveň je nezbytné, aby vedle nového zápisu bylo zřetelně uvedeno datum opravy, čas, identifikace a podpis osoby, která opravný zápis provedla. Je nepřijatelné, aby byl předchozí zápis vymazán, přeškrtnán, přepisován či část dokumentace byla zcela vyřazena. Toto by mohlo mít nežádoucí následky jak v rovině medicínské, tak v rovině právní (Kvapilová, 2015, s. 20).

Vedení a uchovávání zdravotnické dokumentace Ministerstvo zdravotnictví opakovaně a dlouhodobě hovořilo o snahách zjednodušit vedení zdravotnické dokumentace (jejíž základní standardy vyplývají z ustanovení zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách) a ulevit zdravotnickým pracovníkům od značné administrativní zátěže. Na mnoha místech a pracovištích byl tak v tomto duchu poměrně významně modifikován rozsah shromažďovaných záznamů či formální požadavky na jejich pořízení, uchování a následnou likvidaci (Sůvová, 2018). Je-li zřejmé, že zápisy do zdravotnické dokumentace provádí jeden zdravotnický pracovník (zpravidla v případě hospitalizace nebo jednodenní péče), nemusí tento pracovník podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny opakovaně, ale postačí, podepíše-li tento zdravotnický pracovník poslední zápis provedený v průběhu dne nebo směny (Mlčoch, 2018). Vyhláška č.137/2018 Sb. se snaží především redukovat množství záznamů, které jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni o pacientech vést, a také dát prostor pro přizpůsobení

vedení zdravotnické dokumentace poskytovatelům zdravotní péče tak, aby maximálně efektivně splňovala svůj účel (Sůvová, 2018).

### **2.1.2 Podmínky pro nahlížení do zdravotnické dokumentace**

Vyhláška č. 137/2018 Sb. o zdravotnické dokumentaci, stanoví striktně formu a způsob řešení standardních životních situací, tj.: vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, pokud se tento pacient s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby; případně o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu; datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli péče popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení; datum a čas úmrtí pacienta; informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů; informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností; identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta; u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá; u pacienta se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením též informace o formách komunikace, které pacient preferuje (Vyhláška 137/2018 Sb., 2018, s. 1770).

Nahlížet do zdravotnické dokumentace mohou zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v rozsahu své kompetence v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti, kliničtí psychologové). Další skupinu tvoří revizní lékaři zdravotních pojišťoven, soudní znalci, lékaři správních úřadů, pověření lékaři Ministerstva Zdravotnictví, zaměstnanci státu a zdravotnických zařízení – ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky), SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv), hygieny, ombudsman). Tito všichni mají také právo na výpisy, opisy a kopie dokumentace (Kala, 2010, s. 11).

V souvislosti s nutností přizpůsobit český právní řád sjednocujícím pravidlům, jejichž plnění se vyžaduje ve všech státech Evropské unie (včetně Islandu, Norska a Lichtenštejnska) bylo do legislativy ČR aplikováno Obecné nařízení GDPR (z anglického názvu General Data Protection Regulation). Celý název předpisu je Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů

a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, které od 25. května 2018 přímo stanovuje pravidla pro zpracování osobních údajů, včetně práv subjektů údajů (fyzických osob). V českém právním prostředí tak obecné nařízení od 25. května 2018 nahradilo zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, který do té doby řešil povinnosti a práva při zpracování osobních údajů. V souvislosti s nutností adaptovat český právní řád na obecné nařízení vyvstala potřeba přijmout nejrůznější organizační opatření v rámci jednotlivých zařízení a upravit i další navazující předpisy, takže může docházet na úrovni jednotlivých zařízení k nejednotnosti výkladu směrnic GDPR a jejich následné aplikace. Což se může samozřejmě odrazit i v požadavcích na zpracování a vedení zdravotnické dokumentace a na možnostech nahlížení a přístupu k citlivým údajům, jimiž bezesporu údaje ve zdravotnické dokumentaci jsou. I když cílem přijetí obecného nařízení GDPR bylo sjednocení právní úpravy a pravidel ochrany osobních údajů ve státech EU, praxe ukazuje, že ne vždy všechny inovace pocházející z „dílny EU“, jsou přínosem (Mlčoch, 2018).

### **2.1.3 Elektronická zdravotnická dokumentace**

Vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě není povinností, mnoho poskytovatelů se ale tímto směrem vydává, neboť takový způsob představuje v mnoha ohledech značná zjednodušení, minimálně v náročnosti na skladovací prostory (Sůvová, 2018). Elektronizace zdravotnické dokumentace a obecně zdravotnictví odpovídá trendu elektronizace různých sfér našeho života. Mnohé nemocnice považují za svůj cíl stav, který se nazývá „paperless hospital“ – „nemocnice bez papírů“ (Policar, 2010, s. 95-98).

Zastánci zavádění elektronických informačních systémů uvádějí čtyři zásadní přínosy či cíle: snížení nákladů, snížení počtu chyb, zlepšení koordinace a zlepšení dodržování norem (Aragon, 2014). Například ve Spojených státech amerických prezident George W. Bush stanovil vizi, že většina Američanů by měla mít interoperabilní elektronický zdravotní záznam do roku 2014. Související technologie, například e-předepisování a elektronické nástroje pro podporu rozhodování, mají pomoci zlepšit systémy řízení rizik, lépe chránit veřejnost a případně snížit náklady na zdravotní péči. Předchozí sledovací systémy spoléhaly na papírové údaje, což znamenalo, že může trvat roky, než se nežádoucí události vynoří ze zpráv. Předpokládá se, že elektronický dohled umožní rychleji dokumentaci kontrolovat (Watson, 2011, s. 24). V současnosti je stále běžné, že zdravotnická zařízení vedou zdravotnickou dokumentaci v listinné i elektronické formě současně. Pokud by se zdravotnické zařízení rozhodlo převést informace ze zápisů tvořících zdravotnickou dokumentaci, která byla původně vedena v listinné

podobě, může tak učinit pouze za podmínky, že zachová původní zápisy v listinné formě (Polícar, 2010, s. 95-98).

Dle vyhlášky 137/2018 Sb. Převádění zdravotnické dokumentace nebo její části, které byly pořízeny v listinné podobě a které poskytovatel sám pořídil nebo obdržel, na dokument v elektronické podobě provádí poskytovatel postupem zaručujícím věrohodnost původu dokumentu, neporušitelnost obsahu, čitelnost dokumentu a bezpečnost procesu převádění. Dokument v elektronické podobě vytvořen podle odstavce 1 opatří poskytovatel doložkou. Doložku podepíše osoba odpovědná za převedení kvalifikovaným elektronickým podpisem nebo poskytovatel zapečetí kvalifikovanou elektronickou pečetí a dále doložku opatří kvalifikovaným elektronickým časovým razítkem. Dokument v listinné podobě, který poskytovatel převedl na dokument v elektronické podobě, je poskytovatel oprávněn zničit (Vyhláška 137/2018 Sb., 2018, s. 1771).

.Poskytovatel zdravotních služeb musí vytvořit celý systém opatření pro ochranu osobních a citlivých dat. Poměrně častým nešvarem v praxi je skutečnost, že do osobních či citlivých dat pacienta mají možnost vstupovat a nahlížet neoprávněné osoby. I přes vytvoření selektivních přístupů (např. do dokumentace pacienta hospitalizovaného na interním oddělení nemůže nahlížet pracovník chirurgického oddělení téhož zdravotnického zařízení) nelze vždy zabránit zneužití těchto selektivních přístupů (Šupšáková, 2017, s. 205).

Připomeňme ještě již zmíněnou nejednotnost výkladu směrnic GDPR a jejich následné aplikace, díky čemuž může docházet i na úrovni jednotlivých zařízení k neoprávněné manipulaci se zdravotní dokumentací, nebo naopak může být omezen či ztížen přístup k nezbytným informacím pro zdravotnický personál nebo pacienty a jejich blízké (Mlčoch, 2018).

#### **2.1.4 Skartace zdravotnické dokumentace**

Zdravotnická zařízení nemají povinnost uchovávat zdravotnickou dokumentaci věčně. Stejně tak, jako jiné dokumenty, také zdravotnická dokumentace podléhá skartačnímu řízení (Polícar, 2010, s. 108 - 109). Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu. Poskytovatel pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom kdy, jak

a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis obsahuje identifikační údaje pacienta. Písemný záznam se uchovává bez časového omezení. (Vyhláška 137/2018 Sb., 2018, s. 1773).

Operační kniha, Operační protokol, Operační program jsou skartovány po 40 letech a Hlášení sester má lhůtu skartace po 5 letech (Jedličková, 2012, s. 50).

### **2.1.5 Ošetřovatelská dokumentace**

Ošetřovatelská dokumentace, její vedení, forma, zápis a přínos jak pro personál, tak pro pacienty, je jedním z nejdiskutovanějších témat na úrovni nelékařského zdravotnického personálu. Zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou péči stojí před otázkou, jak dokumentaci vést, jaký systém diagnóz použít a jak vše aplikovat v praxi (Žúbor, 2019, s. 24). Vedení ošetřovatelské dokumentace je nedílnou součástí pracovní náplně profese sestry. Existuje již řadu let, v mnoha podobách, avšak všeobecné sestry s ní ve většině případů nejsou příliš spokojeny a stále se s ní neztotožnily (Holubová, 2012, s. 29).

V dnešní době je velice frekventovaným tématem přetěžování sester, které tráví velkou část své pracovní doby administrativou - vyplňováním mnoha ošetřovatelských formulářů. Podnět k vytvoření nové ošetřovatelské dokumentace vznikl v Krajské nemocnici Liberec. Do roku 2016 se ošetřovatelská dokumentace skládala z devíti různých ošetřovatelských formulářů. Nová ošetřovatelská dokumentace obsahuje dva formuláře. Vstupní anamnézu, kterou lze použít i jako překládovou zprávu, a ošetřovatelský záznam. V dokumentaci jsou stanoveny základní oblasti pokrývající největší penzum ošetřovatelských problémů a následných aktivit sestry. Jsou jimi: psychika a vědomí, kontakt, bolest, soběstačnost, výživa, dýchání, kůže, vyprazdňování. Uvedené oblasti jsou dále doplněny o záznam nejčastějších problémů pacienta, ke kterým je přiřazen piktogram vyjadřující aktuální ošetřovatelské riziko. Byl tak tedy odstraněn problém složitěho propočítávání screeningových škál. Při náhlé změně zdravotního stavu pacienta má sestra možnost zapisovat do aktuálního dekurzu lékaře. Tím došlo ke zlepšení provázanosti a časové kontinuity zápisů lékařů a sester, jelikož se nacházejí na stejném místě (Nesládková, 2019).

### **2.1.6 Informovaný souhlas**

Institut informovaného souhlasu je součástí ochrany osobnosti, tedy práva na autonomii osoby a ochranu její integrity (Prošková, 2014, s. 3). Právní úprava vztahu pacienta a jeho lékaře je nyní obsažena zejména v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, který je účinný od 1. 4. 2012. V § 28 odst. 1 zákona

o zdravotních službách je stanoveno, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, pokud zákon o zdravotních službách nestanoví jinak (Fiala, 2014). Aby byl informovaný souhlas platný, je nutné, aby lékař pro pacienta srozumitelnou formou jej poučil o relevantních skutečnostech týkajících se zamýšleného zákroku: účel, povaha a následky zákroku, jakož i rizika se zákrokem spojená, nejen podle povahy zákroku, ale i ve vztahu k individuálním charakteristikám pacienta jako věk nebo komplikující onemocnění (Prošková, 2014, s. 3).

Veškeré vyšetřovací a léčebné výkony lze provádět jen se souhlasem pacienta (Kala, 2010, s. 10). S pacientem je zapotřebí pohovořit a ověřit si, zda informacím rozuměl. Informovaný souhlas znamená, že pacient s určitým výkonem nejen souhlasí, ale že rozumí tomu, s čím souhlasí (Zacharová, 2011, s. 216). Nezbytnou součástí pohovoru je i poučení pacienta o možných rizicích, následcích či komplikacích dané operace (Vícha, 2011, s. 49). Vždy je nutné zvážit rizika, nežádoucí účinky, očekávaný profit pro pacienta u daných zákroků a důkladně je pacientovi vysvětlit, prodiskutovat a optimálně se rozhodnout (Franců, 2011, s. 15). Důraz u informačních rozhovorů klademe na jasnost, srozumitelnost, stručnost, ale i citlivost a empatii při sdělování informací (Zacharová, 2011, s. 216). Písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu musí být vždy vyžádán před provedením zdravotního výkonu (Fiala, 2014).

V případě pacientova odmítnutí, i přes důkladné poučení a vysvětlení postupu, ošetřující lékař nechá pacienta podepsat písemné prohlášení, tzv. negativní revers. Součástí záznamu musí být písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče. Svědkem může být i jiný zdravotnický pracovník (Policar, 2010, s. 36-37).

Bez souhlasu pacienta lze provést výkon pouze v případech, kdy to platný právní předpis výslovně dovoluje. Jsou to především případy, kdy je předpoklad, že by pacient souhlas dal, ale pro svůj zdravotní stav tak učinit nemůže (pacient po úrazu v bezvědomí, diabetik v kómatu, epileptik v záchvatu) a kdy pro závažný stav nelze poskytování péče odložit, neboť jde o výkony nutné k záchraně života či zdraví (Vondráček, 2009, s. 37).

Pokud jeho celkový stav neumožní pacientovi dát informovaný souhlas s hospitalizací, je vyplněn patřičný formulář, který je do 24 hodin odeslán (elektronicky, faxem) na příslušný obvodní soud k detekčnímu řízení, formulář je pak s potvrzením o odeslání založen do pacientovy dokumentace (Repko, 2012, s. 162).

Nezbytným subjektem konkrétního lékařského rozhodnutí je pak především jedinečná osoba lékaře s jeho zkušenostmi, znalostmi, mravním přesvědčením a jednáním. Tak jako v každé praxi vyvstává i v medicíně řada etických problémů, se kterými se daný lékař setkává a jejichž řešení nebývá snadné. O pomoc při řešení problémů je možné požádat i místní etickou komisi (Franců, 2011, s. 15).

V některých případech může pacient svůj souhlas omezit jen na určitou část léčby a k jiným výkonům nedat svolení. Lékař musí toto omezení respektovat, i když znemožňuje optimální péči. Je třeba poskytnout veškerou nezbytnou péči – kromě té, která byla pacientem výslovně zakázána (Fiala, 2014). Rozhodnutí udělené v zastoupení členem rodiny se vztahuje pouze na běžné záležitosti, nekomplikované, pravidelné povahy, včetně obvyklých zdravotních výkonů. Zástupce však není oprávněn udělit souhlas k zásahu do duševní nebo tělesné integrity člověka s trvalými následky. Pokud pacient jakkoli projeví nesouhlas s tím, aby jej člen rodiny či domácnosti nadále zastupoval, zastoupení tímto končí. Ošetřující zdravotnický pracovník je povinen takovou okolnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace (Prošková, 2014, s. 3).

### **2.1.7 Právní aspekty zdravotnické dokumentace**

V případě jakéhokoliv soudního sporu, podání trestního oznámení, žaloby nebo stížnosti je zdravotnická dokumentace základním důkazem. Pro lékaře je naprostou nutností, aby důležité pokyny, které jsou dávány všeobecným sestřím nebo dalším zdravotnickým pracovníkům, byly do zdravotnické dokumentace rovněž pečlivě a přesně zaznamenány. Je třeba vždy uvést, co konkrétně má příslušný zdravotnický pracovník na základě pokynů lékaře provést za úkony či výkony a v jakých časových intervalech (Mlčoch, 2018).

Z povahy pracovně právního vztahu pro všechny zaměstnance zdravotnického zařízení, kteří mají přístup ke zdravotnické dokumentaci, vyplývá povinnost zachování mlčenlivosti. Dle § 51 Zák. č. 372/2011 Sb., je poskytovatel péče povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Povinnost mlčenlivosti je definována nejen věcným, ale i osobním rozměrem, tedy jak množstvím informací, které pokrývá, tak množstvím osob, kterým je ukládána. Vztahuje se na zdravotnické a odborné pracovníky, a to nejen ty, kteří své povolání vykonávají, ale i ty, kteří ho již nevykonávají. Ukončení výkonu zdravotnického povolání nebo pracovně právního vztahu se zdravotnickým zařízením tak v žádném případě neznamená, že by povinnost mlčenlivosti ve vztahu k dříve získaným informacím zanikla, naopak trvá dále v nezměněném



rozsahu. Porušení povinné mlčenlivosti je klasifikováno jako delikt ní čili mimosmluvní odpovědnost (delikt ní – *ex delicto*), která vzniká buď jiným protiprávním úkonem než porušením smluvního závazku nebo škodní událostí, se kterou je normativně spojena odpovědnost, a to veřejnoprávní i soukromoprávní (Toužimská, 2015).

V případě povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků se navíc k jejímu ústavněprávnímu aspektu připojuje i výrazný rozměr etický, morální a soukromoprávní. Na povinnou mlčenlivost pamatují i stavovské předpisy např. Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry, Kodex práv pacienta či Hippokratova přísaha (Uherek, 2014, s. 21). A od května 2018 též Evropskou komisí schválené nařízení GDPR, jehož cílem bylo sjednocení právní úpravy a pravidel ochrany osobních údajů ve státech EU (Mlčoch, 2018).

## **2.2 Základní dokumenty v perioperační péči**

Vstupem do EU vyvstává potřeba dokumentovat práci na operačních sálech způsobem, který by popisoval jednotlivé kroky naší činnosti co nejpřesněji, ale zároveň co nejstručněji. Účelem perioperační ošetrovatelské dokumentace je zajistit maximálně bezpečný průběh perioperační péče a pacientovi i celému operačnímu týmu poskytnout záruky, že celý postup a průběh léčení probíhal „lege artis“ (Wichsová, 2013, s. 43). Správně vedená sesterská dokumentace je důkazem kvalitní ošetrovatelské péče (Søndergaard, 2016, s. 1757).

Předpokladem vysoce kvalitní perioperační péče je stanovení provozních a organizačních podmínek, které jsou definované, popsané a závazné nejen pro personál operačních sálů, ale i pro celé zdravotnické zařízení. Za tímto účelem je nutné, aby operační sály měly zpracované základní řídicí dokumenty, které jsou také předpokladem pro získání certifikace či akreditace (Jedličková, 2012, s. 35).

Pokud má zdravotnické zařízení implementovaný systém manažerské kvality, je povinné dodržovat určité formální i obsahové požadavky systému. Systém dle normy ISO 9001:2008 musí obsahovat dokumenty požadované organizací pro zabezpečení efektivního plánování činností a řízení svých procesů a záznamy o kvalitě požadované normou. Rozsah dokumentace systému řízení kvality závisí na velikosti pracoviště a druhu činností, komplexnosti procesů a kompetentnosti personálu. Dokumentace je vedena dle řídicí směrnice, jejímž účelem je definovat postupy pro zpracování, připomínkování, kontrolu a schvalování dokumentů systému managementu kvality. A to včetně postupů pro změny a revize dokumentů organizace, s cílem dosáhnout co nejvyšší úrovně kvality operativního řízení všech dokumentů organizace, které by mohly ovlivnit úroveň kvality poskytovaných služeb. Dokumenty mají různou formu, obsah

i validitu; může jít o obecný formulář, interní oznámení, metodický pokyn, řídicí směrnici, příručku kvality, příkaz ředitele. Řízená forma dokumentů zpravidla vyžaduje základní identifikační markery: název, rok, číslo vydání, schválil, podpis. Obecně lze říci, že na operačních sálech se vede dokumentace různého charakteru v tištěné nebo elektronické formě, například: operační kniha, operační nález, protokol operační sestry, operační program, průvodní listy k vyšetřením, odsouhlasené a platné standardy instrumentování při jednotlivých výkonech, záznam o spotřebě speciálního zdravotnického materiálu pro zdravotní pojišťovny, hospitalizační účet pacienta, sterilizační deník, provozní deníky přístrojů atd. (Kudlejová, 2014, s. 101).

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést dokumentaci používaných zdravotnických prostředků, u jejichž obsluhy musí být prokazatelně prováděna instruktáž či musí být dle pokynů výrobce prováděna bezpečnostně technická kontrola. Náležitosti dokumentace používaných zdravotnických prostředků stanoví prováděcí právní předpis (Zákon 366/2017 Sb., s. 3958).

### **2.2.1 Provozní řád**

Každé zdravotnické pracoviště specifikuje vlastní provozní řád podle konkrétní problematiky provozu. Návrh provozního řádu schvaluje rozhodnutím příslušný orgán ochrany veřejného zdraví (Podstatová, 2001, s. 282). Organizace práce je podle místních podmínek taxativně uvedena v provozním řádu oddělení. S ním musí být každý pracovník seznámen a pokyny v něm obsažené jsou pro všechny závazné (Zeman, 2011, s. 186).

Cílem provozního řádu operačních sálů je definovat a stanovit organizační strukturu a zabezpečení provozních podmínek. Jsou zde informace o členění sálů (většinou de oborů), charakteristika oddělení, popis specializované péče, zaměření pracoviště. Uvádí personální zabezpečení, kategorie a počty pracovníků, hygienické vybavení a preventivní opatření v případech mimořádných událostí, ale i při zajištění běžného provozu. Popisuje prostorové vybavení, stavebně technické uspořádání sálů a dalších obslužných prostor. Jsou zde uvedeny základní provozní podmínky a řídicí prvky. Ve struktuře Provozního řádu je uvedena používaná patientská dokumentace a veškerá ostatní dokumentace operačních sálů, popis pohybu pacienta před i po operačním výkonu (Jedličková, 2012, s. 36).

### **2.2.2 Organizační řád**

Organizační řád popisuje způsob řízení operačních sálů, jsou zde popsány pozice na jednotlivých úsecích, včetně definování jednotlivých pozic z hlediska rozsahu pravomocí, odpovědnosti, kompetencí všech kategorií pracovníků (primář, vrchní sestra, staniční sestra, úseková sestra, všeobecná sestra se specializací nebo bez specializace v perioperační péči, sanitář, technicko - hospodářští pracovníci a další). Důležité je také stanovení zastupitelnosti jednotlivých kategorií pracovníků (Jedličková, 2012, s. 36-37).

### **2.2.3 Hygienicko - epidemiologický řád**

Rizikové lokality a hygienicko – epidemiologicky významné činnosti jsou nemocnicí pravidelně kontrolovány a jsou sledovány všechny související postupy a pravidla (Šupšáková, 2017, s. 63). Dle Standardu 73 nemocnice stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál (Spojená akreditační komise, 2008, s. 90). V tomto dokumentu je zpracována charakteristika pracoviště z hygienicko – epidemiologického hlediska. Jsou zde popsány hygienické podmínky vstupu na operační sály pro veškerý personál, zajištění vstupu a výstupu pacienta z operačního sálu. Stanovuje hygienické podmínky přístupu na operační sály pro návštěvníky (stážisty, studenty, externí spolupracovníky). Popisuje provozní podmínky (klimatizace, zdravotnická a přístrojová technika, zajištění sterilního materiálu, uložení a transport materiálu, zabezpečení úklidu sálů a ostatních prostor, likvidace odpadů, jejich dělení a transport (Jedličková, 2012, s. 37).

### **2.2.4 Perioperační ošetřovatelská dokumentace**

Zavedení a používání dokumentace na operačních sálech jednou z podmínek lepší právní ochrany instrumentářky a obíhající sestry. Do protokolu používaného na operačních sálech obíhající sestra zaznamenává všechny důležité skutečnosti operačního výkonu. Vytvoření dokumentace není samoučelné, ale má být činností, která přidává hodnotu. Nad každým dokumentem je potřeba se zamyslet a zvážit, čím prospěje efektivnímu fungování organizace, zda není zbytečně obsáhlý, zda ho budou moci pracovníci rychle přečíst a porozumět mu. Cílem nemá být perfektně vedená dokumentace, ale perfektně poskytnutá péče s relevantním důkazem jejího poskytování (Kudlejová, 2014, s. 99).

Dokumentace o ošetrovatelské péči je důležitá pro kontinuitu péče, bezpečnost pacienta a pro průběh chirurgického výkonu. Musí být přizpůsobena klinické praxi, příslušným předpisům týkajícím se formy a obsahu, dokumentuje zvýšení bezpečnosti pacientů. Významnou roli také hrají zaběhnutá pravidla, zvyky a podmínky pro vedení dokumentace (Søndergaard, 2016, s. 1757). Měla by být komplexní a přesně odrážet péči o pacienta během operačního výkonu. Veškerá dokumentace vedená v perioperačním období je potenciálním dokladem, který by mohl být použit při vyšetřování stížností, profesionálních dotazů, jako důkaz u soudů nebo občanských sporů. S nárůstem počtu soudních sporů je naprosto zásadní, aby perioperační záznamy odrážely nejvyšší standardy péče (Wicker, 2010, s. 146).

Perioperační ošetrovatelská dokumentace obsahuje identifikační data pacienta, záznam o použitých přístrojích, použitém materiálu, doklad o sterilitě použitých zdravotnických prostředků, použité dezinfekci, uložení neutrální elektrody. Součástí je též početní kontrola materiálu, početní kontrola nástrojů, záznam mimořádné události, provedení bezpečnostní procedury, jméno a podpis pracovníka zodpovědného za zápis, čas zápisu (Wichsová, 2013, s. 43).

Perioperační sestry si převezmou pacienta pro chirurgický zákrok na operačním sále se zdravotnickou dokumentací vedenou na oddělení (Braaf, 2011, s. 1025). Po převzetí pacienta perioperační sestra musí shromáždit co nejvíce zásadních informací o pacientovi. Získává je od pacienta ještě před jeho uvedením do celkové anestezie, ale i z ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace. Úlohou sestry je ověřit totožnost pacienta, jeho podpis na informovaném souhlasu s anestezií a operačním výkonem, zkontrolovat dokumentaci pacienta – ošetrovatelský záznam, zdravotní záznam, rentgenové snímky, medikaci. Musí prostudovat a zhodnotit všechna předoperační vyšetření, zachovat jeho bezpečnost (Balková, 2013, s. 48). Z dokumentace čerpají informace sestry, anesteziologové a chirurgové. Po operačním výkonu chirurg vypíše operační protokol, včetně následné péče o pacienta na JIP nebo dospávací jednotce, a doplněná dokumentace je předána anesteziologem na pooperační jednotku. Zdravotnická dokumentace je následně předávána na všechna oddělení, kde je pacient hospitalizován. Dokumentaci údajů o pacientech lze doplnit verbálně, za předpokladu vysoké spolehlivosti informace (Braaf, 2011, s. 1025).

Využití elektronické dokumentace v perioperační péči má obrovské výhody pro perioperační tým, který má přístup k informacím o všech pacientech na jednom místě. Správné a efektivní využívání elektronické dokumentace může zlepšit komunikaci systému a pomáhá vytvářet bezpečnější a efektivnější podmínky zaměřené na pacienta. Další výhody použití informačních systémů v perioperačním prostředí představuje přehlednost komunikace, operativnost a

možnost dálkového přístupu. Mimo jiné pomocí komunikačních technologií a elektronických médií lze též účinně monitorovat pracovní zátěž. Kromě toho dochází k minimalizaci opakování informací shromážděných o pacientovi (Yontz, 2015).

### **2.2.5 Operační den a operační program**

Veškeré činnosti zahrnuté pod pojem perioperační péče jsou rozfázovány v operačním dnu. Jedná se o přípravu operačního sálu, přípravu na operační výkon, operační výkon, ukončení operačního výkonu (Jedličková, 2012, s. 40-41). Konkrétní provoz je určován operačním programem, který řídí chod práce na operačních sálech (Schneiderová, 2014, s. 54).

Operační program je sestavován přednostou chirurgického oddělení nebo jím pověřeným zástupcem (Zeman, 2011, s. 194). Operační programy jsou plánovány (vypisovány) buď v denních, týdenních či dlouhodobých plánech. Jejich cílem je stanovit pořadí operovaných pacientů na jednotlivých operačních sálech s přihlédnutím k provozním možnostem operačních sálů a k hygienicko – epidemiologickým zásadám (Jedličková, 2012, s. 42-43).

Operační program by měl obsahovat tyto doporučené údaje: číslo sálu, datum realizace operačního programu, jméno pacienta, rok narození, pořadí pacienta, oddělení, z kterého pacient přichází, telefonní kontakt na toto pracoviště, předpokládané umístění pacienta po ukončení operačního výkonu (Schneiderová, 2014, s. 54).

Zpravidla u prvního operačního výkonu uvedeného v programu je stanoven čas, kdy bude zahájena činnost anesteziologického týmu a čas, kdy bude zahájena činnost chirurgického týmu. Dále je v operačním programu uvedena diagnóza pacienta, plánovaný operační výkon, složení operační skupiny a anesteziologického týmu, typ anestezie, alergie, pozitivita infekčního onemocnění (HBsAg) či jiný hygienický problém a jiné zvláštnosti či požadavky související s operačním výkonem, jako např. požadavky na speciální přístroje, poloha pacienta, implantáty, speciální instrumentarium apod. (Jedličková, 2012, s. 42-43).

Operační program se sestavuje s ohledem na kapacitní možnosti technického a personálního zajištění. Uvádějí se zde výkony plánované, při sestavování operačního programu je nutné počítat i s včleněním operačních výkonů akutních a urgentních (Schneiderová, 2014, s. 54).

### **2.2.6 Operační kniha**

Operační kniha patří k základní dokumentaci vedené na operačním sále, sem jsou zaznamenávány všechny důležité údaje (Zeman, 2011, s. 194). Do operační knihy je lékařem proveden záznam o každém operačním výkonu (Slezáková, 2010, s. 13). Jedná se o pořadové číslo pacienta, jeho nacionále, datum operace, diagnózu, operační výkon, jména operátora, asistentů, instrumentářky a druh anestezie (Schneiderová, 2014, s. 64).

### **2.2.7 Operační protokol**

Po každé ukončené operaci sepíše operátor operační protokol, který se zakládá do chorobopisu (Zeman, 2011, s. 194). V záznamu o operačním výkonu je uveden začátek a konec operace, zda se jednalo o výkon plánovaný nebo akutní, název výkonu, případné alergie, název použitého antiseptika, poloha pacienta, použité přístroje, použitý šicí materiál, odběry biologického materiálů, drény, léky, materiál ponechaný v těle, záznamy o změnách na kůži po výkonu, mimořádné události během výkonu a prohlášení o souhlasu počtu nástrojů a sušení na konci operačního výkonu (Schneiderová, 2014, s. 9). S nemocným se na lůžkové oddělení předává i veškerá dokumentace, kde jsou písemně zaznamenány bezprostřední pooperační ordinace a doporučení anesteziologa a operátora (Zeman, 2011, s. 192).

### **2.2.8 Perioperační bezpečnostní protokol**

Pacient je na operačním sále v roli bezmocného pozorovatele, jehož bezpečnost je zcela závislá na zdravotnickém personálu. Ten proto musí dobře znát prostředí a logistiku operačních sálů, zejména s ohledem na případná zdravotní rizika (Ihnát, 2017, s. 18). Bezpečnost operačních sálů závisí na odborných a regulačních požadavcích, které vyžadují vysokou úroveň dovedností, dokumentační normy, průběžné kontroly a dobře udržované vybavení. Předpisy a podrobné protokoly existují téměř pro každý prováděný postup. Zkušení lékaři, zdravotní sestry a techničtí pracovníci se spoléhají na tyto standardy operačního sálu a tím podporují poskytování bezpečné péče (Watson, 2010, s. 1).

Je důležité zaměřit se na zvyklosti a dril perioperačních sester při vypracování dokumentace daného pracoviště a zdokonalenými technickými nástroji usnadnit vypracování dokumentace. A tím přispět ke zlepšení bezpečnosti pacientů. Dokumentace je chápána jako předpoklad zajištění bezpečnosti a kvality v ošetrovatelství (Søndergaard, 2016, s. 1757-1758).

Základní norma komise pro zdravotní péči (The Healthcare Commission's Core Standard) uvádí, že pracovníci v perioperačním prostředí si jsou vědomi svých právních a profesních povinností v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví. Existují systémy, které zajistí bezpečné prostředí pro pacienty, zaměstnance a návštěvníky operačních sálů. Perioperační pracovníci, stejně jako všichni ostatní odborníci v oblasti zdravotnictví, jsou osobně zodpovědní, a proto mají povinnost vyhodnotit všechny rizikové situace, které by mohly potenciálně poškodit pacienty. Aby bylo minimalizováno riziko, je nezbytné, aby existoval kontrolní mechanismus pro lustraci osob, které navštěvují operační sály ( Wicker, 2010, s. 179-180).

WHO Surgical Safety Checklist (SSCL) pro chirurgické zákroky byl vytvořen v roce 2008 s cílem snížit počet úmrtí a komplikací pacienta při chirurgických zákrocích. Ukazuje rámec, který umožní nemocnicím zvýšit bezpečnost pacientů (Wicker, 2017, s. 29). Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 2010 stanovilo Surgical Safety Checklist jako jeden z rezortních bezpečnostních cílů v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotnických služeb. Resortní bezpečnostní cíl č. 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech - stanovuje, že nemocnice má zavedený závazný jednotný postup, kterým zajišťuje provádění správného výkonu u správného pacienta a ve správné lokalizaci. Pacient se aktivně účastní označení místa výkonu nesmazatelnou barvou. Bezprostředně před zahájením operace se provádí předoperační bezpečnostní procedura, která zahrnuje ověření identifikace pacienta, identifikaci výkonu, identifikaci strany výkonu (při zaměnitelných místech), dostupnost a správnost potřebných technologií či zdravotnických prostředků. Bezpečnostní procedura probíhá za přímé účasti všech osob, které se na provedení operačního výkonu podílejí. Předoperační bezpečnostní protokol by měl být uskutečňován ve třech krocích (Vácová, 2016, s. 139-140). První krok bezpečnostní procedury probíhá před podáním anestezie a je označen slovy - SIGN IN (přihlaste se). Provádí se kontrola identity pacienta, předpokládaného typu operačního výkonu, označení místa operačního výkonu, informovaného souhlasu pacienta s anestezíí, informovaného souhlasu pacienta s operačním výkonem, alergií v anamnéze. Dále se kontroluje funkčnost anesteziologického přístroje, připravenost anestetik, možnost překážky v dýchacích cestách, riziko aspirace, správnost přiložení pulzního oxymetru (Wicker, 2017, s. 29-30).

Druhý krok bezpečnostní procedury – fáze TIMEOUT (zastavte se) - je chvíle zklidnění, probíhá těsně před provedením incize kůže. Všichni členové operačního týmu se musí zastavit a poslouchat, představit se, uvést svou úlohu při operaci. Operatér vyzve obíhající sestru, aby přečetla prováděcí část perioperačního bezpečnostního protokolu, znovu se potvrdí totožnost pacienta, strana, místo, typ operačního výkonu, souhlas pacienta s operačním výkonem,

profylaktické podání antibiotik v posledních 60 minutách. Operatér udává předpokládaná rizika operace a předpokládané krevní ztráty, anesteziolog se vyjadřuje k rizikům anestézie, perioperační sestra potvrzuje připravenost nástrojů, operačních pomůcek a jejich sterilitu (Vácová, 2016, s. 139-140).

Třetí krok bezpečnostní procedury probíhá bezprostředně před ukončením operačního výkonu a nazývá se - SIGN OUT (odhlašte se). Perioperační sestry hlásí početní kontrolu a souhlas všech nástrojů, operačního materiálu, roušek, odebrané vzorky biologického materiálu. Chirurg a anesteziolog ordinují pooperační medikace, indikují, kde bude probíhat pooperační péče o pacienta (Wicker, 2017, s. 29-30).

### **2.2.9 Záznam o průběhu anestezie**

Záznam o průběhu anestezie je podrobný protokol, který vyhotovuje anesteziolog. Je rovněž součástí dokumentace nemocného. O anestézii jakéhokoliv typu/délky je veden záznam, jehož obsahem je identifikace zdravotnického zařízení, pacienta, datum a čas zahájení anestézie, typ výkonu, pro který je anestezie poskytována, identifikace anesteziologa, lékaře provádějícího daný operační/diagnostický výkon, pro který je anestezie poskytována, výsledek předanestetického vyšetření a informace o souhlasu s poskytnutím anestezie, údaje o všech sledovaných fyziologických/orgánových funkcích pacienta v přiměřených intervalech, zajištění dýchacích cest, zajištění přístupu do krevního oběhu, poloze pacienta a provedení postupů prevence tlakového poškození, nastavení dýchacích plynů a inhalačních anestetik (Cvachovec, 2017).

Lze v něm najít údaje o veškerých léčivech podaných v průběhu anestezie, o použitých nefarmakologických intervencích, o použití zdravotnických pomůcek, přístrojů (platí pro přístroje třídy II b a III s povinností prokazatelného záznamu použití na pacientovi), nebo jiných prostředků zdravotnické techniky, není-li dokumentováno jinak, o atypickém průběhu anebo komplikacích v průběhu anestezie, o době trvání anestezie, době operace a času předání pacienta do péče jiného zdravotnického pracovníka (Rybářová, 2014, s. 32).

### **2.2.10 Anesteziologická kniha**

Po vyčlenění anesteziologie jako samostatného medicínského oboru byla zavedena samostatná anesteziologická kniha (Duda, 2000, s. 84-85). Zde jsou o každém pacientovi vedené samostatné záznamy týkající se prováděné anestezie (Zeman, 2011, s. 194). Do knihy



anesteziologických výkonů se provádí chronologické zápisy o podaných anesteziích, osobní údaje pacienta, diagnóza, operační výkon, premedikace, typ podané anestezie, délka výkonu, anesteziologický tým (Zemanová, 2002, s. 78).

## **2.3 Další perioperační dokumentace**

Další dokumentací vedenou na operačním oddělení je rozpis služeb pracovníků, dokumentace o užití a kontrolách přístrojů, hygienicko-epidemiologických prověrkách, poučení zaměstnanců o bezpečnosti práce, evidence spotřebovaného materiálu, dokumentace pro zdravotní pojišťovny a další záznamy dle místních zvyklostí a potřeb (Zeman, 2011, s. 194).

K dokumentaci na operačních sálech také patří průvodky k vyšetření, deníky biologického materiálu k vyšetření – odběrové deníky, evidence spotřeby omamných látek, verifikační protokol (stranový protokol), deníky úrazů, deníky mimořádných událostí, seznamy inventarizovaného majetku, personální záznamy, záznamy o vzdělávání personálu (Jedličková, 2012, s. 49-51).

### **2.3.1 Časové rozvrhy činností a harmonogramy práce na operačních sálech**

Pracovní harmonogramy definují činnosti veškerého personálu dle jejich kompetencí, daných pracovních náplní s cílem zajištění provozu operačních sálů v denních, týdenních, měsíčních a ročních etapách (Jedličková, 2012, s. 38).

### **2.3.2 Náplně práce**

Náplň práce sestry na operačním sále je velmi obsáhlá a rozmanitá. Práce perioperační sestry mimo přímé účasti u operace zahrnuje zabezpečování asepse, péče o inventář operačních sálů, přípravu pomůcek k operaci, péči o nástroje a jejich sterilizaci, zachovávání mlčenlivosti v souvislosti s výkonem povolání, dodržování etických a holistických přístupů k pacientovi, organizování operačního programu, kontrola identifikačních údajů o pacientovi. Sestra kontroluje též správnou předoperační přípravu, vede zdravotnickou a ošetřovatelskou dokumentaci (Kudlejová, 2014, s. 26-27).

Náplně práce pro jednotlivé zdravotnické profese jsou nedílnou součástí pracovní smlouvy.

Náplň práce obsahuje tyto údaje: identifikační údaje pracovníka, identifikační údaje pracoviště, popis a identifikační číslo pracovní pozice dle katalogu prací, upřesnění pracovní pozice,

platové zařazení, obecný popis pracovních činností, upřesňující popis požadovaných činností, podpis pracovníka a jeho nadřízeného, datum. Náplň pro pracovní pozice a činnosti na operačních sálech popisují podrobněji kompetence a povinnosti pro jednotlivé procesy a činnosti vykonávané na operačních sálech v souvislosti s poskytováním perioperační péče. Jedná se o náplně práce jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků. Mezi kmenové zaměstnance patří všeobecné sestry s nebo bez specializace, sanitáři, technicko – hospodářští pracovníci (Jedličková, 2012, s. 38 - 39). Náročnost a rozmanitost operačních výkonů klade vysoké požadavky na sebranost operačního týmu včetně anesteziologa a perioperačních sester (Kala, 2011, s. 3).

Další kategorií v rámci náplní práce jsou náplně pro pracovní skupiny. Základní pracovní skupinou je operační tým, který se skládá z operátora a jeho asistentů, instrumentářky, obíhající sestry, anesteziologické sestry, anesteziologa, sanitáře (Jedličková, 2012, s. 38-39).

Při určování náplně práce je třeba postihnout i situace, kdy se pravomoci a povinnosti pracovníka mění, například při službě v mimopracovní době (Spojená akreditační komise, 2008, s. 73). Náplně činností lze rozdělit na organizační, řídicí a provozní. Organizační a řídicí vykonávají vedoucí pracovníci (primář, vrchní sestra, úsekové sestry, vedoucí sestra směny). Náplň pro jednotlivé směny vychází ze zpracovaných harmonogramů činností (Jedličková, 2019, s. 53).

### **2.3.3 Hlášení sester**

Perioperační sestry provádějí záznamy o průběhu a předání služeb (Slezáková, 2010, s. 13). Hlášení sester je doklad o průběhu pracovního procesu a postupů u akutních operací v době mimo běžný provoz - zpravidla od 15.00 do 7.00 hod dalšího dne (Jedličková, 2012, s. 49).

### **2.3.4 Sterilizační deník**

K základní dokumentaci pracoviště patří vypracované standardy ošetrovatelské péče v přípravě sterilních zdravotnických prostředků, protokoly sterilizace, registrační nebo grafické záznamy. Je nutné vést sterilizační deník, kde se provádí zápis každého cyklu včetně vyhodnocení testů. Každý přístroj musí mít provozní deník, návod na obsluhu v českém jazyce, prohlášení o shodě a passport, který obsahuje název přístroje, popis konstrukce a funkce přístroje. Archivují se protokoly o provedené kontrole účinnosti sterilizační techniky a další veškeré servisní záznamy, včetně výsledků hygienických kontrol a výsledků kontrol sterility zdravotnických prostředků

(Jedličková, 2012, s. 111). Písemnou dokumentaci sterilizace je nutno archivovat minimálně 15 let (Maďar, 2006, 170).

## **2.4 Elektronická dokumentace na operačních sálech a sterilizaci**

V sedmdesátých letech 20. století se začaly počítačové technologie uplatňovat i v medicíně, prvním komplexnějším využitím byly zaevidované databáze pacientů. V dnešní době již zasahují počítačové technologie do téměř všech odvětví medicíny, včetně tak specializovaných úkonů, jakými jsou chirurgické operační výkony (Krška, 2011, s. 236). Informační a komunikační technologie představují novou součást zdravotní péče o pacienty, zejména modernizují a zrychlují nakládání s citlivými informacemi. Lékařům i sestřám tyto technologie poskytují přístup k relevantním informacím (Wicker, 2010, s. 151).

Základním krokem pro vytváření elektronické zdravotnické dokumentace na operačních sálech je vytvoření elektronické podoby operační knihy. Zpravidla den před operací vytváří pověřený pracovník v informačním systému MEDIX operační program. Na začátku každé operace předchází zaznamenání materiálu a přístrojů na pacienta a zaznamenání času začátku operace. V průběhu operace eviduje obíhající sestra pomocí čtečky a čárových kódů další použitý materiál. Po ukončení operace sestra zaznamená čas ukončení operace a čas odvozu pacienta z operačního sálu. Ukončením operace se automaticky vytváří následná zdravotnická dokumentace: sesterská dokumentace perioperační péče, záznamy o použitých přístrojích, záznamy do patientské dokumentace ze sterilizačních procesů, generují se žádanky na sterilizaci a zároveň se veškerá dokumentace archivuje (Jedličková, 2019, s. 55).

### **2.4.1 Nemocniční informační systém**

Nemocničním informačním systémem nazýváme soubor aplikací, technologií a služeb dodávaných určitou firmou nebo firmami jako komplexní řešení systémů, které pracují s životně důležitými daty pacientů a tato data bezpečně uchovávají (Šupšáková, 2017, s. 189). Systémy mohou pokrývat celé regiony, jsou určeny zdravotnickým zařízením všech kategorií a velikostí pro vedení zdravotnické dokumentace pacientů, vykazování zdravotnické péče zdravotním pojišťovně, podporu lékařské péče v oblasti žádanek, receptů, objednávek pacientů apod., dále slouží pro management jako nástroj na sledování okamžité i dlouhodobé efektivity léčby a ostatních ukazatelů podstatných pro vedení nemocnice (Plevová, 2012, s. 275).

NIS pracuje s daty pacientů, která mají charakter vysoce citlivých informací (údaje o zdravotním stavu, nemocech, onemocněních v rodinách). Proto ochrana dat pacientů vstupuje do popředí z důvodů mravních a etických, legislativních, odborných. Nis ovládá velké množství uživatelů – zaměstnanců zdravotnického zařízení (Šupšáková, 2017, s. 189). Jediným a jednoznačným přihlášením do systému má uživatel podle nastavených přístupových práv okamžitý přehled o pohybu a stavu pacienta od jeho přijetí, o ordinovaných a provedených vyšetřeních, výsledcích vyšetření až po ukončení léčby. Zavádění informačních systémů NIS je nepřetržitý proces, který spočívá v přizpůsobování se vnějším podmínkám, jako např. stále se měnící legislativa, změny číselníků, nové poznatky v oblasti vědy, změny technologií a zvyšující se nároky uživatelů (Plevová, 2012, s. 275-276).

#### **2.4.2 Elektronický systém pro zpracování obrazových informací**

PACS je moderní systém pro správu, zobrazování, archivaci a přenos snímků z digitálních zobrazovacích systémů (CT, MR, PET, angiografie a dalších) v oblasti zdravotnictví. Systém umožňuje okamžitý přístup ke snímkům z libovolného místa (včetně zahraničí), dále elektronický přenos snímků mezi libovolnými nemocnicemi a zdravotnickými zařízeními. Systém je opatřen bezpečnostní technologií, jež vkládá přímo do obrazové informace identifikaci pacienta, takže minimalizuje riziko záměny (Plevová, 2012, s. 279). Tento systém v současné době funguje na téměř všech zobrazovacích pracovištích. Kromě zjednodušení a zrychlení obrazového přenosu i pořízení obrazové dokumentace přináší ale i větší rizika v oblasti zranitelnosti systému jako celku (Šupšáková, 2017, s. 194-195).

#### **2.4.3 MEDIX**

Elektronická zdravotnická dokumentace se primárně vytváří v nemocničním informačním systému a následně je zpracována v informačním systému MEDIX. Systém je nainstalován na nemocniční server a pomocí počítačové sítě spolupracuje s nemocničním informačním systémem (Jedličková, 2012, s. 51).

Zdravotnictví je obor, kde může být každá chyba fatální, proto jsou i nároky na zpracování dokumentace vyšší. To je v některých oblastech tak časově náročné, že se přibližuje době péče o pacienta. Špatná evidence nebo chyby v dokumentaci vedou vždy k závěrům, které mají pro vedoucí pracovníky a lékařská zařízení zásadní dopady. Pokud proces není řádně zdokumentován, nepomůže nám tvrzení, že vše provádíme správně. (Hammer, 2011, s. 9).

Z uživatelského pohledu systém MEDIX zjednodušuje, zefektivňuje a zpřesňuje práci obsluhy, eviduje a dokladuje veškeré procesy, kalkuluje všechny náklady. Uživatelskou předností je detailní on-line sledování průběhů změn a evidence materiálových položek od příjmu až po výdej i jejich použití na pacienta. Dále sleduje průběh operačního dne a zajištění akutních potřeb materiálových a personálních položek. Zpracování formulářů, měsíčních výkazů a základních statistik není pro systém MEDIX žádný problém. Dochází k výraznému zrychlení, zpřesnění a standardizaci logistických postupů. Systém zpracovává dokonalou a přehlednou analýzu nákladů. Zavedením metody standardizace nákladů a detailním rozúčtováním nákladů na pacienta, operační tým, nákladové středisko a externí pracoviště dochází k výraznému snížení přímých nákladů. MEDIX vede zdravotnickou dokumentaci podle zákona. Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester. Výsledkem je standardizace elektronického formuláře perioperačního protokolu s možností tisku sestav dle zvyklostí dané nemocnice. Současně s vývojem perioperační ošetrovatelské dokumentace byl naprogramován i modul pro evidenci přístrojů na pacienta. Načítat sterilizované položky na pacienta není žádný problém, protože každá položka je opatřena čárovým kódem. Složitější je načítat operační materiály, které nemocnice nakupuje přímo na operační sály. Tyto položky centrální sterilizací neprocházejí a čárovými kódy jsou opatřeny jen některé. Aplikací všech nových modulů získáváme jedinečnou možnost načítat veškerý materiál použitý na pacienta pomocí čárových kódů. Správné načítání položek na pacienta pomocí čárových kódů je předpokladem pro přesnou evidenci a rozúčtování nákladů s využitím zatím posledního vyvinutého modulu Manažerské statistiky (Hammer, 2013, s. 17-18).

Informační systém MEDIX umožňuje na operačních sálech vytvoření a odeslání žádanky, registraci pohybu kontejnerů a jednotlivých pomůcek a příjem vysterilizovaného materiálu. Tento informační systém je využíván i na úseku sterilizace nástrojů. Při příjmu materiálu ke sterilizaci se vytvoří žádanka, na úseku setování nástrojů se registruje setování a sterilizace kontejnerů, v případě jakékoli neshody nebo nedostatku je možno okamžitě zareagovat. Při výdeji sterilního materiálu jsou jednotlivé položky označeny čárovým kódem a po kontrole materiálu je vytvořena elektronická výdejka, která se předává se sterilním materiálem na jednotlivá oddělení (Šilhanová, 2008, s. 36).

Náklady sálů lze rozklíčovat po jednotlivých položkách za operační materiály a sterilizované položky, samozřejmě v libovolném časovém období, v detailech na jednotlivou odbornost, jednotlivý sál, konkrétního operátora, konkrétní operaci, a to i kumulativně. Můžeme sledovat i detaily nákladů – například spotřebu konkrétních operačních materiálů a sterilizovaných

položek za dané období. Opět lze vše filtrovat na operační sál, operační obor, lékaře apod. Základním předpokladem správné evidence nákladů je jejich sledování v reálném čase (Hammer, 2013, s. 17-18).

Ochrana dat je zajišťována také tím, že každý uživatel má omezená přístupová práva, která může využívat pouze pro daný úsek pracoviště (Šilhanová, 2008, s. 36).

## **2.5 Politika kvality**

Kvalitu a dodržování standardů lze monitorovat a měřit hned několika způsoby, např. celkovým auditem, sběrem statistických údajů, kontrolami ošetrovatelské dokumentace, srovnáváním kritérií ve standardech aj. V rámci organizace se používají různé metody měření kvality, které jsou vhodné pro různé úrovně řízení, oblasti činnosti a služeb (Černocká, 2014, s. 6).

Mezi základní procesy, které jsou pro udělení certifikace kvality nebo akreditace nezbytné, patří sledování odborné způsobilosti personálu a jeho další vzdělávání, vytváření základních a odborných standardů pro jednotlivé chirurgické obory, pracovní postupy (Jedličková, 2012, s. 37-38).

Pro další zpracování a hodnocení provozu operačních sálů, především po stránce ekonomické, je vhodný monitoring a sledování jednotlivých produktů, validace přístrojů, požární bezpečnosti, elektrických zařízení, ohřívacích přístrojů pro vyhřívací podložky nebo pro ohřívání roztoků, kontrola plynových lahví, monitorování anesteziologických odpadních plynů, evidence nebezpečného odpadu. Nastavení cílů politiky kvality by mělo být měřitelné a pochopitelné pro všechny pracovníky operačních sálů (Burlingame, 2016, s. 237).

Řízená dokumentace je pojem důvěrně známý všem, kteří mají za sebou certifikaci či akreditaci systému managementu kvality či se na ni připravují. Může mít různou podobu, vždy se však jedná o soubor dokumentů, u kterých pravidelně dochází k přezkoumání jejich platnosti, aby byla zajištěna jejich aktuálnost a využitelnost v provozu (Žornová, 2017, s. 32).

Zapisuje se také dodržování bezpečnostních postupů včetně použitého materiálu, zapůjčeného instrumentária, vyřazené medikamenty, zásoby léků, teplota při uložení materiálů nebo léčiv citlivých na teplotu. (Burlingame, 2016, s. 313).

Perioperační dokumentace vychází z mezinárodně uznávaných metod zajišťování kvality, jako je požadavek Společné akreditační komise, že dokumentace, kontrola kvality a kvalitativní rozvoj jsou nedílnou součástí zdravotnických služeb (Joint Commission 2016).

Pečlivá dokumentace ošetrovatelství tak přispívá ke zlepšení kvality léčby pacienta a klinické kvality (Søndergaard, 2016, s. 1758). Dalšími nezbytnými dokumenty pro provoz operačních sálů jsou např. evakuační řád, traumatologický řád, procesní a jiná dokumentace na operačních sálech (Jedličková, 2012, s. 37 - 38).

### **2.5.1 Akreditace zdravotnického zařízení**

Proces uznání kvality se nazývá akreditace (Šupšáková, 2017, s. 53). Akreditace je dobrovolný hodnotící proces, při kterém státní či nestátní instituce potvrzuje, že zdravotnické zařízení vyhovuje standardům, které vyžadují kontinuální zvyšování kvality v oblasti struktury, procesů i výstupů činnosti. Při akreditaci nezávislá externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je oficiálním uznáním, že zdravotnické pracoviště nebo zařízení je způsobilé k poskytování kvalitních služeb a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče (Bártlová, 2011, s. 63). Samotnou akreditaci provádí mezinárodní akreditační komise, která uděluje zdravotnickému zařízení certifikát s tříletou platností (Šupšáková, 2017, s. 73).

Akreditační standardy jsou doporučené postupy, které jsou pro akreditaci daného zdravotnického zařízení závazné. Jedná se o soubor minimálních požadavků k zajištění kvalitní a bezpečné péče poskytované v odpovídajícím bezpečném prostředí (Šupšáková, 2017, s. 53). Všechny organizace mají vždy dostatek možností k dalšímu zlepšování. Systematický rozvoj způsobilosti zaměstnanců, jejich znalostí a dovedností je budoucím úspěchem organizace. Je potřeba definovat úroveň a rozsah požadavků na odbornou způsobilost zaměstnanců s ohledem na současné a budoucí potřeby organizace (Nenadál, 2008, s. 28-29).

Zdravotnická dokumentace je podkladem pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče, jak při provádění vnitřních hodnocení, tak při externích auditech realizovaných za účelem dosažení určité akreditace či certifikace (Policar, 2010, s. 19).

### **2.5.2 Akreditační proces**

Historie akreditací zdravotnických zařízení v Evropě sahá do poloviny osmdesátých let minulého století. Spojená akreditační komise (SAK) v ČR vznikla v roce 1998 jako výstup mezinárodního projektu, jehož cílem bylo zavést v postsocialistických zemích akreditační systémy do nemocnic. Odborným garantem projektu byly Joint Commision v USA (Marx,

2016, s. 4). Činnost JCI je dnes všeobecně celosvětově uznávaná ve smyslu určování strategií a trendů v otázkách bezpečnosti zdravotní péče. JCI jsou vypracované standardy na základě mezinárodního konsenzu při respektování právního prostředí jednotlivých států. JCI identifikuje, kvalifikuje a sdílí pravidla nejlepší praxe v otázkách kvality a bezpečí pacientů v celosvětovém měřítku (Šupšáková, 2017, s. 72).

Více než polovina současných akreditačních standardů publikovaných touto organizací se přímo nebo nepřímo dotýká bezpečí pacientů (Škrla, 2008, s. 25). Cílem je především zlepšit spolehlivost identifikace pacientů (použití nejméně dvou způsobů identifikace), zlepšit bezpečnost rizikových medikací, zabránit chirurgickým zákrokům na nepravém pacientovi, nesprávné lokalitě nebo použití nevhodné procedury, zapojit pacienta do procesu označení místa chirurgického zákroku, používání standardizovaného protokolu pro ověřovací proces, snížit riziko poškození pacienta v důsledku pádu, snížit riziko chirurgických požárů, zabránit vzniku dekubitů apod. (Phippen, 2009, s. 70).

### **2.5.3 Standardy v perioperační péči**

Standard je jednou z cest ke zvýšení výkonnosti a efektivity (Kudlejová, 2014, s. 55). Standard představuje nastavenou profesní úroveň kvality, určuje závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči a umožňuje objektivní hodnocení poskytnuté péče (Černocká, 2014, s. 4). Standardy poskytují bezpečí a jistotu nemocným, chrání zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem, pokud standard byl dodržen (Bártlová, 2011, s. 63). Při práci se standardy je třeba nejdříve pochopit, proč je jejich akceptace vhodná a jaký užitek standardy přinesou. Standardy zapadají do širšího procesu řízení kvality péče (Černocká, 2014, s. 5). Zpravidla jsou podle funkce a zaměření nastaveny jako standardy strukturální (týkající se organizace a služeb, kompetencí a péče o vybavení), procesuální (popisující postupy při výkonech, v ošetrovatelském procesu) nebo výsledkové, které se zabývají se hodnocením kvalitativních ukazatelů (Kudlejová, 2014, s. 55).

### **2.5.4 Management mimořádných událostí**

Bezpečnost pacientů ve zdravotnických zařízeních je vážným rizikem, proto dochází k zavádění systematických přístupů vedoucích jak k zajištění bezpečnosti pacientů, tak i ke zvýšení celkové kvality zdravotní péče (Pokojová, 2012, s. 13).



Za nežádoucí příhody jsou považovány všechny události, které ohrozily zdraví a život pacientů nebo zaměstnanců zdravotnického zařízení, majetek pacientů a zaměstnanců, ale i majetek zdravotnického zařízení (Šupšáková, 2017, s. 6). A také všechny události, které mohou být zneužity vůči zdravotnickému zařízení nebo jeho zaměstnancům (Vondráček, 2009, s. 54).

Podle následků a závažnosti je možné mimořádnou událost klasifikovat do více kategorií od prostého pochybení až po závažný incident a s různou mírou následků (bez následků až po ireverzibilní následky až smrt). V náročném prostředí operačních sálů se mohou vyskytnout situace, které k nežádoucím událostem vedou. Mezi nejčastější rizika patří záměna pacienta, záměna operované strany, ponechání materiálu v operační ráně, poškození pacienta přístrojem - např. popálení (Kudlejoá, 2014, s. 45-47).

Je nutné si uvědomit fakt, že pokud dojde k pochybení ze strany zdravotnického personálu ve vztahu k pacientovi, lze očekávat spor nejen v etické, ale i právní rovině. Zdravotnický pracovník tak může čelit trestněprávní i občanskoprávní odpovědnosti. Kritéria pro hodnocení chování zdravotníků jsou mnohem přísnější a náročnější, než u nezdravotníků (Wolfová, 2016, s. 2).

Při zjištění nežádoucí příhody zaměstnanec, který příhodu zjistil nebo je tím pověřen, zajistí: podrobný a pravdivý písemný záznam o události, identifikaci a písemné vyjádření svědků, zdravotnickou, případně jinou dokumentaci, která se k příhodě váže, neprodlené informování svého přímého nadřízeného, který pak podle závažnosti informuje příslušného náměstka ředitele zdravotnického zařízení. Ti pak rozhodnou o dalším postupu, tj. přijetí potřebných opatření, případně předání věci Policii ČR (Vondráček, 2009, s. 55). V České republice existuje Systém hlášení nežádoucích událostí ÚZIS, který sbírá data ze zdravotnických zařízení, jež jsou přímo řízená Ministerstvem zdravotnictví. Pro ostatní zdravotnická zařízení je přihlášení do systému prozatím dobrovolné (Hettnerová, 2016, s. 5).

## **2.6 Shrnutí teoretické části**

Vzhledem k neustálému vývoji medicíny i techniky se v současnosti perioperační sestra mnohem častěji, než dříve setkává se zaváděním nových operačních postupů. Velký důraz je kladen na její manuální a technickou zručnost, přesnost, pohotovost, rozhodnost, spolehlivost, rychlost, znalosti anatomie a fyziologie, dokonalou znalost operačních postupů. Profese sestry na operačním sále je často fyzicky i psychicky namáhavá, vyžaduje kritické myšlení, adaptabilitu a odborné znalosti na vysoké úrovni (Kudlejová, 2014, s. 26).

Jednou z mnoha povinností perioperační sestry je vedení dokumentace na operačních sálech. Je potřeba zkoumat, jestli perioperační dokumentace sestřám pracujícím na operačním sále vyhovuje, zda mají problémy při jejím vedení, co by bylo možné dále zlepšit a zefektivnit.

Tato diplomová práce v jednom z dílčích cílů zkoumá, zda zavedený elektronický systém Medix vedení dokumentace sestřám ulehčuje nebo spíše komplikuje. Výstup této práce je orientován na zaznamenání a vyhodnocení výsledků, mapuje dobré i špatné zkušenosti perioperačních sester s tímto programem. A navrhuje možné vylepšení stávajícího systému, aby fungoval ještě efektivněji ke spokojenosti všech jeho uživatelů.

Pro teoretickou část byla vytvořena rešerše odborné literatury (příloha E).

## **3 VÝZKUMNÁ/PRŮZKUMNÁ/PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury byly tyto výzkumné otázky:

1. Mají perioperační sestry na operačních sálech perioperační dokumentaci?
2. Jakou zdravotnickou dokumentaci používají perioperační sestry nejčastěji a z které zdravotnické dokumentace čerpají informace?
3. Považují perioperační sestry perioperační dokumentaci za důležitou?
4. Zapisují perioperační sestry důsledně všechna důležitá data do perioperační dokumentace?
5. Mají perioperační sestry na svém pracovišti k dispozici standardy a využívají je?
6. S jakými problémy v elektronickém systému MEDIX se perioperační sestry setkávají a jakým způsobem je řeší?
7. Co by perioperační sestry v systému MEDIX chtěly změnit?

### **3.2 Metodika výzkumu**

Tato práce zkoumá problematiku zdravotnické dokumentace na operačních sálech. Výzkum probíhal na akreditovaném pracovišti v nemocnici fakulturního typu na centrálních operačních sálech a na operačních sálech neurochirurgické kliniky. Respondentkami tohoto výzkumu byly perioperační sestry operačních sálů. Práce je teoreticko-průzkumná/výzkumná, pro získání empirických dat byly použity metody kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum byl prováděn sběr dat metodou anonymního dotazníkového šetření.

Dotazník je nejrozšířenější a nejpropracovanější technikou získávání dat. Ze všech technik je nejméně náročný na čas. Zároveň může poměrně snadno oslovit značný počet i velmi vzdálených respondentů. Dotazník je také vstřícný směrem k osloveným. Poskytuje delší čas na rozmyšlení a poměrně přesvědčivou anonymitu. Značnou nevýhodou dotazníkového šetření však bývá nízká návratnost dotazníků (Olecká, 2010, s. 23-24).

Náš výzkum využívá nestandardizovaný dotazník (viz přílohu A) speciálně vytvořený k získávání relevantních údajů pro tuto diplomovou práci. Dotazník je určen perioperačním sestrám pracujícím na operačních sálech. Obsahuje 42 otázek, otázky jsou uzavřené dichotomické, polytomické výběrové, polytomické výčtové, polytomické stupnicové.

U otázek č. 2 a č. 33 hodnotili respondenti nejvhodnější odpověď pomocí bodového ohodnocení (5-1 bod).

Dotazník se skládá ze dvou částí. První je zaměřena na perioperační dokumentaci, na její vedení, význam, její další využití, získávání dat o pacientovi. Sleduje pečlivost při vedení perioperační dokumentace. Druhá část dotazníku je zaměřena na standardy v perioperační péči, na jejich tvorbu a využití, na přístupnost ke standardům v rámci oddělení, na přínos standardizace v perioperační péči. Zkoumá, zda standardy na operačních sálech perioperačním sestřám pomáhají. Na konci dotazníku je umístěno sedm identifikačních otázek. Anonymita respondentů je zachována.

Kvalitativní dotazník obsahuje 12 otevřených otázek na informační systém MEDIX (viz přílohu B). Dotazník je zaměřen na problémy s používáním tohoto informačního systému, ale i na jeho přínos pro práci perioperačních sester. Výstupem tohoto průzkumu by měl být též konkrétní návrh změn v tomto programu, aby uživatelům co nejvíce vyhovoval.

Charakteristický pro kvalitativní výzkum je záměrný výběr vzorku, neboť vyhledáváme vhodné respondenty na základě našeho záměru. Reprezentativní vzorky jsou podstatně menší, flexibilnější a poskytují validní informace (Vojtíšek, 2012, s. 18).

### **3.2.1 Výběr respondentů**

Pilotní průzkum byl proveden v srpnu a září 2018. Jeho cílem bylo zjistit, zda vytvořený dotazník je pro respondenty srozumitelný. Pilotní dotazník jsem rozdala 5 perioperačním sestřám pracujícím na centrálních operačních sálech nemocnice fakultního typu. Tyto perioperační sestry dotazník vyplnily a dopsaly k jednotlivým otázkám v dotazníku své připomínky a návrhy na přeformulování otázek. Dle jejich připomínek byla transformována otázka č. 2 na tabulku, aby respondenti mohli bodově ohodnotit používání různých druhů perioperační dokumentace (5 bodů nejvíce, 1 bod nejméně). Otázka č. 4 byla rozšířena o možnost odpovědi „nevím“. Otázka č. 5 původně zněla: „Je perioperační dokumentace jednotná v rámci celého zdravotnického zařízení?“ Tato otázka byla přeformulována na verzi: „Je perioperační dokumentace jednotná na všech operačních sálech v rámci celého zdravotnického zařízení?“ Odpovědi na otázku č. 8 byly doplněny o možnost „spíše ne“. Otázka č. 9 byla přeformulována: „Je zápis dat do perioperační dokumentace na vašich operačních sálech jednotný?“ Otázka č. 15 byla původně formulována: „Je perioperační bezpečnostní proces součástí perioperační dokumentace?“ Tato otázka byla opravena na: „Je zápis o

provedení perioperačního bezpečnostního protokolu součástí perioperační dokumentace?“ Otázka č. 18 byla přeformulována na: „Pokud ANO, označte všechny položky, u kterých se Vám to stalo opakovaně“. Někteří respondenti poznamenali, že u této otázky by mohli označit všechny odpovědi, tudíž byly specifikována tak, aby respondenti označili jen položky, u kterých si jsou vědomi, že je zapomněli zapsat vícekrát během své praxe na operačních sálech. Otázka č. 21 byla doplněna o možnost hygienicko-epidemiologický režim. Otázka č. 33 byla pro její přehlednost také přepracována na tabulku, ve které respondenti mohou bodovat nejvhodnější odpovědi (5 bodů nejvíce, 1 nejméně). Všechny dotazníky pilotního šetření se vrátily vyplněné s poznámkami, dle poznámek byl dotazník určený pro kvantitativní výzkum přepracován. Data získaná při pilotním průzkumu nebyla zahrnuta do hodnocení šetření.

Pro kvantitativní výzkum bylo rozdáno 70 dotazníků v říjnu 2018 – lednu 2019 perioperačním sestřím pracujícím na centrálních operačních sálech nemocnice fakultního typu, včetně příslušnic armády ČR vykonávajících dlouhodobou stáž na operačních sálech a perioperačním sestřím na operačních sálech neurochirurgické kliniky.

Pro průzkum byla vybrána tato pracoviště, neboť na nich je zaveden jednotný systém používání perioperační dokumentace. Tato pracoviště, na rozdíl od ostatních klinik, používají program MEDIX nejen pro tvorbu žádanek ke sterilizaci, ale i pro tvorbu perioperační ošetřovatelské dokumentace. Ostatní kliniky této nemocnice používají vlastní typ perioperační dokumentace vyplňované ručně a ten je odlišný od zápisu informačního systému MEDIX.

Do výzkumu bylo zahrnuto 60 dotazníků (86 %), 7 dotazníků se nevrátilo (10 %) a 3 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplnost (4 %). Všechny dotazníky byly vyplněny anonymně, v době po provozní poradě pod dohledem vrchní sestry. Na neurochirurgické klinice byl průběh vyplňování dotazníku obdobný, vyplňování proběhlo také po provozní schůzi pod dohledem úsekové sestry operačních sálů. Respondenti dotazníky odevzdávali v zalepené obálce vrchní a úsekové sestře, které je po vyplnění předaly. Šetření nebylo omezeno věkem ani pohlavím respondentů. Zdravotnické zařízení s dotazníkovým šetřením souhlasilo.

Výsledky empirického šetření byly zpracovány pomocí metod popisné statistiky za použití počítačových programů Microsoft Word a Excel. Získaná data jsou prezentována pomocí tabulek a grafů. Ve výsledcích jsou používány statistické veličiny: absolutní četnost ( $f_i$  v %), relativní četnost ( $n_i$ ) a suma ( $\Sigma$ ). Vzorec na výpočet relativní četnosti:  $f_i = n_i / n \times 100$ .

Kvalitativní výzkum byl prováděn jak pomocí standardizovaného rozhovoru, tak i rozhovoru nestandardizovaného. Jestliže standardizovaný rozhovor vypadá v podstatě jako předcítání

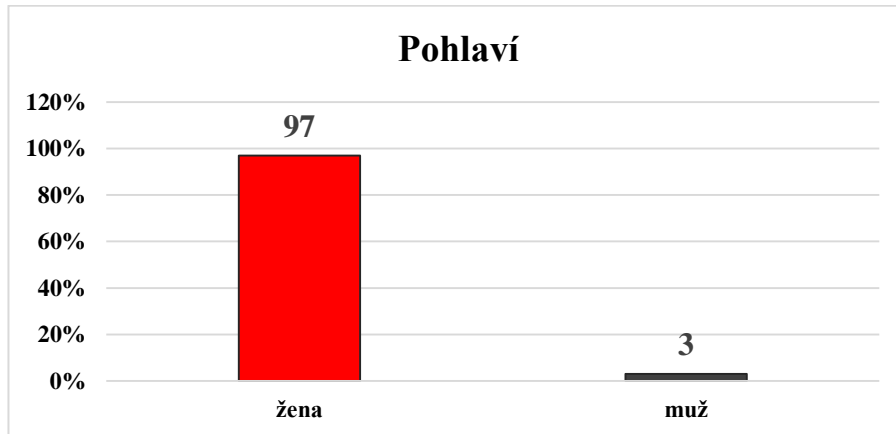
dotazníku respondentovi, který vybírá z nabídnuté varianty odpovědí, je kvalitativní, nestandardizovaný rozhovor podobný spíše důvěrnému rozhovoru mezi známými (Olecká, 2010, s. 23-24). Rozhovor byl nahráván na diktafon a později přepsán. Všichni respondenti s rozhovorem souhlasili.

### 3.2.2 Charakteristika respondentů kvantitativního výzkumu

Soubor respondentů tvoří 60 perioperačních sester, z celkového počtu bylo 58 žen a dva muži. Průměrný věk respondentů je mezi 41 - 45 lety s průměrnou délkou praxe 15 - 20 let na operačních sálech. Více jak polovina sester má středoškolské vzdělání a 50 sester z tohoto souboru absolvovalo specializační studium v perioperační péči. 53 respondentů pracuje na centrálních operačních sálech a 7 respondentů na jednooborovém operačním sále neurochirurgie. Na úseku všeobecné chirurgie pracuje 22 perioperačních sester, 10 perioperačních sester pracuje na urologii, 11 perioperačních sester pracuje na úseku kardiochirurgie a 10 perioperačních sester pracuje na úseku traumatologie.

Následující graf znázorňuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Odpovídá na otázku č. 36

**Jste:**



**Obrázek 1 Graf - Pohlaví**

Jak již bylo řečeno, z celkového počtu dotázaných osob na pozici perioperační sestry byli 2 muži. Z pohledu procentuálního toto odpovídá stavu: 97 % tohoto výzkumného souboru jsou ženy a 3 % jsou muži.

Otázka č. 37 zjišťovala věkové rozložení respondentů: **Do jaké věkové kategorie patříte?**

**Do jaké věkové kategorie patříte?**

**Tabulka 1 Věkové kategorie**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
19 – 25 let	0	0
26 – 30 let	5	8
31 – 35 let	5	8
36 – 40 let	9	15
41 – 45 let	16	27
46 – 50 let	13	22
51 a více let	12	20
<b>Σ</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Zjištěné údaje byly přehledně sumarizovány do tabulky. Nejvíce (27 %) je sester v rozmezí 41 - 45 let, druhou nejpočetnější skupinou (22 %) jsou perioperační sestry ve věku 46 - 50 let. Nejméně perioperačních sester je ve věkovém rozmezí 26 - 30 let a 31 - 35 let, v obou skupinách po 8 %. S těmito zjištěnými údaji lze porovnat i zjištěné hodnoty z následující tabulky, která zaznamenává odpovědi na otázku č. 38: **Jaká je délka Vaší praxe na operačních sálech?**

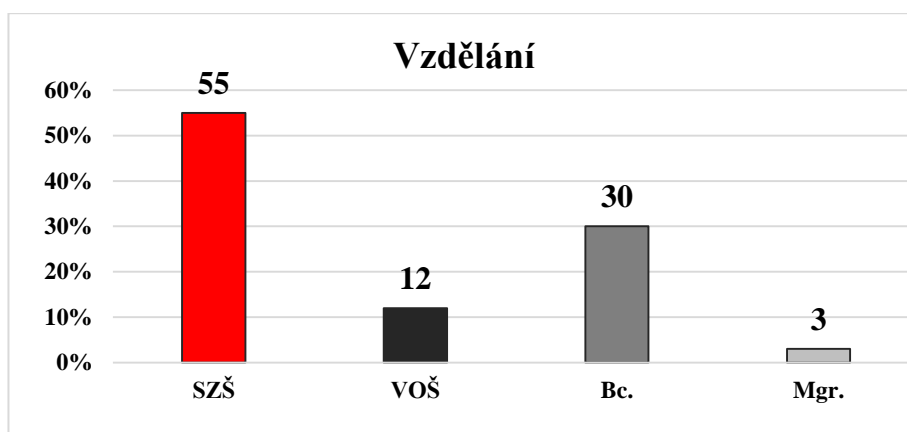
**Jaká je délka Vaší praxe na operačních sálech?**

**Tabulka 2 Délka praxe na operačních sálech**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
do 1 roku	1	2
1 – 5 let	6	10
5 – 10 let	8	13
10 – 15 let	11	18
15 – 20 let	12	20
20 – 25 let	10	17
více jak 25 let	12	20
<b>Σ</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Nejpočetnějšími skupinami jsou sestry s praxí více jak 25 let a 15 - 20 let (20 %), další početnou skupinou jsou perioperační sestry s délkou praxe 10 - 15 let (18 %), nejmenší skupinu tvoří perioperační sestry s praxí do 1 roku na operačních sálech (2 %). Tento kvantitativní ukazatel koresponduje s údaji zjištěnými v předešlé otázce. Lze konstatovat, že na operačních sálech pracuje 20 % sester s praxí delší než 25 let, což odpovídá i 20 % respondentů, kteří dosáhli věku 51 a více let. Je zřejmé, že na pozici perioperační sestry na operačním sále nastoupila většina respondentů po získání určité praxe a po absolvování dalšího profesního vzdělávání, že k výkonu tohoto náročného povolání člověk musí lidsky i profesně „dozrát“. Z dalších údajů lze usuzovat, že zřejmě na těchto pracovištích nedochází příliš k fluktuaci pracovníků.

Další otázka č. 39 mapuje profesní úroveň respondentů: **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**



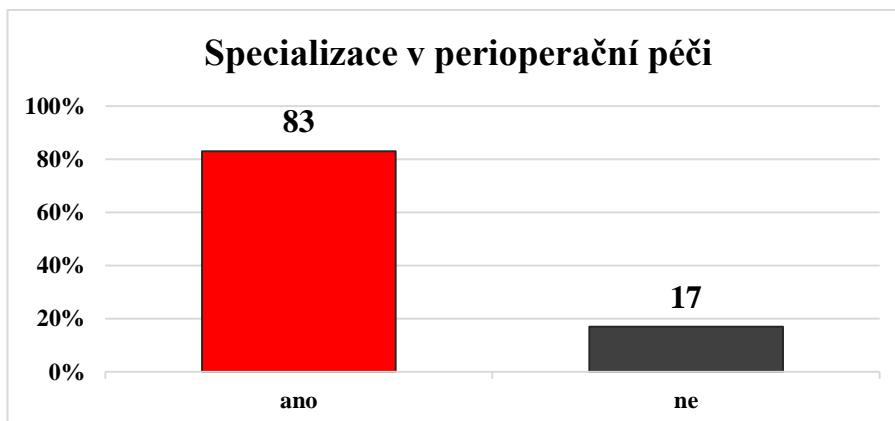
Obrázek 2 Graf - Vzdělání

Graf názorně zaznamenává, že 55 % perioperačních sester má středoškolské vzdělání, 30 % perioperačních sester získalo vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem, 12 % perioperačních sester absolvovalo vyšší odbornou školu a 3 % perioperačních sester má dokončené vysokoškolské vzdělání magisterské.



Otázka č. 40. se zabývá v návaznosti na předchozí zjištění problematikou získávání odbornosti:

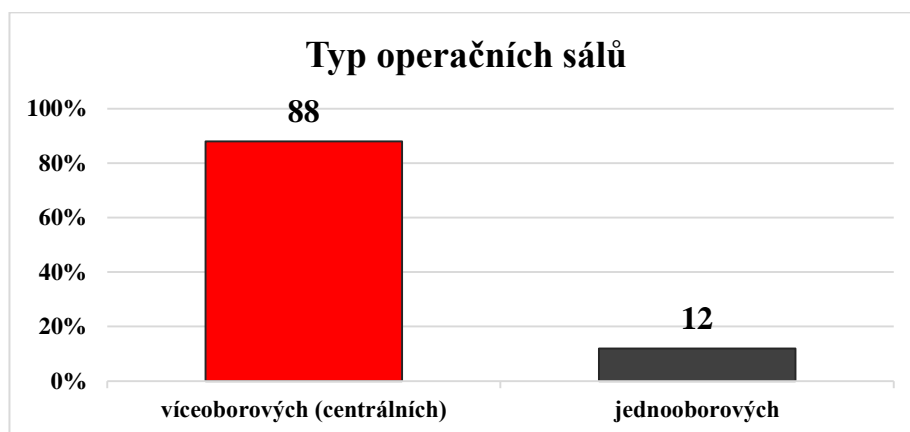
**Máte specializaci v oboru perioperační péče?**



**Obrázek 3 Graf - Specializace v perioperační péči**

Z průzkumu vyplynulo, že 83 % perioperačních sester má dokončené specializační studium a 17 % jsou všeobecné sestry pracující na operačních sálech. Toto zjištění opět koresponduje s výše uvedenými poznatky, že na operačních sálech pracují sestry s dlouholetou praxí a doplněným odborným vzděláním. A že jejich odborná úroveň splňuje nejen formální kritéria, ale že se dále vzdělávají a udržují „v obraze“ i po odborné stránce, neboť úroveň medicíny a tedy i nároky na odborné znalosti zdravotnických profesí neustále stoupá.

Otázka č. 41 se zabývá oborovou specializací: **Na jakých operačních sálech pracujete?**



**Obrázek 4 Graf - Typ operačních sálů**

88% respondentů tohoto výzkumného souboru pracuje na víceoborových (centrálních) operačních sálech a 12 % respondentů pracuje na jednooborových operačních sálech.

## Na kterém chirurgickém úseku pracujete?

Tabulka 3 Chirurgický úsek

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>všeobecná chirurgie</b>	22	36
<b>urologie</b>	10	17
<b>kardiochirurgie</b>	11	18
<b>traumatologie</b>	10	17
<b>neurochirurgie</b>	7	12
<b>Σ</b>	60	100

Z výsledků zkoumání vyplývá, že 88 % respondentů tohoto výzkumného souboru pracuje na více oborových (centrálních) operačních sálech a 12 % respondentů pracuje na jednooborových operačních sálech. Lze tedy předpokládat, že převážná většina respondentů má zkušenosti s různými typy operačních postupů.

To ostatně vyplývá i z výsledků průzkumné otázky č. 42: **Na kterém chirurgickém úseku pracujete?**

Sumarizace výsledků ukazuje, že nejvíce perioperačních sester pracuje na úseku všeobecné chirurgie (36 %), druhým nejpočetnějším pracovním úsekem je kardiochirurgie (18 %), nejméně perioperačních sester pracuje na neurochirurgických operačních sálech (12 %).

### 3.3 Hodnocení výsledků

V této kapitole jsou prezentovány výsledky průzkumu. Tabulky a grafy byly vypracovány pomocí počítačových programů Microsoft Word a Excel. U každé položky je uvedeno znění otázky, jak byla položena v dotazníku.

### 3.3.1 Kvantitativní část průzkumu

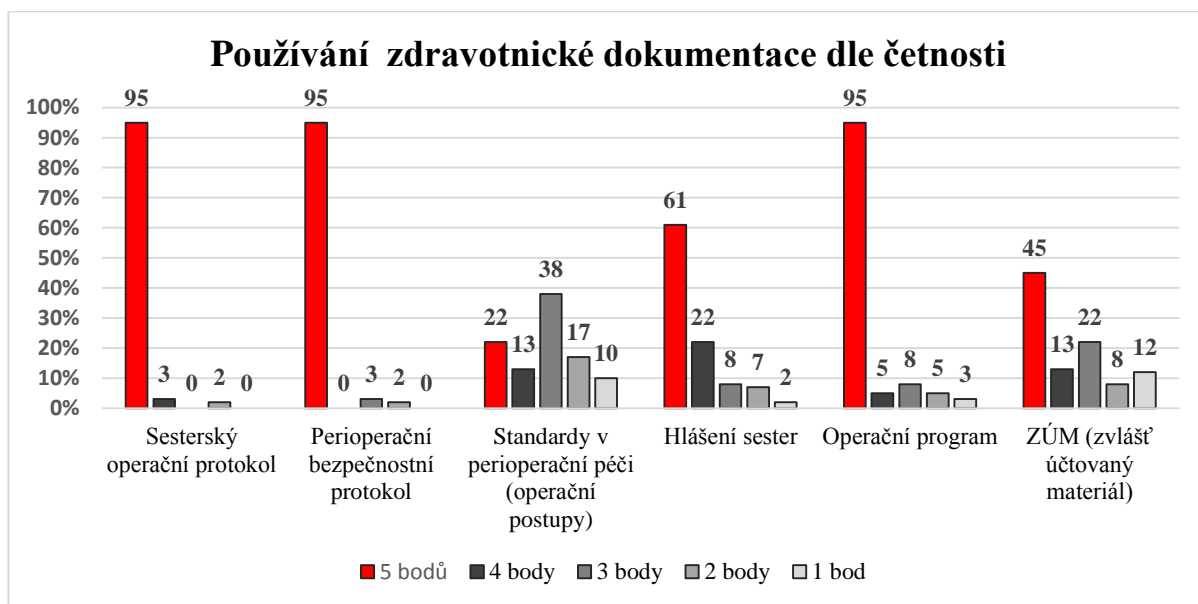
#### Otázka č. 1: Používáte na Vašem pracovišti perioperační dokumentaci?

Tabulka 4 Používání perioperační dokumentace

	$n_i$	$f_i \%$
<b>ano</b>	60	100
<b>ne</b>	0	0
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Otázka č. 1 zjišťuje, zda mají perioperační sestry na svém pracovišti perioperační dokumentaci. 100 % respondentů výzkumného souboru uvedlo, že na svém pracovišti používají perioperační dokumentaci.

**Otázka č. 2: Označte prosím zdravotnickou dokumentaci dle četnosti jejího použití na Vašem pracovišti (5 – nejvíce, 1 – nejméně, pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je).**

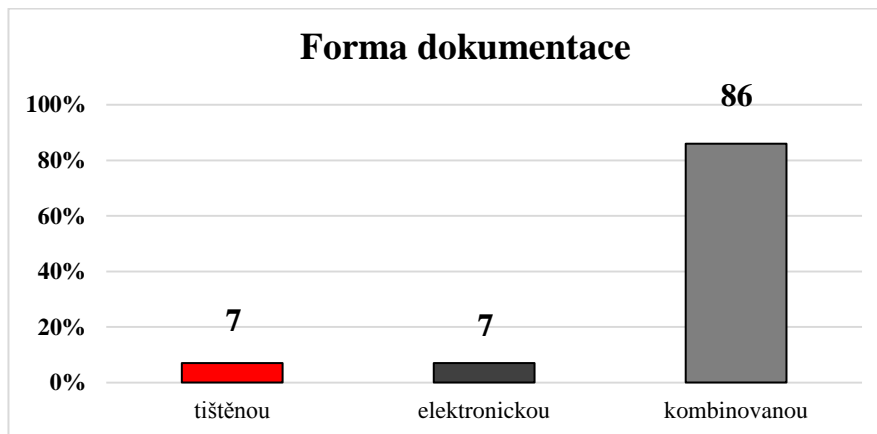


Obrázek 5 Graf - Používání zdravotnické dokumentace dle četnosti

Otázka č. 2 zjišťuje, jakou dokumentaci používají perioperační sestry při výkonu své práce na operačních sálech nejčastěji. 95 % respondentů uvedlo, že nejčastěji používají Sesterský perioperační protokol, Perioperační bezpečnostní protokol a Operační program, 61 % respondentů uvedlo, že nejčastěji používají Hlášení sester. Standardy v perioperační péči ocenilo pouze 22 % respondentů jako nejfrekventovanější. Z výsledků lze usoudit, že všechna

pracoviště mají zaveden stejný či podobný systém a používají obdobné typy dokumentace. Pro znázornění výsledků byla vytvořena tabulka č. 15 příloha C.

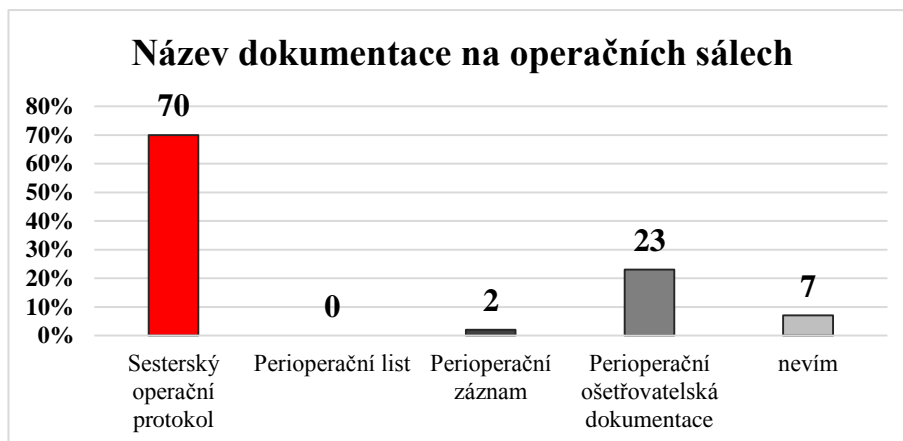
**Otázka č. 3: Jakou formu perioperační dokumentace používáte na Vašem pracovišti?**



**Obrázek 6 Graf - Forma dokumentace**

Otázka č. 3 mapuje, jakou formu perioperační dokumentace používají perioperační sestry, 86 % respondentů uvedlo, že na operačních sálech používají kombinovanou formu perioperační dokumentace a 7 % respondentů uvedlo, že používají formu jen tištěnou nebo elektronickou. Všechny formy dokumentace mají svá specifika, ať už jde o náročnost na čas při vyplňování, nutnost udržovat funkčnost elektronického systému, potřebu zálohování, potřebu rychlého přístupu k informacím.

**Otázka č. 4: Jak se nazývá perioperační dokumentace používaná na Vašem pracovišti?**

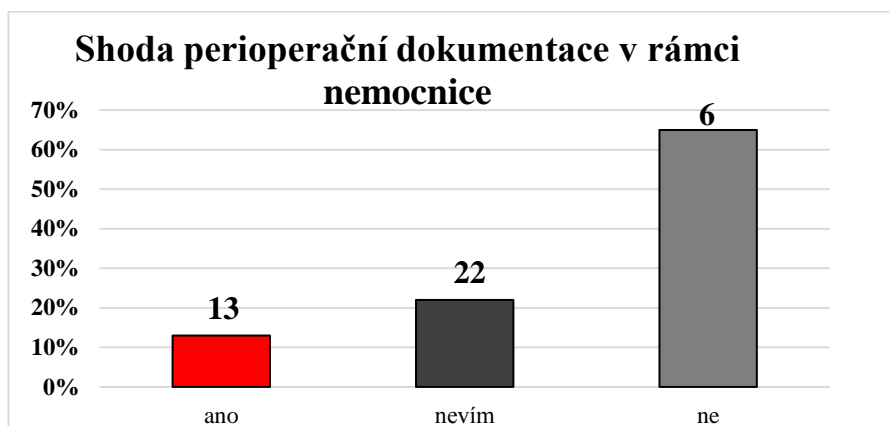


**Obrázek 7 Graf - Název dokumentace na operačních sálech**

Otázka č. 4 zjišťuje, zda perioperační sestry znají název své perioperační dokumentace. Pouze 70 % perioperačních sester uvedlo správný název dokumentace používané na jejich pracovišti, 23 % perioperačních sester uvedlo chybný název a 7 % perioperačních sester nezná název své

perioperační dokumentace. Ovšem za neznalostí přesného názvu může stát rutina, neboť jestliže sestry zacházejí s dokumentací denně, pracují podvědomě i s vizuální stránkou (vzhled a úprava protokolu) a soustřeďují se především na správnost a přesnost pacientových údajů, nikoli na předtištěné údaje v záhlaví formuláře.

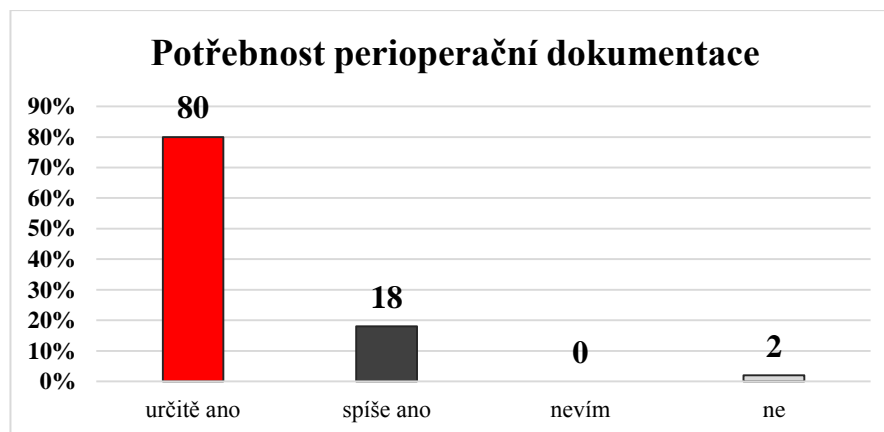
**Otázka č. 5: Je perioperační dokumentace jednotná v rámci všech klinik Vaší nemocnice?**



**Obrázek 8 Graf - Shoda perioperační dokumentace v rámci nemocnice**

Účelem otázky č. 5 bylo zjistit, zda je perioperační dokumentace jednotná na všech klinikách v nemocnici. 65 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace není v rámci nemocnice jednotná, 22 % neví, jestli všechna pracoviště mají stejnou formu perioperační dokumentace, 13 % respondentů si myslí, že v rámci nemocnice je perioperační dokumentace jednotná. Pokud perioperační sestra nepůsobila na jiné klinice, pravděpodobně nemá podrobné znalosti o dokumentaci užívané na jiném pracovišti

**Otázka č. 6: Považujete perioperační dokumentaci za nutnou?**



**Obrázek 9 Graf - Potřebnost perioperační dokumentace**

Otázka č. 6 zjišťuje, zda perioperační sestry považují perioperační dokumentaci za nutnou. 80 % respondentů uvedlo možnost určitě ano, 18 % spíše ano, jen 2 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentaci nepovažují za důležitou. Z výsledku výzkumu vyplývá, že naprostá většina perioperačních sester dokumentaci považuje za důležitou.

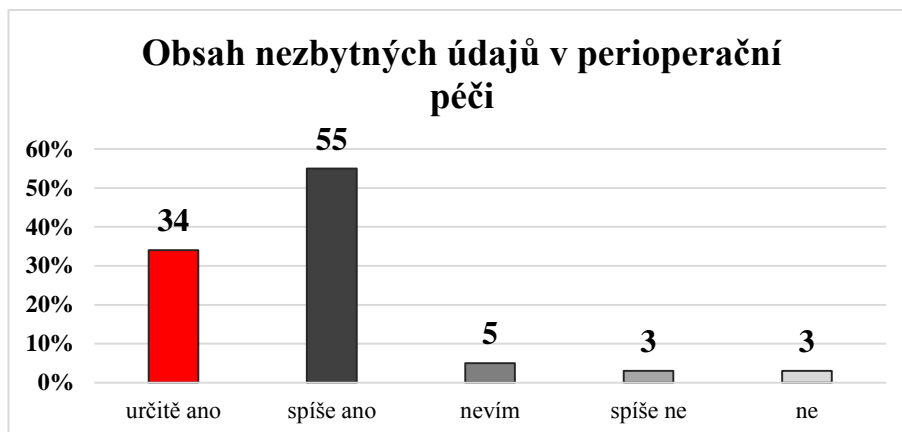
**Otázka č. 7: Jaký má podle Vás perioperační dokumentace význam?** (pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je)

**Tabulka 5 Význam perioperační dokumentace**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>je to záznam informací o poskytované péči</b>	47	78
<b>slouží jako dokument pro vyúčtování péče</b>	41	68
<b>chrání sestru i pacienta</b>	36	60
<b>poskytuje informace pro další péči</b>	36	60
<b>chrání sestru</b>	24	40
<b>chrání pacienta</b>	21	35
<b>nemá význam</b>	1	2

Otázka č. 7 mapuje význam perioperační dokumentace pro perioperační sestru, 78 % uvedlo, že je to záznam informací o poskytované péči, 68 % perioperačních sester uvedlo, že je to dokument, který slouží pro vyúčtování péče. 2 % perioperačních sester si myslí, že perioperační dokumentace nemá význam. O významu a potřebnosti dokumentace bylo již hovořeno v předešlých kapitolách. Jelikož dokumentace obsahuje důležité informace o pacientovi a jeho zdravotním stavu, je pro jeho další léčbu nezastupitelná.

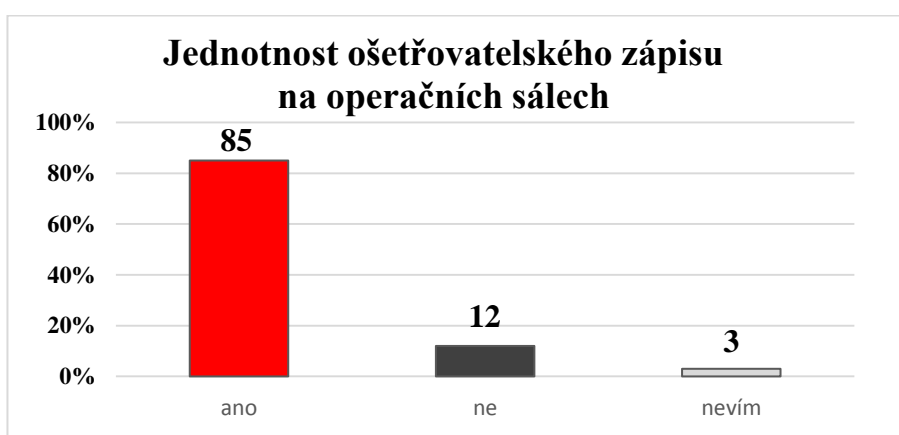
**Otázka č. 8: Obsahuje podle Vašeho názoru perioperační dokumentace všechny nezbytné údaje?**



**Obrázek 10 Graf - Obsah nezbytných údajů v perioperační péči**

Účelem otázky č. 8 bylo zjistit, zda perioperační dokumentace obsahuje všechny důležité údaje. 55 % perioperačních sester uvedlo, variantu spíše ano, 34 % uvedlo, že perioperační dokumentace obsahuje všechny důležité údaje, 3 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace neobsahuje všechny důležité údaje. Jelikož formuláře perioperační dokumentace navrhovali odborníci a údaje zaznamenávají kvalifikované perioperační sestry, lze se domnívat, že systém zdravotní dokumentace je již natolik propracovaný, aby byl plně funkční a „užitečný“ pro pacienta i zdravotníky.

**Otázka č. 9: Je zápis dat do perioperační dokumentace na Vašich operačních sálech jednotný?**

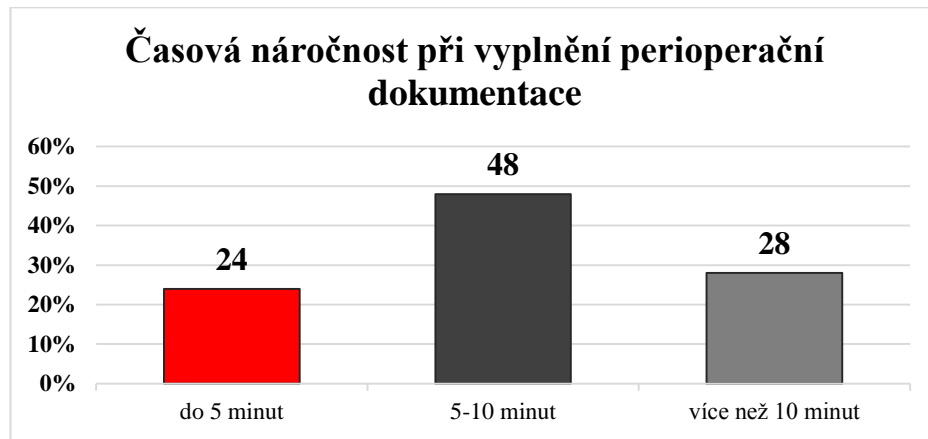


**Obrázek 11 Graf - Jednotnost ošetrovatelského zápisu na operačních sálech**

Otázka č. 9 zjišťuje, zda je zápis na pracovišti perioperačních sester jednotný. 85 % perioperačních sester uvedlo, že je zápis do perioperační dokumentace jednotný, 12 % respondentů uvedlo, že zápis jednotný není a 3 % respondentů neví. Opět zde výsledky souvisí

s délkou praxe a zkušenostmi. Pokud respondenti porovnávali způsoby zpracování zápisu, lze předpokládat, že jsou seznámeni se zvyklostmi a zaběhnutou praxí i na ostatních pracovištích.

**Otázka č. 10: Kolik času Vám zabere vyplnění perioperační dokumentace?**



**Obrázek 12 Graf - Časová náročnost při vyplnění perioperační dokumentace**

Otázka č. 10 mapuje časovou náročnost při vyplňování perioperační dokumentace. 48 % respondentů uvádí, že jim vyplnění perioperační dokumentace zabere 5 - 10 minut času, 28 % respondentům trvá vyplnění perioperační dokumentace více jak 10 minut a 24 % respondentů vyplní perioperační dokumentaci do 5 minut. Obecně můžeme konstatovat, že doba delší než 10 minut je už poměrně zatěžující a „zdržuje“ od plnění dalších úkolů.



### Otázka č. 11: Kdy vyplňujete perioperační dokumentaci?



Obrázek 13 Graf - Vyplňování perioperační dokumentace

Úkolem otázky č. 11 bylo zjistit, kdy perioperační sestry vyplňují perioperační dokumentaci. 95 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentaci vyplňují průběžně během operačního výkonu a 5 % respondentů perioperační dokumentaci vyplňuje na začátku operačního výkonu. Tento výsledek přímo souvisí s problematikou organizace práce a rozdělení kompetencí na pracovišti.

### Otázka č. 12: Je podle Vašeho názoru perioperační dokumentace využívána po operačním výkonu i jinými zdravotnickými pracovníky?



Obrázek 14 Graf - Využití perioperační dokumentace jinými zdravotnickými pracovníky

Otázka č. 12 zjišťuje, zda perioperační dokumentace je využívána i jinými zdravotnickými pracovníky. 53 % perioperačních sester si myslí, že perioperační dokumentace je využívána i jinými zdravotnickými pracovníky, 32 % neví, zda je perioperační dokumentace jinými pracovníky využívána a 15 % perioperačních sester uvedlo, že perioperační dokumentace není jinými zdravotnickými pracovníky využívána.

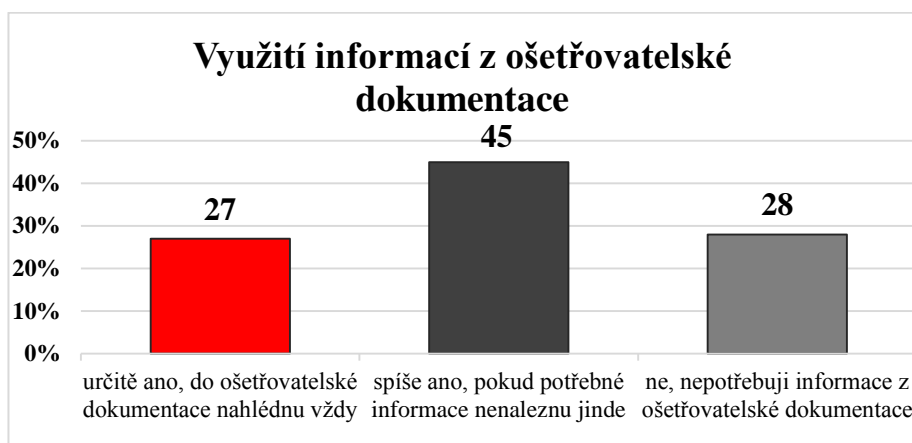
**Otázka č. 13: Odkud nejčastěji získáváte informace o pacientovi?** (pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je)

**Tabulka 6 Získávání informací o pacientovi**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>z chorobopisu</b>	50	83
<b>z operačního programu</b>	48	80
<b>od pacienta</b>	48	80
<b>od lékaře</b>	48	80
<b>od anesteziologické sestry</b>	38	63
<b>z ošetrovatelské dokumentace</b>	19	32

Otázka č. 13 mapuje odkud perioperační sestry nejčastěji získávají informace o pacientovi. 83 % perioperačních sester uvedlo, že informace o pacientovi získávají z chorobopisu, 80 % respondentů uvedlo, že informace, týkající se pacienta získávají z operačního programu, pacienta a od lékaře. Nejméně informací perioperační sestry získávají z ošetrovatelské dokumentace (32 %). Opět je zde otázka prioritní dostupnosti zdrojů. A preference se mohou vázat i na způsob získávání informací „osobně“.

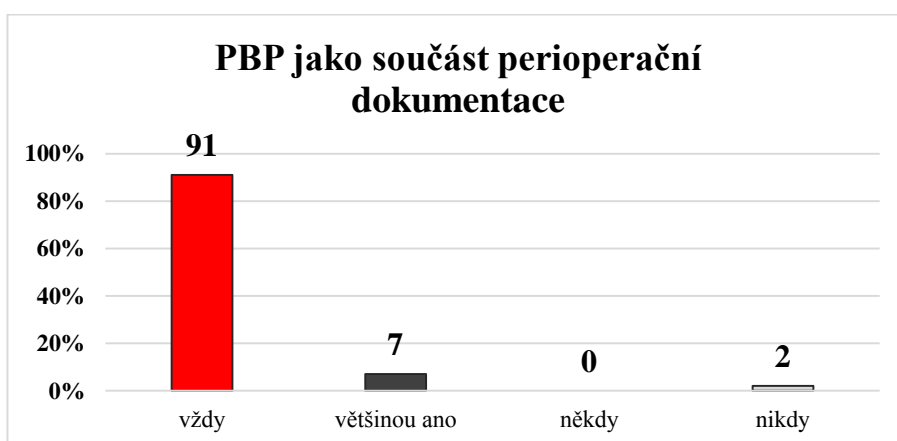
**Otázka č. 14: Využíváte při Vaší práci informace získané z ošetrovatelské dokumentace?**



**Obrázek 15 Graf - Využití informací z ošetrovatelské dokumentace**

Účelem otázky č. 14 bylo zjistit, zda perioperační sestry využívají získané informace z ošetrovatelské dokumentace. 45 % perioperačních sester uvedlo, že informace z ošetrovatelské dokumentace používají pouze tehdy, pokud se jim nepodaří tuto informaci najít jinde, 28 % perioperačních sester informace z ošetrovatelské dokumentace nepotřebuje vůbec a 27 % perioperačních sester uvedlo, že do ošetrovatelské dokumentace nahlíží vždy. I zde se nabízí otázka jednak dostupnosti informačních zdrojů a dále i osobního přístupu, zájmu, zkušeností a pečlivosti každé perioperační sestry.

**Otázka č. 15: Je zápis o provedení Perioperačního bezpečnostního procesu (PBP) součástí perioperační dokumentace?**



**Obrázek 16 Graf - PBP jako součást perioperační dokumentace**

Otázka č. 15 zjišťuje, zda je zápis o provedení Perioperačního bezpečnostního protokolu součástí perioperační dokumentace. 91 % respondentů uvedlo, že zápis o provedení PBP je vždy součástí perioperační dokumentace, 7 % respondentů uvedlo, že tento zápis je většinou proveden a 2 % respondentů uvedla, že zápis PBP není součástí perioperační dokumentace. Tato problematika souvisí s nastavením standardů a ošetřením rizikových faktorů, které by mohly v rámci perioperační péče nastat.

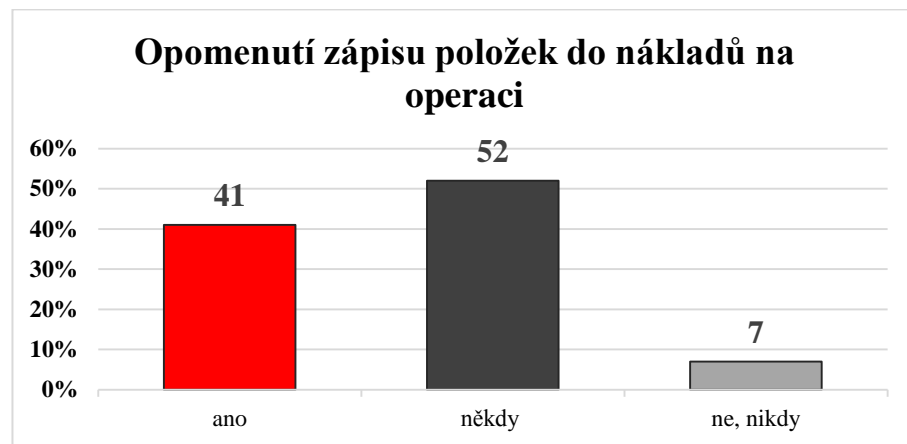
**Otázka č. 16: Myslíte si, že by měla být perioperační dokumentace jednotná v rámci celé ČR?**



**Obrázek 17 Graf - Jednotnost perioperační dokumentace v ČR**

Úkolem otázky č. 16 bylo zjistit, zda si perioperační sestry myslí, že by perioperační dokumentace měla být jednotná v rámci ČR. 40 % perioperačních sester si myslí, že spíše ano, protože návaznost péče je důležitým faktorem při poskytování péče, 38 % perioperačních sester uvedlo možnost určitě ano, 13 % perioperačních sester neví a 9 % perioperačních sester uvedlo, že v jednotné perioperační dokumentaci nevidí žádné výhody. Kdybychom sečetli hodnoty v prvních dvou sloupcích, vyjde nám, že 78 % respondentů se domnívá, že by perioperační dokumentace měla být jednotná, aby bylo možno dosáhnout co nejefektivnější návaznosti při poskytování zdravotnické péče.

**Otázka č. 17: Stalo se Vám, že jste zapomněl/a do sesterského operačního protokolu zapsat některou z vydaných položek do nákladů na operaci?**



**Obrázek 18 Graf - Opomenutí zápisu položek do nákladů na operaci**

Otázka č. 17 zjišťuje, zda se perioperačním sestřím stává, že zapomenou některou z vydaných položek zapsat do nákladů na operaci. 52 % perioperačních sester uvedlo, že již někdy opomněly zapsat vydanou položku do nákladů, 41 % perioperačních sester uvedlo, že zapomněly zapsat některou z položek do nákladů na operaci a jen 7 % perioperačních sester uvedlo, že se jim nikdy nestalo, aby zapomněly některou z vydaných položek zapsat do perioperační dokumentace. Jisté minimální procento chybovosti se předpokládá, lidský faktor může občas selhat.

**Otázka č. 18: Pokud ANO, označte všechny položky, u kterých se Vám to stalo opakovaně.**

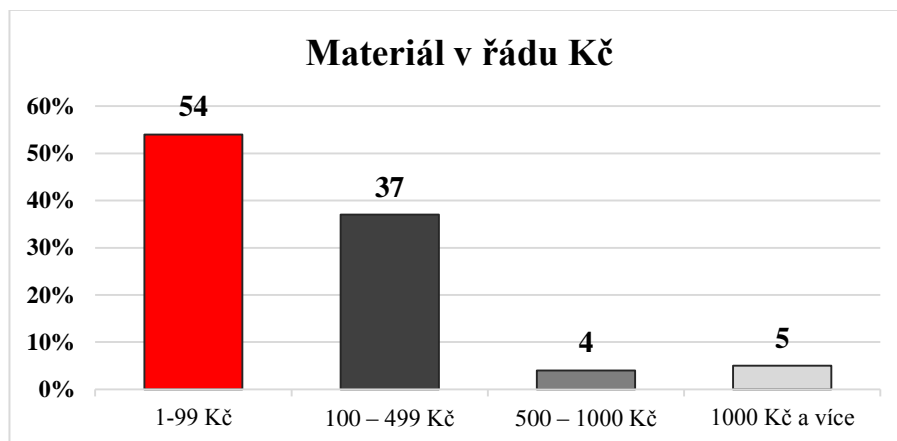
**Tabulka 7 Nejčastější položky**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>rukavice</b>	26	43
<b>šicí materiál</b>	24	40
<b>mulovky, longety, tampony</b>	20	34
<b>sáček na moč</b>	18	30
<b>vaselina</b>	18	30
<b>plášť</b>	16	27
<b>stříkačka</b>	14	23
<b>teipy</b>	14	23
<b>kartáček na mytí rukou</b>	11	18
<b>infuzní roztok</b>	11	18
<b>močový katetr</b>	9	15
<b>sterilizační položka</b>	10	17
<b>čepelka ke skalpelu</b>	8	13
<b>jiné</b>	7	12
<b>drén</b>	6	10
<b>steridrape</b>	6	10
<b>neutrální elektroda</b>	6	10
<b>hemostatika</b>	4	7
<b>hadice k sání</b>	4	7
<b>elektrokoagulační elektroda</b>	3	5
<b>rouškovací materiál</b>	3	5
<b>stomický sáček</b>	3	5
<b>stapler</b>	2	3
<b>implantát</b>	2	3

Otázka č. 18 navazuje na předchozí otázku. Mapuje, o které položky se nejčastěji jedná. Jsou to položky, u kterých si jsou respondenti vědomi, že je po dobu své praxe na operačních sálech

zapomněli zapsat vícekrát. U 43 % se jednalo o operační rukavice, 40 % respondentek uvedlo, že zapomínají zapsat šicí materiál, 3 % respondentek uvedlo, že zapomněly zapsat stapler nebo implantát. Jak je patrné z odpovědí na otázku č. 19 (viz níže), je počet opomenutých nevykázaných prostředků přímo úměrný jejich ceně.

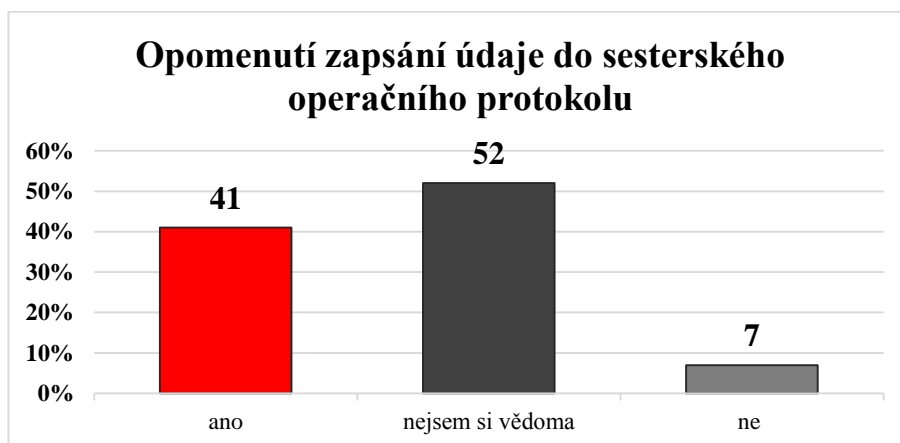
**Otázka č. 19: Jedná se o materiál v řádu Kč.?**



**Obrázek 19 Graf - Materiál v řádu Kč**

Otázka č. 19 zjišťuje cenovou relaci materiálu, který perioperační sestry zapomínají zapsat do perioperační dokumentace. 54 % perioperačních sester uvedlo, že se nejčastěji jedná o materiál do 99 Kč, 37 % perioperačních sester uvedlo, že se jedná o materiál do 500 Kč 5 % perioperačních sester zapomnělo zapsat i materiál dražší než 1000 Kč.

**Otázka č. 20: Stalo se Vám, že jste nějaký údaj do sesterského operačního protokolu zapomněl/a zapsat?**



**Obrázek 20 Graf - Opomenutí zapsání údaje do sesterského operačního protokolu**

Účelem otázky č. 20 bylo zjistit, zda perioperační sestry zapomínají zapsat některé údaje do perioperačního protokolu. 52 % perioperačních sester uvedlo, že si této skutečnosti není vědoma, 41 % perioperačních sester připustilo, že se již stalo, že některý z údajů do perioperační dokumentace zapomněla zapsat, 7 % perioperačních sester uvedlo, že se jim nikdy nestalo, že by zapomněly zapsat některý údaj do perioperační dokumentace. Závažnost a typ opomenutých záznamů zjišťuje následující otázka.

**Otázka č. 21: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, prosím označte dotyčné údaje.**

Tabulka 8 Opakovaně nezapsané údaje do sesterského protokolu

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>provedení statim sterilizace</b>	13	52
<b>čas (návoz, aktivita op. týmu, kožní řez, posl. sutura, odvoz pac.)</b>	11	44
<b>oholení pacienta na operačním sále</b>	9	40
<b>změny na kůži pacienta před operací</b>	9	40
<b>hygienicko - epidemiologický režim</b>	8	32
<b>poloha pacienta</b>	2	8
<b>druh koagulace</b>	2	8
<b>naložení turniketu (čas, umístění)</b>	2	8
<b>typ anestezie</b>	2	8
<b>histologie</b>	2	8
<b>anaeroby</b>	2	8
<b>jiné odběry</b>	2	8
<b>drény</b>	2	8
<b>místo uložení neutrální elektrody</b>	1	4
<b>bakteriologie</b>	1	4
<b>alergie</b>	0	0

Otázka č. 21 navazuje na předchozí otázku a snaží se zjistit, o které opomíjené údaje se jedná. Nejčastěji se jedná o opomenutí zápisu o provedení statim sterilizace (52 %), 44 % perioperačních sester uvedlo, že opomněly zapsat některý z časů operace (návoz pacienta, aktivita chirurga, čas řezu nebo sutury, odvoz pacienta z operačního sálu). Žádná perioperační sestra nezapomíná zapisovat alergie pacienta. Z uvedeného přehledu vyplývá, že opomenutí se



týká oblastí, které neohrozí přímo průběh operace nebo léčebný proces. Riziko fatálních následků (alergická reakce) bylo v přehledu uvedeno jako nulové.

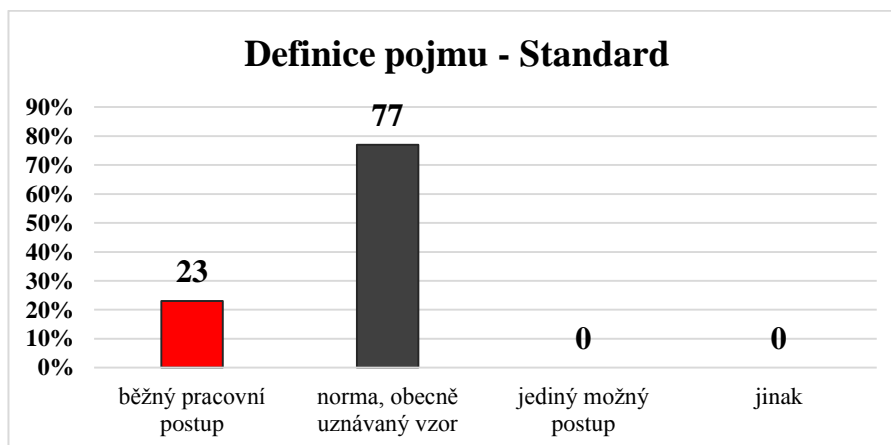
**Otázka č. 22: Jaký druh alergií do operačního protokolu zapisujete? Možno označit i více možností.**

**Tabulka 9** Zapisované druhy alergií

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>alergie na dezinfekční prostředky</b>	44	73
<b>lék. alergie (antibiotika, barbituráty, lok. anestetika, jod. kontrast. látky)</b>	42	70
<b>alergie na zdravotnické prostředky (náplast, kovy, latex)</b>	33	55
<b>všechny druhy alergií</b>	16	27
<b>potravinové alergie</b>	1	2
<b>inhalační alergie (pyly, roztoči, zvířecí alergeny, plísňe)</b>	1	2

Otázka č. 22 zjišťuje, jaké alergie perioperační sestry zapisují do perioperační dokumentace. 73 % perioperačních sester uvedlo, že zapisují alergie na dezinfekční prostředky, 70 % perioperačních sester uvedlo, že zapisují lékové alergie, jen 2 % perioperačních sester uvedlo, že zapisují potravinové a inhalační alergie. Alergie jako významný rizikový faktor jsou sledovanou oblastí a zkušené sestry toto riziko vedou v patrnosti.

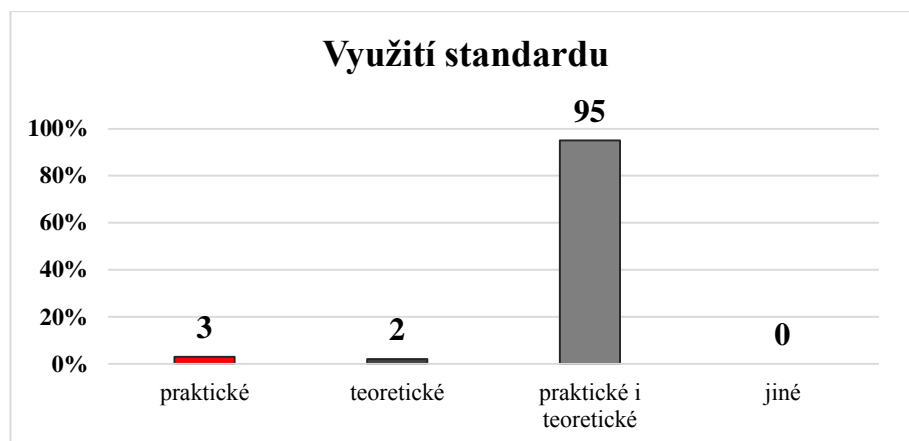
**Otázka č. 23: Jak byste definoval/a pojem – Standard?**



**Obrázek 21** Graf - Definice pojmu - Standard

Účelem otázky č. 23 je zjistit, jak by perioperační sestry definovaly pojem standard. 77 % respondentů definuje standard jako normu, obecně uznávaný vzor a 23 % perioperačních sester uvedlo, že standard je běžný pracovní postup. Při pokusu o tuto definici bylo pravděpodobně použito spíše sémantické hledisko – funkce a význam slova standard, jak je vnímáme v soustavě české řeči.

**Otázka č. 24: Jaké má standard využití?**



**Obrázek 22 Graf - Využití standardu**

Otázka č. 24 mapuje, jaké má standard využití. 95 % respondentů uvedlo, že standard má využití jak teoretické i praktické, 3 % respondentů uvedla, že standard má praktické využití a 2 % respondentů si myslí, že standard má pouze teoretické využití.

**Otázka č. 25: Máte na Vašem pracovišti vytvořeny standardy v rámci perioperační péče?**

**Tabulka 10 Standardy na pracovišti**

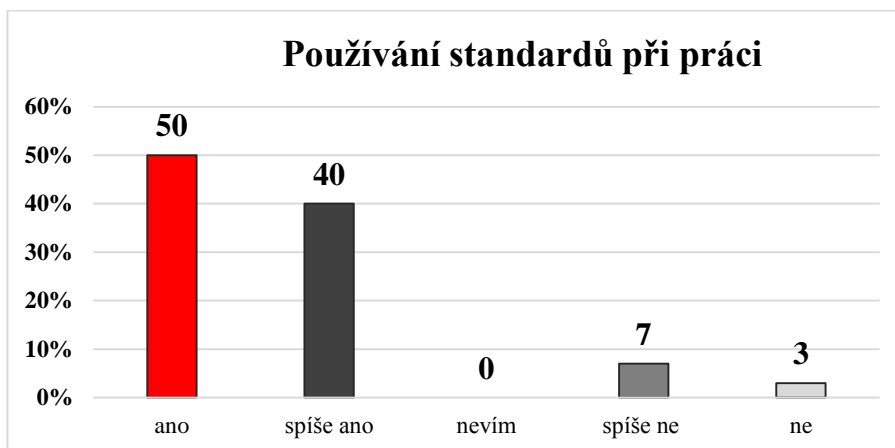
	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>ano</b>	60	100
<b>ne</b>	0	0
<b>nevím</b>	0	0
<b>Σ</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Otázka č. 25 zjišťuje, zda mají perioperační sestry na svém pracovišti vytvořeny standardy v rámci perioperační péče. 100 % perioperačních sester uvedlo, že na svém pracovišti mají vytvořené standardy v rámci perioperační péče.

**Otázka č. 26: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ nebo „nevím“, uvítal/a byste standardy na Vašem pracovišti?**

Otázka č. 26 navazuje na otázku č. 25, vzhledem k tomu, že všechny perioperační sestry v tomto výzkumném souboru uvedly, že mají na svém pracovišti standardy v rámci perioperační péče, odpověď na tuto otázku vynechávaly.

**Otázka č. 27: Používáte standardy při výkonu své práce?**



**Obrázek 23 Graf - Používání standardů při práci**

Účelem otázky č. 27 je zjistit, zda perioperační sestry používají standardy při výkonu své práce. 50 % perioperačních sester uvedlo, že standardy při výkonu své práce používají, 40 % uvedlo, možnost spíše ano, jen 3 % perioperačních sester standardy při výkonu své práce nepoužívá.

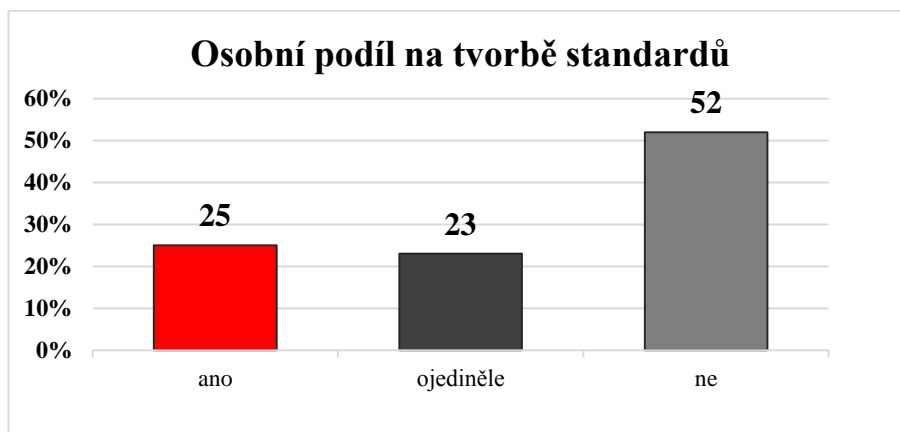
**Otázka č. 28: Kdo tyto standardy vypracoval? Pokud Vašemu názoru odpovídá více možností, prosím označte je.**

**Tabulka 11 Vypracování standardů**

	<b>ni</b>	<b>fi %</b>
byly nám předloženy v dané podobě vedením oddělení	33	55
podílely se všechny perioperační sestry	28	47
staniční sestra	17	28
oddělení kvality péče	15	25
vrchní sestra	12	20

Otázka č. 28 mapuje, kdo se vypracováním standardů zabývá. 55 % perioperačních sester uvedlo, že jim byly standardy předloženy v dané podobě vedením oddělení, 47 % perioperačních sester uvedlo, že se na tvorbě standardů podílely všechny perioperační sestry.

**Otázka č. 29: Podílíte se Vy sám/sama na tvorbě standardů?**



**Obrázek 24 Graf - Osobní podíl na tvorbě standardů**

Otázka č. 29 zjišťuje, zda se perioperační sestry samy podílejí na tvorbě standardů v perioperační péči. 52 % perioperačních sester uvedlo, že se na tvorbě standardů nepodílí, 25 % perioperačních sester se na tvorbě standardů v perioperační péči podílí a 23% uvádí, že se na tvorbě standardů podílí ojediněle.

**Otázka č. 30: Jsou Vám standardy kdykoliv přístupné?**

**Tabulka 12 Přístupnost standardů**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
<b>ano, jsou na inspekčním pokoji v tištěné formě nebo na nemocničním intranetu</b>	60	100
<b>ne</b>	0	0
<b>Σ</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Otázka č. 30 mapuje, zda jsou standardy perioperačním sestram kdykoliv dostupné. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů, že ano. Všichni vědí, kde příslušný dokument mohou najít.

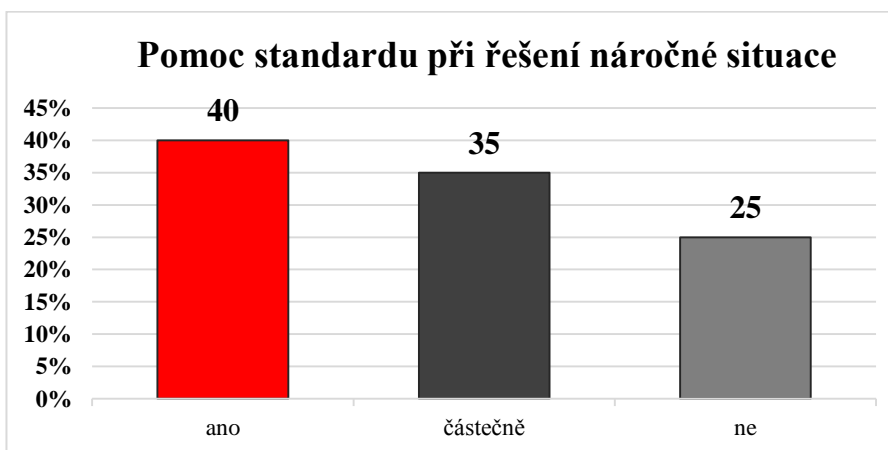
**Otázka č. 31: Ocitl/a jste se někdy během své praxe v situaci, kdy jste si nebyl/a jist/a jak daný problém řešit, jak postupovat?**



**Obrázek 25 Graf - Výskyt krizových situací**

Otázka č. 31 zjišťuje, zda se perioperační sestry již ocitly v situaci, kdy si nebyly jisté, jak daný problém řešit. 80 % perioperačních sester se již v takové situaci ocitlo, 20 % perioperačních sester uvedlo, že si vždy dokáží poradit. Odpovědi zřejmě mohou souviset s délkou praxe a množstvím nabytých zkušeností.

**Otázka č. 32: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ano“, pomohl Vám v této situaci standard?**

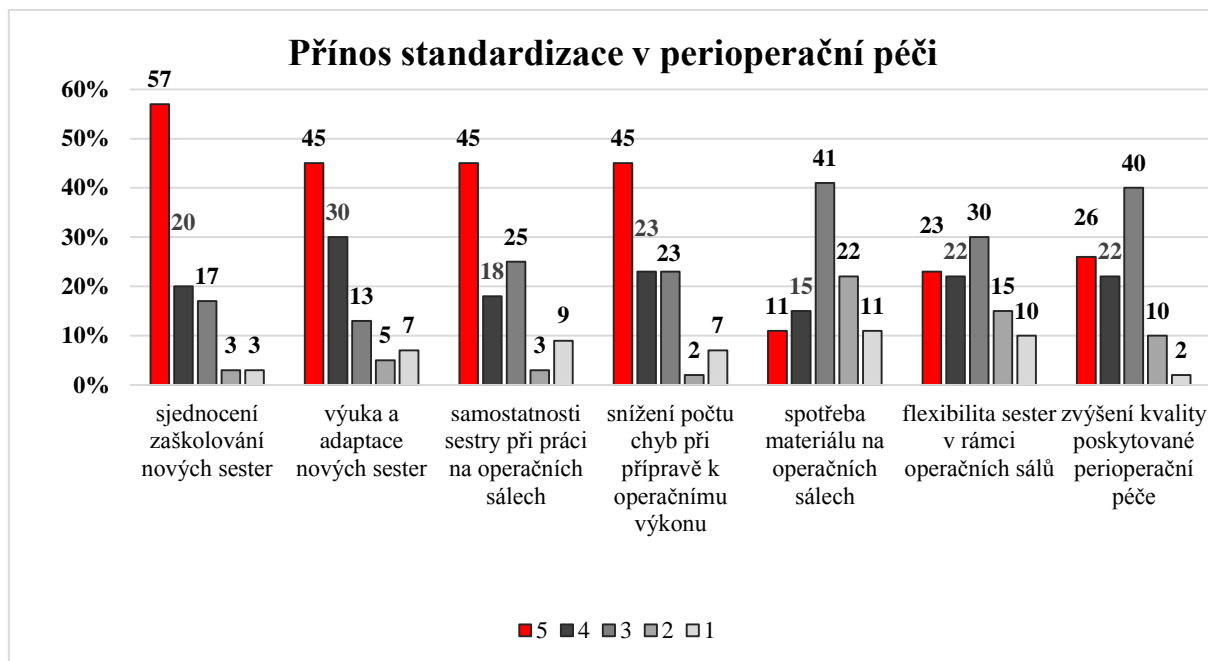


**Obrázek 26 Graf - Pomoc standardu při řešení náročné situace**

Otázka č. 32 navazuje na předchozí otázku. Zjišťuje, zda v náročné situaci pomohl standard. 40 % respondentů uvedlo ano, 35 % respondentů uvedlo, že jim standard pomohl částečně a 25 % respondentům standard nepomohl. Záleží tedy na typu situace a četnosti jejího výskytu, zda se dá použít „modelové“ řešení.

**Otázka č. 33: V jakém směru je podle Vás standardizace v perioperační péči přínosná?**

Označte prosím nejvhodnější odpověď. 5 nejvíce, 1 – nejméně přínosná



**Obrázek 27 Graf - Přínos standardizace v perioperační péči**

Otázka č. 33 mapuje přínosnost standardizace v perioperační péči. Největší přínos standardizace respondenti uvádí ve sjednocení zaškolování nových sester (57 %), následně ve výuce a adaptaci nových sester, v samostatnosti sester při práci na operačních sálech a snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu (45 %). Nejmenší význam standardizace perioperační sestry uvádí v minimalizaci prostojů mezi operačními výkony (7%). Výsledky jsou také znázorněny v tabulce č. 16 příloha D.

**Otázka č. 34: Jak postupujete při zvládnání nového operačního výkonu?** Možno označit více možností.

**Tabulka 13 Postup při zvládnání nového operačního výkonu**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
pod vedením zkušené sestry/školitelky	43	72
podle vlastních poznámek	33	55
podle standardu	19	32
u operačního výkonu asistuji až po několikanásobném sledování operačního výkonu	14	24

Otázka č. 34 zjišťuje, jak perioperační sestry postupují při zvládnání postupu při novém operačním výkonu. 72 % perioperačních sester uvedlo, že u operačního výkonu asistují pod vedením zkušené sestry/školicelky, 55 % postupuje dle vlastních poznámek, 32 % dle standardu a 24 % perioperačních sester u nového operačního výkonu asistuje až po několikanásobném sledování daného operačního výkonu.

**Otázka č. 35: Jak postupujete při přípravě pomůcek k operačnímu výkonu? Možno označit více možností.**

**Tabulka 14 Postup při přípravě pomůcek k operačnímu výkonu**

	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
podle vlastních poznámek	43	72
podle standardu	32	53
pod vedením zkušené sestry/školicelky	28	47

Otázka č. 35 mapuje, jak postupují perioperační sestry při přípravě pomůcek k operačnímu výkonu. 72 % perioperačních sester uvedlo, že pomůcky k operaci chystají dle vlastních poznámek, 53 % perioperačních sester využívá k přípravě pomůcek standard a 47 % perioperačních sester chystá pomůcky pod vedením zkušenější sestry. V tomto porovnání je patrné, že standardy nejsou vždy jediným ani převažujícím zdrojem informací, ale že při přípravě na zvládnání nového operačního výkonu dávají perioperační sestry přednost osobnímu přístupu – zaškolení zkušenou kolegyní, případně opakovanému sledování postupů v praxi.

### **3.3.2 Charakteristika respondentů v kvalitativním výzkumu**

Respondent č. 1: Perioperační sestra z úseku kardiochirurgie, žena ve věku 44 let, vzdělání středoškolské, nyní ve třetím ročníku bakalářského studia, specialistka v perioperační péči, pracující na operačních sálech 24 let.

Respondent č. 2: Perioperační sestra z úseku urologie, žena ve věku 48 let, vzdělání středoškolské, sestra specialistka v oboru perioperační péče, pracující 17 let na operačních sálech.

Respondent č. 3: Perioperační sestra z úseku traumatologie, muž 34 let, vzdělání bakalářské, sestra v oboru perioperační péče, pracující 9 let na operačních sálech.

Respondent č. 4 Perioperační sestra z úseku všeobecné chirurgie, žena 31 let, vzdělání bakalářské, nyní ve druhém ročníku magisterského studia specializačního oboru Perioperační péče, sestra specialista v perioperační péči, pracující 10 let na operačních sálech.

Respondent č. 5 Perioperační sestra z úseku neurochirurgie, žena 49 let, vzdělání bakalářské, sestra specialista v oboru perioperační péče, pracující 9 let na operačních sálech.

Ve vzorku respondentů jsou zastoupeny všechny úseky centrálních operačních sálů (po jednom respondentovi) a jeden respondent je z operačních sálů neurochirurgické kliniky. Podmínkou zařazení do tohoto výzkumu bylo, aby respondenti pracovali s informačním systémem MEDIX a aby pracovali v nepřetržitém provozu a měli zkušenost s tímto systémem v jakoukoli denní i noční dobu. Šetření nebylo omezené věkem, pohlavím ani vzděláním respondentů. Respondenti kvalitativního výzkumu byli součástí výzkumu kvantitativního.

### **3.3.3 Prezentace výsledků - kvalitativní výzkum formou rozhovoru**

Další část výzkumu byla vedena formou rozhovoru s pěti vybranými respondenty, z nichž každý reprezentuje jiné pracoviště. Průběh rozhovoru a zjištěné skutečnosti jsou zde uvedeny:

#### **1) Stalo se Vám, že u pacienta nebylo možno provést Perioperační Bezpečnostní Protokol (stav bezvědomí, polytrauma, resuscitovaný pacient)?**

Respondent 1: Ano, stalo.

Respondent 2: Ano, stalo se mi to.

Respondent 3: Ano.

Respondent 4: Ano.

Respondent 5: Ano, stalo.

Na otázku č. 1 všichni respondenti odpověděli, že se jim během své praxe stalo, že nemohli PBP u pacienta provést.

#### **2) Jakým způsobem jste tuto událost zapsal/a do Sesterského operačního protokolu?**

Respondent 1: Do poznámek, pacient je do MEDIXu zadaný jako neznámý. PBP neprovedeno z důvodů akutní operace.

Respondent 2: Zapsala jsem do poznámky, že nebylo možno provést PBP z důvodu toho a toho...



Respondent 3: Pouze do poznámek jsem napsal zdůvodnění, například bezvědomí, akutní případ. Byl jsem naučen, že zaškrtnu v programu PBP proveden a do poznámek napíšu PBP neproveden a důvod.

Respondent 4: Napsala jsem do poznámky PBP neproveden z důvodu toho, že je pacient zaintubován, ale napsala jsem, že PBP proveden byl.

Respondent 5: Do kolonky PBP proveden jeho provedení nepotvrdím, ale musím označit v systému mimořádná událost a vysvětlím v poznámce důvod, proč PBP nebyl proveden např. z důvodu prodlení. Pokud bych to do mimořádné události nenapsala, tak mě systém nenechá protokol uzavřít nebo bych musela odsouhlasit vykonání PBP a důvod jeho nevykonání bych musela vysvětlit v poznámce.

Na otázku č. 2 odpovídají respondenti odlišně. Respondent č. 1 a 2 vysvětlí důvod neprovedení do poznámky, respondent č. 3 a 4 zaškrtnou do systému, že PBP bylo provedeno, ale v poznámce vysvětlí, proč provedeno nebylo. Respondent 5 nezaškrtně v systému PBP proveden, ale musí označit Mimořádnou událost a důvod neprovedení vysvětlí v poznámce.

Na tomto příkladu lze demonstrovat, že „modelová“ situace (z objektivních důvodů nemožnost provést u pacienta PBP) je v systému zaznamenána třemi různými způsoby. Zejména fakt, že systém „neuzavře protokol“, pokud není zaškrtnuto provedení PBP – ačkoliv objektivně toto nešlo provést- je námětem k dopracování systému. Dodatečné zdůvodňování do poznámek navíc zabírá další čas.

### **3) Uvítal/a byste možnost zaškrtnutí jednotlivých fází PBP do Sesterského operačního protokolu, aby bylo jasné, které body PBP byly skutečně provedeny?**

Respondent 1: Ano.

Respondent 2: Uvítala bych tu možnost určitě.

Respondent 3: Možná, že ano. Ještě i úprava, že některé body PBP byly zhodnoceny dříve zjištěné anamnézy v případě, že je pacient v bezvědomí, že se ho nemůžu přímo dotázat.

Respondent 4: Ne.

Respondent 5: Ano. Bylo by hned jasné, jaké části PBP byly provedeny.

V otázce č. 3 se respondenti vyjadřují k možnosti, že by mohli v ošetrovatelském operačním protokolu zaškrtnout jednotlivé fáze PBP, které provedeny byly. Respondenti 1, 2, 3 a 5 by tuto možnost uvítali, respondent č. 4 o tuto možnost neprojevil zájem.

Pokud by tato možnost v systému fungovala, podle vyjádření většiny respondentů by to bylo přínosné a šetřil by se čas.

**4) Měl/a jste už problém zapsat čas 00:00 (návoz, aktivita operačního týmu, kožní řez, poslední sutura, odvoz pacienta)?**

Respondent 1: Neměla, tuto situaci jsem ještě nezažila.

Respondent 2: Měla jsem problém zapsat čas.

Respondent 3: Ano čas 00:00 se vyhýbám, napíšu aspoň minutu po půlnoci.

Respondent 4: Ano.

Respondent 5: Ano.

Otázka č. 4 zjišťuje, zda již respondenti měli problém zapsat v systému čas 00:00 hod. Respondenti č. 2, 3, 4 a 5 se s touto situací již setkali, respondent č. 1 se s touto situací ještě nesetkal.

Také tato situace by se dala nazvat modelovou. Je zde zřejmé, že se jedná o systémovou vadu programu, kterou se uživatelé naučili efektivně obcházet.

**5) Stalo se Vám, že pacient byl navezen několik minut před 24. hodinou a k zápisu Sesterského operačního protokolu jste se dostal/a až po půlnoci?**

Respondent 1: Ano.

Respondent 2: Stalo se mi to.

Respondent 3: Ano, to se mi stalo, ale lze to ještě vyřešit, kolem půl noci plus minus hodina se dá vracet ještě do předchozího dne, asi po druhé hodině ráno už to nejde.

Respondent 4: Ano.

Respondent 5: Ano.

S problematikou otázky č. 5 se již všichni respondenti setkali. V dalších odpovědích je rozebráno, jak se s touto situací vypořádávají.

**6) Jak jste tuto situaci řešil/a? (v PC programu byl už jiný den a do předchozího dne Vás už program nepustil)**

Respondent 1: V programu naskočí tabulka s otázkou: „V jakém dni chcete pokračovat?“ „dnešní ano, včerejší ne“. Pokračuji ve dni včerejším.

Respondent 2: Řešila jsem to tak, že jsem napsala návoz pacienta do dalšího dne po půlnoci, ale do poznámky jsem napsala správný čas návozu a aktivity chirurga.

Respondent 3: Když se odhlásím z MEDIXu a znovu se přihlásím, tak se systém zeptá, jestli chceš pracovat ve dni předcházejícím nebo v dnešním. Funguje to ještě asi do hodiny po půlnoci. Pokud je pacient už v systému zadán, tak je možné se do předchozího dne vrátit.

Respondent 4: Napsala jsem, že byl pacient navezen po půlnoci, např. 00:01 hod.

Respondent 5: Je to velmi nepříjemná situace. Do protokolu jsem musela napsat fiktivní čas a správné časy jsem napsala do poznámky, druhý den jsem vše vyřešila u sekretářky.

Na otázku č. 6 reagují respondenti různě. Respondent č. 1 a 3 využijí zobrazenou tabulku a pokračují v zápisu dat do předchozího dne. Respondent 2 a 5 napíše fiktivní čas, do poznámky napíše skutečný čas návozu pacienta a druhý den vše řeší u sekretářky. Respondent č. 4 napíše návoz pacienta po půlnoci a situaci dále neřeší. Zde je opět patrné, že jedno systémové omezení (nastavení přechodu času) komplikuje zbytečně práci perioperačních sester, neboť dodatečné navracení se do systému, nebo dokonce nutnost druhý den řešit u sekretářky vstup do systému způsobuje další zbytečnou ztrátu času.

**7) Stalo se Vám, že jste u operace odebrali více histologií a po vytištění Sesterského operačního protokolu zjistil/a, že se všechny položky nevytiskly? Jak jste tuto situaci řešila?**

Respondent 1: To se mi nestalo.

Respondent 2: To se mi nestalo, ale kdyby se mi to stalo, tak bych to určitě napsala do poznámky.

Respondent 3: Ano, to se mi stalo, v MEDIXu histologie uložené byly, ale do protokolu jsem je musel dopsat ručně nebo jsem ve Wordu napsal nový list a k protokolu ho připnul.

Respondent 4: Ne.

Respondent 5: Ano, když vím, že bude histologií víc, tak soupis histologií nepíšu pod sebe, ale hned za sebou, jako souvislý text.

Otázka č. 7 řeší zápis vyššího počtu histologických vzorků do systému. Respondenti 1, 2 a 4 se do této situace ještě nedostali, respondent 3 tuto situaci řeší napsáním přílohy v programu MS Word a tu přiloží k sesterskému operačnímu protokolu, respondent č. 5 uvedl, že histologie nepíše pod sebe, ale za sebou, aby se do kolonky pro ně určené všechny vešly.

Takže opět standardní situace, která by mohla být ošetřena v systému, musí být řešena „svépomocí“ (dodatečný zápis přílohy), což opět představuje navýšení administrativy a ztrátu času.

### **8) Jak řešíte zápis do Sesterského operačního protokolu při výměně sester na postu instrumentářky a obíhající sestry během jedné operace?**

Respondent 1: Píšu to do poznámek.

Respondent 2: Napíšu do poznámky čas, kdy došlo k výměně obíhající sestry a instrumentářky.

Respondent 3: Do poznámek, protože jinak nemám šanci to nějak přehodit, když je někdo napsaný jako instrumentářka, nemůže být zároveň obíhající sestra, takže jen v poznámkách lze zapsat, že jsme se vyměnili. Nebo pokud to bylo po třetí hodině, tak do poznámek se zapíšu jako instrumentářka a obíhající sestru připíšu do systému.

Respondent 4: Vyměním je. Přepíšu to v MEDIXu, v protokolu bude uvedena jako instrumentářka ta, co byla u poslední sutury. A jako obíhající sestru napíšu tu, která byla předtím instrumentářka.

Respondent 5: Výměnu vysvětlím v poznámce.

Na otázku č. 8 respondenti č. 1, 2, 3 a 5 odpověděli, že změnu na postu instrumentářky a obíhající sestry zapíší do poznámky. Respondent č. 4 Tuto situaci řeší jinak, přepíše to v systému MEDIX. Opět poměrně častá situace, která ale není systémově podchycena a musí se dovysvětlovat v poznámce, což opět stojí čas.

### **9) Stalo se Vám v odpolední nebo noční směně přišel operovat tým z jiné kliniky a jména lékařů a sester nejsou v systému? Jak jste tuto situaci vyřešil/a?**

Respondent 1: Tuto situaci jsem neřešila, ale asi bych to řešila zápisem do poznámky, ale nepsala bych jména, ale např. operaci provedl tým z neurochirurgie

Respondent 2: To se mi nestalo, že by nebyl v systému někdo z jiné kliniky.

Respondent 3: Byl jsem nucen pouze do poznámek poznačit jména lékařů, pokud nebyli pracovníky nemocnice a byli operatéři. Ráno jsem to nahlásil na sekretariátu.

Respondent 4: Napíšu je do poznámek.

Respondent 5: Ne, ještě se mně to nestalo.

Otázka č. 9 řeší problém při zadávání operačního týmu z jiné kliniky, která informační systém MEDIX nepoužívá. Respondenti 1, 2 a 5 uvedli, že se do této situace ještě nedostali. Respondent č. 3 uvedl, že jména lékařů napsal do poznámek sesterského operačního protokolu a ráno to nahlásil sekretářce. Respondent č. 4 uvedl, že cizí operační tým zapíše do poznámek. Také tato modelová situace není nijak vyjimečná, její zaznamenání do systému opět vyžaduje využití poznámky nebo dodatečně administrovat na sekretariátu.

**10) Setkal/a jste se ještě s jiným problémem se zápisem Sesterského operačního protokolu? Pokud ano, popište s jakým?**

Respondent 1: Asi ne.

Respondent 2: Setkala jsem se s problémem, že nesouhlasila strana operace nebo výkon, vždy jsem zašla za sekretářkou ujistit, aby se problém ověřil u primáře, jednalo se operační program. Vždy jsem vše zapsala do poznámky.

Respondent 3: Ano, kolegyně se při mytí instrumentária zranila, při zápisu jejího zranění do protokolu jsem zjistil, že se celý zápis nevytiskl, přepsal jsem zápis do Wordu a přicvakl ho k protokolu, aby byl celý v tištěné variantě. Ještě se mi stalo, když jsem si zadal pacienta rychlým (default) způsobem jako neznámého, ale pacienta nakonec nenavezli na sál, nešel zápis zrušit a musel jsem to druhý den řešit u sekretářky.

Respondent 4: Asi ne.

Respondent 5: Ne.

Otázka č. 10 se snaží zjistit, zda se perioperační sestry setkaly ještě s jiným problémem v souvislosti s používáním informačního systému MEDIX. Respondenti č. 1, 4 a 5 se s jiným problémem již nesetkali. Respondent č. 2 uvedl, že se mu stalo, že mu nesouhlasila strana operačního výkonu, tak vše ověřil u sekretářky a zapsal do poznámky. Respondent č. 3 uvedl, že stejný problém jako je i s prostorem pro zápis histologií je i u mimořádných událostí.

Problém řešil obdobně, zápis provedl do MS Word a tento list přidal k operačnímu protokolu. Takže při řešení nestandardního zápisu buď musí perioperační sestra improvizovat a použít „zdravý rozum“, nebo musí opět prostřednictvím sekretářky dodatečně do systému vstupovat a doplňovat informace. Opět tedy další časová ztráta.

### **11) Jak hodnotíte přínos informačního systému MEDIX při zpracování dokumentace v perioperační péči?**

Respondent 1: Výhodu vidím v dohledatelnosti ponechaného materiálu v operační ráně. Vyhovuje mně zápis materiálu do programu MEDIX, včetně zadávání materiálu do žádanky ke sterilizaci.

Respondent 2: MEDIX hodnotím kladně, je přehledný, dostačující, obsahuje všechny potřebné údaje.

Respondent 3: Nevím, jestli to je přínosem, myslím, že to není dokonale zvládnuté tisk žádanky na sterilizaci. Není dobře zvládnuté přijímání a předávání sterilního materiálu, ale to není problém MEDIXu.

Respondent 4: Je to jednotné, přehledné, když to srovnám s dokumentací jinde, tak je to jiná úroveň. Myslím si, že je tento systém dobře postavený, pár chyb má.

Respondent 5: MEDIX, v porovnání s předchozím programem, ušetří sestřím hodně práce, nemusím si pamatovat všechny vydané položky ze sterilizace, vše načtu podle čárových kódů. Protokol je přehledný a myslím, že obsahuje potřebné údaje.

Otázka č. 11 zjišťuje, jak perioperační sestry hodnotí informační systém MEDIX. Respondenti č. 1, 2, 4 a 5 hodnotí systém převážně kladně, považují jej za přehledný, dostačující, obsahující všechny potřebné údaje, vyhovuje jim zadávání žádanek pro sterilizaci, zápis vydaného materiálu, respondent č. 4 připouští, že systém několik chyb má. Respondent č. 3 vytýká systému nedokonalost při tisku žádanky na sterilizaci a ne úplně dobře zvládnuté předávání sterilního materiálu, ale zároveň připouští, že to není jen chybou tohoto systému. Celkově se všichni respondenti shodují, že systém je spíše přínosný.

### **12) Co byste v informačním systému MEDIX změnila?**

Respondent 1: Změnila bych možnost odsouhlasení počtu a celistvosti použitých nástrojů a materiálu, nyní to musíme odsouhlasit na dvou místech v protokolu. Není možnost volby PBP

proveden, neproveden, zápis o PBP je zbytečně komplikovaný. Nyní musíme k sesterskému protokolu vyplňovat kvůli PBP další formulář.

Respondent 2: Doplnila bych kolonku pro polední pauzu a prohlášení jehly souhlasí.

Respondent 3: Bylo by dobré vytvořit balíčky pod heslem, aby se nemusela každá položka načítat zvlášť, ale šlo na základě jednoho hesla rozbít soubor věcí k dané operaci, k výkonům, které se často opakují.

Respondent 4: Asi ne, nevím.

Respondent 5: Chtěla bych změnit zápis PBP, aby bylo možné zaškrtnout možnost o jeho provedení či neprovedení, zdá se mi zbytečné to řešit mimořádnou situací, v poznámkách bych pouze vysvětlila důvod proč PBP proveden nebyl. Také bych chtěla zjednodušit situaci okolo půlnoci, aby se systém po půlnoci neptal, v jakém dni chci pokračovat, jedná se o jeden výkon, který trvá určitou dobu a připadá mně dost nelogické, aby se systém ptal, zda chci pokračovat ve dni včerejším nebo dnešním a pokud se v tu chvíli spletu, tak mně zápis zmizí v předchozím dnu a já už se k němu dostanu až ráno s pomocí sekretářky.

Otázka č. 12 zjišťuje, co by respondenti rádi na systému MEDIX změnili. Respondent č. 1 by doporučoval změnu odsouhlasení počtu a celistvosti materiálu na jednom místě (nyní se musí odsouhlasit dvakrát). Respondent č. 1 a 5 navrhuje změnu odsouhlasení PBP, respondentovi 1 vadí, že kvůli PBP byl nemocnicí vytvořen další formulář a to zvyšuje byrokratickou zátěž perioperačních sester. Respondent č. 2 by chtěl, aby zápis v sesterském operačním protokolu obsahoval kolonku pro obědovou pauzu a prohlášení „jehly souhlasí“. Respondent č. 3 navrhuje, aby byly v systému vytvořeny balíčky pro rutinně prováděné operace, aby mohl jednoduše zvolit balíček nástrojů a materiálu a nemusel při každé operaci zadávat vše opakovaně zadávat znovu. Respondent č. 4 nenavrhuje žádné změny v systému MEDIX. Respondent č. 5 navrhuje, aby se zjednodušila situace zaznamenávání časové roviny okolo půlnoci, aby se systém neptal, v jakém dni chceme operaci zaznamenat. Všechny odpovědi svědčí o tom, že respondenti mají mnoho zkušeností se systémem MEDIX a naučili se jej využívat, i když není dokonalý. Bylo by přínosné, kdyby vývojáři softwaru systému MEDIX mohli čerpat ze zkušeností uživatelů a přizvali je k testování při vývoji systému, nebo po určité době provozu na základě připomínek z praxe systém upravili.

## **Shrnutí kvalitativní části**

Všem respondentům se během praxe stalo, že nemohli PBP u pacienta provést. Tuto situaci řeší třemi způsoby. Zejména fakt, že systém „neuzavře protokol“, pokud není zaškrtnuto provedení PBP – ačkoliv objektivně toto nešlo provést- je námětem k dopracování systému. Dodatečné zdůvodňování do poznámek navíc zabírá další čas. Čtyři respondenti by uvítali možnost zápisu jednotlivých provedených fází PBP do sesterského protokolu. Pokud by tato možnost v systému fungovala, podle vyjádření většiny respondentů by to bylo přínosné. S problémem zapsat v systému čas 00:00 se čtyři respondenti již setkali. Jedná se o systémovou vadu programu, kterou se uživatelé naučili efektivně obcházet a řeší ji různými způsoby. Problém zápisu vyššího počtu histologických vzorků do systému řeší respondenti také různými způsoby, tato situace by mohla být ošetřena v systému, dodatečný zápis přílohy představuje navýšení administrativy a ztrátu času. Změnu na postu instrumentářky a obíhající sestry není systémově podchycena a musí se dovysvětlit v poznámce. Zadávání operačního týmu z jiné kliniky, která informační systém MEDIX nepoužívá, její zaznamenání do systému opět vyžaduje využít poznámky nebo dodatečně administrovat na sekretariátu.

Další problémy v souvislosti s používáním informačního systému MEDIX jsou prostorem pro zápis histologií. Při řešení nestandardního zápisu buď musí perioperační sestra improvizovat a použít „zdravý rozum“, nebo musí opět prostřednictvím sekretářky dodatečně do systému vstupovat a doplňovat informace.

Celkově se všichni respondenti shodují, že systém je spíše přínosný. Všechny odpovědi svědčí o tom, že respondenti mají mnoho zkušeností se systémem MEDIX a naučili se jej využívat, i když není dokonalý. Bylo by přínosné, kdyby vývojáři softwaru systému MEDIX mohli čerpat ze zkušeností uživatelů a přizvali je k testování při vývoji systému, nebo po určité době provozu na základě připomínek z praxe systém upravili.



## 4 DISKUSE

Tato diplomová práce se zabývá tématem Dokumentace v perioperační péči. Výzkumná část byla prováděna v nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech a na operačních sálech neurochirurgické kliniky. Obě pracoviště používají na operačních sálech totožnou perioperační dokumentaci. Dotazníky kvantitativního výzkumu byly rozdány perioperačním sestřím po provozní schůzi. Sestry je následně vyplnily a odevzdaly. Výzkumu se zúčastnilo 60 perioperačních sester, 58 žen a 2 muži. Nejmladší respondenti jsou ve věkové kategorii 26 - 30 let a nejstarším je více než 51 let. V souboru účastníků šetření převážná část patří mezi zkušené perioperační sestry s délkou praxe nad 15 let. 55 % sester má středoškolské vzdělání. 50 sester tohoto souboru absolvovalo specializační studium v perioperační péči. 53 respondentů pracuje na centrálních operačních sálech a 7 respondentů na jednooborovém operačním sále neurochirurgie. 22 respondentek je z úseku všeobecné chirurgie, 10 perioperačních sester z úseku urologie, 11 perioperačních sester pracuje na úseku kardiochirurgie a 10 perioperačních sester je z úseku traumatologie.

Kvalitativní výzkum probíhal na centrálních operačních sálech a na operačním sále neurochirurgické kliniky pomocí rozhovoru. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 5 perioperačních sester, jedna z každého úseku. Respondent č. 1 z úseku kardiochirurgie, respondent č. 2 z úseku urologie, respondent č. 3 z úseku traumatologie, respondent č. 4 z úseku všeobecné chirurgie a respondent č. 5 z neurochirurgické kliniky. Respondenti kvalitativního výzkumu pracují v nepřetržitém provozu na operačních sálech a k vedení dokumentace používají informační systém MEDIX. Respondenti kvalitativního výzkumu byli i součástí výzkumu kvantitativního.

Bylo stanoveno 7 výzkumných otázek, jež mají za úkol podpořit dosažení cílů této diplomové práce. K porovnání zjištěných skutečností byla využita diplomová práce Michaely Kohoutové Perioperační dokumentace v ČR z roku 2013 ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Cílem této práce bylo zmapovat současnou perioperační dokumentaci, z jakých částí se skládá, zjistit názor perioperačních sester na využití perioperační dokumentace a vytvoření perioperační dokumentace. Výzkum probíhal v roce 2012 a měl 119 respondentů.

Další prací, která poskytla údaje k porovnání zjištěných hodnot, je bakalářská práce Jany Wichsové Perioperační ošetrovatelská dokumentace z roku 2007 z 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Cílem této práce bylo zjistit, zda perioperační sestry považují perioperační dokumentaci za nutnou, jaký má význam, zda je vedení dokumentace na

operačních sálech zatěžuje a jak je vedení perioperační dokumentace časově náročné. Výzkum probíhal v roce 2007 a měl 47 respondentů.

Další konzultovanou prací byla diplomová práce Petry Matoušové Práce sestry se standardy na operačním sále z roku 2006 z 1. lékařské fakulty Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství Univerzity Karlovy v Praze. Cílem práce bylo zjistit, na jaké úrovni se nachází kvalita perioperační péče, zda mají všechna pracoviště vypracované standardy a zda podle nich postupují. Výzkum probíhal v roce 2005 – 2006 a měl 88 respondentů.

K porovnání byla také využita diplomová práce Martiny Popílkové Standardy v perioperační péči z roku 2013 z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Cílem této práce bylo zjistit stav standardizace ošetrovatelské perioperační péče včetně postojů perioperačních sester. Výzkum probíhal v roce 2013 a měl 158 respondentů.

Výsledky této práce byly také porovnávány s disertační prací Petry Pavlové Kvalita perioperační péče z pohledu ošetrovatelství z roku 2018 z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Cílem této práce bylo popsat problematiku ošetrovatelské péče, charakterizovat kompetence perioperačních sester, zmapovat metody řízení a hodnocení kvality péče a popsat perioperační bezpečnostní proces. Výzkum probíhal v roce 2018 a měl 68 respondentů.

## **Vyhodnocení výzkumných otázek**

### **První výzkumná otázka: Mají perioperační sestry na operačních sálech perioperační dokumentaci?**

100% perioperačních sester tohoto průzkumu uvedlo, že mají na operačních sálech perioperační dokumentaci. Kohoutová ve své práci uvádí shodný výsledek, taktéž 100% respondentů uvedlo, že mají na svých operačních sálech perioperační dokumentaci (Kohoutová, 2013, s. 49). Dle Matoušové používá dokumentaci na operačních sálech 95,5% perioperačních sester, 4,5% respondentů uvedlo, že ji nepoužívají (Matoušová, 2006, s. 68). Vezmeme-li v úvahu dobu vzniku porovnávaných výzkumů, můžeme konstatovat, že práce novější (Kohoutová, 2013) již uvádí stoprocentní používání perioperační dokumentace. Můžeme se domnívat, že v průběhu dvanácti let, které uplynuly od vzniku práce Matoušové (2006), došlo k jistému kvalitativnímu posunu a používání perioperační dokumentace na operačních sálech se stalo naprostou samozřejmostí a běžným standardem.

Pokud se jedná o formu zápisu, bylo zjištěno, že 86 % perioperačních sester vytváří zápis ve formě kombinované (elektronické a tištěné), 7% perioperačních sester uvedlo, že forma zápisu je tištěná a 7% respondentů uvedlo formu elektronickou. Dle Kohoutové používá 63 % perioperačních sester tištěnou formu perioperační dokumentace, 9% pouze ve formě elektronické a 28 % má na svém pracovišti perioperační dokumentaci ve formě kombinované (Kohoutová, 2013, s. 49). Opět s přihlédnutím k časové rovině vzniku srovnávací práce můžeme konstatovat, že se proměňuje forma perioperační dokumentace směrem od tištěné ke kombinované. Je zde tedy patrný nárůst využívání elektronických technologií. Podíl pouze elektronické formy však stále zůstává pod hranicí deseti procent. Všechny formy vedení dokumentace mají svá specifika, ať už jde o časovou náročnost při vyplňování, nutnost udržovat funkčnost elektronického systému (a tedy zpravidla i závislost na spolupráci specialisty na elektronická média), potřebu rychlého přístupu k informacím z dokumentace. Kombinovaná forma nese nejmenší rizika, že by v případě nepředvídané poruchy systému nebyly k dispozici potřebné informace o pacientovi, ovšem dochází tak nutně ke vzniku duplicit a tedy i časovým ztrátám, pokud se všechny relevantní informace zpracovávají duplicitně.

70 % sester pracujících na operačních sálech ví, že název dokumentace se nazývá Sesterský operační protokol. 23 % sester uvedlo, že dokumentace na operačních sálech se nazývá Perioperační dokumentace, 7 % sester nezná název perioperační dokumentace a 2 % sester uvedla, že dokumentace se nazývá Perioperační záznam. Dle Mikuláščíka může jít o profesionální slepotu – neschopnost změnit úhel pohledu, nevyužívání všech smyslových podnětů. Postižení jsou schopni se dívat jen z jednoho koridoru, a čím více jsou erudovanými odborníky, tím více bývají poznamenáni rigidností profese (Mikuláščík, 2010, s. 35-66). I když v tomto případě toto stanovisko zřejmě nelze brát tak doslovně, neboť se spíše přikláníme k vysvětlení, že se jedná o naučený stereotyp, činnost, kterou sestry vykonávají denně, takže se nezabývají vnějšími atributy. Pracují podvědomě i s vizuální stránkou (vzhled a úprava protokolu), ale soustřeďují se především na správnost a přesnost vyplnění pacientových údajů, nikoli na formální nadpis v záhlaví formuláře.

Pokud jde o jednotnost dokumentace, 65 % respondentů tohoto výzkumného vzorku uvádí, že perioperační dokumentace v rámci nemocnice není jednotná, 13 % respondentů se domnívá, že v rámci nemocnice perioperační dokumentace jednotná je a 22 % neví, zda je na všech operačních sálech v této nemocnici perioperační dokumentace shodná. Kohoutová píše, že 75 % perioperačních sester je přesvědčeno, že v jejich nemocnici je perioperační dokumentace

jednotná, 12 % bylo opačného názoru a 13 % perioperačních sester si nebylo jistých, zda dokumentace v rámci jejich nemocnice je sjednocená (Kohoutová, 2013, s. 50). U obou prací převažuje většinový názor, že dokumentace je jednotná. Pokud perioperační sestra nepůsobila i na jiném pracovišti a neseznámila se s provozem tohoto pracoviště, pravděpodobně nebude mít podrobné znalosti dokumentace používané jinde. Zavedené postupy se mohou lišit, neboť o organizaci práce na jednotlivých sálech rozhodují lidé, kteří mohou mít různé profesní návyky a zkušenosti a jimi se řídí.

85 % perioperačních sester uvedlo, že zápis v rámci operačních sálů je jednotný, 12 % perioperačních sester uvedlo, že zápis v rámci pracoviště jednotný není a 3 % respondentů neví. Dle Kohoutové 92 % respondentů uvedlo, že zápis do perioperační dokumentace v rámci pracoviště jednotný je, 2 % respondentů se domnívá, že jednotný zápis není a 6 % respondentů neví (Kohoutová, 2013, s. 54). Opět zde výstupy obou prací korelují. Pokud respondenti porovnávali způsoby zpracování zápisu, lze předpokládat, že jsou seznámeni se zvyklostmi a zaběhnutou praxí i na ostatních sálech. Nebo že forma zápisu vychází z přijatých standardů, kterými se všichni řídí.

Z průzkumu vyplývá, že 38 % perioperačních sester si myslí, že by měla být jednotná perioperační dokumentace v ČR, zjednodušilo by to orientaci nejen v dokumentaci, ale i v péči. 40 % respondentů uvedlo možnost spíše ano, protože návaznost ošetrovatelské péče je důležitá, 9 % respondentů nevidí v jednotnosti dokumentace v celé ČR žádné výhody a 10 % respondentů o této možnosti nikdy nepřemýšlelo. Kohoutová uvádí, že 35 % perioperačních sester bylo přesvědčeno, že by bylo výhodou mít jednotnou perioperační dokumentaci v rámci ČR, 32 % perioperačních sester odpovědělo spíše ano, 18 % respondentů uvedlo, že nevidí žádné výhody v jednotnosti perioperační dokumentace a 15 % o jednotnosti perioperační dokumentace v rámci ČR nikdy nepřemýšlelo (Kohoutová, 2013, s. 68). Pokud bychom sečetli dvě nejčastější odpovědi, došli bychom k závěru, že 78 % našich respondentů a 67 % respondentů dle Kohoutové dává přednost sjednocení dokumentace, aby bylo možno dosáhnout co nejefektivnější návaznosti při poskytování zdravotnické péče. Jelikož pacienti zpravidla nejsou léčeni pouze v jednom zdravotnickém zařízení, ale jednotlivé fáze léčení se odehrávají na různých místech (operace, pak rehabilitační ústav, LDN apod.), bylo by jistě žádoucí, aby veškeré relevantní informace o pacientovi byly k dispozici všem zainteresovaným subjektům.

## **Druhá výzkumná otázka: Jakou zdravotnickou dokumentaci používají perioperační sestry nejčastěji, a ze které zdravotnické dokumentace čerpají informace?**

Ve sledovaném souboru perioperační sestry nejvíce používají Sesterský perioperační protokol, Perioperační bezpečnostní protokol a Operační program. Tento fakt uvedlo 95 % respondentů, 61 % respondentů uvedlo, že nejvíce nahlíží do Hlášení sester a 45 % respondentů uvedlo, že nejvíce používají formulář Zvlášť účtovaný materiál.

83 % perioperačních sester uvedlo, že informace o pacientovi čerpají z chorobopisu pacienta, 80 % respondentů uvedlo, že informace čerpá z operačního programu, od pacienta i lékaře, 63 % perioperačních sester získává informace od anesteziologické sestry a jen 32 % respondentů uvedlo, že informace o pacientovi získává z ošetrovatelské dokumentace. Kohoutová uvádí, že 25 % perioperačních sester získává informace z operačního programu, 21 % informace získává od pacienta, 20 % perioperačních sester čerpá informace z chorobopisu, 14 % získává informace od anesteziologické sestry, 11 % od lékaře a pouze 10 % z ošetrovatelské dokumentace (Kohoutová, 2013, s. 61).

45 % respondentů uvedlo, že do ošetrovatelské dokumentace nahlédnou pouze tehdy, pokud potřebné informace nenaleznou jinde, 28 % respondentů nevyužívá ošetrovatelskou dokumentaci pacienta vůbec a 27 % respondentů do ošetrovatelské dokumentace nahlíží vždy. Dle Kohoutové využívá k získání informací o pacientovi ošetrovatelskou dokumentaci 13 % perioperačních sester, 35 % respondentů uvedlo, že ošetrovatelskou dokumentaci použijí jen tehdy, pokud informace nenaleznou jinde, 52 % perioperačních sester uvedlo, že do ošetrovatelské dokumentace nenahlíží nikdy (Kohoutová, 2013, s. 65). Vytěžování informací z perioperační dokumentace může být ovlivněno dostupností této dokumentace. Získávání informací o pacientech je značně různorodé a zde se nabízí otázka jednak snadné dostupnosti informačních zdrojů (Co je nejdříve „po ruce“? Nahlédnutí do systému?), dále i osobního přístupu, zájmu, zkušenosti a pečlivosti každé perioperační sestry. Což je vždy individuální.

Otázka uvádění zápisu o provedení Perioperačního bezpečnostního protokolu (PBP) do perioperační dokumentace je celkem jasná. V tomto souboru 91 % perioperačních sester uvedlo, že zápis o provedení Perioperačního bezpečnostního protokolu (PBP) je součástí perioperační dokumentace, 7 % perioperačních sester uvedlo, že zápis o provedení PBP je součástí perioperační dokumentace jen někdy a 2 % respondentů uvedla, že zápis o provedení PBP není nikdy součástí perioperační dokumentace. Kohoutová uvedla, že 89 % respondentů uvedlo, že zápis o provedení PBP je součástí perioperační dokumentace, 4 % respondentů uvedla, že provádí zápis o provedení PBP jen výjimečně a 7 % nezapisuje provedení PBP nikdy

(Kohoutová, 2013, s. 67). Jak je patrné, naprostá většina respondentů v obou souborech má provedení PBP za povinnou součást dokumentace. Zřejmě toto souvisí s nastavením standardů a ošetřením rizikových faktorů, které by mohly v rámci perioperační péče nastat. Jelikož bezpečnostní protokol by měl sloužit i jako „pojistka“ pro případ následného přezkumu postupu, je jistě žádoucí, aby v rámci naplnění standardů byl tento dokument k dispozici vždy.

### **Třetí výzkumná otázka: Považují perioperační sestry perioperační dokumentaci za důležitou?**

80 % respondentů tohoto souboru považuje perioperační dokumentaci za důležitou. 18 % perioperačních sester volilo variantu spíše ano a jen 2 % si myslí, že perioperační dokumentace důležitá není. Dle Kohoutové je pro 61 % perioperačních sester perioperační dokumentace důležitá, pro 28 % je spíše důležitá, 4 % perioperačních sester neví, zda perioperační dokumentace důležitá je a 7 % perioperačních sester nepovažuje dokumentaci vedenou na operačních sálech za důležitou (Kohoutová, 2013, s. 51). Wichsová píše, že 26 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace má význam, 53 % perioperačních sester uvedlo variantu spíše ano, 19 % respondentů uvedlo, že si myslí, perioperační dokumentace nemá význam a 2 % respondentů neví (Wichsová, 2007, s. 40). Dle Matoušové pro 94 % respondentů má perioperační dokumentace význam a pro 6 % respondentů význam nemá (Matoušová, 2006, s. 69). Tradice a podmínky pro dokumentaci ovlivňují dokumentační postupy. Záleží na tradici a kultuře jednotlivých chirurgických oddělení a proškolení pracovníků. Park, Lee a Yoon uvedli, že cílené vzdělávání se zaměřením na dokumentační metody zlepšuje kvalitu dokumentace. V souvislosti s jejich studijním testováním standardizovaného dokumentačního nástroje autoři zjistili, že perioperační sestry mají vysokou profesionální reflexi v souvislosti s dokumentací. Sorensenet al. (2014) dospěli k závěru, že trénink potřebný pro dokumentaci vyžaduje praktické a teoretické znalosti. Strategie dokumentace závisí na znalosti každé zdravotní sestry. Sestry se domnívají, že dokumentace není tak důležitá v poměru s praktickými, ošetrovatelskými úkoly. (Søndergaard, 2016, s. 1765-1766).

78% perioperačních sester tohoto souboru uvedlo, že perioperační dokumentace je záznam informací o poskytované péči, 68% uvedlo, že slouží jako dokument pro vyúčtování péče, 60 % je přesvědčeno, že chrání sestru i pacienta a že dokumentace poskytuje informace pro další péči, 40 % respondentů si myslí, že perioperační dokumentace chrání sestru, 35 % uvedlo, že podle jejich názoru chrání dokumentace vedená na operačních sálech pacienta a 2 % si myslí, že perioperační dokumentace nemá význam. Kohoutová uvádí, že pro 34% perioperačních sester je perioperační dokumentace záznam o poskytované péči, 28 %

respondentů uvedlo, že chrání sestru i pacienta, 14 % respondentů si myslí, že dokumentace vedená na operačních sálech slouží jako informace pro další péči, 10 % respondentů si myslí, že je to dokument, který slouží k vyúčtování péče, 6 % respondentů je přesvědčeno, že perioperační dokumentace chrání pouze sestru a stejný počet respondentů si myslí, že chrání pouze pacienta a jen 2 % respondentů nepovažuje perioperační dokumentaci za přínosnou (Kohoutová, 2013, s. 52). Dle Wichsové 74 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace chrání sestru i pacienta, 11 % respondentů si myslí, že chrání pouze sestru, 9 % respondentů si myslí, že dokumentace nemá význam a 6 % respondentů si myslí, že chrání pouze pacienta (Wichsová, 2007, s. 41). Z výsledků všech porovnávaných výzkumů vyplývá, že naprostá většina perioperačních sester dokumentaci považuje za důležitou. Jelikož dokumentace obsahuje životně důležité informace o pacientovi a jeho zdravotním stavu, je pro jeho další léčbu nezastupitelná.

Při zkoumání obsažnosti dokumentace 34 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace obsahuje všechny nezbytné údaje, 55 % perioperačních sester uvedlo variantu spíše ano, 5 % respondentů neví, zda perioperační dokumentace obsahuje všechny nezbytné údaje, 3 % uvedlo, že spíše neobsahuje všechny nezbytné údaje a 3 % si myslí, že dokumentace vedená na operačních sálech neobsahuje všechny nezbytné údaje. Kohoutová zjistila, že 22 % perioperačních sester se domnívá, že perioperační dokumentace obsahuje všechny nezbytné údaje, 67 % uvedlo možnost spíše ano, 6 % respondentů nevědělo a 5 % respondentů si myslí, že perioperační dokumentace neobsahuje všechny potřebné údaje (Kohoutová, 2013, s. 53). Wichsová píše, že 34 % respondentů by odebralo některé údaje z perioperační dokumentace, 15 % respondentů si myslí, že by bylo potřeba některé údaje do perioperační dokumentace přidat. 17 % respondentů si myslí, že je perioperační dokumentace příliš podrobná, 70 % respondentů uvedlo, že perioperační dokumentace je dostačující, 6,5 % perioperačních sester si myslí, že je málo podrobná a 6,5 % respondentů neví (Wichsová, 2007, s. 43). Jelikož sbírání a zaznamenávání všech důležitých údajů o zdravotním stavu pacienta v perioperační dokumentaci je proces, který prošel již mnoha transformacemi, stejně jako celá medicína, lze doufat, že odborníci, kteří navrhovali stávající systém vedení zdravotní dokumentace, uplatnili své znalosti a nabyté zkušenosti a systém zdravotní dokumentace je již natolik propracovaný, aby byl plně funkční a „užitečný“ pro pacienty i zdravotnický personál.

Pokud jde o přístup a využitelnost údajů z dokumentace, je 53 % perioperačních sester přesvědčeno, že perioperační dokumentace je využívána i jinými zdravotnickými pracovníky,

15 % respondentů si myslí, že perioperační dokumentace je pro ostatní zdravotnické pracovníky nedostupná a 32 % neví, zda perioperační dokumentaci využívají i jiní zdravotničtí pracovníci. Kohoutová uvádí, že 37 % perioperačních sester si myslí, že je perioperační dokumentace využívána i jinými zdravotnickými pracovníky, 27 % respondentů je toho názoru, že do perioperační dokumentace již nikdo nenahlíží a 36 % neví, co se s perioperační dokumentací děje dál (Kohoutová, 2013, s. 57). Zde je nutno připomenout, že vytěžování informací z perioperační dokumentace může být ovlivněno dostupností těchto informací. Pokud lze údaj získat z jiného zdroje, který je snadněji přístupný, nemá zpravidla člověk potřebu vynakládat „zbytečnou námahu“ a údaje si opatří přímější cestou. Zejména v souvislosti se zákonem na ochranu osobních údajů a s ním související legislativní smrští předpisů se přístup k některým údajům stal zdoluhavým a administrativně náročným (přístupová hesla, oprávnění ke vstupu do systému atp.).

#### **Čtvrtá výzkumná otázka: Zapisují perioperační sestry důsledně všechna důležitá data do perioperační dokumentace?**

41 % perioperačních sester uvedlo, že se jim již stalo, že zapoměly některý z údajů do perioperační dokumentace zapsat, 52 % respondentů si žádného opomenutí zápisu není vědomo, 7 % respondentů uvedlo, že nikdy nezapomněl žádný údaj o perioperační dokumentace zapsat. Nejčastěji perioperační sestry (52 %) zapomínají zapsat provedení statim sterilizace, ve 44 % návoz pacienta, ve 40 % oholení pacienta na operačním sále a změny na kůži před operací, ve 32 % zapomínají zapsat dodržení hygienicko-epidemiologického režimu při operacích pacientů v bariérovém režimu. Dále chybují v 8 % při zápisu polohy pacienta, druhu koagulace, naložení turniketů, typu anestezie, v zápisu histologií a jiných odběrů.

73 % perioperačních sester zapisuje alergie na dezinfekční prostředky, 70 % respondentů zapisuje lékové alergie, 55 % respondentů zapisuje alergie na zdravotnické prostředky. Všechny druhy alergií zapisuje jen 27 % perioperačních sester, 2 % respondentů zapisují i potravinové a inhalační alergie. Dle Pavlové alergickou anamnézu ověřuje 96% perioperačních sester. Alergie jako významný rizikový faktor jsou sledovanou oblastí a zkušené perioperační sestry tato rizika neustále vedou v patrnosti, neboť tím chrání jak pacienta, tak i sebe (Pavlová, 2018, s. 111).

Pokud se jedná o opomenutí zápisu vydaných materiálních položek, o kterých se účtuje, nejčastěji se jedná o zapomenuté zaznamenání položky rukavice (43 % respondentů připustilo, že se jim již toto podařilo opomenout), ve 40 % případů respondenti uvedli, že se jedná o šicí



materiál, ve 34 % zapomínají perioperační sestry zapsat mulový materiál, 30 % respondentů uvedlo, že zapomínají zapisovat vaselinu a sáček na moč, ve 27 % se jedná o operační pláště, 23 % respondentů zapomíná zapsat injekční stříkačky a tejpky. Dále perioperační sestry zapomínají zapsat kartáčky na mytí rukou, infúzní roztoky, močové katetry, zapomínají načíst položky ke sterilizaci a další položky. Nejméně zapomínají zapsat ty nejdražší položky, což jsou staplery a implantáty (3 %). V 54 % se jedná o materiál v odhadované hodnotě do 99 Kč, v 37 % jde o materiál v hodnotě do 499 Kč, 4 % respondentů nevykázala materiál od 500 do 1000 Kč a 5 % respondentů uvedlo, že nezapsali materiál dražší než 1000 Kč. Jak je patrné ze zjištěných údajů, počet opomenutých nevykázaných položek je přímo úměrný jejich ceně (tj. drahé materiály se nezapomínají účtovat). Jisté procento chybovosti se předpokládá, lidský faktor může občas selhat. Proto je vhodné mít nastavený kontrolní mechanismus, který případné chyby může korigovat.

Při našem výzkumu časové náročnosti na zpracování perioperační dokumentace 24 % perioperačních sester uvedlo, že zápis do perioperační dokumentace trvá 5 minut celkem, 48 % věnuje zápisu 5 – 10 minut a 28 % respondentů uvedlo, že jim zápis zabere víc než 10 minut času. 95 % perioperačních sester provádí zápis do perioperační dokumentace průběžně během výkonu a 5 % respondentů uvedlo, že zápis provádí na začátku výkonu.

Kohoutová uvedla, že 77 % perioperačních sester vyplňuje perioperační dokumentaci průběžně během výkonu, 15 % respondentů uvedlo, že dokumentaci vyplňují na začátku operačního výkonu a 8 % respondentů provádí zápis na konci operačního výkonu (Kohoutová, 2013, s 56). Dle Wichsové 27,5 % respondentů uvedlo, že jim zápis do perioperační dokumentace trvá asi 3 minuty 57,5 % respondentů uvedlo, že jim zápis zabere 3 -5 minut času, 15 % perioperačních sester uvedlo, že jim zápis trvá déle než 5 minut celkem. 4 % perioperačních sester to vnímá jako nadměrnou zátěž, 77 % respondentů uvedlo, že se to dá zvládnout a 19 % respondentů zápis do perioperační dokumentace nezatěžuje (Wichsová, 2007, s. 45). Jelikož nebyl předmětem výzkumu v této otázce rozsah vyplňovaných údajů, ani forma (ručně, elektronicky), nelze objektivně srovnávat posuzovanou dobu. Obecně lze konstatovat, že doba delší než 10 minut již je poměrně zatěžující a „zdržuje“ od dalších výkonů. V praxi je navíc vedení ošetrovatelské dokumentace často ohroženo podhodnocenou operační dobou, což vede ke stresové době mezi operacemi. V takových případech perioperační sestry považují za důležitější dodržovat pracovní program než zdokumentovat péči, kterou poskytují (Søndergaard, 2016, s. 1766).

### **Pátá výzkumná otázka: Mají perioperační sestry na svém pracovišti k dispozici standardy a využívají je?**

Perioperační sestry tohoto souboru standard ve 23 % označily jako běžný pracovní postup a 77 % respondentů považuje standard za jakousi normu, obecně uznávaný vzor. Dle Popílkové je standard běžnou věcí v 8 %, v 76 % je standard normou, obecně závazným vzorem a v 15 % je standard jediným možným postupem (Popílková, 2013, s. 47). Pro 3 % perioperačních sester má standard využití praktické, pro 2 % pouze teoretické a pro 95 % perioperačních sester má standard využití praktické i teoretické. Popílková (2013) uvádí, že využití standardu je v 11 % praktické, ve 4 % pouze teoretické a v 85 % praktické i teoretické (Popílková, 2013, s. 48).

100 % perioperačních sester uvedlo, že mají na svém pracovišti standardy v perioperační péči, a jsou jim přístupné kdykoliv. Dle Popílkové 88 % perioperačních sester uvedlo, že mají standardy na operačních sálech, 8 % respondentů uvedlo, že standardy v perioperační péči nemají a 4 % dotázaných neví, zda mají standardy na svém pracovišti (Popílková, 2013, s. 50).

50 % respondentů tohoto souboru uvedlo, že používá standardy v perioperační péči, 40 % respondentů zvolilo variantu spíše ano, 7 % uvedlo, že standardy spíše nepoužívá a 3 % respondentů nepoužívá standardy v perioperační péči vůbec. Popílková uvádí, že 60% perioperačních sester standardy při výkonu své práce používá, 25 % respondentů uvedlo možnost spíše ano, 4 % neví, 3 % standardy spíše nepoužívá a 8 % je nepoužívá vůbec (Popílková, 2013, s. 52). Matoušová uvádí, že 100 % dotázaných respondentů na akreditovaném pracovišti standardy v perioperační péči používá (Matoušová, 2006, s. 63). Je otázkou, jak respondenti chápou význam pojmu standard. Zda je jím míněna konkrétní závazná norma, zpracovaný dokument obsahující postupy a řešení situací speciálně pro každé pracoviště, nebo zda je chápou spíše dle hlediska sémantického – běžný, ustálený postup, který vyplývá z platné legislativy a provozních předpisů obecně. Vzhledem k podmínkám vývoje akreditačního procesu, jímž prošla všechna pracoviště, na nichž probíhal výzkum, považujeme za vyloučené, že by některé pracoviště v současné době nemělo standardy zpracované. Otázkou je, zda v době, kdy vznikaly práce Matoušové (2006) a Popílkové (2013), byly již tehdy k dispozici standardy, které by odpovídaly dnešním. Zda je tedy lze objektivně porovnávat.

55 % respondentů uvedlo, že jim byly standardy předloženy vedením oddělení, 47 % perioperačních sester uvedlo, že se na tvorbě standardů samy podílely, 28 % perioperačních sester uvedlo, že standardy připravila staniční sestra, 25 % respondentů je přesvědčeno, že standardy byly vytvořeny na oddělení kvality a 20 % perioperačních sester uvedlo, že standardy

tvoří vrchní sestra. Z hlediska možnosti vlastního podílu na tvorbě standardů 25 % perioperačních sester uvádí, že se přímo podílí na tvorbě standardů, 23 % respondentů uvedlo, že se na tvorbě standardů podílí ojediněle a 52 % respondentů se na tvorbě standardů nepodílí vůbec. Popílková (2013) uvádí, že 9 % respondentů se podílí na tvorbě standardů vždy, 6 % respondentů často, 33 % respondentů ojediněle a 52 % perioperačních sester se nepodílí na tvorbě standardů nikdy (Popílková, 2013, s. 55). Dle Matoušové (2006) má zájem se podílet na tvorbě standardů 47 % perioperačních sester a 53 % perioperačních sester zájem nemá (Matoušová, 2006, s. 59). Zapojení uživatelů do tvorby manuálů a norem je sice manažersky žádoucí a inovativní postup, ovšem jeho uvedení do praxe bývá spíše ojedinělé. Vždyť je přece nanejvýš přínosné využít znalostí a zkušeností zainteresovaných osob ke zlepšení jejich práce a podmínek péče. A totéž platí i u možnosti spoluvytváření standardů na konkrétním pracovišti. Pokud je to jen soubor „opsaných“ pokynů, které neakceptují místní specifika a problémy, bude to jen další „papír na nástěnku“, u kterého sice všichni podpisem stvrdí, že jej „berou na vědomí“, ale je otázkou, do jaké míry bude přínosem.

80 % respondentů uvedlo, že se již během své praxe dostali do situace, kdy si nebyli jistí, jak daný problém řešit, 20 % respondentů uvedlo, že si poradí v jakékoliv situaci. 40 % respondentů napsalo, že jim v takové situaci standard pomohl, 35 % respondentů uvedlo, že se jim s pomocí standardu povedlo problém vyřešit částečně a v 25 % jim standard nepomohl. Matoušová uvádí, že 5 % perioperačních sester se často nachází v situaci, kdy si nejsou jisté řešením problému, 60 % respondentů se do takové situace dostane často a 35 % respondentů se do takové situace nedostalo nikdy. 55 % respondentů věří, že jim standard v krizové situaci pomůže a 45 % si myslí, že ne (Matoušová, 2006, s. 61). Pokud jde o použití standardů jako pomoci či návodu při řešení problémové situace, zřejmě toto bude úzce souviset také s délkou praxe a množstvím získaných zkušeností u jednotlivých respondentů, což srovnávací výzkumy nezohledňují.

57 % perioperačních sester si myslí, že má standardizace význam při sjednocování zaškolení nových perioperačních sester, pro 45 % respondentů má standardizace největší význam při výuce a adaptaci nových perioperačních sester, v lepší samostatnosti perioperační sestry při práci na operačním sále a ve snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu. 11 % respondentů si myslí, že standardizace má vliv na spotřebu materiálu na operačním sále, 23 % respondentů vidí výhodu ve větší flexibilitě perioperačních sester v rámci operačních sálů a 26 % respondentů uvedlo, že standardizace má vliv na zvýšení kvality poskytované péče. Dle Popílkové má standardizace pozitivní vliv na sjednocení zaškolování nových perioperačních sester v 66 %, v 58 % má standardizace pozitivní vliv na výuku a adaptaci nových

perioperačních sester, 56 % respondentů uvedlo, že standardizace má vliv na samostatnost perioperačních sester při práci, 57 % respondentů si myslí, že standardizace sníží počet chyb při přípravě k operačnímu výkonu, 26 % respondentů si myslí, že dojde ke snížení spotřeby materiálu, 35 % perioperačních sester uvedlo, že standardizace má vliv na flexibilitu perioperačních sester při výkonu práce a 52 % respondentů si myslí, že standardizace zvýší kvalitu poskytované péče (Popílková, 2013, s 57-63). Matoušová uvádí, že 84 % perioperačních sester je přesvědčeno, že standardizace na operačních sálech má pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče (Matoušová, 2006, s. 66). Pokud jsou standardy chápány pouze jako pravidla a pokyny vedoucí ke snížení rizika chybovosti a výskytu nepředvídaných událostí, jsou vnímány jako další legislativní nařízení, součást „teorie“. Jejich využití v praxi pak nebývá příliš intenzivní. Jestliže se dostanou na úroveň praktického metodického materiálu, který řeší konkrétní návody a modelové situace, jež mohou nastat, je jejich akceptování mnohem vyšší.

Pokud jde o otázku využitelnosti standardů a metodik při přípravě a zaškolování sester, 72 % perioperačních sester uvedlo, že při zvládnání nového operačního výkonu pracují pod vedením zkušené sestry/školitelky, 55 % postupuje podle vlastních poznámek, 32 % postupuje dle standardu a 24 % perioperačních sester asistuje u nového operačního výkonu až po jeho několikanásobném sledování. Dle Popílkové 65 % respondentů uvádí, že u nového operačního výkonu asistují po jeho několikanásobném sledování, 33 % postupuje podle vlastních poznámek, 60 % asistuje u nového operačního výkonu pod vedením zkušené sestry/školitelky a 20 % postupuje dle standardu (Popílková, 2013, s. 65).

V tomto souboru 72 % perioperačních sester připravuje pomůcky podle vlastních poznámek, 53 % postupuje dle standardu a 47 % připravuje pomůcky pod vedením zkušené sestry/školitelky. Popílková uvádí, že 28 % perioperačních sester připravuje pomůcky až po několikanásobném sledování výkonu, 44 % postupuje podle vlastních poznámek, 36 % provádí přípravu pod vedením zkušené sestry/školitelky a 37 % respondentů postupuje dle standardu (Popílková, 2013, s. 67). V tomto porovnání je patrné, že standardy nejsou vždy jediným ani převažujícím zdrojem informací, ale že při přípravě na zvládnání nového operačního výkonu dávají perioperační sestry přednost osobnímu přístupu – zaškolení zkušenou kolegyní, případně opakovanému sledování postupů v praxi. Je to naprosto logické, neboť osobní zkušenost je zpravidla nepřenositelná a standardy nemohou reagovat na všechny situace, které by v praxi mohly nastat. Je zde též otázka osobního přístupu zkušenějších kolegyň, systému vzdělávání a „mentorování“, což poskytuje v praxi začínajícím perioperačním sestřím pocit mnohem vyšší

jistoty. Mít někoho spolehlivého „za zády“ je pro ně neocenitelné a přispívá to i k rychlejšímu procesu adaptace na nové pozici.

**Šestá výzkumná otázka: S jakými problémy v elektronickém systému MEDIX se perioperační sestry setkávají a jakým způsobem je řeší?**

Tato výzkumná otázka je zaměřena na praktickou oblast a její výstupy byly získávány formou řízeného rozhovoru s vybranými respondenty, kteří reprezentovali jednotlivá odborná pracoviště, kde systém MEDIX používají. Celkově se dají problémy shrnout do základních okruhů:

Všichni respondenti odpověděli, že se jim během své praxe stalo, že nemohli u pacienta provést Perioperační bezpečnostní protokol. Respondenti by uvítali možnost, že by mohli v ošetřovatelském operačním protokolu zaškrtnout jednotlivé fáze PBP, které byly provedeny. Na tomto příkladu lze demonstrovat, že „modelová“ situace (nemožnost zapsat z objektivních důvodů neprovedený PBP) je v systému zaznamenávána třemi různými způsoby. Na základě vlastních zkušeností si každý z dotazovaných respondentů našel „vlastní cestu“. Ale není to systémové řešení. Zejména fakt, že systém neumožní uzavřít protokol, je námětem k doplnění či dopracování systému. Dodatečné zdůvodňování a doplňování do poznámek je pro toho, kdo vyplňuje dokumentaci, další ztrátou času.

Problém zapsat v systému čas 00:00 hod měli čtyři respondenti tohoto souboru. Respondenti měli problém se zadáním pacienta do systému v situaci, kdy návoz byl před půlnocí, ale zápis z časového důvodu musel být proveden po půlnoci. Dva využijí zobrazenou tabulku a pokračují v zápisu dat do předchozího dne. Jiní napíší fiktivní čas, do poznámky napíší skutečný čas návozu pacienta a druhý den vše řeší u sekretářky. Jeden respondent napíše návoz pacienta po půlnoci a situaci dále neřeší. Také tato situace by se dala nazvat „systémovou chybou“. Je zřejmé, že se jedná o nedokonalost systému, kterou se uživatelé naučili efektivně obcházet. Opět by si toto zasloužilo dopracovat řešení v systému. Nutnost dodatečného navrácení se do systému a „řešit druhý den u sekretářky“ je další zbytečnou ztrátou času.

Respondenti měli problém zapsat vyšší počet histologických vzorků do systému. Řešili situaci, kdy se stalo, že jste u operace odebrali více histologií a po vytištění Sesterského operačního protokolu zjistili, že se všechny položky nevytiskly. Jeden respondent tuto situaci řeší napsáním přílohy v programu MS Word a tu přiloží k sesterskému operačnímu protokolu, další respondent uvedl, že histologie nepíše pod sebe, ale za sebou, aby se do kolonky pro ně určené všechny vešly.

Respondenti měli problém zapsat do systému výměnu instrumentářky s obíhající sestrou. Čtyři respondenti odpověděli, že změnu na postu instrumentářky a obíhající sestry zapíší do poznámky. Jeden respondent tuto situaci řeší jinak, přepíše to v systému MEDIX.

Problém nastává při zadávání jmen operačního týmu z jiné kliniky, která informační systém MEDIX nepoužívá. Tři respondenti uvedli, že se do této situace ještě nedostali. Jeden respondent uvedl, že jména lékařů napsal do poznámek sesterského operačního protokolu a ráno to nahlásil sekretářce. Další respondent uvedl, že cizí operační tým zapisuje do poznámek.

Jeden respondent uvedl, že se mu stalo, že mu nesouhlasila strana operačního výkonu, tak vše ověřil u sekretářky a zapsal do poznámky.

Jeden respondent uvedl, že stejný problém, jako je s prostorem pro zápis histologií, je i u mimořádných událostí. Problém řešil obdobně, zápis provedl do MS Word a tento list přidal k operačnímu protokolu. Takže při řešení malé kapacity znaků (dlouhý zápis výčtu histologií), zápisů změn jmen nebo nesouhlasné strany, což bývají poměrně časté modelové situace, si musí uživatelé systému poradit sami a improvizovat (doplnit údaje na samostatnou přílohu, vytisknout), nebo musí dodatečně vstupovat do systému pomocí další osoby. Opět tedy jistá časová ztráta, kterou by bylo možno eliminovat funkčním nastavením systému.

### **Sedmá výzkumná otázka: Co by perioperační sestry v systému MEDIX chtěly změnit?**

Čtyři respondenti hodnotí systém MEDIX převážně kladně, považují jej za přehledný, dostačující, obsahující všechny potřebné údaje, vyhovuje jim zadávání žádanek pro sterilizaci, zápis vydaného materiálu, jeden respondent připouští, že systém několik chyb má. Respondent č. 3 vytýká systému nedokonalost při tisku žádanky na sterilizaci a ne úplně dobře zvládnuté předávání sterilního materiálu, ale zároveň připouští, že to není jen chyba tohoto systému.

Zazněly i konkrétní návrhy na doplnění systému:

Změnit možnost odsouhlasení počtu a celistvosti použitých nástrojů a materiálu, nyní se musí odsouhlasit na dvou místech v protokolu. Není možnost volby PBP proveden, neproveden. Zápis o PBP je zbytečně komplikovaný. Nyní je nutné k sesterskému protokolu vyplňovat kvůli PBP další formulář. Doplnit kolonku pro polední pauzu a prohlášení „jehly souhlasí“. Bylo by dobré vytvořit balíčky nejčastějších výkonů pod hesly, aby se nemusela každá položka načítat zvlášť, ale šlo by na základě jednoho hesla rozbalit soubor věcí k dané operaci, k výkonům, které se často opakují. Změnit zápis PBP, aby bylo možné zaškrtnout možnost o jeho provedení či neprovedení. Je snad zbytečné to řešit mimořádnou situací, v poznámkách by byl pouze

vysvětlen důvod, proč PBP proveden nebyl. Zjednodušit situaci záznamu času a vstupu do systému v době okolo půlnoci, aby se systém po půlnoci neptal, v jakém dni pokračovat. Jedná se o jeden výkon, který trvá určitou dobu a zdá se dost nelogické, aby se systém ptal, zda pokračovat ve dni včerejším nebo dnešním. A pokud v tu chvíli dojde k chybě, tak zápis zmizí v přechozím dnu a už se k němu lze dostat až ráno po administrativním zásahu. Odpovědi svědčí o tom, že respondenti mají mnoho zkušeností se systémem MEDIX a naučili se jej využívat, i když není dokonalý.

### **Návrh na změnu**

Změnit možnost odsouhlasení počtu a celistvosti použitých nástrojů a materiálu.

Není možnost volby PBP proveden, neproveden. Změnit zápis PBP, aby bylo možné zaškrtnout možnost o jeho provedení či neprovedení.

Doplnit kolonku pro polední pauzu a prohlášení „jehly souhlasí“.

Vytvořit balíčky nejčastějších výkonů pod hesly.

Zjednodušit situaci záznamu času a vstupu do systému v době okolo půlnoci.

Všechny poznatky z tohoto průzkumu budou předány vedení operačních sálů, které bude jednat s firmou, která tento informační systém vytvořila a nadále ho rozvíjí. Bylo by přínosné, kdyby vývojáři softwaru systému MEDIX mohli čerpat ze zkušeností uživatelů a přizvali je k testování při vývoji systému, nebo po jisté době provozu na základě připomínek z praxe systém upravili.

## 5 ZÁVĚR

Dokumentační postupy musí přispívat k prevenci nežádoucích událostí, optimalizaci bezpečnosti pacientů a umožnění bezpečných cest pacientů v rámci multidisciplinární péče o pacienty. Dobrá dokumentace dále odhaluje odbornou reflexi a perioperační sestry shledávají, že dokumentace je důležitá pro jejich právní statut. Náš přehled naznačuje, že sestry se soustředí jak na bezpečnost pacientů, tak na své vlastní právní postavení. Sestry řeší dokumentaci důležitou k vyloučení nežádoucích příhod pro pacienty. Kromě toho jsou písemné záznamy považovány za silné důkazy. Na základě místních právních předpisů musí odborníci v oblasti zdravotní péče vykazovat svědomitost při dokumentování ošetřovatelství, protože tato dokumentace bude tvořit základ právního posouzení v souvislosti se stížnostmi pacientů.

Výchova a vzdělávání jsou základem pro zdokonalení dokumentačních postupů perioperačních sester. Důležité je také další vzdělávání v oblasti informačních technologií pro perioperační sestry. Toto vzdělávání by poskytlo zdravotnickým sestřím v perioperační péči kvalifikaci potřebnou k ovlivňování a rozvoji profesních IT systémů.

Tento průzkum ukázal, že na operačních sálech pracují kvalifikované sestry s dlouholetou profesní zkušeností, které si neustále průběžně doplňují odborné vědomosti. K hlavním povinnostem perioperační sestry patří zajistit bezproblémový průběh operace a zajištění bezpečnosti pacienta, který je zcela závislý na zdravotnickém personálu. Takže musí velmi dobře znát prostředí a logistiku operačních sálů, zejména s ohledem na případná rizika. Bezpečnost pacientů a operačních sálů závisí na dodržování odborných regulativů, které jsou zpracovány téměř pro každý prováděný postup. Dodržování těchto standardů jako základních podmínek pro zajištění bezpečnosti a kvality jsou nezbytnou součástí každého procesu perioperační péče.

Nedílnou součástí těchto procesů je též vedení zdravotnické dokumentace, což tvoří významnou součást povinností a pracovní náplně perioperačních sester. Ty se musí orientovat nejen v odborných praktických otázkách zdravotní péče (příprava pacienta před operací, příprava instrumentária, materiálů, atp.), ale mají povinnost vést zdravotnickou dokumentaci všech procesů na operačním sále tak, aby byla úplná a prokazatelná. V posledních desetiletích se forma dokumentace proměňuje, jsou vytvářeny elektronické systémy, které mají zajistit snadnější zpracování dokumentace a vyšší uživatelský komfort při práci s informacemi o pacientovi a léčebných postupech.



Na základě praktického výzkumu bylo provedeno vyhodnocení přístupu perioperačních sester k využívání standardů a dalších složek nemocničního informačního systému, s nímž pracují jednotlivá zdravotnická zařízení. Respondenty tohoto výzkumu jsou uživatelé informačního systému MEDIX. Z uživatelského pohledu tento systém plní řádu funkcí, které přinášejí zjednodušení a zpřesnění práci uživatelů. Dokáže detailně sledovat průběh změn a evidenci materiálových položek, průběh operačního dne, zpracovává měsíční výkazy, statistiky, dokonalou a přehlednou analýzu nákladů. Obsahuje i modul pro evidenci přístrojů a materiálů přímo na pacienta, což umožňuje rozklíčovat i kalkulace na jednotlivého pacienta.

Ve výsledku jsme se setkali s dobrými i špatnými zkušenostmi s informačním systémem MEDIX. Po jejich vyhodnocení vzniklo několik metodických doporučení, která by měla podpořit vylepšení stávajícího systému, aby fungoval ještě efektivněji ke spokojenosti všech jeho uživatelů, tedy zejména perioperačních sester. Zejména v oblasti nastavení systému jsou rezervy, neboť některá systémová omezení zbytečně komplikují práci a v konečném důsledku vedou ke zbytečnému „plýtvání časem“.

Poznatky získané na základě našeho průzkumu budou předány vedení operačních sálů, které je postoupí firmě, jež tento informační systém vytvořila a nadále ho rozvíjí. Je přínosné, když vývojáři systému MEDIX mohou čerpat ze zkušeností uživatelů, neboť právě zpětná vazba je při vývoji systému nesmírně cenná.

Na základě vyhodnocení poznatků získaných z teoretické i praktické části (zpracování a vyhodnocení výzkumných otázek) lze konstatovat, že diplomové práci bylo dosaženo stanovených cílů.

V průběhu psaní práce, získávání a vyhodnocování materiálů se navíc podařilo potvrdit i premisu, která nebyla nikde jako výzkumný cíl prezentována: i přes sebedokonalejší přínosy a úroveň techniky a všech ostatních vědních oborů zůstává v medicíně nejdůležitějším faktorem člověk, jeho vědomosti, zkušenosti, šikovnost, obětavost, odpovědnost. Zde si tedy v závěru dovoluji poděkovat za spolupráci mým kolegyním, perioperačním sestřám.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### **Knihy:**

BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAVELKOVÁ a kol. *Role sestry specialistky*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2011, 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7

BURLINGAME, Byron, Bonnie DENHOLM a kol. *Guidelines for perioperative practice 2016 edition*. Denver: AORN, 2016, 872 s. ISBN 978-1-888460-17-9

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELANOVÁ, Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004, 160 s. ISBN 80-7333-028-8

ČERNOCKÁ, Alena. Standardy ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelská péče*. Brno, 2014, č. 1, s. 4-5. ISSN 2336-1603

ČERNOCKÁ, Alena. Metody řízení kvality péče. *Ošetrovatelská péče*. Brno, 2014, č. 2, s. 6. ISSN 2336-1603

DUDA, Miroslav a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 392 s. ISBN 80-7169-642-0

FRANCŮ, Milada, Silvie, HODOVÁ a kol. *Perioperační péče o pacienta v rekonstrukční chirurgii a léčbě popálenin*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2011, 163 s. ISBN 978-80-7013-537-2

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9

HOSPODKA, Martin a kol. *Pacient s alergickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: ČLS JEP Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2017, 16 s. ISBN 978-80-86998-97-8

IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8

JANÍKOVÁ, Eva, Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3

- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2012, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008, 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 288 s. ISBN 80-247-0629-6
- KALA, Zdeněk, Petr KYSELA a kol. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2011, 162 s. ISBN 978-80-7013-536-5
- KALA, Zdeněk, Igor PENKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1
- KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4
- KUDLEJOVÁ, Mária. *Inštrumentovanie princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin: Osveta, 2014, 699 s. ISBN 978-80-8063-423-0
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: 2008, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3
- MADAR, Jiří a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0
- MAĐAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ, Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada 2006, 184 s. ISBN 80-247-1673-9
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Tvořivost a inovace v práci manažera*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-2016-6
- NICHOLLS, Anthony, Iain WILSON. *Perioperační medicína*. Přeložila Ivana Suchardová. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 370 s. ISBN 80-7262-320-6
- NENADÁL, Jaroslav, Darja NOSKIEVIČOVÁ a kol. *Moderní management jakosti*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2008, 377 s. ISBN 978-80-7261-186-7
- OLECKÁ, Ivana, Kateřina, IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010, 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5
- PHIPPEN, Mark L., Brenda C. ULMER, Maryann P. WELS. *Competency for Safe Patient Care During Operative and Invasive Procedures*. Denver: Competency & Credentialing Institute, 2009, 1412 s. ISBN 978-0-9787582-9-5
- PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0

- PODSTATOVÁ, Hana. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena*. 1. vyd. Olomouc: Epava, 2001, 285 s. ISBN 80-86297-07-1
- POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
- RYBÁROVÁ, Daniela, Ingrid, LABAŠKOVÁ. *Bezpečnost pacienta v perioperační starostlivosti*. In *Bezpečné zdravotnické zařízení nejen pro pacienta: VI. Liberecká konference nelékařských oborů s regionální účastí a VII. Studentská vědecká konference*. V Liberci: Technická univerzita, 2014. 2014, s. 32-36. ISBN: 978-80-7494-146-7
- REPKO, Martin. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2012, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5
- SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8
- SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČR. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2008, 91 s. ISBN 978-80-903750-6-2
- ŠKRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotnických služeb. Manuál pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0
- UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8
- UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 216 s. ISBN 978-80-476-7
- VÍCHA, Igor a kol. *Perioperační péče o pacienta v oční chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2011, 167 s. ISBN 978-80-7013-541-9
- VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody. Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012, 54 s. ISBN 978-80-905109-3-7
- VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2

- VYMAZAL, Tomáš a kol. *Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým*. 2. přepracované a doplněné vydání, Praha: Mladá fronta, 2017, 200 s. ISBN 978-80-204-4710-4
- WATSON, Donna s. *Perioperative Safety*. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences, 2010, 424 s. ISBN 978-0-323-06985-4
- VESELÝ, Radek a kol., *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2011, 202 s. ISBN 978-80-7013-539-6
- WICHISOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL a kol. *Sestra a perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6
- WICKER, Paul, Joy, O'NEILL. *Caring for the perioperative patient*. 2. vyd. Oxford: Wiley Blackwell, 2010, 426 s. ISBN 978-1-4051-8850-0
- WICKER, Paul, Sara DALBY. *Rapid Perioperative Care*. 1.vyd. Oxford: Wiley Blackwell, 2017, 480 s. ISBN 978-1-119-12123-7
- ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1
- ZÁKON 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Ostrava: Sagit, 2013. 240 s. ISBN 978-80-7208-986-4
- ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6
- ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie. 1. část*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2002, 149 s., ISBN 80-7013-374-0
- ZEMANOVÁ, Jitka. *Základy anesteziologie. 2. část*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 163 s., ISBN 80-7013-430-5
- ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2016, 219 s., ISBN 978-80-246-3416-6

### **Články z tištěných periodik:**

- BALKOVÁ, Hilda, Martina, KOVÁČOVÁ, Martina, SIROTOVÁ. Ošetrovatelský proces v intraoperačním období. *Sestra*. 2013. č. 5. ročník 23. s. 48-50. ISSN 1210-0404
- HAMMER, Jiří. Medix – Evidence přístrojů na pacienta – jen pomyslný krok k sesterské dokumentaci. *Braunoviny*. 2011, str. 9 ISSN 1801-0342
- HAMMER, Jiří. Medix – manažerské statistiky a nové moduly pro řízení operačních sálů a sterilizaci. *Braunoviny*. 2013, str. 17-18 ISSN 1801-0342

- HETTNEROVÁ, Magda. Systém hlášení nežádoucích událostí ÚZIS prezentoval pilotní analýzu dat. *Florence*. 2016. č. 10. s. 5. ISSN 1801-464X.
- HOLUBOVÁ, Adéla, Alena PÁLKOVÁ. Jak vnímají sestry ošetrovatelskou dokumentaci. *Sestra*. 2012, č. 1, s. 29 – 31, ISSN 1210-0404
- KVAPILOVÁ, Bára. Zdravotnická dokumentace – 2. část. Význam, formy a druhy zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, č. 3. ISSN 2336-2987
- KVAPILOVÁ, Bára. Zdravotnická dokumentace – 3. část. Zápis do zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*. 2015, č. 4. ISSN 2336-2987
- MARX, David. Role managementu zdravotnického zařízení v akreditačním procesu. *Manažerská review*, 2016, č. 1, s. 4
- NESLÁDKOVÁ, Eva, Iva MANOVÁ, Petra PACITOVÁ, Dokumentace pro sestry nově a jednoduše. *Florence*. 2019. č. 1. s. 22-23. ISSN 1801-464X
- POKOJOVÁ, Radka. Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2012, č. 7-8, s. 13. ISSN 1210-0404
- POKOJOVÁ, Radka. Význam dokumentace pro zajištění kontinuity péče. *Ošetrovatelská péče*. Brno, 2014, speciál, s. 56. ISSN 2336-1603
- PROŠKOVÁ, Eva. Nový občanský zákoník IV: Informovaný souhlas. *Florence*. 2014. č. 6. s. 3. ISSN 1801-464X
- ŠILHANOVÁ, Marie. Práce s informačním systémem na centrální sterilizaci. *Sestra*. 2008, č. 6, s. 36. ISSN 1210-0404
- WOLFOVÁ, Věra. Význam hlášení mimořádných událostí v českém zdravotnictví. *Florence*. 2016. č. 6. s. 2. ISSN 1801-464X.
- ŽORNOVÁ, Dominika, Nina MÜLLEROVÁ, Radek, LUCÁK. Řízená dokumentace – Základní pilíř systému řízení kvality aneb Jak se z toho nezbláznit. *Florence*. 2017. č. 1-2, s. 32-33. ISSN 1801-464X.
- ŽÚBOR, Jozef, Karin, Balcarová, Milena LETOŠOVÁ. Záznam a vedenie sesterskej dokumentácie. *Florence*. 2019. č. 1. s. 24-25. ISSN 1801-464X.

## Elektronické zdroje:

ARAGON PENOYER, Daleen, Kendall h. CORTELYOU-WARD, Alice m. NOBLIN, et al. Use of Electronic Health Record Documentation by Healthcare Workers in an Acute Care Hospital System. *Journal of Healthcare Management [online]*. 2014, vol. 59, issue 2, p. 130-144 [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1405/1405.2088.pdf>

BRAAF, Sandra, Elizabeth MANIAS a Robin RILEY. *The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review[online]*. [cit. 2019-1-25]. *International Journal of Nursing Studies* 48, 2011, s. 1024–1038, Dostupné z: [https://ac.els-cdn.com/S0020748911002215/1-s2.0-S0020748911002215-main.pdf?\\_tid=ac6279ff-1091-4f4f-9f34-8fe1fe68f133&acdnat=1548420152\\_4f3ab74bef3eaa1e90c31e14bc4fe1dd](https://ac.els-cdn.com/S0020748911002215/1-s2.0-S0020748911002215-main.pdf?_tid=ac6279ff-1091-4f4f-9f34-8fe1fe68f133&acdnat=1548420152_4f3ab74bef3eaa1e90c31e14bc4fe1dd)

CVACHOVEC, Karel. *Zásady bezpečné anesteziologické péče doporučený postup [online]*. 2017, [cit. 2019-3-18]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/11706-prof-cvachovec-zasady-bezpecne-anesteziologicke-pece-doporuceny-postup.pdf>

FIALA, Petr, Jindřich, MAYER. *Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb [online]*. [cit. 2019-3-22]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>

FN BRNO. *Informace pro pacienty [online]*. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/centralni-operacni-saly/informace-pro-pacienty/t2281>

FNHK. *Bezpečnost pacientů [online]*. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2011. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/bezpecnost-pacientu>

FNHK. *Zdravotnická dokumentace [online]*. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2018. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/zdravotnicka-dokumentace>

GLOGAR, Martin. *Novela zákona o zdravotnických prostředcích [online]*. Právní prostor: 2017. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/zmeny-v-legislative/vyslo-ve-sbirce-zakonu/novela-zakona-o-zdravotnickych-prostredcich>

HESS, Cathy Thomas. *Wound Care Medical Record Documentation [online]*. *Advances in Skin & Wound Care*: 2018. [cit. 2019-3-18]. Dostupné z:

[https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2018/10000/Wound\\_Care\\_Medical\\_Record\\_Documentation.9.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/aswcjournal/Fulltext/2018/10000/Wound_Care_Medical_Record_Documentation.9.aspx#pdf-link)

KUTÍLKOVÁ, Pavlína. *Bezpečnost pacientů na oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]*. Hradec Králové: FNHK, 2013. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>

MLČOCH, Zbyněk. *Zdravotnická dokumentace změny 2018, 2019, správné vedení lékařské a ošetrovatelské dokumentace [online]*. 2018. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/zdravotnicka-dokumentace-zmeny-2018-2019-spravne-vedeni-lekarske-a-osevovatelске>

MLČOCH, Zbyněk. *GDPR ve zdravotnictví – co se mění nařízením EU o GDPR? [online]*. 2018. [cit. 2019-4-1]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/gdpr-ve-zdravotnictvi-co-se-meni-narizenim-eu-o-gdrp>

MOHAMMADI FIROUZEH, Mona, Ezzat JAFARJALAL, Hormat Sadat EMAMZADEH GHASEMI, et al. Evaluation of vocal-electronic nursing documentation: A comparison study in Iran. *Informatics for Health [online]*. 2017, vol. 42, issue 3, p. 250-260 [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <https://www.tums.ac.ir/1395/07/17/Evaluation%20of%20vocal%20electronic%20nursing%20documentation%20A%20comparison%20study%20in%20Iran.pdf-emamzade-2016-10-08-09-20.pdf>

MS EXCEL. *MS Excel [online]*. Microsoft ©: 2019. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://products.office.com/cs-cz/excel>

PAVLOVÁ, Petra a Jana HOLÁ. *Kvalita perioperační péče z pohledu ošetrovatelství [online]*. Pardubice: 2018 [cit. 2019-3-3] Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osevovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/7\\_pavlov\\_hola.pdf](http://periodika.osu.cz/osevovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/7_pavlov_hola.pdf)

SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška 137/2018 [online]*. Praha: 2018. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=137&r=2018>

SBÍRKA ZÁKONŮ. *Vyhláška 137/2018 [online]*. Praha: 2018. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=137&r=2018>



SØNDERGAARD, Susanne Friis, Vibeke LORENTZEN, Erik Elgaard SØRENSEN a Kirsten FREDERIKSEN. *The documentation practice of perioperative nurses: a literature review*. [online]. [cit. 2019-1-25]. John Wiley & Sons Ltd, JCN Journal of Clinical Nursing, 26, 2016, str. 1757 – 1769. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13445>

SŮVOVÁ, Zuzana, Kateřina, AUGUSTINOVÁ. *Novinky ve vedení zdravotnické dokumentace* [online]. Právní prostor, 2018. [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/novinky-ve-vedeni-zdravotnicke-dokumentace>

TOUŽIMSKÁ, Eliška. *Nakládání s informacemi o zdravotním stavu pacienta* [online]. Právní prostor, 2015, [cit. 2019-3-18]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/nakladani-s-informacemi-o-zdravotnim-stavu-pacienta>

VÁCOVÁ, Jana, Iva BRABCOVÁ. *Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále* [online]. Urologie pro praxi, 17 (3), 2016, s. 139-142, [cit. 2019-11-2]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201603-0011-Predoperacni-bezpecnostni-procedura-na-operacnim-sale.php> ISSN 1803-5299

YONTZ, Laura S., Jennifer L. ZINN a Edward J. SCHUMACHER. Perioperative Nurses 'Attitudes Toward the Electronic Health Record. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [online]. 2015, vol. 30, issue 1, p. 23-32 [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: [https://digitalcommons.trinity.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=hca\\_faculty](https://digitalcommons.trinity.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=hca_faculty)

ZÁKON 366/2017 Sb. *Zákon o zdravotnických prostředcích* [online]. [cit. 2019-3-2]. Sagit, právní a ekonomické nakladatelství. 2017. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/uztxtzmeny.asp?cd=5&typ=r&det=&levelid=891674&datumakt=1.12.2017>

## **Akademické práce:**

KOHOUTOVÁ, Michaela. *Perioperační dokumentace v ČR*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 122 s.

MATOUŠOVÁ, Petra. *Práce sestry se standardy na operačním sále*. Praha, 2006. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství. 93 s.

PAVLOVÁ, Petra. *Kvalita perioperační péče z pohledu ošetrovatelství*. Pardubice, 2018. Disertační práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 233 s.

POPÍLKOVÁ, Martina. *Standardy v perioperační péči*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 77 s.

WICHSOVÁ, Jana. *Perioperační ošetrovatelská dokumentace*. Praha, 2007. Bakalářská práce. 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. 50 s.

## 7 PŘÍLOHY

### 7.1 Příloha A Dotazník – kvantitativní výzkum

#### Dotazník

Vážené kolegyně, kolegové

jmenuji se Michaela Slavíková a jsem studentkou magisterského studia, oboru Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity v Pardubicích.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Dokumentace v perioperační péči“.

Dotazník je anonymní, všechny údaje budou použity pouze ke zpracování diplomové práce. Vámi zvolenou odpověď prosím označte křížkem, případně doplňte stručnou odpověď.

Pokud máte zájem o výsledek mého výzkumu, obraťte se prosím se svými otázkami na email [st41739@student.upce.cz](mailto:st41739@student.upce.cz) Děkuji Vám za Vaši ochotu a věnovaný čas.

#### 1. Používáte na Vašem pracovišti perioperační dokumentaci?

- ano
- ne

2. Označte prosím zdravotnickou dokumentaci dle četnosti jejího použití na Vašem pracovišti (5 – nejvíce, 1 – nejméně, pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je).

	5	4	3	2	1
Sesterský operační protokol					
Perioperační bezpečnostní protokol					
Standardy v perioperační péči (operační postupy)					
Hlášení sester					
Operační program					
ZÚM (zvlášť účtovaný materiál)					

**3. Jakou formu perioperační dokumentace používáte na Vašem pracovišti?**

- tištěnou
- elektronickou
- kombinovanou (tištěná + elektronická)

**4. Jak se nazývá perioperační dokumentace používaná na Vašem pracovišti?**

- Sesterský operační protokol
- Perioperační list
- Perioperační záznam
- Perioperační ošetrovatelská dokumentace
- nevím

**5. Je perioperační dokumentace jednotná v rámci všech klinik Vaší nemocnice?**

- ano
- nevím
- ne

**6. Považujete perioperační dokumentaci za nutnou?**

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- ne

**7. Jaký má podle Vás perioperační dokumentace význam? (pokud Vašemu názoru**

odpovídá více odpovědí, prosím označte je)

- chrání sestru
- chrání pacienta
- chrání sestru i pacienta
- poskytuje informace pro další péči
- je to záznam informací o poskytované péči
- slouží jako dokument pro vyúčtování péče
- nemá význam

**8. Obsahuje podle Vašeho názoru perioperační dokumentace všechny nezbytné údaje?**

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

**9. Je zápis dat do perioperační dokumentace na Vašich operačních sálech jednotný?**

- ano
- ne
- nevím

**10. Kolik času Vám zabere vyplnění perioperační dokumentace?**

- do 5 minut
- 5-10 minut
- více než 10 minut

**11. Kdy vyplňujete perioperační dokumentaci?**

- průběžně během operačního výkonu
- na začátku operačního výkonu
- na konci operačního výkonu

**12. Je podle Vašeho názoru perioperační dokumentace využívána po operačním výkonu i jinými zdravotnickými pracovníky?**

- ano
- ne, perioperační dokumentace se na sále založí a pro ostatní zdravotnické pracovníky není dostupná
- nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

**13. Odkud nejčastěji získáváte informace o pacientovi? (pokud Vašemu názoru odpovídá**

více odpovědí, prosím označte je)

- z chorobopisu
- z ošetrovatelské dokumentace
- z operačního programu
- od anesteziologické sestry
- od pacienta
- od lékaře

**14. Využíváte při Vaší práci informace získané z ošetrovatelské dokumentace?**

- určitě ano, do ošetrovatelské dokumentace nahlédnu vždy
- spíše ano, pokud potřebné informace nenaleznu jinde
- ne, nepotřebuji informace z ošetrovatelské dokumentace

**15. Je zápis o provedení Perioperačního bezpečnostního procesu součástí perioperační dokumentace?**

- vždy
- většinou ano
- někdy
- nikdy

**16. Myslíte si, že by měla být perioperační dokumentace jednotná v rámci celé ČR?**

- určitě ano, usnadní to orientaci nejen v dokumentaci, ale i v poskytnuté péči
- spíše ano, návaznost péče je důležitým faktorem při poskytování péče
- ne, nevidím v tom žádné výhody
- nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela

**17. Stalo se Vám, že jste zapomněl/a do sesterského operačního protokolu zapsat některou z vydaných položek do nákladů na operaci?**

- ano
- někdy
- ne, nikdy

**18. Pokud ANO, označte všechny položky, u kterých se Vám to stalo opakovaně.**

- |   |                                      |                                     |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> mulovky, longety, tampony   | <input type="radio"/> sáček na moč   | <input type="radio"/> šicí materiál |
| <input type="radio"/> čepelka ke skalpelu         | <input type="radio"/> vaselina       | <input type="radio"/> hadice k sání |
| <input type="radio"/> sterilizační položka        | <input type="radio"/> stapler        | <input type="radio"/> stříkačka     |
| <input type="radio"/> elektrokoagulační elektroda | <input type="radio"/> plášť          | <input type="radio"/> drén          |
| <input type="radio"/> neutrální elektroda         | <input type="radio"/> rukavice       | <input type="radio"/> implantát     |
| <input type="radio"/> rouškovací materiál         | <input type="radio"/> steridrape     | <input type="radio"/> teipy         |
| <input type="radio"/> kartáček na mytí rukou      | <input type="radio"/> stomický sáček | <input type="radio"/> hemostatika   |
| <input type="radio"/> močový katetr               | <input type="radio"/> infuzní roztok | <input type="radio"/> jiné          |

**19. Jedná se o materiál v řádu Kč.?**

- 1-99 Kč
- 100 – 499 Kč
- 500 – 1000 Kč
- 1000 Kč a více

**20. Stalo se Vám, že jste nějaký údaj do sesterského operačního protokolu zapomněl/a zapsat?**

- ano
- nejsem si vědoma
- ne

**21. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, prosím označte dotyčné údaje.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> čas (návoz, aktivita operačního týmu, kožní řez, poslední sutura, odvoz pacienta) | <input type="radio"/> naložení turniketu (čas, umístění) |
| <input type="radio"/> oholení pacienta na operačním sále  | <input type="radio"/> alergie                            |
| <input type="radio"/> změny na kůži pacienta před operací   | <input type="radio"/> typ anestezie                      |
| <input type="radio"/> poloha pacienta   | <input type="radio"/> histologie                         |
| <input type="radio"/> druh koagulace  | <input type="radio"/> bakteriologie                      |
| <input type="radio"/> místo uložení neutrální elektrody   | <input type="radio"/> anaeroby                           |
| <input type="radio"/> provedení statim sterilizace  | <input type="radio"/> jiné odběry                        |
| <input type="radio"/> hygienicko - epidemiologický režim  | <input type="radio"/> drény                              |



**22. Jaký druh alergií do operačního protokolu zapisujete?** Možno označit i více možností.

- lékové alergie (antibiotika, barbituráty, lokální anestetika, jodové kontrastní látky atd.)
- alergie na dezinfekční prostředky
- alergie na zdravotnické prostředky (náplast, kovy, latex)
- potravinové alergie
- inhalační alergie (pyly, roztoči, zvířecí alergeny, plísně)
- všechny druhy alergií

**23. Jak byste definoval/a pojem – Standard?**

- běžný pracovní postup
- norma, obecně uznávaný vzor
- jediný možný postup
- jinak

**24. Jaké má standard využití?**

- praktické
- teoretické
- praktické i teoretické
- jiné

**25. Máte na Vašem pracovišti vytvořeny standardy v rámci perioperační péče?**

- ano
- ne
- nevím

**26. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a „ne“ nebo „nevím“, uvítal/a byste standardy na Vašem pracovišti?**

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

**27. Používáte standardy při výkonu své práce?**

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

**28. Kdo tyto standardy vypracoval? Pokud Vašemu názoru odpovídá více možností, prosím označte je.**

- vrchní sestra
- staniční sestra
- podílely se všechny perioperační sestry
- oddělení kvality péče
- byly nám předloženy v dané podobě vedením oddělení

**29. Podílíte se Vy sám/sama na tvorbě standardů?**

- ano
- ojediněle
- ne

**30. Jsou Vám standardy kdykoliv přístupné?**

- ano, jsou na inspekčním pokoji v tištěné formě nebo na nemocničním intranetu
- ne

**31. Ocitl/a jste se někdy během své praxe v situaci, kdy jste si nebyl/a jist/a jak daný problém řešit, jak postupovat?**

- ne, vždy si dokážu poradit
- ano, občas se do takové situace dostanu
- ano, často se v této situaci nacházím

**32. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ano“, pomohl Vám v této situaci standard?**

- ano
- částečně
- ne

**33. V jakém směru je podle Vás standardizace v perioperační péči přínosná? Označte prosím nejvhodnější odpověď. 5 nejvíce, 1 – nejméně přínosná (pokud Vašemu názoru odpovídá více odpovědí, prosím označte je).**

	5	4	3	2	1
sjednocení zaškolování nových sester					
výuka a adaptace nových sester					
samostatnosti sestry při práci na operačních sálech					
snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu					
spotřeba materiálu na operačních sálech					
flexibilita sester v rámci operačních sálů					
zvýšení kvality poskytované perioperační péče					
minimalizace prostojů mezi operačními výkony					

**34. Jak postupujete při zvládnání nového operačního výkonu?** Možno označit více možností.

- u operačního výkonu asistuji až po několikanásobném sledování operačního výkonu
- podle vlastních poznámek
- pod vedením zkušené sestry/školitelky
- podle standardu

**35. Jak postupujete při přípravě pomůcek k operačnímu výkonu?** Možno označit více možností.

- podle standardu
- podle vlastních poznámek
- pod vedením zkušenější sestry

**36. Jste:**

- žena
- muž

**37. Do jaké věkové kategorie patříte?**

- 19 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 – 35 let
- 36 – 40 let
- 41 – 45 let
- 46 – 50 let
- 51 a více let

**38. Jaká je délka Vaší praxe na operačních sálech?**

- do 1 roku
- 1 – 5 let
- 5 – 10 let
- 10 – 15 let
- 15 – 20 let
- 20 – 25 let
- více jak 25 let

**39. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- SZŠ
- VOŠ
- Bc.
- Mgr.

**40. Máte specializaci v oboru perioperační péče?**

- ano
- ne

**41. Na jakých operačních sálech pracujete?**

- víceoborových (centrálních)
- jednooborových

**42. Na kterém chirurgickém úseku pracujete?**

- všeobecná chirurgie
- urologie
- kardiochirurgie
- traumatologie
- neurochirurgie

## 7.2 Příloha B Dotazník – kvalitativní výzkum

### *Speciální část dotazníku zaměřená na MEDIX – Kvalitativní výzkum formou rozhovoru*

- 1) Stalo se Vám, že u pacienta nebylo možno provést Perioperační Bezpečnostní Protokol (stav bezvědomí, polytrauma, resuscitovaný pacient)?
- 2) Jakým způsobem jste tuto událost zapsala do Sesterského operačního protokolu?
- 3) Uvítala byste možnost zaškrtnutí jednotlivých fází PBP do Sesterského operačního protokolu, aby bylo jasné, které body PBP byly skutečně provedeny?
- 4) Měla jste už problém zapsat čas 00:00 (návoz, aktivita operačního týmu, kožní řez, poslední sutura, odvoz pacienta)?
- 5) Stalo se Vám, že pacient byl navezen několik minut před 24 hod a k zápisu Sesterského operačního protokolu jste se dostala až po půlnoci?
- 6) Jak jste tuto situaci řešila? (v PC programu byl už jiný den a do předchozího dne Vás už program nepustil)?
- 7) Stalo se Vám, že jste u operace odebrali více histologií a po vytištění Sesterského operačního protokolu zjistila, že se všechny položky nevytiskly? Jak jste tuto situaci řešila?
- 8) Jak řešíte zápis do Sesterského operačního protokolu při výměně sester na postu instrumentářky a obíhající sestry během jedné operace?
- 9) Stalo se Vám v odpolední nebo noční směně přišel operovat tým z jiné kliniky a jména lékařů a sester nejsou v systému? Jak jste tuto situaci vyřešila?
- 10) Setkala jste se ještě s jiným problémem se zápisem Sesterského operačního protokolu? Pokud ano, popište s jakým?
- 11) Jak hodnotíte přínos informačního systému MEDIX při zpracování dokumentace v perioperační péči?
- 12) Co byste chtěla v informačním systému MEDIX změnit?

### 7.3 Příloha C Tabulka kvantitativního výzkumu

Otázka č. 2: Označte prosím zdravotnickou dokumentaci dle četnosti jejího použití na Vašem pracovišti (5 – nejvíce, 1 – nejméně).

Tabulka 15 Používání zdravotnické dokumentace dle četosti jejího použití

Bodové hodnocení	5	5	4	4	3	3	2	2	1	1
	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$	$n_i$	$f_i$
Sesterský operační protokol	57	95	2	3	0	0	1	2	0	0
Perioperační bezpečnostní protokol	57	95	0	0	2	3	1	2	0	0
Standardy v perioperační péči	13	22	8	13	23	38	10	17	6	10
Hlášení sester	37	61	13	22	5	8	4	7	1	2
Operační program	57	95	3	5	5	8	3	5	2	3
ZÚM (zvlášť účtovaný materiál)	27	45	8	13	13	22	5	8	7	12

Otázka č. 2 zjišťuje, jakou dokumentaci používají perioperační sestry při výkonu své práce na operačních sálech nejčastěji. 95% respondentů uvedlo, že nejčastěji používají Sesterský perioperační protokol, Perioperační bezpečnostní protokol a Operační program, nejméně nahlížíjí do Hlášení sester, 61% respondentů uvedlo, že nejčastěji používají hlášení sester. Standardy v perioperační péči nejvíce bodově ohodnotilo pouze 22% respondentů.

## 7.4 Příloha D Tabulka kvantitativního výzkumu

**Otázka č. 33: V jakém směru je podle Vás standardizace v perioperační péči přínosná?**

Označte prosím nejvhodnější odpověď. 5 nejvíce, 1 – nejméně přínosná

**Tabulka 16 Přínos standardizace v perioperační péči**

<b>Bodové ohodnocení</b>	5	5	4	4	3	3	2	2	1	1
	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub></b>
Sjednocení zaškolování nových sester	34	57	12	20	10	17	2	3	2	3
Výuka a adaptace nových sester	27	45	18	30	8	13	3	5	4	7
Samostatnosti sestry při práci na operačních sálech	27	45	11	18	15	25	2	3	5	9
Snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu	27	45	14	23	14	23	1	2	4	7
Spotřeba materiálu na operačních sálech	7	11	9	15	25	41	13	22	7	11
Flexibilita sester v rámci operačních sálů	14	23	13	22	18	30	9	15	6	10
Zvýšení kvality poskytované perioperační péče	16	26	13	22	24	40	6	10	1	2
Minimalizace prostojů mezi operačními výkony	4	7	3	5	17	28	16	26	20	34

Otázka č. 33 mapuje přínosnost standardizace v perioperační péči. Největší přínos standardizace respondenti uvádí ve sjednocení zaškolování nových sester (57%), následně ve výuce a adaptaci nových sester, v samostatnosti sester při práci na operačních sálech a snížení počtu chyb při přípravě k operačnímu výkonu (45%). Nejmenší význam standardizace perioperační sestry uvádí v minimalizaci prostojů mezi operačními výkony (7%).



## 7.5 Příloha E Literární rešerše Dokumentace v perioperační péči

Výběrový soupis literatury zjištěné na základě sekundárních zdrojů dostupných ve Studijní a vědecké knihovně v Hradci Králové. Rozděleno do skupin dle druhu dokumentů, v těchto skupinách řazeno abecedně podle jmenných záhlaví. Citace podle normy ČSN ISO 690.

### **Knihy:**

1. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ, et al. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015, 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.

Signatura SVK HK: B0-20054

2. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. 330 stran. ISBN 978-80-7013-598-3.

SVK HK toto vydání zatím nemá, vlastník např. Moravskoslezská vědecká knihovny v Ostravě (v případě zájmu je možné využít meziknihovní výpůjční službu, před tím je třeba ověřit, zda knihu opravdu ve fondu nemáme, starší vyd. z roku 2012 knihovna vlastní)

3. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

Signatura SVK HK: A0-37659

4. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

(Dokumentace a ošetrovatelská péče, s. 135-144, dokumentaci se autoři věnují i na jiných str., viz rejstřík)

Signatura SVK HK: A0-34701

5. ZELENÍKOVÁ, Renáta a SIKOROVÁ, Lucie. *Ošetrovatelský proces a dokumentování: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. 77 s. ISBN 978-80-7464-242-5.

SVK HK nemá, vlastník např. Vědecká knihovna v Olomouci, v případě zájmu je možné knihu objednat meziknihovně, žádosti se přijímají ve studovně v 5. NP)

## **Články ze sborníků:**

6. RYBÁROVÁ, Daniela, LABAŠKOVÁ, Ingrid. Bezpečnost pacienta v perioperační starostlivosti. In *Bezpečné zdravotnické zařízení nejen pro pacienta: VI. Liberecká konference nelékařských oborů s regionální účastí a VII. Studentská vědecká konference*. V Liberci: Technická univerzita, 2014. 2014, s. 32-36. ISBN: 978-80-7494-146-7.

Signatura SVK HK: B0-16339/2018

7. SNOPEK, Petr, POPOVIČOVÁ, Mária, HRINDOVÁ, Tatiana. Ošetrovatelská dokumentace pohledem sester v Čechách, na Slovensku a na Ukrajině. In *Cesta k modernímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2017, s. 126-132.

Signatura SVK HK: F0-1619/2017

8. VACHKOVÁ, Eva, GIGALOVÁ, Veronika. Pojetí individualizované péče v kontextu ošetrovatelského procesu. In *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*. 1. vydání. Brno: MSD, 2016, s. 63-77. ISBN 978-80-7392-259-7.

SVK HK nemá, vlastník např. Národní lékařská knihovna, v případě zájmu je možné objednat kopii meziknihovně, žádosti se přijímají ve studovně ve 4. NP

## **Články z tištěných periodik:**

9. BALKOVÁ, Hilda, KOVÁČOVÁ, Martina, SIROTOVÁ, Martina. Ošetrovatelský proces v intraoperačním období. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 5, s. 48-50. ISSN 1210-0404.

Signatura SVK HK: I-500 588/2013

10. CIBRÍKOVÁ, Silvia, KIVADEROVÁ, Eva, ONDRIOVÁ, Iveta. Ošetrovatelská péče o pacienta s kolostomií. *Sestra*, 2013, roč. 23, č. 6, s. 42-44. ISSN 1210-0404.

Signatura SVK HK: I-500 588/2013

11. DIŠKANCOVÁ, Adriana, MURGOVÁ, Anna. Perioperační péče o pacienta při septoplastice. *Sestra*, 2014, roč. 24, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

Signatura SVK HK: I-500 588/2014

12. KVAPILOVÁ, Bára. Zdravotnická dokumentace. 4. část. Ošetrovatelská dokumentace. *Zdravotnictví a medicína*, 2015, roč. 2015, č. 5 (Sestra), s. 20. ISSN 2336-2987.

Signatura SVK HK: II-51 316/2015

13. Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci: ošetrovatelská dokumentace není zrušena. *Florence*, 2018, roč. 14, č. 5, s. 3. ISSN 1801-464X.

Časopis je nyní vystaven ve studovně periodik, umístění 613

14. POKOJOVÁ, Radka, ČERVENKOVÁ, Blanka, PELIKÁNOVÁ, Jana, et al. Účelně vedená dokumentace je nezbytná. *Zdravotnictví a medicína*, 2016, roč. 2016, č. 9 (Sestra), s. 22-24. ISSN 2336-2987.

Signatura SVK HK: II-51 316/2016

15. POKOJOVÁ, Radka. Význam dokumentace pro zajištění kontinuity péče. *Ošetrovatelská péče*, 2014, roč. 2014, speciál zima, s. 56-57. ISSN 2336-1603.

Signatura SVK HK: I-503 964/2014

16. Stop nadbytku administrativy: Lékařská komora založila Výbor pro bezpečnost pacientů. *Manažerská review*, 2016, roč. 2016, č. 1, s. 4.

Signatura SVK HK: I-504 360/Příl./2016

17. ŠENKYŘÍKOVÁ, Marta, FIŠEROVÁ, Hana, LUDKA, Ondřej, et al. Komplexní ošetrovatelská dokumentace při krátkodobé hospitalizaci pacientů indikovaných k trvalé kardiostimulaci. *Kardiologická revue*, 2014, roč. 16, č. 1, s. 44-46. ISSN 2336-288X.

Signatura SVK HK: I-502 097/2014

18. VÁCOVÁ, Jana a Iva BRABCOVÁ. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi*, 2016, roč. 17, č. 3, s. 139-142. ISSN 1213-1768.

Signatura SVK HK: I-502 464/2016

Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/archiv.php>

### **E-kniha z databáze EBSCOhost:**

Databáze EBSCOhost a SpringerLink jsou dostupné z počítačů ve studovně v 5. NP, registrovaným uživatelům také prostřednictvím vzdáleného přístupu z: <https://www.svkhk.cz/Pro-verejnost/Informacni-zdroje/Uvodni-strana-teto-sekce.aspx>

19. UCLOS-MILLER, P. A. *Improving Nursing Documentation and Reducing Risk* [e-book]. Brentwood, Tenn: HCPro, a division of BLR, 2016. 120 p. ISBN 9781683080688.

### **Články z databáze EBSCOhost:**

20. ARAGON PENOYER, Daleen, Kendall h. CORTELYOU-WARD, Alice m. NOBLIN, et al. Use of Electronic Health Record Documentation by Healthcare Workers in an Acute Care Hospital System. *Journal of Healthcare Management* [online]. 2014, vol. 59, issue 2, p. 130-144 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1097/00115514-201403000-00008. ISSN 10969012.

21. DELNAVAZ, Parvin, Mohammad hassan SAHEBIHAGH, Sousan VALIZADEH, et al. Evaluating the quality of nursing documentation in pediatric wards of Motahari Hospital of Urmia in 2017. *Middle East Journal of Family Medicine* [online]. 2018, vol. 16, issue 2, p. 295-299 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.5742/MEWFM.2018.93273. ISSN 14484196.

22. EBRAHIMPOUR, Fatemeh a Ferdos PELARAK. Modified Use of Team-Based Learning to Teach Nursing Documentation. *Electronic Physician* [online]. 2016, vol. 8, issue 1, p. 1764-1769 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.19082/1764. ISSN 20085842.

23. MOHAMMADI FIROUZEH, Mona, Ezzat JAFARJALAL, Hormat Sadat EMAMZADEH GHASEMI, et al. Evaluation of vocal-electronic nursing documentation: A comparison study in Iran. *Informatics for Health* [online]. 2017, vol. 42, issue 3, p. 250-260 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1080/17538157.2016.1178119. ISSN 17538157.

24. SARANTO, Kaija, Ulla-mari KINNUNEN, Eija KIVEKÄS, et al. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2014, vol. 28, issue 4, p. 629-647 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1111/scs.12094. ISSN 02839318.

25. VAFAEI, Seyed Majid, Zahra Sadat MANZARI, Abbas HEYDARI, et al. Nurses perception or nursing services barriers: a qualitative approach. *Electronic Journal of General Medicine* [online]. 2018, vol. 15, issue 3, p. 1-8 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.29333/ejgm/86184. ISSN 25163507.

### **Články z databáze SpringerLink:**

26. RAJKOVIČ, Uroš, Marija Milavec KAPUN, Dejan DINEVSKI, et al. The Status of Nursing Documentation in Slovenia: a Survey. *Journal of Medical Systems* [online]. 2016, vol. 40, issue 9 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1007/s10916-016-0546-x. ISSN 0148-5598.

27. VATNØY, Torunn Kitty, Grete VABO a Mariann FOSSUM. A Usability Evaluation of an Electronic Health Record System for Nursing Documentation Used in the Municipality Healthcare Services in Norway. NAH, Fiona Fui-Hoon, ed. *HCI in Business* [online]. Cham: Springer International Publishing, 2014, 2014, s. 690-699 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1007/978-3-319-07293-7\_67. ISBN 978-3-319-07292-0.

### **Články z databáze ScienceDirect:**

Databáze volně dostupná z: <https://www.sciencedirect.com/>

28. FORE, Amanda, Fadi ISLIM a Leah SHEVER. Data collected by the electronic health record is insufficient for estimating nursing costs: An observational study on acute care inpatient nursing units. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2019, vol. 91, p. 101-107 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.11.004. ISSN 00207489.

29. YONTZ, Laura S., Jennifer L. ZINN a Edward J. SCHUMACHER. Perioperative Nurses' Attitudes Toward the Electronic Health Record. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* [online]. 2015, vol. 30, issue 1, p. 23-32 [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.01.007. ISSN 10899472.

### **Akademická práce:**

30. DLOUHÁ, Vendula. *Ošetrovatelská dokumentace a administrativa versus přímá péče o pacienta* [online]. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 90 s. Vedoucí práce Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/a59e42/BP-Dlouh.pdf>