

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Elektronická ošetrovatelská dokumentace ve vybraných zařízeních
domácí péče
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavla Pospíšilová**
Osobní číslo: **Z22343**
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**
Téma práce: **Elektronická ošetrovatelská dokumentace ve vybraných zdravotnických zařízeních domácí péče**
Téma práce anglicky: **Electronic nursing documentation in selected healthcare facilities for home care**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. KRÝSA, Ivo. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. Praha: Wolters Kluwer, 2020. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-875-1. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
2. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelstvá I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2326-1.
3. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
4. STŘEDA, Leoš a Karel HÁNA. *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5764-3.
5. TÁBORSKÝ, Miloš. *Digitální medicína II*. Praha: EEZY Publishing, 2023. Medicína. ISBN 978-80-88506-18-8.
6. VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUDVÍK a Jana NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

Prohlašuji:

Práci s názvem Elektronická ošetrovatelská dokumentace ve vybraných zařízeních domácí péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 4. 2025

Bc. Pavla Pospíšilová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování PhDr. Kateřině Horáčkové Ph.D. za to, že v době, kdy jsem hledala novou vedoucí diplomové práce, mě ochotně přijala a převzala vedení této práce. Její odborné rady, vstřícný přístup a podpora byly pro mě v průběhu psaní práce nepostradatelné. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegyním, které nejen ochotně spolupracovaly na průzkumu, ale byly mi oporou a velkou pomocí nejen při psaní práce, ale po celou dobu studia. Zvláštní poděkování patří MUDr. Krejcarovi za jazykovou a stylistickou korekturu finální verze diplomové práce.

ANOTACE

Tato diplomová práce má charakter teoreticko-výzkumné studie. Teoretická část poskytuje ucelený přehled o problematice zdravotnické dokumentace, jejím účelu, způsobu vedení a právním ukotvení včetně relevantní legislativy. Zvláštní pozornost je věnována digitalizaci dokumentace v českém i mezinárodním kontextu, s důrazem na specifika ošetrovatelské dokumentace a její využití v domácí péči. Výzkumná část práce se zabývá zkušenostmi všeobecných sester působících v domácí péči s využíváním elektronické ošetrovatelské dokumentace. Hlavní výzkumnou metodou bylo kvantitativní dotazníkové šetření, které bylo doplněno o kvalitativní rozhovory s vedoucími pracovníky.

KLÍČOVÁ SLOVA

elektronická ošetrovatelská dokumentace, domácí péče, administrativa, elektronický podpis, bezpapírový systém

TITLE

Electronic nursing documentation in selected healthcare facilities for home care

ANOTATION

This thesis is a theoretical-research study. The theoretical part provides a comprehensive overview of the issues of medical documentation, its purpose, method of maintenance and legal anchorage, including relevant legislation. Special attention is paid to the digitization of documentation in the Czech and international context, emphasizing the specifics of nursing documentation and its use in home care. The research part of the thesis deals with the experience of general nurses working in home care with the use of electronic nursing documentation. The main research method was a quantitative questionnaire survey supplemented by qualitative interviews with home care managers.

KEY WORDS

electronic nursing documentation, home care, administration, electronic signature, paperless system

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ.....	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD	13
1 TEORETICKÁ ČÁST	15
1.1 Zdravotnická dokumentace.....	15
1.1.1 Obsah zdravotnické dokumentace	15
1.1.2 Účel zdravotnické dokumentace.....	16
1.1.3 Vedení zdravotnické dokumentace	16
1.1.4 Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace	16
1.1.5 Povinná mlčenlivost.....	17
1.1.6 Ochrana osobních údajů.....	18
1.2 Legislativa.....	19
1.2.1 Občanskoprávní odpovědnost.....	21
1.3 Ošetřovatelská dokumentace	21
1.3.1 Definice a cíle ošetřovatelství.....	21
1.3.2 Účel ošetřovatelská dokumentace.....	22
1.4 Domácí péče a ošetřovatelská dokumentace	23
1.4.1 Rozvoj a současnost domácí péče.....	24
1.4.2 Ošetřovatelská dokumentace v domácí péči.....	25
1.5 Digitalizace zdravotnické dokumentace	29
1.5.1 Elektronická zdravotnická dokumentace	29
1.5.2 Výhody elektronické zdravotnické dokumentace.....	30
1.5.3 Digitalizace světového zdravotnictví.....	30
1.5.4 Digitalizace zdravotnictví v EU.....	31
1.5.5 Digitalizace českého zdravotnictví	32

1.5.6	Pacientský souhrn	34
1.5.7	Elektronický podpis	35
1.5.8	Národní zdravotnický informační systém.....	35
1.5.9	eHealth	36
1.5.10	Systemy používané ve zdravotnických zařízeních domácí péče	36
2	PRAKTICKÁ ČÁST	38
2.1	Cíl průzkumu	38
2.2	Stanovení cílů a průzkumných otázek	38
2.3	Metodika průzkumného šetření.....	39
2.4	Předprůzkum.....	40
2.5	Přípravná fáze průzkumu	40
2.6	Metodika sběru dat.....	42
2.6.1	Průzkumná část I. Interview	43
2.6.2	Průzkumná část II. Dotazník.....	45
2.7	Průzkumná část I. – Analýza dat.....	46
2.8	Průzkumná část I. - Interpretace výsledků.....	48
2.8.1	Obecné zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací.....	51
2.8.2	Efektivita a dopad na práci	53
2.8.3	Školení a podpora personálu.....	54
2.8.4	Bezpečnost a sdílení informací	55
2.8.5	Budoucnost a zlepšení	56
2.9	Průzkumná část II. – Analýza dat	58
3	DISKUSE.....	83
3.1	Limity průzkumu	92
4	ZÁVĚR	94
	POUŽITÁ LITERATURA	96
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Formulář pro sběr demografických dat (Cygnus, 2025).....	27
Obrázek 2 Formulář pro sběr diagnostických dat pro oš. anamnézu (Cygnus, 2025)	28
Obrázek 3 Statistiky klientů: počty klientů za 2024 (Cygnus, 2025).....	28
Obrázek 4 Benefity EHDS (Chaloupka, 2022), vlastní tvorba	32
Obrázek 5 Způsob kontaktování ADP	41
Obrázek 6 Výběr ADP do průzkumu.....	42
Obrázek 7 Schéma výzkumných částí I., II. (zdroj, vlastní tvorba).....	43
Obrázek 8 Schéma analýzy (zdroj vlastní tvorba)	47
Obrázek 9 Věková kategorie respondentů.....	58
Obrázek 10 Počet let praxe v domácí péči	59
Obrázek 11 Počet let používání EOD.....	60
Obrázek 12 Výhody EOD ve srovnání s listinnou dokumentací.....	61
Obrázek 13 Práce s EOD.....	63
Obrázek 14 Dostatečné zaškolení.....	64
Obrázek 15 Vliv na efektivitu práce.....	65
Obrázek 16 Přínosy EOD při předávání informací	67
Obrázek 17 Používání elektronických zařízení během služby.....	69
Obrázek 18 Používání elektronických zařízení mimo službu	70
Obrázek 19 Provádění zápisů do EOD.....	72
Obrázek 20 Používání předdefinovaného textu	74
Obrázek 21 Používání ošetrovatelského plánu.....	76
Obrázek 22 Zapojení se do zlepšování EOD.....	80
Obrázek 23 Používání elektronického podpisu	81
Obrázek 24 Zdroj informací o EOD.....	82
Obrázek 25 Přínosy EOD (zdroj vlastní tvorba)	86
Obrázek 26 Možné problémy spojené s používáním EOD (zdroj vlastní tvorba)	88
Obrázek 27 Vize používání EOD (zdroj vlastní tvorba)	91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Účastníci kvalitativního šetření	44
Tabulka 2 Osnova pro rozhovor	48
Tabulka 3 Přehledová tabulka	50
Tabulka 4 Shrnující tabulka – Obecné zkušenosti s elektronickou oš. dokumentací.....	51
Tabulka 5 Shrnující tabulka – Efektivita a dopad na práci.....	53
Tabulka 6 Shrnující tabulka – Školení a podpora personálu	54
Tabulka 7 Bezpečnost a sdílení informací.....	55
Tabulka 8 Shrnující tabulka – Budoucnost a zlepšení.....	56

SEZNAM ZKRATEK

RZP – rychlá záchranná pomoc

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NZIP – Národní zdravotní informační portál

GDPR – General Data Protection Regulation (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

UZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

TK – krevní tlak

BMI – Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

CD – Compact Disc (kompaktní disk)

DVD – Digital Video Disc

ČAS – Česká asociace sester

EHR – Electronic Health Record (elektronický zdravotní záznam)

EU – Evropská unie

EHDS – European Health Data Space (evropský prostor pro zdravotní data)

eHN – electronic health network

ČR – Česká republika

PS – patient summary (patientský souhrn)

ADP – agentura domácí péče

EOD – elektronická ošetrovatelská dokumentace

SMS – Short Message Service (služba krátkých textových zpráv)

PL – praktický lékař

ÚVOD

Digitalizace se v současné době stává nedílnou součástí všech oblastí lidské činnosti a zdravotnictví není výjimkou. Používání elektronické dokumentace přináší řadu výhod jak pro zdravotníky, tak pro samotné pacienty. Elektronické záznamy mohou usnadnit práci zdravotnickému personálu, zlepšit kontinuitu péče díky efektivnímu sdílení informací mezi zdravotníky a zdravotnickými zařízeními a významně přispět ke zkvalitnění diagnostiky.

Klíčovými přínosy digitalizace je především eliminace duplicitních vyšetření a omezení plýtvání léčiv, čímž se minimalizuje zbytečná zátěž pro pacienty. V neposlední řadě má elektronizace zdravotnictví i významný ekonomický dopad – efektivnější nakládání se zdravotnickými prostředky a financemi zdravotního pojištění umožňuje jejich lepší využití k posílení kvality péče a preventivních opatření.

Elektronická zdravotnická dokumentace se postupně stává standardem v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde ji zdravotničtí pracovníci již aktivně využívají nebo se na její zavedení systematicky připravují. Tento trend se nevyhýbá ani ambulantní péči, včetně domácí péče, kde se elektronická dokumentace stále více prosazuje.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující poptávku po zdravotní péči je stárnutí české populace. Tento trend bude v nadcházejících letech klíčový nejen pro celkový vývoj zdravotního systému, ale zejména pro oblast domácí péče a rostoucí potřebu zdravotních služeb. S prodlužováním střední délky života je zásadní také udržovat i dobu života prožitého ve zdraví, což klade nové nároky na systém zdravotní a sociální péče. Dopad stárnutí již dnes představuje výzvu pro kapacitu poskytování dlouhodobé péče. V tomto kontextu představuje rozvoj domácí péče efektivní alternativu k hospitalizaci a institucionální lůžkové péči (MZČR, 2020).

Domácí péče je zdravotní péče poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta dle zákona o zdravotních službách č. 372/2011Sb., přičemž vlastním sociálním prostředím se rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí (například zařízení sociálních služeb) (UZIS, 2025).

Stává se tak nezastupitelnou formou zdravotní péče (jak ošetrovatelskou, tak léčebně rehabilitační nebo paliativní), která je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí, ve spolupráci se sociálními službami, včetně zapojení rodinných příslušníků péče a tvoří souhrnný základ péče o pacienta. (MZČR, 2020).

V současné době (dle dat z roku 2021) působí na území České republiky 540 agentur domácí péče. V porovnání s údaji UZIS z roku 2010, kdy to bylo 409 agentur, se jedná o 25% nárůst. Ošetrovatelská péče je ročně poskytována více než 141 tisíc klientům (průměrný počet pacientů z let 2007-2020) (UZIS, 2021).

Digitalizace zdravotnictví přináší zásadní změny v organizaci a poskytování zdravotní péče. Přestože implementace elektronické dokumentace přináší řadu výhod, je spojena i s výzvami, jako jsou legislativní požadavky, ochrana citlivých údajů pacientů či adaptace zdravotnického personálu na nové technologie.

Implementace elektronické zdravotnické dokumentace představuje významnou změnu v organizaci zdravotní péče, která vyžaduje pečlivou přípravu nejen ze strany managementu zdravotnických zařízení, ale i samotných zdravotnických pracovníků. Proces digitalizace je doprovázen odbornými školeními, metodickými přípravami a specializovanými konferencemi zaměřenými na problematiku elektronické dokumentace.

Mezi významné události loňského roku (2024) v této oblasti patří tyto konference: *Interoperabilita a standardy* pořádaná v kongresovém centru IKEM, *Elektronizace zdravotnictví a telemedicína 2024*, která se uskutečnila v Brně a v neposlední řadě proběhla v Praze konference pod záštitou ministra zdravotnictví Vlastimila Válka s názvem *Projekty digitalizace a interoperability v resortu zdravotnictví*. Mezi klíčová diskutovaná témata patřila zejména interoperabilita a standardizace elektronické zdravotnické dokumentace, jež hrají zásadní roli v efektivním sdílení zdravotních informací a digitalizaci zdravotní péče (MZČR, 2024).

Tato diplomová práce si klade za cíl analyzovat využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace v oblasti domácí péče, a to se zaměřením na její přínosy i možná úskalí. Cílem je posoudit, jak elektronickou dokumentaci vnímají vedoucí pracovníci i zdravotní sestry a prozkoumat její vliv na každodenní praxi. Práce má rovněž za cíl zjistit, jaký postoj k digitalizaci dokumentace zaujímají vybraní poskytovatelé domácí zdravotní péče.

Pro výzkumnou část diplomové práce byly využity informace získané prostřednictvím rozhovorů s manažerskými pracovníky vybraných agentur domácí péče a výsledky dotazníkového šetření mezi sestrami pracujícími v domácí péči.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Hlavním tématem teoretické části této diplomové práce je zdravotnická dokumentace se zaměřením na oblast domácí péče. Klíčovou oblastí je především ošetrovatelská zdravotnická dokumentace, její význam v rámci poskytování péče v domácím prostředí. Důraz je kladen zejména na elektronickou formu dokumentace na přínosy a výzvy spojené s jejím využíváním v praxi.

V rámci teoretické části je analyzována nejen legislativa upravující vedení zdravotnické dokumentace, ale také procesy s tím související, jako je uchovávání a ochrana osobních dat. Cílem této části je poskytnout ucelený pohled na problematiku zdravotnické dokumentace v domácí péči s ohledem na aktuální trendy a požadavky na digitalizaci zdravotnictví.

1.1 Zdravotnická dokumentace

Dokumentace je způsob uchování informací na různých nosičích. Zdravotnická dokumentace se dle poskytnuté péče rozděluje na dokumentaci vedenou lékařem (kam patří například ordinace léků, ordinované vyšetření, výsledky vyšetření), dále na ošetrovatelskou dokumentaci, která obsahuje informace o poskytování ošetrovatelské péče a na nakonec na provozní dokumentaci, která obsahuje informace o fungování provozu, ve kterém je péče poskytována (Vondráček, 2008).

Zdravotnická dokumentace je záznam, který obsahuje osobní údaje pacienta důležité pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, dále obsahuje informace o onemocnění pacienta, průběhu a výsledku vyšetření, léčení a další významné okolnosti, které souvisejí se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče (Policar, 2010).

1.1.1 Obsah zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace obsahuje údaje o zdravotním stavu a o poskytnutých zdravotních službách. Součástí jsou identifikační a kontaktní údaje pacientů a poskytovatelů péče, datum zápisu, informace o průběhu a výsledcích poskytnuté péče. Nedílnou součástí jsou také informace o diagnóze, návrh léčebného postupu, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu, cílený objektivní nález, záznam o předepsaných či podaných lécích, zdravotnických pomůckách a transfúzích, příkaz ke zdravotnické přepravě, záznamy o ošetrovatelské, nutriční a rehabilitační péči a záznamy o očkování. Je-li to vyžadováno, pak i písemný souhlas pacienta

nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb nebo záznamy o jejich odmítnutí.

Ve zdravotnické dokumentaci je rovněž zaznamenáno, zda byly vůči pacientovi použity donucovací prostředky, jsou v ní založeny lékařské posudky, zaznamenává se, kdy a kdo do dokumentace nahlížel a dále informace o dočasné pracovní neschopnosti. Součástí jsou pochopitelně i výsledky provedených vyšetření (NZIP, 2024).

1.1.2 Účel zdravotnické dokumentace

Smyslem zdravotnické dokumentace je především zajištění informací potřebných pro zachování kontinuity poskytované zdravotní péče jako jsou propouštěcí zprávy či výsledky vyšetření. Dále jsou to informace o poskytování péče oprávněnou osobou v souladu se stanovenými postupy. Zdravotnická dokumentace slouží jako podklad pro účtování vykázaní zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění nebo pro přímou platbu pacienta. A v poslední řadě může poskytovat informace pro vědu a výzkum (Vondráček, 2008).

1.1.3 Vedení zdravotnické dokumentace

Základní údaje o pacientech a poskytované zdravotní péči musí být vedeny každým zdravotnickým zařízením v podobě zdravotnické dokumentace (Sovová, 2011).

Každý poskytovatel zdravotních služeb má povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, která může být buď v listinné nebo elektronické podobě, či kombinací obou možností (Mach, 2018, Sovová, 2006).

Se zdravotnickou dokumentací nelze nakládat v rámci vlastnického práva. Prodej, darování nebo převod praxe umožňuje nakládání s dokumentací pouze způsobem, který stanovuje zákon. Účelem zdravotnické dokumentace je ukládání a následně poskytování informací o uskutečněné péči po zákonem stanovenou dobu. Musí být také dostupná informace, kde konkrétně se zdravotnická dokumentace nachází. Zásada dohledatelnosti je klíčovým předpokladem pro splnění povinností při nakládání se zdravotnickou dokumentací a poskytování informací v zákonem stanovených případech. (Mach, 2013).

1.1.4 Uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace

Poskytovatel zdravotní péče vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci, nemá však povinnost ji uchovávat věčně. Proto rozhoduje, zda je zdravotnická dokumentace potřebná pro další poskytování zdravotních služeb či může být vyřazena a zničena. Pravidly se řídí i správní orgán, který převzal zdravotnickou dokumentaci např. po zemřelém lékaři. Obecně

platí, že zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let. Ovšem tato lhůta se mění podle toho, kdo zdravotnickou dokumentaci vede. Praktičtí lékaři a pediatři dokumentaci uchovávají deset let, ambulantní specialisté jen pět let. V nemocnicích se záznamy uchovávají 40 let, v léčebnách dlouhodobě nemocných je to 20 let. Záchranáři udržují deset let záznam operátora a stejně dlouho i informace o výjezdu RZP (MZČR, 2023).

Doba uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, ve kterém byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta (VZP, 2023).

Zdravotnická dokumentace se označuje vyřazovacími znaky, které určují její hodnotu. Vyřazovací znak „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení. Vyřazovací znak „V“ vyjadřuje skutečnost, že hodnotu zdravotnické dokumentace nelze stanovit a potřebnost bude vyhodnocena až po uplynutí doby uchování (Mach, 2013). Skartační znak pro zvláštní ambulantní péči, kam se řadí domácí zdravotní péče je „S“. Doba do skartace je pět let a počítá se od posledního ošetření pacienta nebo deset let od úmrtí pacienta (Policar, 2010).

Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena, a to tak, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu. Vzhledem k tomu, že zdravotnická dokumentace obsahuje citlivé osobní údaje, skartace je regulována právním předpisem (Policar, 2011).

Poskytovatel zdravotní péče pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla skartace provedena. Součástí soupisu jsou pak i identifikační údaje pacienta. Písemný záznam se uchovává bez časového omezení (MZČR, 2023).

1.1.5 Povinná mlčenlivost

Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech o kterých se dozvěděl v souvislosti s péčí o pacienta, jako jsou informace o zdravotním stavu, hospitalizaci, diagnóze nebo prognóze. I na pouhý fakt, že je pacient léčen určitým lékařem či je v péči určitého zdravotnického zařízení se vztahuje povinná mlčenlivost. Zákon však umožňuje, aby lékař kromě pacienta informoval o povaze onemocnění a potřebných výkonech též jiné osoby určené pacientem (MZČR, 2023).

Institut povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (nazývaný dříve lékařské tajemství) je důležitým nástrojem ochrany informací obsažených ve zdravotnické dokumentaci.

Zdravotník může porušit povinnou mlčenlivost, byť jen vydáním zdravotnické dokumentace (Policar, 2011).

Institut povinné mlčenlivosti ve zdravotnictví znamená především právo pacienta na zachování důvěrných informací o jeho zdravotním stavu. Rovněž však chrání i zdravotnické pracovníky před možnými zásahy státní moci do výkonu jejich zdravotnického povolání. Formou takového zásahu může být požadování informací nejen o zdravotním stavu pacienta, ale i o dalších údajích, které o něm zdravotnické zařízení získá v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Povinná mlčenlivost je upravena v rámci povinností zdravotnického pracovníka paragrafem 5 zákona o zdravotních službách a jejich poskytování č. 372/2011 Sb. (Sovová, 2013).

1.1.6 Ochrana osobních údajů

Poskytovatelé získávají údaje od pacientů případně od rodinných příslušníků či dalších osob, pokud je to nezbytné pro poskytnutí zdravotní péče (Sovová, 2011).

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, definuje osobní údaj jako jakoukoli informaci týkající se konkrétní nebo identifikovatelné fyzické osoby. To znamená, že osobním údajem může být například jméno, adresa, telefonní číslo nebo e-mail. Fyzická osoba je považována za identifikovatelnou, pokud ji lze přímo nebo nepřímo určit na základě údajů, jako jsou číslo, kód nebo jiné specifické prvky charakteristické pro její fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní či sociální identitu (Česko, 2000).

Citlivý údaj pak vypovídá o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, o zdravotním stavu či sexuální orientaci životě subjektu údajů (Česko, 2000).

Vedení zdravotnické dokumentace je vlastně zacházení převážně s citlivými osobními údaji. Každé zdravotnické zařízení má povinnost shromažďovat osobní údaje jen v nezbytném rozsahu. Pro vedení zdravotnické dokumentace platí výjimka z obecného pravidla, že je možné spravovat osobní údaje pouze se souhlasem subjektu údajů, resp. pacienta. Zdravotnické zařízení má zákonnou povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, a proto nepotřebuje souhlas pacienta (Policar, 2011).

Zákon výslovně ukládá povinnost zavést taková opatření, která zabrání neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich úpravám, zničení, ztrátě či neoprávněnému přenosu, včetně ukončení jejich zpracování. V praxi to znamená, že zdravotnická dokumentace v tištěné podobě musí být bezpečně uložena, ideálně ve skříni se zámkem v uzamykatelné

místnosti. Pokud je dokumentace vedena elektronicky, musí být chráněna například přístupovým heslem k počítači, aby byla zajištěna její bezpečnost (Mach, 2013).

1.2 Legislativa

Ve zdravotnictví je jakákoliv činnost upravena v obecně platných předpisech, stejně tak je to i v případě zdravotnické dokumentace. Předpisy stanovují, jak ji vést, určují její formu, obsah i další náležitosti (Vondráček, 2008).

V právních předpisech není uvedena jednoznačná definice zdravotnické dokumentace, lze ale nalézt tři závěry:

1. Zdravotnická dokumentace obsahuje údaje a informace o pacientovi, jeho zdravotním stavu a o péči, která mu je poskytována.
2. Zdravotnická dokumentace je vedena formou textovou, grafickou nebo audiovizuální.
3. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci jsou vedeny v listinné nebo elektronické podobě (Policar, 2010).

Základní právní předpis v České republice, který reguluje poskytování zdravotní péči je zákon **20/1966 Sb. o péči zdraví lidu**. Problematika zdravotnické dokumentace se řeší až mnohem později. První zmínka o zdravotnické dokumentaci se objevila v zákoně č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (Policar, 2010). Povinnost vedení dokumentace byla jednoznačně zakotvena až novelizací zákona č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu, k 1. srpnu 2001. Do té doby neexistovala nutnost vedení zdravotnické dokumentace pro státní zdravotní zařízení, protože zákon ukládal povinnost vedení zdravotnické dokumentace pouze nestátním zdravotnickým zařízením (Sovová, 2011, Policar 2010).

Zákon č. **372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování** stanovuje zdravotnickou dokumentaci jako soubor informací, které se vztahují k jednotlivému pacientovi. Obsahuje jednoznačnou identifikaci pacienta, identifikaci zdravotnického zařízení, informace o zdravotním stavu pacienta, průběhu a výsledku poskytovaných zdravotnických služeb (Mach, 2018).

Vyhláška č. **98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci** určuje rozsah údajů týkajících se zdravotního stavu pacienta a okolností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb, včetně postupu při jejich poskytování. Také stanovuje minimální obsah zdravotnické dokumentace (Česko 2012). Tato vyhláška také obsahuje informace o způsobu tvorby, obsahu a struktuře

pacientského souhrnu podaného prostřednictvím Národního kontaktního místa pro elektronické zdravotnictví. Včetně toho, jakým způsobem se bude patientský souhrn vyžadovat u poskytovatele a dále předávat poskytovateli jiného státu Evropské unie (Krýsa, 2020). Záznamy vedené v elektronické dokumentaci jsou též specifikovány v této vyhlášce (Mach, 2018).

Určité zákonné náležitosti uvedené v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách se ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotní dokumentaci opakují (Krýsa, 2020).

Povinnost zdravotnického zařízení vybavit pacienta potřebnými informacemi a dokumenty při změně lékaře či předání do jiného zdravotnického zařízení je zakotveno v zákoně **o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997Sb.** (Sovová, 2011).

Detailní informace o uchovávání zdravotnických záznamů jsou uvedeny v již zmíněné vyhlášce č. 98/2012 o zdravotnické dokumentaci v příloze 3 (MZČR, 2023).

Další právní předpis, který stanovuje podmínky archivace a dobu po kterou musí být zdravotnická dokumentace uchovávána a jak musí být skartována je zákon **o archivnictví č. 499/2004** (Polícar, 2011).

V souvislosti s povinnou mlčenlivostí je třeba zmínit Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU o ochraně osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, známé pod zkratkou GDPR (General Data Protection Regulation) – Obecné nařízení o ochraně osobních údajů. Toto nařízení nahrazuje zákon **č.101/2000 Sb. o ochraně osobních dat** (Klímová, 2019). Tímto zákonem se řídí práva a povinnosti při nakládání s osobními údaji (Polícar, 2011).

Zákon **č. 325/2021 Sb. o elektronizaci zdravotnictví** stanovuje právní rámec pro efektivní a bezpečné sdílení dat ve zdravotnictví a elektronickou komunikaci mezi zdravotníky a mezi zdravotníkem a pacientem (Česko, 2021).

Domácí péče jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a to v jejich vlastním sociálním prostředí, je specifikována v zákoně **č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** (MZČR, 2020).

Dalším zákonem, který se zabývá poskytováním zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta je zákon **o zdravotních službách a jejich poskytování č. 372/2011Sb.** Vlastním sociálním prostředí se rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta (například zařízení sociálních služeb) (UZIS, 2025).

1.2.1 Občanskoprávní odpovědnost

„Zdravotnická dokumentace slouží nejen jako podklad pro léčbu pacientů, ale také jako podklad pro správní řízení nebo jako důkaz při soudním projednávání postupu léčby pacienta“ (Sovová, 2011, s.43).

V komentářích k zákonu o zdravotních službách a jejich poskytování Mach (2018) doporučuje, aby zdravotnická dokumentace obsahovala mimo jiné i informace o komunikaci s pacientem, záznamy o poučení a o dotazech pacienta či sdělení, které by mohly mít vliv na poskytování zdravotní péče a na vývoj zdravotního stavu pacienta. Také uvádí další význam řádně vedené dokumentace, a to při dokazování poskytnuté zdravotní péče, postupech *lege artis* či *non lege artis* což v opačném případě (u nedbale vedené dokumentace), i přes správně poskytnutou zdravotnickou péči, může vést k nemožnosti poskytovatele zdravotnických služeb tuto skutečnost prokázat. Je to dáno tím, že znalec či soud vychází ze záznamů, které jsou uvedeny ve zdravotnické dokumentaci. Mach (2018) poukazuje na fakt, že nedbale vedená dokumentace, což mohou být neúplné, nepravdivé nebo nečitelné záznamy jsou v důsledku rizikovější než samotné chybení dokumentace (Mach, 2018).

1.3 Ošetřovatelská dokumentace

Moderní ošetřovatelství je prováděno na základě vědeckých poznatků, kde je člověk chápán jako holistická (celostní) bytost a sestry ve své praxi využívají výsledků Evidence Based Practice – praxe založená na důkazech (Plevová, 2011).

1.3.1 Definice a cíle ošetřovatelství

Koncepce ošetřovatelství MZČR z roku 2021 definuje ošetřovatelství jako humánní obor, který byl a je ovlivňován především vývojem společnosti, medicíny, psychologie, sociologie, filozofie a dalších vědních oborů. Zásady, jimiž se ošetřovatelství řídí, vychází ze dvou filozofických směrů – z humanismu a holismu. Humanistické zásady se pojí s úctou k lidskému životu, důstojností a lidskými právy, uznáním hodnoty života, práva na svobodu a štěstí a na rozvoj lidských sil a schopností (MZČR, 2021).

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka a respekt k individuální kvalitě života, to pak vede k udržení či navrácení zdraví nebo ke zmírnění fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů je

důležitý interdisciplinární přístup, a tím je spolupráce ošetrovatelského personálu s nemocnými, lékaři, dalšími zdravotnickými a jinými odbornými pracovníky.

V České republice se ošetrovatelská péče poskytuje v ambulantních nebo ústavních zařízeních, v komunitách či domácnostech jednotlivých pacientů.

Zdravotnickou péčí dělíme na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a na péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hlavním cílem je zajistit kvalitní péči, která vychází z nejnovějších poznatků vědy (Plevová, 2018).

Ošetrovatelská dokumentace je dnes ve zdravotnických zařízeních zcela běžně používána (Policar, 2010). Slouží jako zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. Údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči se chronologicky zaznamenávají do písemné či elektronické dokumentace (Plevová, 2018).

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 užívá termín dokumentace ošetrovatelské péče. Vzhledem k tomu, že je součástí zdravotnické dokumentace, platí pro ni stejná pravidla o zápisech, o vedení, o skartaci, o přístupech k ní jak ze strany pacienta, tak i dalších osob či orgánů, jako u zdravotnické dokumentace (Policar, 2010).

Novela vyhlášky č. 98/2012, o zdravotnické dokumentaci (vyhláška č. 137/2018) ruší stanovení bližších náležitostí záznamů o poskytnuté ošetrovatelské péči, nařizuje pouze vedení ošetrovatelské dokumentace. Poskytovatel zdravotních služeb si může ve své organizaci stanovit metodu poskytování péče a formu zdravotnické dokumentace vnitřním předpisem (Klímová, 2019).

1.3.2 Účel ošetrovatelská dokumentace

Účelem ošetrovatelské dokumentace je zajištění kontinuity poskytované ošetrovatelské péče a předání informací v týmu, který poskytuje péči. Ošetrovatelská dokumentace slouží jako doklad toho, že byla péče poskytnuta dle ordinace, že byla péče poskytnuta správně vzhledem ke zdravotnímu stavu a také slouží jako doklad poskytnuté péče podle stanovených předpisů. V neposlední řadě slouží jako podkladový materiál pro vědu a výzkum, zejména v ošetrovatelské péči (Plevová, 2018, Vondráček, 2008).

Ošetrovatelská péče je prováděna podle ordinace ošetřujícího lékaře a dle rozhodnutí zdravotní sestry (Vondráček, 2008).

1.4 Domácí péče a ošetrovatelská dokumentace

Domácí péče je zdravotní péče poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta dle zákona o zdravotních službách č. 372/2011Sb., přičemž vlastním sociálním prostředím se rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí (například zařízení sociálních služeb). Domácí péče je ošetrovatelská, léčebně rehabilitační a paliativní péče (UZIS, 2025).

Filozofii domácí péče popisuje Misconiová (1998) jako podmíněný princip pevné vazby a interakce lidské bytosti ve vlastním sociálním prostředí a s důrazem na individuální vnímání kvality života. Základní principy domácí péče, které vycházejí z filozofie, jsou:

- *Holistický přístup*, tedy vnímání člověka jako jednotný celek biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb.
- *Princip zplnomocňování*, který je chápán jako proces, kdy pacienti redukují svou bezmocnost a odcizení a získávají větší kontrolu nad všemi aspekty svého života.
- *Princip subsidiarity* znamená podporu ke svépomoci, motivuje pacienta (v oblasti sebez péče) a jeho blízké k nezávislosti na zdravotních a sociálních službách, a to jako aktivní partnery (nejen jako pasivní příjemce pomoci).
- *Komunitní přístup* související s principem subsidiarity je definován jako podpora a spolupráce s blízkými pečujícími a jako dobrovolnictví a sousedská pomoc. Slouží jako alternativa institucionální péče, kdy je cílem co nejdéle setrvání ve vlastním sociálním prostředí a tím i zvyšování kvality života u chronicky nemocných osob či osob s potřebou obecné paliativní péče.
- *Princip deinstitucionalizace* je přesun péče ze zdravotnických zařízení do přirozeného sociálního prostředí. Je to podpora poskytování domácí péče především u pacientů, u kterých dlouhodobá izolace v instituci může narušovat či snižovat možnost navrácení do vlastního sociálního prostředí.
- *Princip demedicinalizace* úzce souvisí s deinstitucionalizací a usiluje o to, aby medicínské aspekty zohledňovaly kvalitu života. Důraz je kladen na autonomii, seberealizaci a respektování důstojnosti pacienta.
- *Princip multidisciplinarity* se zabývá vytvářením multidisciplinárních týmů a spolupráce mezi resorty. Dodržování těchto zásad je klíčovým ukazatelem kvality poskytované zdravotní péče (MZČR, 2020).

Možnost setrvat během nemoci ve vlastním sociálním prostředí je pro pacienta velkým přínosem. Zejména má pozitivní vliv na psychiku nemocného, na jeho vztahy v rodině, což pozitivně ovlivňuje celý léčebný proces. V případě jednorázových návštěv, například z důvodu odběru biologického materiálu či aplikace léčebné látky v domácím prostředí, je pacient ušetřen pro něj mnohdy náročné a vyčerpávající cesty do zdravotnického zařízení.

Domácí péče však nepřináší prospěch pouze pacientovi, ale také jeho rodině. Blízcí se mohou aktivně zapojit do procesu léčby, což má obvykle pozitivní dopad nejen na samotného nemocného, ale i na rodinné vztahy. Zdravotní sestry poskytující domácí péči by měly být připraveny poskytnout rodině odborné rady ohledně péče o pacienta a naplňování jeho základních potřeb. Díky tomu může rodina zůstat pohromadě a pacient není vystaven riziku sociální izolace, která bývá častým problémem při hospitalizaci (MZČR, 2020).

Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997Sb. definuje výrazy *specializovaná ambulantní zdravotní péče* a *zvláštní ambulantní péče*. Specializovaná ambulantní péče je poskytována lékaři specialisty a zvláštní ambulantní péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče na základě ordinace praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, dále jako zdravotní péče poskytovaná ve stacionářích, zařízeních sociálních služeb, zdravotnických zařízeních ústavní péče (Policar, 2010).

Domácí péče je poskytována pacientům různých věkových skupin s různými diagnózami. Je určena dětem, lidem v produktivním věku i seniorům v jejich přirozeném sociálním prostředí. Podle zákona o zdravotních službách se tímto prostředím rozumí domov pacienta nebo prostředí, které jej nahrazuje, jako jsou například zařízení sociálních služeb, instituce poskytující okamžitou pomoc dětem, školy během výuky a školských služeb, zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, školská zařízení zaměřená na preventivně-výchovnou péči a podobné instituce (MZČR, 2020).

1.4.1 Rozvoj a současnost domácí péče

Domácí péče je oblastí českého zdravotnictví, která vznikla po roce 1990 a od té doby se postupně vyvíjela až do své současné podoby. Domácí péče je poskytována prostřednictvím agentur domácí péče, jejímž provozovatelem a manažerem byla registrovaná sestra splňující definované požadavky na vzdělání a klinickou praxi (Jarošová, 2012).

Agentury domácí péče mohou být také zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními lůžkového nebo ambulantního typu, charitativními či mnoha jinými subjekty (Vendlichová, 2013).

V březnu 1990 bylo založeno první středisko ošetrovatelské péče Charity České republiky jako dvouletý pilotní projekt. Následovně vzniklo 26 agentur domácí péče, které poskytly péči celkem 1 495 klientům. V průběhu následujících dvou let se počet agentur domácí péče výrazně zvýšil a dosáhl 179, patřili sem jak státní, tak nestátní subjekty (Cejnková, 2010).

V současné době působí na území České republiky 540 agentur domácí péče, v porovnání s údaji UZIS z roku 2010, kdy poskytovalo péči 409 agentur domácí péče se tedy jedná o 25% nárůst. Ošetrovatelská péče je ročně poskytována více než 140 tisíc klientům (průměrný počet pacientů z let 2007-2020) (UZIS, 2021).

1.4.2 Ošetrovatelská dokumentace v domácí péči

Ošetrovatelská dokumentace je specifická vzhledem k rozdílům ve struktuře klientů a jejich potřebách ve srovnání s lůžkovými zařízeními, protože ošetrovatelský proces se zde soustředí především na poskytování kontinuální a individuální péče pacientům s dlouhodobými onemocněními. Nezbytně nutné pro zahájení ošetrovatelské péče je zhodnocení zdravotního stavu pacienta a jeho potřeb a následně stanovení ošetrovatelské diagnózy (Jarošová, 2012).

Aby ošetrovatelská dokumentace plně vyhovovala potřebám agentury domácí péče, musí být jednoduchá, přehledná a dobře přístupná. Měla by obsahovat: anamnézu, ošetrovatelský plán, záznam vývoje stavu a případně propouštěcí nebo překládovou zprávu.

Každá složka ošetrovatelské dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta a označení zdravotnického zařízení. Všechny záznamy musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla. Podpis musí být čitelný včetně razítka ošetrovatelské sestry.

Záznam v ošetrovatelské dokumentaci je dokladem toho, co sestra viděla, slyšela nebo změřila (např. krevní tlak, glykémie, váha). Taktéž zapisuje pacientovy pocity a reakce na péči. Dokumentace musí být konkrétní, logicky navazující a přesná, zápis musí být učiněn co nejdříve. Záznamy musí být zapsány přehledně, čitelně, dokumentace musí poskytovat aktuální informace o péči a stavu pacienta.

Vstupní ošetrovatelský záznam by měl obsahovat:

- osobní údaje klienta (jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, jméno registrujícího praktického lékaře, kontaktní osobu pro domácí péči)
- zdravotní a ošetrovatelskou anamnézu (TK, puls, dech, teplotu, váhu, stav pokožky, mobilitu, vyprazdňování, výživu, smyslové omezení, orientaci, bolest, zhodnocení kožních defektů)

- sociální anamnézu (dovednosti a sociální schopnosti)
- plán ošetrovatelské péče (ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelský cíl a plán péče) (Vendlichová, 2013)

Proces vývoje elektronického formuláře pro potřeby domácí péče byl řešen v rámci projektu MZČR v roce 2012, který popisuje Jarošová (2012). Tým profesionálů z řad zdravotnických pracovníků, akademických pracovníků a odborníků na informační technologie připravil návrh struktury, obsahu a funkce elektronického formuláře.

Struktura formuláře pro sběr dat:

1. Protokol pro sběr demografických a klinických údajů pacienta:
obsahuje základní informace o pacientovi, jako jsou pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání, datum zahájení domácí péče a důvody jejího zavedení, údaje o způsobu bydlení, přítomnosti laického pečovatele, hlavní lékařské diagnóze a základních fyziologických údajích (hmotnost a výška).
2. Protokol s diagnostickými nástroji a testy pro hodnocení zdravotního stavu pacienta:
zahrnuje měření BMI, Barthelovu škálu základních všedních činností, dotazník funkčního stavu výživy, škálu pro hodnocení nutričního stavu, stupnici pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, hodnocení intenzity bolesti, stupnici pro posouzení psychického zdraví, geriatrickou škálu deprese a test kognitivních funkcí.
3. Protokol obsahující vybrané ošetrovatelské diagnózy NANDA:
zaměřený na identifikaci a evidenci specifických ošetrovatelských diagnóz podle klasifikace NANDA, k systematickému přístupu k plánování a poskytování ošetrovatelské péče.

Jednotlivé komponenty elektronického formuláře jsou vzájemně propojeny jak strukturálně, tak funkčně. Data z patientských protokolů jsou automaticky ukládána do centrální databáze, což umožňuje jejich následnou analýzu, generování souhrnných přehledů a statistické zpracování. Zároveň je zajištěna plná ochrana osobních údajů pacientů v souladu s platnými právními předpisy (Jarošová, 2012).

Elektronické formuláře se v oblasti zdravotní péče stávají klíčovým nástrojem pro efektivní sběr, zpracování a analýzu dat. Mezi nejčastěji využívané patří formulář pro sběr demografických údajů, který obsahuje základní informace o pacientovi, jako je věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, místo poskytované péče (bydliště), jeho praktickým lékařem a základní diagnózy pacienta (obrázek č. 1). Dalším významným nástrojem je formulář zaměřený na sběr

diagnostických údajů pro ošetrovatelskou anamnézu, který zahrnuje klíčové informace o zdravotním stavu pacienta, hodnocení jeho funkčního stavu a identifikaci rizikových faktorů důležitých pro plánování péče – například podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, mezilidské vztahy a další (obrázek č. 2). Nezbytnou součástí elektronické dokumentace je také tzv. manažerský formulář určený ke statistickému zpracování dat, jenž umožňuje sledování počtu pacientů v určitém časovém období (obrázek č. 3) a poskytuje přehled o četnosti konkrétních diagnóz či efektivitě zavedených opatření. Elektronická podoba těchto formulářů umožňuje rychlé vyhodnocování informací a optimální poskytování ošetrovatelské péče.

Přidat klienta na zdravotnické pracoviště

Kroky přidání klienta

1. Nástup klienta
2. Výběr klienta
- 3. Osobní údaje**
4. Terény posk. péče
5. Adresa posk. péče
6. Kontaktní osoba
7. Lékař a diagnózy

Osobní údaje

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Rodné číslo: /

Datum narození: 1.1.1800

Pohlaví: Muž Žena

Rodné příjmení:

Rodinný stav:

Místo narození:

Okres narození:

Státní příslušnost:

Vzdělání:

Poslední zaměstnání:

Oslovení:

Svátek:

Zdravotní pojišťovna

Zdravotní pojišťovna:

Druh pojištění: DP1 - Veřejné zdravotní pojištění

Číslo pojištěnce: Stejně jako rodné číslo

< Zpět Další > Dokončit Storno

Obrázek 1: Formulář pro sběr demografických dat (Cygnus, 2025)

Přidat ošetřovatelskou anamnézu

Anamnéza

1. Základní údaje

2. Podpora zdraví

3. Výživa

4. Vylučování a výměna

5. Aktivita - odpočinek

6. Vnímání a poznávání

7. Vnímání sebe sama

8. Mezilidské vztahy

9. Sexualita

10. Zvládnání zátěže

11. Životní principy

12. Bezpečnost - ochrana

13. Tělesný komfort

Pospíšilová Pavla

Datum: 12.2.2025 Sestavil: Pospíšilová Pavla Zkontrolovat dne: 5.5.2025

Základní údaje

Zdroj informací: klient jiná osoba (jméno/vztah):

OK Storno

Obrázek 2: Formulář pro sběr diagnostických dat pro ošetřovatelskou anamnézu (Cygnus, 2025)

Statistiky klientů

Zdrav. pracoviště: Kamilka

2024

Č. řádku	Č. sloupce	Název	Hodnota
21	1	Počet návštěv	54 337
22	1	Počet výkonů	142 659
41	1	Počet pacientů DZP (Celkem)	1 374
41	2	Počet pacientů DZP (0 - 19 let)	3
41	3	Počet pacientů DZP (20 - 64 let)	160
41	4	Počet pacientů DZP (65 let a více)	1 211
41	5	Počet pacientů DZP (Muži)	542
41	6	Počet pacientů DZP (Ženy)	832

Roční výkaz o činnosti PZS pro ÚZIS

Vykazování na pojistovny

Obrázek 3: Statistiky klientů: počty klientů za 2024 (Cygnus, 2025)

1.5 Digitalizace zdravotnické dokumentace

Preferování elektronizace v jednotlivých odvětvích se nevyhnulo ani oblasti zdravotnictví, a proto způsob vedení elektronické zdravotnické dokumentace je obsažen již v zákoně o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. a zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Mach, 2018).

Zatímco tradiční listinná forma zdravotnické dokumentace obvykle nepřináší v praxi větší komplikace nebo nejasnosti, u elektronické podoby se tyto problémy objevují. Zejména proto, že elektronická dokumentace nemá dlouhou historii a není dosud běžně zavedená u všech poskytovatelů (Mach, 2013).

1.5.1 Elektronická zdravotnická dokumentace

Hlavní podmínky pro vedení dokumentace pouze v elektronické podobě jsou následující:

- *Technické prostředky použité k uložení záznamů v elektronické podobě nesmí umožňovat dodatečnou změnu původních elektronických zápisů do zdravotnické dokumentace, tzn. softwarové a hardwarové vybavení zajišťuje neměnnost a stálost jednotlivých záznamů ve zdravotnické dokumentaci.*
- *Infomační systém vede seznam identifikátorů záznamů v elektronické dokumentaci pacientů a umožňuje dálkový přístup.*
- *Bezpečnostní kopie datových souborů je nutno provádět nejméně jednou za pracovní den a před uplynutím doby životnosti zápisu na technickém nosiči je nutno zajistit přenos na jiný technický nosič dat (např. CD nebo DVD disk, USB jednotku nebo harddisk).*
- *Kopie pro dlouhodobé uchování musí být vytvářeny nejméně jednou za kalendářní rok způsobem, který znemožňuje její modifikaci.*
- *Kopie pro dlouhodobé uchování musí být použitelné po dobu, kterou stanoví vyhláška pro uchování zdravotnické dokumentace.*
- *Dokumenty v listinné podobě, které jsou součástí zdravotnické dokumentace a které vyžadují podpis osoby, jež není zdravotnickým nebo jiným odborným pracovníkem, musí být převedeny do elektronické podoby, která se podepíše uznávaným elektronickým podpisem osoby, která převod provedla za současného uchování dokumentu v listinné podobě.*
- *Výstupy ze zdravotnické dokumentace lze převést do listinné podoby autorizovanou konverzí dokumentů.*

- *Informační systém musí umožňovat vytvoření speciální kopie uložené zdravotnické dokumentace ve formátu čitelném a zpracovatelném i v jiném informačním systému (Mach, 2013, s. 119-120).*

Pokud se poskytovatelé zdravotní péče rozhodnou vést dokumentaci výhradně v elektronické podobě, musí splnit předepsané podmínky. Tyto požadavky jsou však pro některá zdravotnická zařízení často náročné, a proto volí výhodnější kombinovanou formu. Dokumentace je nejprve vytvořena elektronicky, následně vytištěna, podepsána a uchovávána v papírové podobě. Tento přístup je pro poskytovatele finančně méně náročný, avšak zároveň tak přichází o výhody plně elektronické dokumentace (Policar, 2010).

1.5.2 Výhody elektronické zdravotnické dokumentace

Elektronická zdravotnická dokumentace nabízí řadu výhod jako jsou včetně snížené nároky na skladování, lepší organizace a snadnější správa záznamů nebo efektivnější autentizace personálu (ČAS, 2002).

Elektronizace zdravotnické dokumentace, především prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů (EHR), představuje zásadní krok ke zvýšení kvality, efektivity a bezpečnosti poskytované péče. Umožňuje rychlý přístup ke kompletním a aktuálním údajům o pacientech, čímž podporuje přesnější diagnostiku a efektivnější rozhodování lékařů.

Významným přínosem je možnost sdílení zdravotnických informací mezi různými poskytovateli péče, což zlepšuje koordinaci služeb a omezuje duplicitu vyšetření. Elektronické systémy zároveň pomáhají předcházet chybám v medikaci díky upozorněním na interakce či alergie. Digitalizace rovněž zefektivňuje administrativní procesy – zjednodušuje evidenci, vykazování a komunikaci s pojišťovny, čímž snižuje zátěž zdravotnického personálu. V dlouhodobém horizontu přináší i finanční úspory, a to jak snížením provozních nákladů, tak zvýšením efektivity poskytované péče. Elektronizace navíc posiluje postavení pacientů, kteří díky online portálům získávají přístup ke svým údajům a mohou aktivněji spolupracovat na své léčbě. Celkově tak přispívá k modernizaci a udržitelnosti zdravotnického systému (Healthit.gov, 2022).

1.5.3 Digitalizace světového zdravotnictví

Již od konce 80. let minulého století docházelo k využívání digitálních technologií ve zdravotnictví po celém světě. Až pandemie covid-19 ukázala důležitost digitalizace zdravotnictví jak pro komunikaci a koordinaci péče na dálku, tak pro sdílení aktuálních, spolehlivých a dostupných zdravotních dat, aby mohli adekvátně reagovat nejen aktéři

veřejného zdraví, ale i poskytovatelé zdravotních služeb na všech úrovních. Došlo k urychlení nástupu digitalizace do praxe, příkladem jsou elektronické zdravotní záznamy, elektronické recepty, digitální zdravotnické aplikace a data, která se využívají pro zdravotní politiku a pro výzkum (Táborský, 2023).

1.5.4 Digitalizace zdravotnictví v EU

Digitalizace zdravotních systémů je velkou příležitostí k řešení nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči v Evropské unii. Zdravotnické systémy v zemích EU generují a zpracovávají velké množství dat, která jsou ale málo využívána nejen občany, ale i pracovníky ve vědě a výzkumu (MZČR, 2022). Z těchto důvodů chce EU využít tyto informace pro zlepšení kvality zdravotní péče, dostupnosti postupů ve službách občanům, ke zlepšení prevence, diagnostiky a léčbě nemocí. Evropská komise předložila v květnu 2022 návrh na vytvoření evropského prostoru pro zdravotní data, který je součástí nařízení Evropského parlamentu a Rady o evropském prostoru pro zdravotní data (Nařízení o EHDS – European Health Data Space). Tento právní akt stanoví pravidla, společné normy, postupy a rámec pro správu a využívání zdravotních údajů napříč Evropou, konkrétně v zemích Evropské unie a Evropského hospodářského prostoru (Táborský, 2023).

Nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data (EHDS) má za cíl vytvořit jednotný a bezpečný systém pro sdílení elektronických zdravotních údajů v rámci EU. Jeho hlavním záměrem je usnadnit přístup pacientů k jejich zdravotním záznamům a umožnit jim mít nad nimi větší kontrolu. Zároveň stanovuje právní rámec a buduje infrastrukturu pro výměnu různých typů zdravotních informací. Nařízení rozlišuje dva hlavní způsoby využití zdravotních dat: primární a sekundární. Primární využití znamená, že osobní zdravotní údaje slouží přímo k poskytování zdravotní péče, tedy ke zlepšení diagnostiky, léčby a celkové péče o pacienta. Naopak sekundární využití se týká anonymizovaných dat, která mohou být použita pro vědecký výzkum, inovace, tvorbu zdravotních politik, regulaci či rozvoj personalizované medicíny. EHDS umožňuje také posílení spolupráce mezi členskými státy i institucemi EU v oblasti správy zdravotních dat, což má vést ke zlepšení kvality péče i efektivity zdravotnických systémů (Kačerová, 2024).



Obrázek 4 Benefity EHDS (Chaloupka, 2022), vlastní tvorba

1.5.5 Digitalizace českého zdravotnictví

Česká republika podporuje vznik EHDS a jejím cílem je, aby občané měli přístup ke zdravotnickým údajům v elektronické podobě. Chce zajistit občanům možnost sdílet údaje se zdravotníky a zdravotnickými zařízeními nejen v České republice, ale i v dalších státech EU. Chce umožnit občanům mít nad svými zdravotnickými údaji kontrolu, možnost je doplňovat, opravovat či omezit přístup ostatním osobám (Táborský, 2023).

V České republice je rozvoj elektronizace zdravotnictví řízen těmito strategiemi: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a Národní strategií elektronického zdravotnictví. Oba dokumenty definují směr digitalizace zdravotnictví a zaměřují se na efektivnější využití moderních technologií, zkvalitnění zdravotní péče a zajištění bezpečné správy zdravotnických dat (MZČR, 2022).

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030) stanovuje dlouhodobé priority v oblasti zdravotnictví. Jeho prvním cílem je zlepšit zdraví obyvatel, zvýšit dostupnost zdravotní péče a podpořit využívání inovativních technologií. Elektronizace zdravotnictví představuje jeden z klíčových pilířů této strategie. Druhým cílem podpora prevence a včasné diagnostiky, kdy digitalizace zdravotních dat umožní efektivnější monitorování zdravotního stavu populace a pomůže předcházet vážným onemocněním. Třetím cílem je zvýšení dostupnosti zdravotní péče. Rozvoj telemedicíny a online konzultací zajistí

pacientům snadnější přístup k lékařské péči i na dálku. Strategie se také zaměřuje na zlepšení efektivity zdravotního systému. Elektronická zdravotní dokumentace a digitalizované procesy sníží administrativní zátěž lékařů a zdravotnických zařízení, což povede k efektivnějšímu poskytování péče. Důležitým aspektem je rovněž integrace a sdílení zdravotních dat. Propojení informačních systémů umožní bezpečné a rychlé sdílení patientských záznamů mezi lékaři a zdravotnickými zařízeními (MZČR, 2022).

Národní strategie elektronického zdravotnictví podrobně popisuje, jakým způsobem bude probíhat digitalizace zdravotnictví v České republice. Zde je hlavním cílem zavedení moderních informačních technologií a propojení zdravotnických informačních systémů. Mezi další priority Národní strategie elektronického zdravotnictví patří elektronická zdravotní dokumentace, eRecept a eOčkování, telemedicína a vzdálený monitoring pacientů (MZČR, 2024).

Česká republika je členem eHN (eHealth Network) od jejího založení v roce 2018, patří od začátku k aktivním členům a podílela se na přípravě evropských standardů. Národní centrum elektronického zdravotnictví ve spolupráci s krajem Vysočina spolupracovalo na upravení evropských standardů tak, aby vyhovovaly záměrům národní specifikace (Táborský, 2023).

V oblasti přístupu k elektronickým zdravotním záznamům je ČR zatím na začátku budování infrastruktury. ČR podporuje vznik jednotného evropského prostoru pro sdílení zdravotních dat. Je důležité, aby občané měli snadný přístup ke svým zdravotním údajům v elektronické podobě, které pak budou moci sdílet se zdravotníky a zdravotnickými zařízeními v EU (Digitální Česko, 2023).

Dle zákona o elektronizaci zdravotnictví č. 325/2021 Sb. se od 1. 1. 2029 budou muset poskytovatelé zdravotních služeb zapojit do systému elektronického zdravotnictví. Součástí systému budou 3 kmenové registry: Kmenový registr poskytovatelů zdravotních služeb, Kmenový registr zdravotnických pracovníků a Kmenový registr pacientů. Tyto registry budou propojeny v jeden neveřejný celek. Nepůjde o centrální úložiště dat, ale půjde o registry, kam budou mít přístup jen oprávněné osoby. Součástí nového zákona jsou nové podmínky patientského souhrnu a dále záměr ministerstva vydávat resortní časová razítka, resortní časové podpisy a pečeti, které se budou využívat pro sdílení informací z registrů a pro vedení elektronické zdravotní dokumentace. Pacienti budou získávat informace přes příslušný portál (Portál elektronického zdravotnictví) (Dominicová, 2021).

1.5.6 *Pacientský souhrn*

Pacientský souhrn je přehledně uspořádaný dokument, který obsahuje nejdůležitější informace o zdravotním stavu pacienta. Tyto informace jsou rozděleny do jednotlivých tematických částí. Odborníci nyní diskutují o tom, které části by měly být v rámci národního standardu povinné a které pouze doplňkové. Při vytváření tohoto souhrnu se zároveň bere ohled na evropský standard Patient Summary (PS), aby byl dokument využitelný i na mezinárodní úrovni.

Hlavním cílem patientského souhrnu je zajistit bezpečné poskytování zdravotní péče a její kontinuitu jak na národní úrovni, tak v rámci zemí EU. Souhrn poskytuje ucelený přehled důležitých klinických informací o pacientovi, čímž přispívá ke snížení rizika poškození pacienta, zjednodušuje předepisování léků, volbu diagnostických vyšetření a léčebných postupů (MZČR, 2023).

Pacientský souhrn obsahuje zdravotní data, která jsou důležitá pro poskytování bezpečné a adekvátní zdravotní péče.

Součástí patientského souhrnu jsou tyto povinné části:

- osobní údaje
- alergie
- současné, vyřešené, uzavřené nebo neaktivní zdravotní problémy
- zdravotnické prostředky a implantáty
- aktuálně indikované léky a relevantní léky z minulosti

Mezi nepovinné části patientského souhrnu patří:

- kontaktní údaje
- informace o pojištění
- informace o očkování
- informace o anamnéze
- funkční stav
- sociální historie
- historie těhotenství
- cestovatelská anamnéza
- výsledky pozorování týkající se zdravotního stavu
- plán péče
- informace o vzácných onemocněních (Táborský, 2023)

V praxi dnes nemocnice při opakovaných hospitalizacích využívají základní soubor anamnestických informací, který je průběžně aktualizován. Pacientský souhrn se od tohoto souboru liší třemi zásadními aspekty:

- má jednotnou strukturu a obsahové požadavky platné pro všechny poskytovatele zdravotní péče
- je pravidelně aktualizován ošetřujícím lékařem podle stanovených pravidel
- je sdílený, což zajišťuje, že všichni poskytovatelé mají přístup ke stejným a aktuálním informacím (MZČR, 2023)

1.5.7 Elektronický podpis

Elektronický podpis se může použít všude tam, kde je nutný podpis vlastnoruční (Mates, 2006).

Aby bylo možné elektronický podpis použít musí splňovat řadu kritérií. Mezi ty základní patří:

- jednoznačná identifikace autora
- možnost kdykoliv ověřit, že podepisující je opravdu ten, za kterého se vydává
- nesmí být možnost podepsaný dokument změnit

Pro elektronický podpis je využívána metoda asymetrické kryptografie (kryptografie s veřejným klíčem), kdy se pro šifrování a dešifrování používají různé klíče. K vytváření elektronického klíče se v České republice používají 2 metody. První metodou je RSA algoritmus s minimální délkou kryptografického klíče 2048 bitů. Druhou metodou je kryptografická hashovací funkce. Používání elektronického podpisu lze považovat za velmi bezpečné. Hlavní význam z hlediska ochrany uživatele a jeho dat je v neprolomitelnosti šifry v dostatečně krátkém čase (Tlustý, 2014).

1.5.8 Národní zdravotnický informační systém

V souvislosti se sběrem a zpracováváním informací je nutné zmínit i Národní zdravotnický informační systém (NZIS). Jedná se o jednotný celostátní informační systém, který slouží ke sběru zdravotnických dat a jejímu statistickému zpracování. Je spravován Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Hlavními zdroji jsou statistická data ministerstva zdravotnictví (například činnost a ekonomika poskytovatelů zdravotnických služeb) a povinná hlášení do národních registrů. NZIS je definován v zákoně o zdravotnických službách.

Součástí NZIS jsou Národní zdravotní registry, Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb, Národní registr zdravotnických pracovníků a další. Národní zdravotní registry jsou

stanoveny zákonem a shromažďují statistické informace o vybraných onemocněních. Umožňují analýzu zdravotního stavu obyvatel České republiky a umožňují plánovat změny ve zdravotní péči se zaměřením na zlepšení zdraví populace (Česko, 2011).

1.5.9 eHealth

eHealth je termín označující digitalizaci a elektronizaci zdravotnictví. Tento moderní koncept vstoupil do oblasti zdravotnictví na přelomu 20. a 21. století. Cíle eHealth lze obecně definovat jako poskytování elektronických služeb zaměřených na prevenci nemocí, udržení a obnovu zdravotní kondice populace. K tomu jsou využívány informační a komunikační technologie, které podporují diagnostiku, léčbu, prevenci, monitorování zdravotního stavu a řízení aktivit spojených s péčí o zdraví a zdravým životním stylem.

eHealth představuje inovativní obor medicíny, který kombinuje prvky zdravotnické informatiky, organizační strategie a komerčních přístupů. Zaměřuje se na poskytování zdravotních služeb a sdílení informací prostřednictvím internetu a podobných technologií. V širším smyslu zahrnuje nejen technologický pokrok, ale také změny v přístupu, myšlení a chování s cílem zlepšit kvalitu zdravotní péče jak na regionální, tak na globální úrovni, přičemž klíčovou roli hrají informační a komunikační technologie.

Důležitým prvkem eHealth je kvalitní informační systém. Zásadní podmínkou je ale počítačová vzdělanost uživatelů systému, dále pak vhodné materiální, technické a programové vybavení, aby eHealth mohl být funkční.

Využití informačních systému ve zdravotnictví je však nejednotné a různorodé. Při zavádění těchto technologií se pracovalo nekoordinovaně, především v závislosti na finančních možnostech jednotlivých zdravotnických zařízení, což mělo za následek mnoho problémů v komunikaci a administrativě. V současné době je snaha elektronické zdravotnictví sjednotit a dosáhnout vzájemné kompatibility (Středa, 2016).

1.5.10 Systémy používané ve zdravotnických zařízeních domácí péče

Elektronizace zdravotní péče je přirozeným důsledkem rozvoje informačních technologií, které se staly nedílnou součástí většiny oblastí lidské činnosti. V posledních dvou desetiletích medicínská informatika k tomuto trendu výrazně přispívá. Klíčovým prvkem elektronizace zdravotních procesů jsou zdravotnické informační systémy, včetně elektronické zdravotnické dokumentace. Její využívání v digitálních systémech při poskytování zdravotní péče je obecně vnímáno jako přínosné pro zdravotnický personál i pacienty a postupně nahrazuje tradiční papírové záznamy (Purkert, 2016).

Společnost **Iresoft** nabízí informační systém CYGNUS, který umožňuje efektivní a přehlednou správu veškeré agendy související nejen s péčí o klienty, ale také s řízením zaměstnanců. Tento systém usnadňuje evidenci důležitých informací a jejich sdílení napříč celou organizací. CYGNUS je navržen zejména pro domovy pro seniory, zařízení se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionáře, poskytovatele terénních sociálních služeb, domácí zdravotní péči a další sociální a zdravotnická zařízení (Iresoft, 2024).

E-Sestřička je moderní softwarový systém určený pro správu administrativy v oblasti domácí a paliativní péče. Jedná se o cloudové řešení, které umožňuje přístup k systému odkudkoliv bez nutnosti instalace jakékoli aplikace. Mezi jeho klíčové funkce patří správa patientské kartotéky a archivu, plánování péče, vedení ošetřovatelské anamnézy a generování přehledných reportů. Systém je navržen tak, aby usnadnil komunikaci mezi zdravotními sestrami a umožnil efektivní vedení dokumentace. Díky mobilní aplikaci mohou sestry pracovat přímo v terénu, což zvyšuje flexibilitu a dostupnost informací v reálném čase. Systém také podporuje vytváření výkazů pro pojišťovny, čímž zjednodušuje administrativní procesy a zvyšuje efektivitu celého pracovního procesu (e-Sestřička, 2025).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkum je systematický a promyšlený proces zaměřený na získávání nových poznatků. Jeho cílem je odpovědět na konkrétní výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru (Hendl, 2012).

2.1 Cíl průzkumu

Praktická část závěrečné práce se zaměřuje na analýzu aktuálního stavu využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace v oblasti domácí péče. Cílem je zjistit, zda je elektronická dokumentace v této oblasti již standardem nebo probíhají přípravy na její zavedení, či jestli stále převažuje papírová forma.

V první části průzkumu byl osloven management agentur domácí péče, přičemž se zkoumaly jejich postoje k elektronické dokumentaci, jejich preference a dosavadní zkušenosti s jejím využíváním. Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s vedoucími pracovníky vybraných zařízení poskytujících domácí zdravotní péči. Tyto diskuse umožnily hlubší porozumění problematice zavádění elektronické dokumentace z pohledu managementu a vedoucích pracovníků ADP.

Druhá část praktické části práce se zaměřuje na hodnocení samotného využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace zdravotnickými pracovníky. Cílem této části je zjistit, zda implementace elektronické dokumentace přispívá ke zvýšení efektivity práce a zlepšení kvality poskytované péče. Pro sběr dat byla zvolena dotazníková metoda, která patří mezi kvantitativní výzkumné přístupy. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na zdravotnický personál pracující v domácí péči a jeho zkušenosti s elektronickou dokumentací, přičemž byly sledovány přínosy, možné překážky a celková míra spokojenosti s jejím využíváním v klinické praxi.

2.2 Stanovení cílů a průzkumných otázek

Cíl 1: Popsat používání elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči a její přínosy pro vedoucí pracovníky i pracovníky v přímé péči.

Průzkumné otázky:

Jaké jsou hlavní přínosy elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Jaké funkce elektronické ošetrovatelské dokumentace jsou v domácí péči nejčastěji využívány?

Do jaké míry zlepšuje elektronické ošetrovatelské dokumentace organizaci a efektivitu práce zdravotnického personálu?

Cíl 2: Popsat potenciální problematické aspekty při používání elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Průzkumné otázky:

Jaké problémy nejčastěji komplikují používání elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Jaký byl přístup zdravotnického personálu k zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Cíl 3: Popsat, jak jednotlivé agentury domácí péče podporují používání elektronické ošetrovatelské dokumentace a jaký přístup k této technologii zastávají, včetně výhledu do budoucnosti

Průzkumné otázky:

Jaká školení a podpora jsou poskytovány zdravotnickým pracovníkům?

Jaké jsou možnosti dalšího rozvoje a zlepšení využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace?

2.3 Metodika průzkumného šetření

Pro realizaci průzkumu byla zvolena kombinace kvalitativních a kvantitativních metod. V rámci kvalitativního šetření bylo původně plánováno využití metody focus group, tedy skupinové diskuse moderované výzkumníkem podle předem stanovené osnovy. Vzhledem k nedostatku dostupných respondentů však nebylo možné tuto metodu uskutečnit a proto byl nakonec realizován individuální rozhovor.

Druhá část průzkumu byla zaměřena na kvantitativní analýzu a probíhala formou dotazníkového šetření (viz příloha A), které obsahovalo 20 otázek. Čtyři otázky byly uzavřené, zatímco zbývající byly otevřené s možností výběru dvou a více odpovědí. U pěti otázek respondenti vyplňovali vlastní odpověď. Pro lepší hodnocení a přesnější zjištění míry spokojenosti uživatelů byla v dotazníku použita Likertova škála.

2.4 Předvýzkum

V rámci přípravné fáze výzkumu byl proveden předvýzkum na vybraném vzorku zdravotnických pracovníků působících v domácí péči. Probíhal během ledna 2025 prostřednictvím dotazníkové metody. Každému respondentovi byl objasněn účel šetření a zajištěna anonymita. Všechny dotazníky byly vráceny a jejich výsledky byly následně zahrnuty do celkového vyhodnocení. Na základě analýzy bylo nutné upravit některé otázky tak, aby byly pro respondenty srozumitelnější.

2.5 Přípravná fáze průzkumu

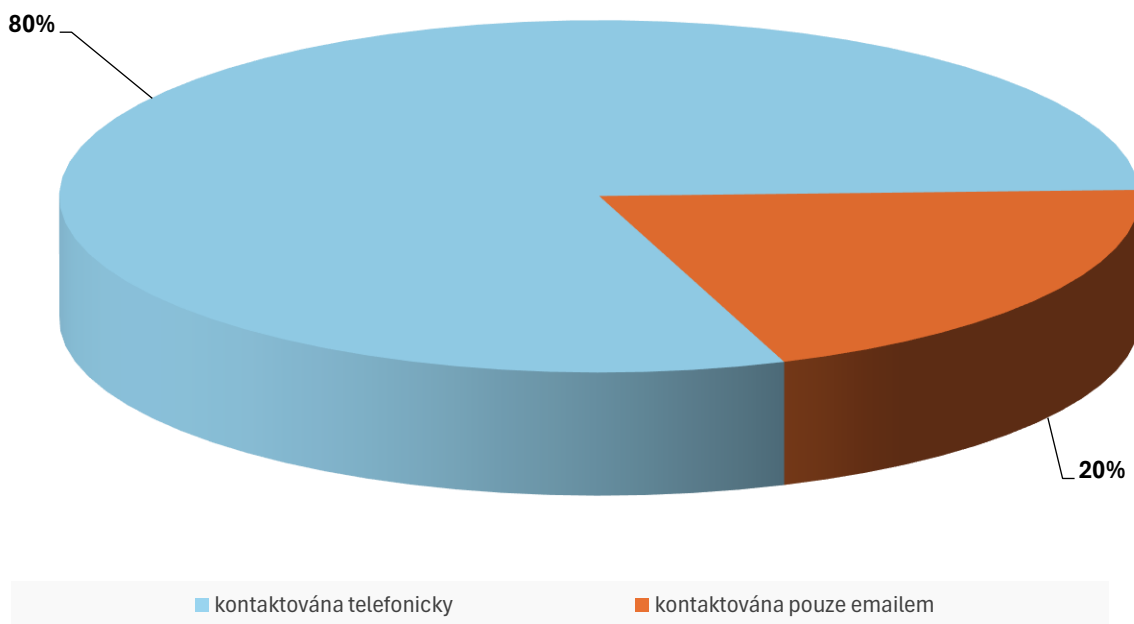
Sledovaným souborem v praktické části práce byli pracovníci těchto zdravotnických zařízení, která poskytují domácí péči. Průzkum byl zahájen oslovením vedoucích pracovníků těchto zařízení, a to prostřednictvím telefonického nebo e-mailového kontaktu. Celkem bylo osloveno 40 agentur domácí péče. Agentury byly vybírány náhodně ze všech krajů České republiky prostřednictvím Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (UZIS, 2025). Výběr byl zaměřen na regionálně působící ADP, velké agentury s celorepublikovou působností nebyly do průzkumu zahrnuty.

Vedoucí pracovníci vybraných ADP, například vrchní sestry, staniční sestry, jednatelky či ředitelky, byly osloveni telefonicky na základě veřejně dostupných kontaktních údajů.

Prvním krokem bylo zmapování situace, zda jednotlivé ADP využívají elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Během telefonického hovoru byl vedoucím pracovníkům vysvětlen záměr průzkumu, nabídnuta možnost spolupráce formou pohovoru a byli požádáni o pomoc s distribucí dotazníků mezi sestry v domácí péči. Na základě tohoto hovoru byl následně zaslán e-mail s přiloženým dotazníkem.

Pro usnadnění distribuce byla také nabídnuta možnost zaslání odkazu na dotazník formou SMS. Agenturám domácí péče, u kterých se nepodařilo navázat telefonický kontakt, byl zaslán vysvětlující e-mail, rovněž s přiloženým dotazníkem. Výšečové grafy znázorňují způsob kontaktovaných (obrázek č. 5) a vyřazených agentur domácí péče (obrázek č. 6) v rámci průzkumu.

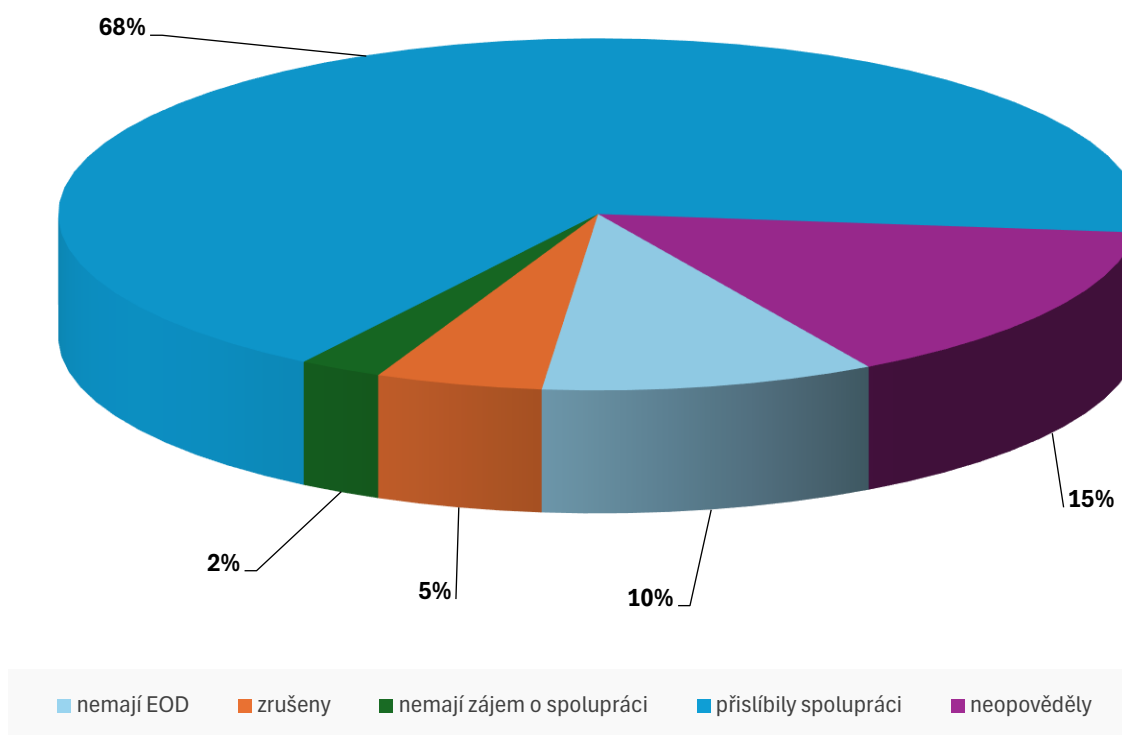
Způsob kontaktování ADP



Obrázek 5: Způsob kontaktování ADP

Telefonický kontakt byl navázán s 26 ADP. Dvě agentury nebylo možné kontaktovat, protože byly zrušeny, další tři nepoužívají při práci elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci. Dvě ADP pak o spolupráci neprojeví zájem. Zbývajících osm agentur bylo osloveno elektronicky, na e-mailovou korespondenci reagovaly pouze dvě z nich – jedna pozitivně, druhá negativně.

Výběr ADP do průzkumu



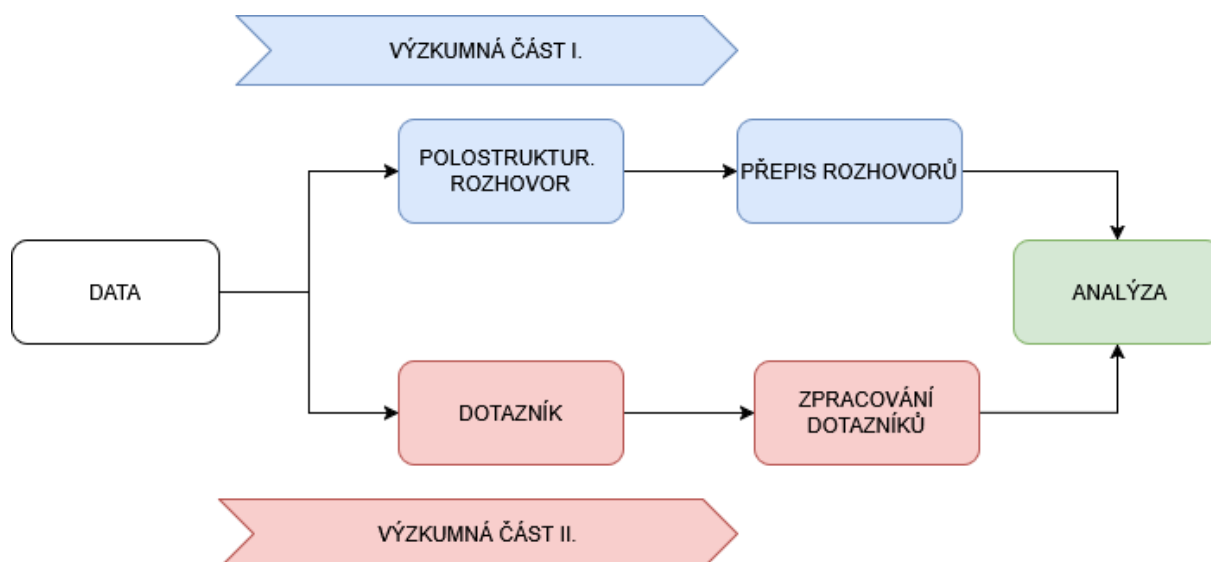
Obrázek 6: Výběr ADP do průzkumu

2.6 Metodika sběru dat

Po stanovení a dokončení projektu kvantitativního výzkumu a po realizaci předvýzkumu následuje fáze shromažďování potřebných údajů. Hlavním cílem sběru dat je co nejkompaktnější a nejpresnější zachycení informací pomocí vhodně zvolených metod a technik. Důraz je kladen na systematický a pečlivý přístup, který zajišťuje kvalitu a spolehlivost získaných dat pro následnou analýzu (Bártlová, 2008).

Ve výzkumné části závěrečné práce pro sběr dat byly využity dvě výzkumné metody: kvalitativní metoda (polostrukturovaný rozhovor) a kvantitativní metoda (dotazník).

Kvantitativní výzkumy doplňují a obohacují kvalitativní výzkumy, přestože se jedná o odlišné metodologické přístupy. Základem kvantitativního výzkumu jsou přesně zpracovaná data prezentovaná v podobě tabulek a diagramů. Naproti tomu závěry kvalitativního výzkumu nabízejí detailní vhled do myšlenek a jednání respondentů prostřednictvím narativního popisu (Kutnohorská, 2009).



Obrázek 7: Schéma výzkumných částí I., II. (zdroj, vlastní tvorba)

2.6.1 Průzkumná část I. Interview

Rozhovor (interview) je přirozený komunikační nástroj a zároveň jeden z nejstarších a nejběžnějších způsobů získávání informací. Tato metoda patří mezi nejnáročnější, ale zároveň nejefektivnější techniky pro sběr kvalitativních dat (Kutnohorská, 2009). Definice rozhovoru dle Bártlové (2008) je „systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Nároky na zvládnutí situace rozhovoru záleží na zvoleném tématu, hloubky informačního záměru a typu respondentů.“

Pro průzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, což odpovídá přístupu popsanému v publikaci *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor* od Jána Mišoviče (2019). Tento typ rozhovoru se vyznačuje předem připravenými otázkami, které jsou formulovány tak, aby důsledně a systematicky vedly k identifikaci klíčových výzkumných témat prostřednictvím podrobných odpovědí respondentů. Struktura rozhovoru je postavena na souboru témat a otázek, které chce výzkumník detailně prozkoumat. Běžnou pomůckou při vedení rozhovoru je přehledná osnova, která slouží k udržení konzistence rozhovoru, pomáhá dodržovat stanovenou strukturu a zároveň zajišťuje efektivní využití času během sběru dat.

V rámci kvalitativního průzkumu předběžnou spoluprací na avizovaném rozhovoru přislíbilo 7 vedoucích pracovníků, přičemž jeden z nich se sám ozval na základě zaslání e-mailu. Jediným kritériem pro výběr respondentů byla vedoucí funkce a práce s elektronickou

ošetřovatelskou dokumentací, kterou všichni respondenti splňovali. Bohužel se nepodařilo sjednat společné setkání kvůli časové vytíženosti účastníků a velkým vzdálenostem mezi jejich působišti (Karlovy Vary, Chrudim, Hradec Králové, Pardubice, Litoměřice, Přelouč, Ostrava, Žamberk). Ve třech případech byly rozhovory domluveny jako součást osobních schůzek, zatímco zbývající byly naplánovány telefonicky. Pohovor se nakonec uskutečnil s pěti respondenty (tabulka č. 1).

Tabulka 1: Účastníci kvalitativního šetření

	Ž/M	VĚK	Počet let ve zdravotnictví	Počet let ve DP	FUNKCE	Doba trvání pohovoru
Respondent 1	Ž	45	23	17	vrchní sestra, jednatelka	15 minut
Respondent 2	Ž	40	17	8	vrchní sestra	26 minut
Respondent 3	M	34	10	1	vrchní sestra	18 minut
Respondent 4	Ž	37	17	8	vrchní sestra	23minut
Respondent 5	Ž	53	32	15	vrchní sestra	29 minut

Pro polostrukturovaný rozhovor byla vytvořena osnova (tabulka č. 2) se zaměřením na pět hlavních témat: obecné zkušenosti s elektronickou ošetřovatelskou dokumentací, efektivní využití a dopad na práci, školení a podpora personálu, bezpečnost a sdílení informací a budoucí vývoj. Aby bylo zajištěno plynulé vedení rozhovoru, připravil si výzkumník ke každému tématu několik doplňujících otázek (příloha B).

Rozhovory s respondenty probíhaly v průběhu února a března 2025. Cílem bylo získat hlubší vhled do problematiky elektronické ošetřovatelské dokumentace a porozumět zkušenostem vedoucích pracovníků v této oblasti. Rozhovory probíhaly ve dvou různých formách – osobní schůzka a telefonický pohovor.

Osobní schůzky na pracovišti

Tři respondenti byli osloveni k osobnímu setkání přímo na jejich pracovišti. Čas schůzky byl pečlivě naplánován tak, aby co nejlépe vyhovoval časovým možnostem respondenta a zároveň

zajistil klidné a nerušené prostředí pro rozhovor. Důraz byl kladen na komfort a otevřenost rozhovoru, aby respondent měl dostatečný prostor pro vyjádření svých zkušeností a názorů.

Telefonické rozhovory

U dvou respondentů byla zvolena forma telefonického pohovoru, protože osobní setkání nebylo z časových a logistických důvodů možné. Čas byl předem domluven, aby byl zajištěn dostatek prostoru pro plnohodnotný rozhovor. Tazatel si předem připravil vhodné a tiché prostředí, aby mohl rozhovoru věnovat maximální pozornost a předešel rušivým elementům, které by mohly negativně ovlivnit kvalitu komunikace.

Se souhlasem respondentů byly všechny rozhovory nahrávány, aby bylo možné zpětně analyzovat poskytnuté informace. U osobních schůzek byla kvalita nahrávky dostatečná, což umožnilo přesný přepis rozhovorů do textového editoru. Telefonické hovory se však potýkaly s nižší kvalitou zvuku, což komplikovalo následné přehrávání a zpracování informací. Z tohoto důvodu bylo nezbytné co nejrychleji přepsat obsah rozhovoru do textové podoby, aby nedošlo ke ztrátě důležitých informací. Přepis byl prováděn bezprostředně po ukončení hovoru, dokud byly detaily stále čerstvé v paměti tazatele.

Během všech rozhovorů byla dodržena neutralita a otevřený přístup. Tazatel se zaměřil na aktivní naslouchání, kladení doplňujících otázek a vytvoření atmosféry, ve které se respondenti cítili komfortně a mohli sdílet své zkušenosti bez obav či zkreslení. Díky této metodice se podařilo získat cenné informace, které přispěly k lepšímu porozumění výhodám i výzvám spojeným s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací v praxi.

2.6.2 Průzkumná část II. Dotazník

Dotazník je standardizovaný soubor předem připravených otázek, které jsou respondentům předloženy ve formuláři. Tato metoda se vyznačuje absencí výzkumníka během vyplňování, předpokládá základní znalost zkoumané problematiky u respondentů a často vyžaduje předvýzkum k ověření srozumitelnosti otázek (Kutnohorská, 2009).

Dotazník byl vytvořen v placené verzi platformy **my.survio.com** a byl distribuován buď jako příloha e-mailu, nebo jako odkaz zaslaný prostřednictvím SMS na poskytnuté telefonní číslo.

Tím, že byli kontaktováni pouze vedoucí pracovníci, kteří dotazníky rozdělují výhradně sestřám v přímé péči, bylo zajištěno, že se dotazníky nedostaly k nevhodným respondentům.

Dotazník byl zpřístupněn k vyplnění od 12. 2. 2025 do 5. 3. 2025 a všechny odpovědi byly odeslány prostřednictvím přímého odkazu. Celkem bylo zaznamenáno 271 návštěv, avšak vyplněno bylo pouze 89 dotazníků. Doba jejich vyplňování se pohybovala v rozmezí 2 až 10 minut. Dva dotazníky byly vyřazeny z důvodu nesprávně vyplněných odpovědí, které neumožňovaly jejich správné vyhodnocení.

Dotazník (příloha A) obsahuje celkem 20 otázek a je rozdělen do několika tematických částí. První část se zaměřuje na demografické údaje (3 otázky). Následuje část druhá věnovaná zkušenostem s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací (6 otázek). Další 5 otázek se týká práce s elektronickou dokumentací a posledních 6 otázek je zaměřeno na hodnocení systému a návrhy na jeho zlepšení.

Pro vizuální prezentaci výsledků byly použity sloupcové a koláčové grafy, které byly vytvořeny a zpracovány v programu Microsoft Excel. Tyto grafy umožňují přehledné znázornění odpovědí respondentů, což usnadňuje jejich interpretaci a následnou analýzu.

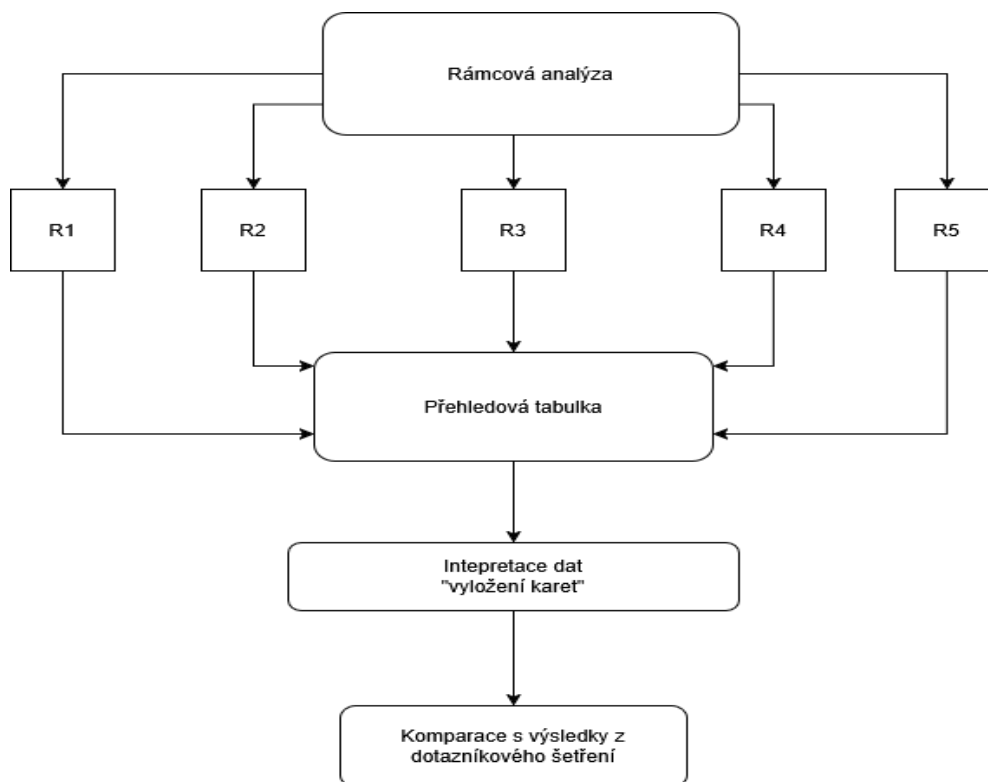
2.7 Průzkumná část I. – Analýza dat

Text získaný z provedených rozhovorů byl analyzován pomocí metody rámcové analýzy. Jak uvádí Hendl (2012), tento typ kvalitativní analýzy se využívá především v případech, kdy jsou cíle výzkumu předem stanoveny na základě požadavků určité autority. Rámcová analýza, známá také pod anglickým názvem *framework analysis*, se vyznačuje kratší dobou trvání výzkumného procesu, strukturovanějším sběrem dat a jasně definovaným postupem jejich následné analýzy. Tento přístup umožňuje systematické zkoumání kvalitativních dat, přičemž důraz je kladen na organizaci materiálu, jeho třídění, redukci a následnou interpretaci. Klíčovým nástrojem rámcové analýzy je práce s textovými tabulkami, které umožňují přehledné uspořádání informací a jejich kategorizaci. Díky své systematickosti se rámcová analýza často využívá i při tvorbě systematických přehledů, kde napomáhá efektivnímu zpracování a interpretaci získaných dat.

Pro každého respondenta byla použita jednotná osnova, obsahující předem stanovená témata a podtémata, která sloužila jako základní rámec pro systematické zpracování dat. Následně byly vytvořeny shrnující tabulky, v níž byly zaznamenány konkrétní témata a podtémata odpovídající obsahu jeho výpovědi. Analýzy jednotlivých respondentů byly zařazeny pro svoji obsáhlost v příloze (příloha C-G).

Po důkladné analýze odpovědí jednotlivých respondentů byla vytvořena přehledová tabulka, která systematicky zaznamenává veškeré odpovědi tak, aby byly přehledné a usnadnily další vyhodnocení. Tabulka umožňuje snadné porovnání názorů jednotlivých respondentů, identifikaci společných témat i rozdílných pohledů na využívání elektronické dokumentace. Díky této vizuální reprezentaci lze lépe pochopit hlavní přínosy i problémy spojené s implementací systému EOD.

Pro interpretaci výsledků rámcové analýzy byla využita technika „vyložených karet“ (Švaříček, Šedová, 2007). Tato metoda umožnila vizuální uspořádání klíčových informací a jejich vzájemné porovnání, což přispělo k hlubšímu pochopení vzorců a souvislostí v odpovědích respondentů. Díky této technice bylo možné identifikovat nejen společné znaky ve výpovědích, ale také odlišné perspektivy jednotlivých respondentů, což významně obohatilo celkovou analýzu získaných dat.



Obrázek 8: Schéma analýzy (zdroj vlastní tvorba)

2.8 Průzkumná část I. - Interpretace výsledků

Pro každý provedený rozhovor byla použita jednotná osnova, která je přehledně znázorněna v tabulce č. 2. Tato jednotná struktura umožnila konzistentní sběr informací a usnadnila následnou analýzu odpovědí respondentů. Po shromáždění dat byla k jejich zpracování využita metoda rámcové analýzy, která umožňuje systematické třídění a interpretaci kvalitativních údajů. Aby byla analýza co nejpřehlednější, byla ke každému hlavnímu tématu vytvořena tabulka, která obsahovala strukturovaný přehled odpovědí respondentů, které korespondovaly k předem stanovenými podtématy. Tímto způsobem bylo možné jasně identifikovat klíčové názory, zkušenosti a postoje respondentů k daným oblastem.

Kromě samotných odpovědí respondentů byla zaznamenána také jejich demografická data, která jsou uvedena v tabulce č. 1 s názvem Účastníci výzkumného šetření. Tato data zahrnují věk, délku praxe ve zdravotnictví, délku praxe v domácí péči, pracovní pozici a slouží k doplnění kontextu jednotlivých výpovědí, což umožňuje hlubší porozumění souvislostem mezi zkušenostmi respondentů a jejich profesním zázemím.

Tabulka 2: Osnova pro rozhovor

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ doba využívání EOD➤ výhody, nevýhody➤ výběr dodavatele
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none">➤ vliv na každodenní práci➤ administrativní zátěž➤ oblíbené funkce➤ nedostatky
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none">➤ školení personálu➤ vlastní/firemní školení➤ postoj k zavedení EOD➤ adaptační fáze➤ technické podpora
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none">➤ způsob ochrany dat➤ propojení s dalšími systémy

Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ návrhy na změny ➤ elektronický podpis ➤ bezpapírový systém ➤ využití mobilních zařízení
-----------------------	--

Pro lepší přehlednost a systematické zpracování získaných informací z rozhovorů s respondenty byly odpovědi shrnuty do přehledné tabulky (viz tabulka č. 3), která se nachází na samostatné straně. Každá kategorie v této tabulce je rozdělena podle hlavních témat, která byla během rozhovorů diskutována, a dále členěna na podtémata, jež umožňují detailnější rozbor získaných dat.

V další části této kapitoly je vytvořena shrnující tabulka ke každé kategorii, která poskytuje podrobnější interpretaci odpovědí všech pěti respondentů. Kromě samotného shrnutí odpovědí respondentů byl při analýze dat využit také systém „*vyložení karet*“, který napomohl k hlubšímu pochopení souvislostí a vzorců v získaných odpovědích. Všechny tabulky byly následně podrobně vysvětleny, aby bylo možné výsledky průzkumu co nejlépe interpretovat a zasadit do širšího kontextu problematiky elektronické dokumentace v domácí péči.

Tabulka 3: Přehledová tabulka

Oblast	Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ zavedení EOD ➤ výběr systému EOD ➤ výhody ➤ nevýhody 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EOD ½ roku až 7 let ➤ Cygnus 2, Google tabulky, e-Sestřička ➤ možnost konfigurace, kontroly, rychlost, přehlednost, čitelnost ➤ problémy se signálem, nevhodné pro tvorbu plánů, zvýšené finanční náklady
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none"> ➤ administrativní zátěž ➤ oblíbené funkce 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pro sestry ne, pro vedoucí ano ➤ diktafon, plán, kopírování
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ školení ➤ postoj k zavedení EOD ➤ adaptační fáze ➤ technická podpora 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vlastní i firemní ➤ pozitivní/negativní
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dostatečné zabezpečení ➤ nesdílení informací a nepropojení s dalšími systémy 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ aplikováno/neaplikováno
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ elektronický podpis ➤ bezpapírový systém ➤ využití mobilních zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nepoužívají/používají ➤ ne ➤ ano

2.8.1 Obecné zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací

Tabulka 4: Shrnující tabulka – Obecné zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací

Oblast	Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ zavedení EOD ➤ Cygnus 2 ➤ Google tabulky ➤ e-Sestřička ➤ výhody ➤ standard ➤ nezbytnost ➤ nevýhody 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EOD ½ roku ➤ EOD 2 roky ➤ EOD 2 roky ➤ EOD 3 roky ➤ EOD 7 let ➤ rychlost ➤ efektivnost ➤ přehlednost ➤ čitelnost ➤ sdílení informací ➤ dostupnost ➤ propojení s počítač telefon ➤ možnost konfigurace ➤ možnost kontroly ➤ technické problémy (problémy se signálem) ➤ nevhodné pro tvorbu plánů ➤ zvýšené finanční náklady

Respondenti v rámci rozhovoru sdíleli své zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací, přičemž se zaměřili na **délku využívání systému**, jeho přínosy a případná omezení. Každý z nich popisoval, jak dlouho s EOD pracuje, jaký **konkrétní systém** jejich agentura domácí péče používá a jak hodnotí jeho přínos pro sebe i své kolegyně.

Obecně lze říci, že EOD je mezi zdravotníky **vnímána pozitivně**. Digitalizace dokumentace přinesla větší **přehlednost**, **snazší přístup** k informacím a možnost efektivnějšího plánování

práce. Umožňuje sestřím **rychlejší záznamy** a snadnější **sdílení informací**, což má přímý dopad na kvalitu poskytované péče i celkovou organizaci práce. Jedna z respondentek, která má nejdelší zkušenost s EOD (7 let), shrnula svůj pohled na systém následovně: *"Myslím si, že to má **obrovskou výhodu**. Už jsme si na to **natolik zvykli**, že si bez toho práci neumíme představit."*

Přestože je EOD vnímána jako přínosná, někteří respondenti upozornili také na negativní aspekty. **Technické problémy** byly zmiňovány zejména respondentem 1 a respondentem 5. Nejčastějším problémem je **nedostatečné pokrytí mobilním signálem** v některých oblastech, což ztěžuje přístup k dokumentaci v terénu. Pokud sestry pracují na venkově nebo v lokalitách se slabým internetovým připojením, může docházet k výpadkům systému a nemožnosti provádět okamžité zápisy.

Další respondentka, která je zároveň jednatelkou organizace, upozornila na vysoké **finanční náklady** spojené s EOD. Nejde pouze o samotný systém, ale také o pořízení elektronických zařízení – chytrých telefonů, tabletů a notebooků – a také o náklady na internetové připojení a mobilní data. Tato finanční stránka však nebyla tak intenzivně vnímána ostatními sestrami, které nejsou zodpovědné za rozpočet organizace.

Zajímavým zjištěním je i fakt, že různé vrchní sestry mají odlišné potřeby a způsoby organizace práce, což vede ke kombinaci různých nástrojů. Například respondent 4, přestože jeho agentura využívá systém Cygnus 2, stále používá Google Tabulky pro tvorbu individuálních plánů péče. Důvodem je, že má **specifické požadavky na plánování**, které mu dostupný software neumožňuje plně pokrýt.

Obecně lze říci, že respondenti nemají s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací dlouholeté zkušenosti, avšak její přínos hodnotí pozitivně. Systém výrazně usnadňuje práci zdravotních sester, zlepšuje přehlednost informací a usnadňuje organizaci péče. Přesto však existují určité technické a ekonomické výzvy, které mohou některým organizacím komplikovat její plné využití.

2.8.2 Efektivita a dopad na práci

Tabulka 5: Shrnující tabulka – Efektivita a dopad na práci

Oblast	Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none"> ➤ administrativní zátěž ➤ oblíbené funkce ➤ výhody 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ administrativní zátěž není pro sestry ➤ zátěž pro vrchní sestru ➤ plán cest ➤ mobilní aplikace ➤ funkce diktafon ➤ kopírování textů ➤ usnadnění práce ➤ úspora času ➤ zjednodušení ➤ menší chybovost ➤ dostupnost ➤ informace o pacientech

Na téma administrativní zátěže spojené s používáním elektronické ošetrovatelské dokumentace se většina respondentů shodla na tom, že systém tuto **zátěž snižuje**. Zjednodušení práce sester hodnotí respondenti takto: „*Sestry jednoduše namluví, co udělaly, a mají hotovo.*“, „*Sestry vypočítají kilometry, zadají čas, spotřebovaný materiál a další údaje, a poté mi vše odešlou – to je jejich práce,*“ Pouze jedna respondentka uvedla opačný názor, že ačkoliv se administrativní práce pro sestry zjednodušila, jí samotné naopak **přibyly povinnosti** související s kontrolou záznamů v systému.

Mezi nejoblíbenější funkce EOD patří především možnost **kopírování textů, využití diktafonu** pro rychlé zaznamenání informací, snadná **dostupnost dat** a možnost okamžitého **vyhledání informací o pacientech**. Velkým přínosem je také možnost vytvořit **plán cest**, což usnadňuje organizaci práce a zajišťuje efektivnější rozvržení návštěv.

Z hlediska efektivity respondenti oceňují především **snížení chybovosti** při vedení zdravotní dokumentace, což přispívá ke zkvalitnění péče a minimalizaci administrativních nesrovnalostí.

2.8.3 Školení a podpora personálu

Tabulka 6: Shrnující tabulka – Školení a podpora personálu

Oblast	Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ školení personálu ano ➤ adaptační fáze ano ➤ technická podpora ano ➤ pozitivní a negativní přístup k zavedení EOD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ samostudium ➤ vlastní i firemní školení ➤ průběžná školení ➤ školení pomocí emailů ➤ adaptační fáze 1 měsíc ➤ adaptační fáze půl roku ➤ adaptační fáze 1 měsíc + 3 měsíce stálá technická podpora ➤ sestry chtěly EOD ➤ nezná postoj

Všichni respondenti se shodovali v tom, že školení při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace probíhalo v **různých formách** a v současné době se personál školí **průběžně**.

Způsob školení se liší podle jednotlivých organizací. Některá zařízení upřednostňují **samostudium**, kdy sestry dostávají tištěné nebo elektronické materiály a studují je individuálně (respondent č. 2, 5). Jiná pracoviště volí model, kdy je nejprve **proškolen vedoucí pracovník**, který poté **školí své podřízené** (respondenti č. 1, 3, 4). Zajímavým příkladem je systém zmíněný respondentem č. 2, kde sestry dostávají **průběžné e-maily** s aktualizacemi a informacemi o systému. Tento způsob umožňuje samostatné studium a eliminuje potřebu školení během společných porad či setkání, což šetří čas a minimalizuje narušení pracovního procesu.

Ti respondenti, kteří zažili přechod na nový systém, uvádějí, že adaptační doba se pohybovala v rozmezí od **jednoho měsíce až po šest měsíců**. Někteří měli po celou tuto dobu k dispozici

technickou podporu, včetně možnosti telefonických konzultací (R2). Technická podpora však funguje i po zaškolení, což umožňuje řešit případné problémy a otázky související s používáním EOD. Respondenti č. 3 a 4 se k procesu zavádění EOD **nemohli vyjádřit**, protože při jejich nástupu do agentury domácí péče již byl systém plně implementován a fungoval jako standardní součást pracovního procesu. Postoj personálu k zavádění EOD se mezi jednotlivými organizacemi lišil. V některých týmech byla změna vítána s nadšením. Jak uvedla respondentka č. 2: „*Holky chtěly vždycky změnu.*“ Jinde však narazila implementace na odpor a skepsi, zejména u zaměstnanců, kteří byli zvyklí na tradiční způsoby dokumentace. Respondentka č. 1 to shrnula slovy: „*V terénu mají něco zažitého a je těžké je přesvědčit na něco nového.*“ Tato rozdílnost v přístupu ukazuje, že úspěšnost implementace EOD závisí nejen na samotném systému, ale také na schopnosti vedení motivovat tým a efektivně komunikovat výhody nové technologie.

2.8.4 Bezpečnost a sdílení informací

Tabulka 7: Bezpečnost a sdílení informací

Oblast	Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dostatečné zabezpečení ➤ nedostatečné zabezpečení ➤ propojení s dalšími systémy 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ personalizované telefony, notebooky ➤ vypínání aplikace ➤ vypínání mobilních telefonů ➤ přihlašovací údaje ➤ bezpečnost v rámci programu ➤ hesla v počítači ➤ propojení nemají ➤ pouze s 1 PL ➤ uvítali by

Čtyři z pěti respondentů považují bezpečnost uchovávání dat za **dostatečnou**. Pro zajištění ochrany citlivých informací využívají různé bezpečnostní opatření, jako jsou **přihlašovací údaje, hesla, personalizované mobilní telefony a počítače**, stejně jako automatické

odhlašování z aplikací nebo **vypínání zařízení** po skončení práce. Pouze jedna respondentka vyjádřila názor, že by se organizace měla bezpečnosti dat věnovat ještě důkladněji a zavést další **opatření ke zvýšení ochrany**.

Sdílení dat mezi zdravotnickými zařízeními zatím **není běžnou praxí** v sektoru domácí péče. Jediná možnost propojení, která se v současnosti nabízí, je spolupráce s praktickými lékaři, avšak i zde se sdílí pouze základní dokumenty, například poukazy na domácí péči. Sdílení podrobných informací o pacientech v reálném čase zatím neprobíhá. V současné době takto **komunikuje s praktickým lékařem pouze jeden respondent**.

Přesto by všichni oslovení respondenti **uvítali možnost širšího sdílení dat** o pacientech, například mezi domácí péčí, nemocnicemi, praktickými lékaři a lékaři specialisty. Věří, že by to výrazně zlepšilo koordinaci péče, zefektivnilo práci zdravotníků a přispělo ke kvalitnější péči o pacienty.

2.8.5 Budoucnost a zlepšení

Tabulka 8: Shrnující tabulka – Budoucnost a zlepšení

Oblast	Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ návrhy na změny ➤ elektronický podpis ➤ bezpapírový systém ne ➤ využití mobilních zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nejsou ➤ spokojenost ➤ elektronický podpis není zaveden ➤ elektronický podpis pouze R3 ➤ problémy s pojišťovnami ➤ notebook ➤ mobilní telefony ➤ tablety ➤ nebudou rozšiřovat

V závěrečné části rozhovoru měli respondenti možnost shrnout svou vizi, nápady a návrhy na zlepšení v oblasti elektronické dokumentace do budoucna.

Elektronický podpis v současnosti nevyužívá žádný z respondentů. Pouze jeden z nich uvedl, že jeho organizace již tuto **funkci postupně zavádí** a je připravena na její plné využití. Ostatní respondenti sice elektronický podpis v minulosti zvažovali, avšak po důkladném zvážení dospěli k závěru, že jeho implementace je stále problematická a nepřináší očekávané výhody. Za hlavní překážku považují nejen technické aspekty, ale především požadavky **kontrolních orgánů, zejména zdravotních pojišťoven**, které vyžadují přesné časové záznamy ošetření pacienta. To může být v některých situacích obtížně splnitelné, například kvůli výpadkům signálu nebo jiným technickým omezením.

Všichni respondenti se shodli, že **mobilní elektronická zařízení jsou nedílnou součástí** jejich každodenní práce. Některé organizace dokonce plánují **pořízení dalších zařízení**, aby ještě více usnadnily práci zdravotním sestřám v terénu.

Na závěr respondenti vyjádřili svou **celkovou spokojenost** se systémem elektronické dokumentace. Ačkoli vnímají určité výzvy a oblasti, které by mohly být v budoucnu optimalizovány, zásadní změny v nejbližší době neočekávají. Spíše se zaměřují na drobná vylepšení a postupné zdokonalování stávajících procesů.

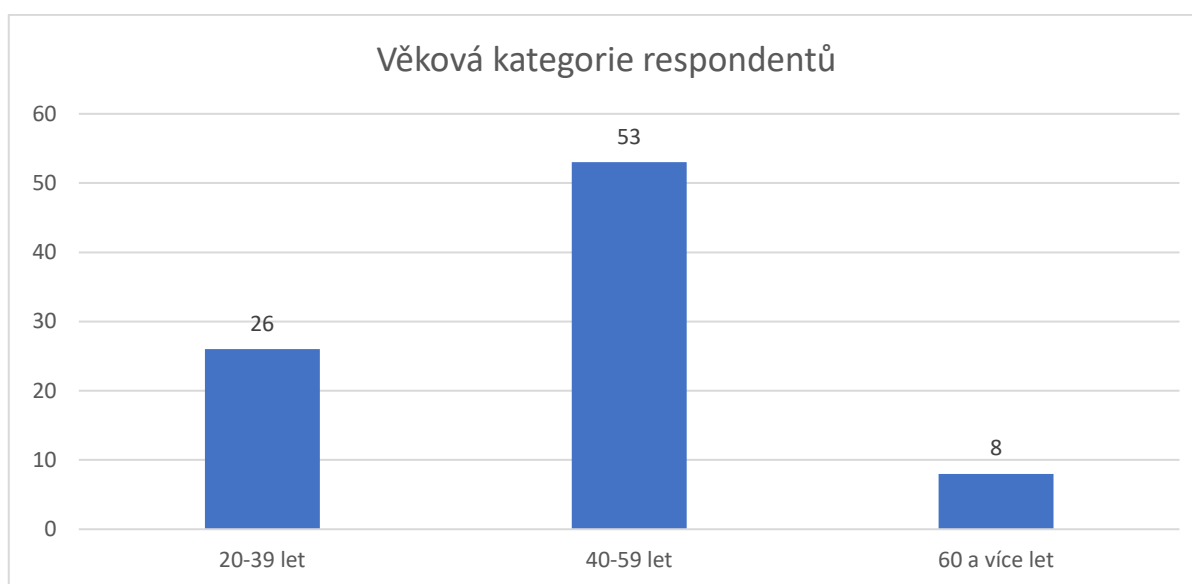
Respondent (R3), který ve své organizaci zavádí elektronický podpis, reflektuje budoucnost elektronické ošetrovatelské dokumentace a zdůrazňuje její nevyhnutelný vývoj slovy: **„Musíme jít s dobou.“**

2.9 Průzkumná část II. – Analýza dat

Dotazník je rozdělen do 3 částí, zaměřených na demografické údaje, zkušenosti s elektronickou dokumentací, její hodnocení a budoucí využití.

V části týkající se demografických údajů respondenti odpovídali na tři otázky, včetně určení věkové kategorie.

➤ Otázka č. 1 *Do které věkové kategorie patříte?*



Obrázek 9: Věková kategorie respondentů

Jak ukazuje obrázek č. 9, nejpočetnější skupinu respondentů tvoří zdravotníci ve věku 41–59 let, kteří představují 60,9 % všech odpovědí.

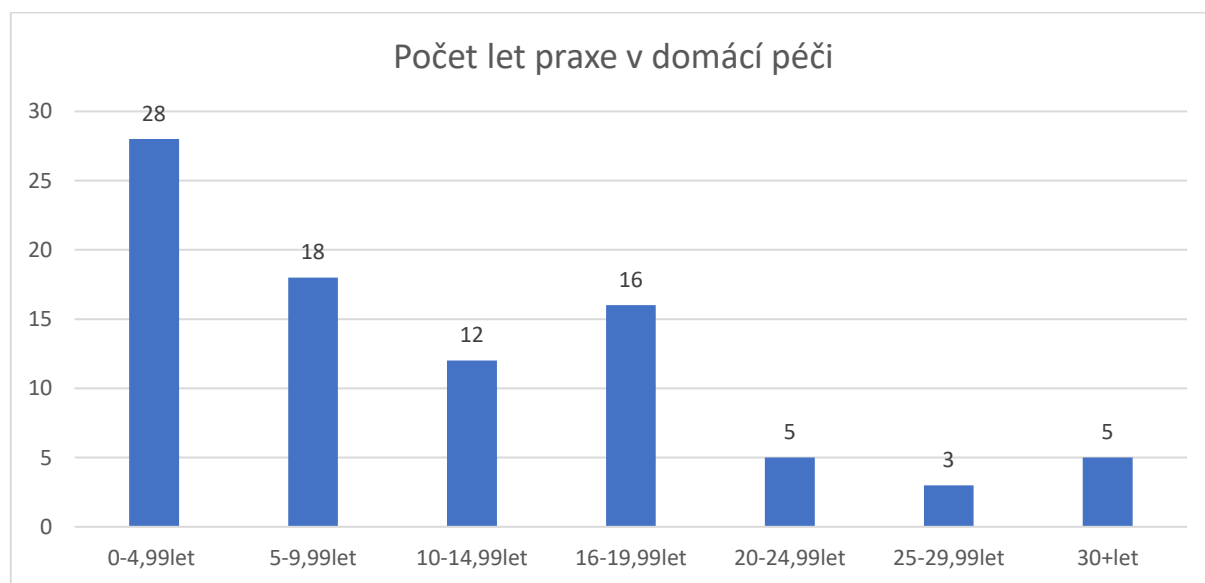
Skupina mladších respondentů ve věku 20–39 let je zastoupena 29,9 %, což naznačuje, že v domácí péči se uplatňují i mladší pracovníci, avšak v menší míře než jejich starší kolegové.

Nejmenší podíl respondentů spadá do věkové kategorie 60+, která tvoří pouhých 9,2 %. Tento údaj může odrážet skutečnost, že starší zdravotníci se s přibývajícím věkem často přesouvají do jiných oblastí zdravotnictví nebo odcházejí do důchodu.

Věková struktura respondentů ukazuje, že domácí péči dominují zkušení zdravotníci středního věku, zatímco mladší generace a starší pracovníci jsou zastoupeni méně. Tento fakt může ovlivňovat nejen postoj k digitalizaci a používání elektronické dokumentace, ale i celkový přístup ke změnám v organizaci práce.

Na další dvě otevřené otázky respondenti odpovídali uvedením počtu let praxe v domácí péči a používání elektronické ošetrovatelské dokumentace. Výsledky těchto dvou otázek jsou znázorněny v grafech (obrázek č. 10 a č. 11) a pro lepší přehlednost byly odpovědi rozděleny do číselných kategorií.

- Otázka č. 2: "*Jak dlouho pracujete v domácí péči?*"

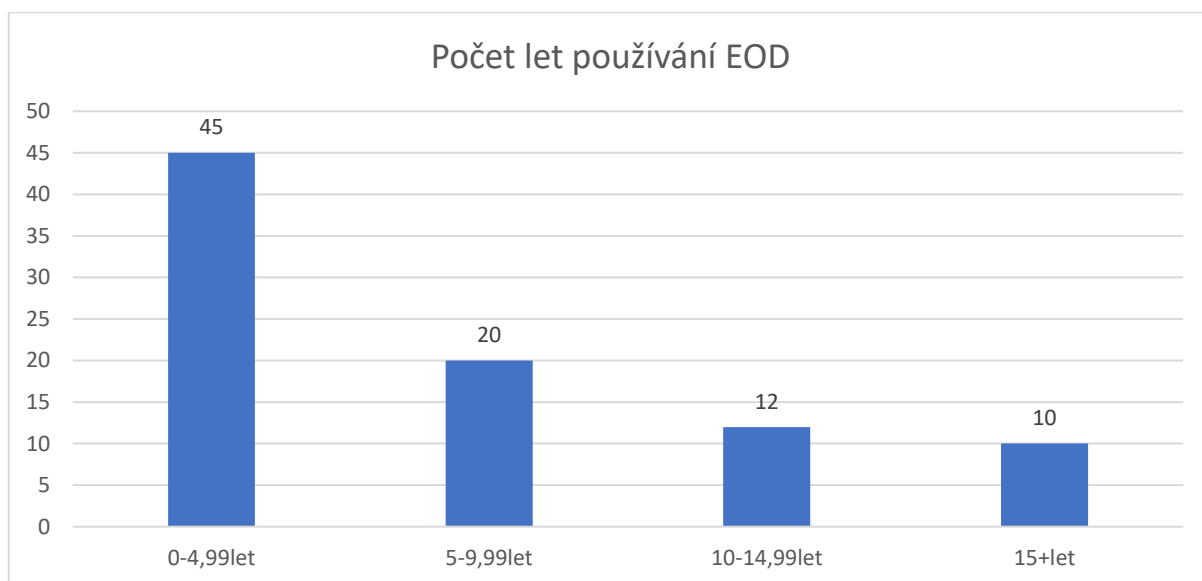


Obrázek 10: Počet let praxe v domácí péči

Nejkratší doba praxe v domácí péči byla uvedena jako jeden měsíc, zatímco nejdelší praxe dosahovala 32 let. Průměrná délka praxe v této oblasti činí 7 let, avšak vzhledem k velké variabilitě odpovědí tento údaj sám o sobě nevypovídá o skutečném rozložení zkušeností mezi respondenty.

S přihlédnutím k věkové struktuře respondentů lze předpokládat, že někteří z nich mohou mít zkušenosti v domácí péči až 20 let či více. Tento údaj naznačuje, že v této oblasti působí jak začínající pracovníci, tak i velmi zkušení odborníci, což může mít jistě vliv na jejich vnímání elektronické ošetrovatelské dokumentace i na celkový přístup k digitalizaci zdravotní péče.

- Otázka č. 3: "Jak dlouho pracujete s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?"



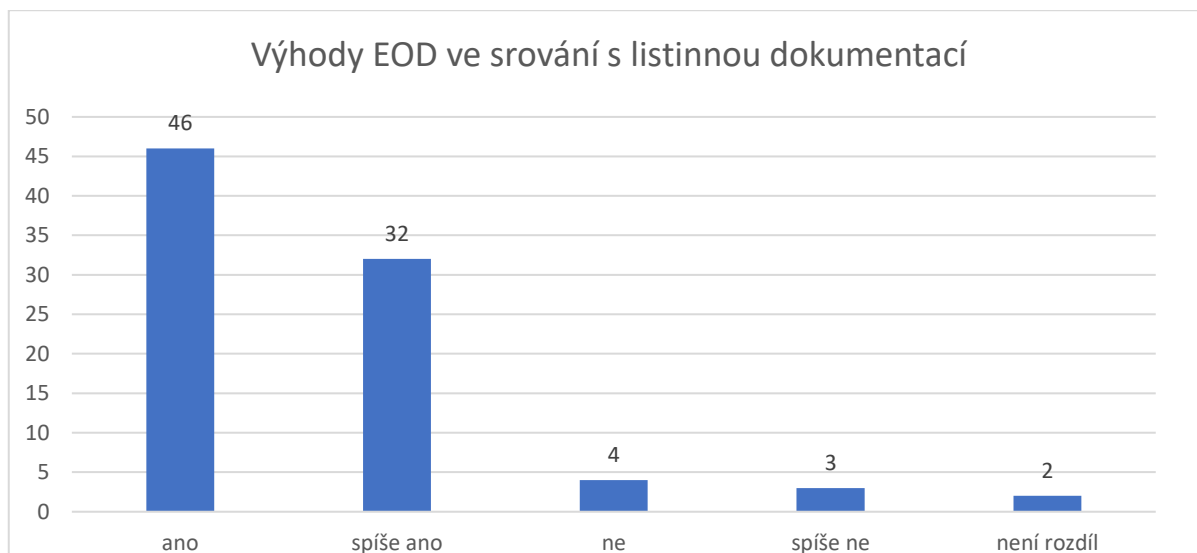
Obrázek 11: Počet let používání EOD

Největší počet respondentů uvedl, že používají elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci po dobu 0–4,99 let, což odpovídá celkem 45 odpovědím. V dalších kategoriích už bylo zastoupení výrazně nižší – v kategorii 5–9,99 let odpovědělo 20 respondentů, v kategorii 10–14,99 let bylo zaznamenáno 12 odpovědí a v kategorii 15 a více let uvedlo používání EOD 10 respondentů (obrázek č. 8). Jeden respondent uvedl, že s elektronickou dokumentací pracuje již 30 let, což lze považovat za chybný údaj. Předpokládá se, že v roce 1995 ještě nebyla dostupná plnohodnotná elektronická ošetrovatelská dokumentace, jak ji známe dnes. V té době bylo sice možné provádět digitální zápisy do počítače, avšak tyto formy evidence nelze považovat za plně elektronickou dokumentaci ve smyslu dnešního standardu. Další nejednoznačné odpovědi zahrnovaly například "0", což může být chybně vyplněná hodnota, a odpověď "nepoužívám, vyplňuje vrchní sestřička". Tyto odpovědi však nebyly vyřazeny, ale zařazeny do kategorie 0–4,99 let, protože i v těchto případech lze předpokládat určitý kontakt s EOD, byť nepřímý.

Tato data ukazují, že většina respondentů má s elektronickou dokumentací zkušenosti kratší než 5 let, což může naznačovat, že EOD je v oblasti domácí péče stále poměrně novým nástrojem a její zavádění probíhá postupně. Delší praxe s EOD je zatím méně častá, což může souviset jak s postupným vývojem technologie, tak i s různou úrovní digitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Další část dotazníku se zaměřuje na zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací. Jednou z klíčových otázek byla otázka zaměřující se na srovnání EOD a listinné dokumentace.

- *Otázka č. 4: "Vnímáte výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti listinné podobě?"*



Obrázek 12: Výhody EOD ve srovnání s listinnou dokumentací

Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor na škále odpovědí: "ano", "spíše ano", "není rozdíl", "spíše ne" a "ne". Podle výsledků (obrázek č. 12) 46 respondentů jednoznačně odpovědělo "ano", což znamená, že vnímají výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace. Dalších 32 respondentů zvolilo odpověď "spíše ano", což naznačuje, že elektronickou dokumentaci vnímají pozitivně, i když s určitými výhradami. Naopak pouze 4 respondenti odpověděli "ne", což znamená, že elektronická dokumentace pro ně nepředstavuje žádné výhody. Další 3 respondenti označili odpověď "spíše ne", což může naznačovat mírnou skepsi nebo nespokojenost s některými aspekty systému. Dva respondenti uvedli, že nevidí žádný rozdíl mezi elektronickou a papírovou dokumentací, což naznačuje, že pro ně přechod na EOD nepřinesl žádné zásadní změny v efektivitě práce.

Celkově lze konstatovat, že 80 % respondentů vnímá elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci jako přínosnou, ať už zcela jednoznačně, nebo s menšími výhradami. Tento výsledek naznačuje, že většina zdravotnických pracovníků považuje přechod na elektronickou dokumentaci za krok správným směrem, ačkoliv někteří stále preferují tradiční papírovou formu nebo nevidí zásadní rozdíl mezi oběma způsoby vedení dokumentace.

V návaznosti na tuto otázku byla zařazena otevřená otázka.

- *Otázka č. 5 Pokud jste odpověděl/a "Ano" nebo "Spíše ano", jaké výhody podle Vás EOD přináší?*

V této otázce měli respondenti možnost uvedením konkrétních příkladů vyjádřit, jaké přínosy vnímají u elektronické dokumentace ve srovnání s tradiční papírovou formou.

Mezi nejčastěji uváděné výhody byla uvedena „přehlednost“, kde 22 respondentů uvedlo, že elektronická dokumentace poskytuje lepší organizaci informací „Rychlost“ – 17 respondentů považuje zrychlení zápisu a vyhledávání informací za klíčovou výhodu. „Dostupnost“ – 5 respondentů zdůraznilo možnost přístupu k dokumentaci kdykoliv a odkudkoliv, například i při práci v terénu. „Úspora času“ uvedlo 5 respondentů, že EOD minimalizuje čas strávený administrativou, což umožňuje více času na pacienty. „Úspora papíru“ – 3 respondenti vnímali jako pozitivní aspekt také ekologický přínos, kdy digitalizace dokumentace eliminuje potřebu velkého množství tištěných materiálů. „Usnadnění práce“ – 2 respondenti přímo zmínili, že EOD snižuje administrativní zátěž a zjednodušuje celkový proces dokumentace. Kromě výše uvedených klíčových oblastí respondenti zmínili další výhody, které jim práce s elektronickou dokumentací přináší: vše na jednom místě, možnost přístupu v terénu, přesnost, využití digitálních nástrojů (možnost používat kopírování textu, vkládání fotografií, diktování textu, automatizované testy, skórovací systémy, zadávání diagnóz a další digitální funkce), možnost prohlížení historie, jednoduchost a efektivita, sdílení informací, komfort.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že elektronická dokumentace přináší do zdravotnictví mnoho výhod, zejména lepší organizaci práce, úsporu času a rychlý přístup k informacím. Přestože někteří zdravotníci mohou mít s přechodem na EOD určité potíže (např. zvyknout si na nové systémy nebo překonat technické překážky), celkové vnímání elektronické dokumentace je pozitivní.

Pro respondenty, kteří nepovažují elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za přínosnou, byla připravena navazující otevřená otázka.

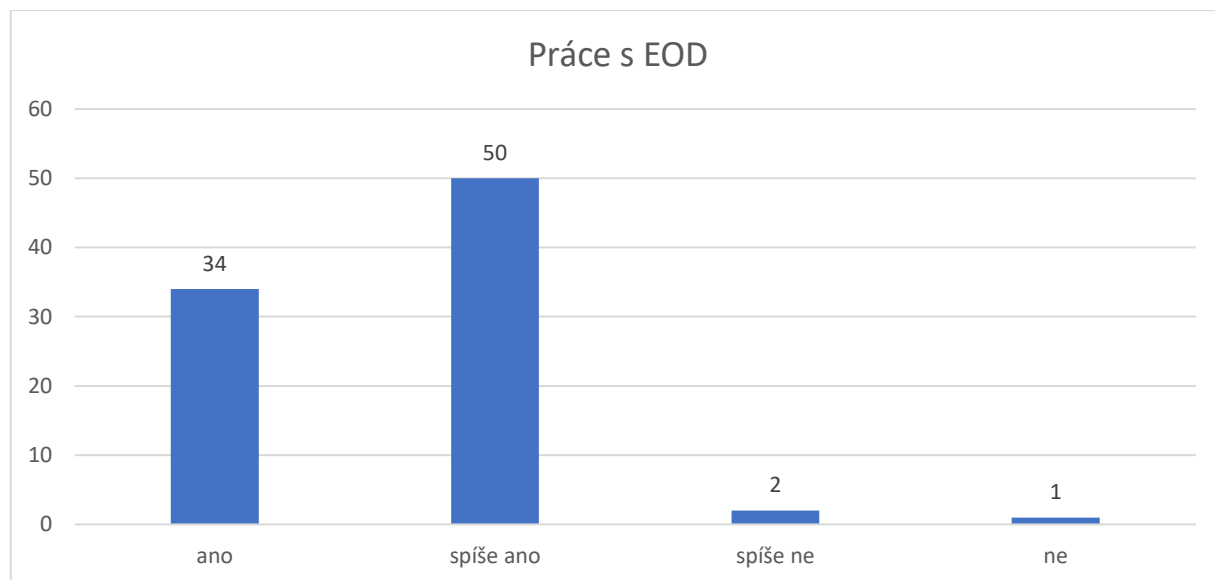
- *Otázka č. 6. Pokud jste odpověděl/a "Ne" nebo "Spíše ne", jaké nevýhody podle Vás EOD přináší?*

V rámci této otázky respondenti uváděli důvody, proč považují elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci za problematickou nebo jaké nevýhody vnímají při jejím používání. Odpovědi se soustředily především na technické problémy, vyšší časovou náročnost a snížení osobního kontaktu s pacientem.

Mezi nejčastěji uváděné nevýhody spojené s technickou stránkou EOD patřily: výpadky elektrické sítě, špatná kvalita Wi-Fi připojení, riziko ztráty nebo smazání záznamů, nebezpečí neoprávněného přístupu. Další významnou nevýhodou, kterou respondenti často zmiňovali, byla časová náročnost práce s EOD, nutnost počítačové gramotnosti, nutnost být stále na telefonu nebo tabletu. Posledním zmiňovaným negativem byla změna vztahu mezi sestrou a pacientem, to zahrnují odpovědi: „snížení osobního kontaktu“ a „sestra je jen úředník“.

Ačkoli má elektronická dokumentace řadu výhod, nelze přehlížet ani negativní aspekty, které mohou ovlivnit efektivitu práce zdravotníků i kvalitu péče o pacienty. Největší problémy souvisejí s technickými omezeními, vyšší časovou náročností a snížením přímého kontaktu s pacientem.

- *Otázka č. 7: "Myslíte si, že ovládáte práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?"*

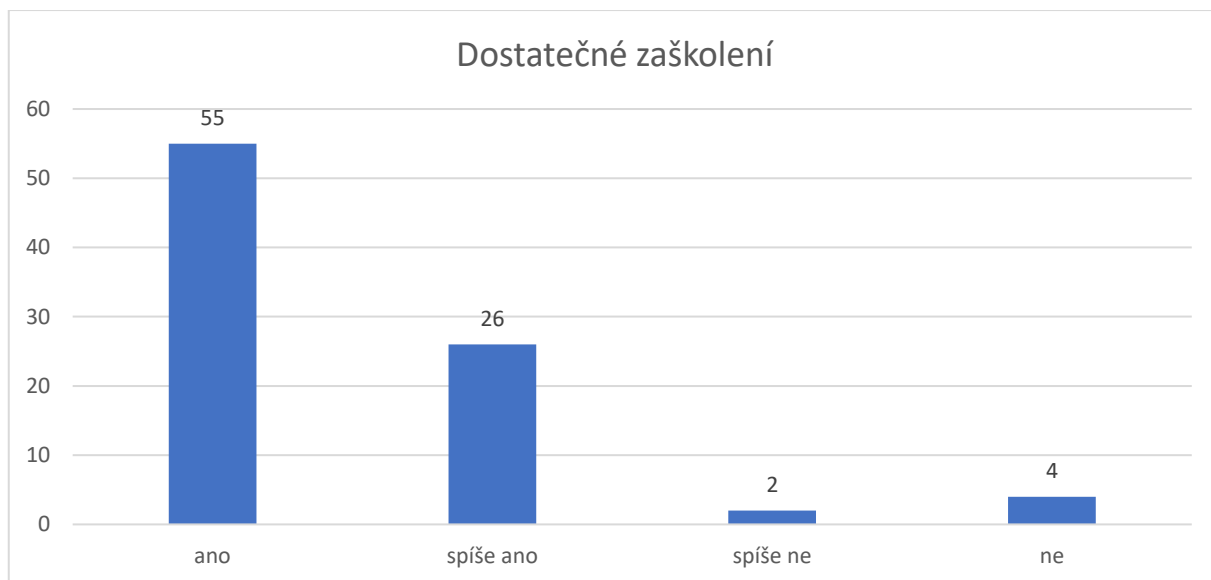


Obrázek 13: Práce s EOD

Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor na škále odpovědí: "ano", "spíše ano", "spíše ne" a "ne". Podle výsledků (obrázek č. 13) většina respondentů hodnotí své dovednosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací pozitivně. 34 respondentů uvedlo jednoznačnou odpověď "ano", což znamená, že se v systému orientují bez větších problémů. Dalších 50 respondentů zvolilo odpověď "spíše ano", což naznačuje, že práci s EOD zvládají, avšak mohou se v některých situacích setkávat s drobnými obtížemi nebo nejistotou při ovládní některých funkcí systému. Naopak pouze 1 respondent uvedl, že práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací neovládá, což naznačuje závažnější problémy s používáním systému. Další 2 respondenti označili odpověď "spíše ne", což může znamenat částečné potíže nebo potřebu dalšího školení v oblasti práce s EOD.

Celkové výsledky ukazují, že naprostá většina respondentů (84 ze 87, tedy více než 96 %) se v elektronické dokumentaci orientuje dobře nebo alespoň částečně dobře. Tento výsledek naznačuje, že práce s EOD je pro většinu zdravotnického personálu zvládnutelná a že případné potíže se týkají spíše jednotlivců, kteří by mohli potřebovat další zaškolení nebo podporu při práci se systémem.

- Otázka č. 8. *Byl/a jste dostatečně zaškolen/a při přechodu na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?*



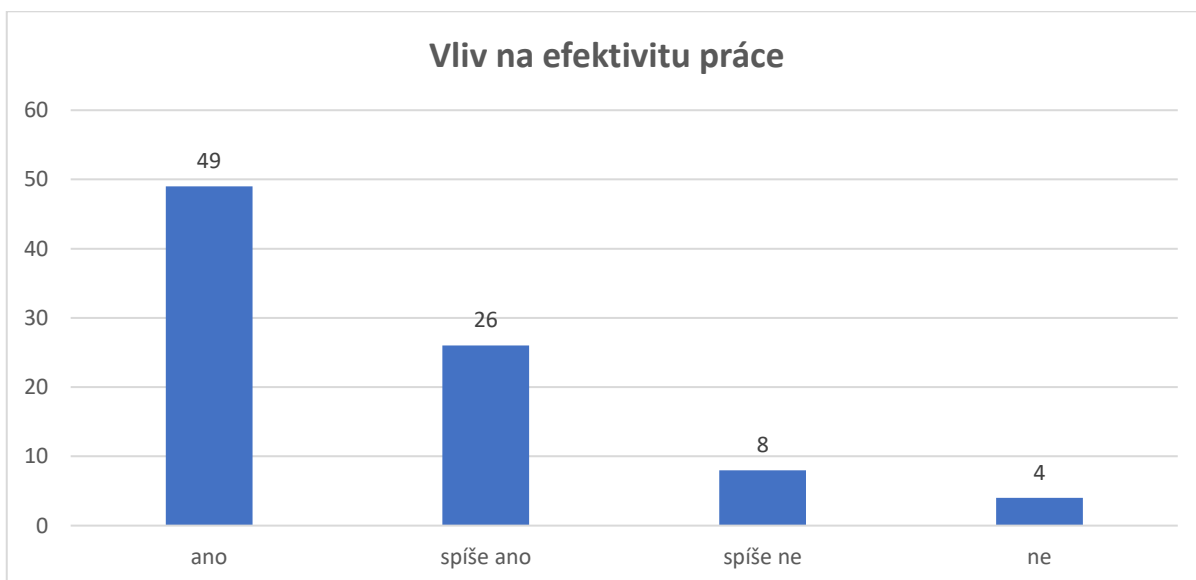
Obrázek 14: Dostatečné zaškolení

Respondenti měli možnost vyjádřit svůj názor pomocí čtyřstupňové škály odpovědí: "ano", "spíše ano", "spíše ne" a "ne". Výsledky ukazují, že většina respondentů vnímá své zaškolení jako dostatečné. Konkrétně 55 respondentů (více než 63 %) odpovědělo jednoznačně "ano", což naznačuje, že prošli kvalitním školením a cítí se při práci s EOD jistě. Dalších 26 respondentů (30 %) zvolilo odpověď "spíše ano", což znamená, že jejich zaškolení bylo pravděpodobně dostačující, i když mohou v některých oblastech pociťovat určité rezervy nebo menší nejistotu.

Naopak pouze 2 respondenti uvedli, že jejich zaškolení bylo spíše nedostatečné, což může znamenat, že jim chybělo podrobnější vysvětlení některých funkcí systému nebo že se nesečkali s dostatečnou praktickou výukou. Další 4 respondenti dokonce odpověděli "ne", což naznačuje, že jejich zaškolení bylo zcela nedostatečné nebo že se s EOD museli učit pracovat sami bez větší podpory.

Celkové výsledky (viz obrázek č. 14) ukazují, že více než 90 % respondentů považuje své zaškolení za dostatečné (81 z 87), což svědčí o dobře nastaveném systému vzdělávání v oblasti elektronické ošetrovatelské dokumentace. Přesto se ukazuje, že malá část personálu (přibližně 7 %) pociťuje nedostatek informací či praxe, což může naznačovat potřebu cíleného doškolení nebo lepší dostupnosti podpory při zavádění EOD do praxe.

- *Otázka č. 9 Domníváte se, že používání elektronické ošetrovatelské dokumentace zvyšuje efektivitu Vaší práce?*



Obrázek 15: Vliv na efektivitu práce

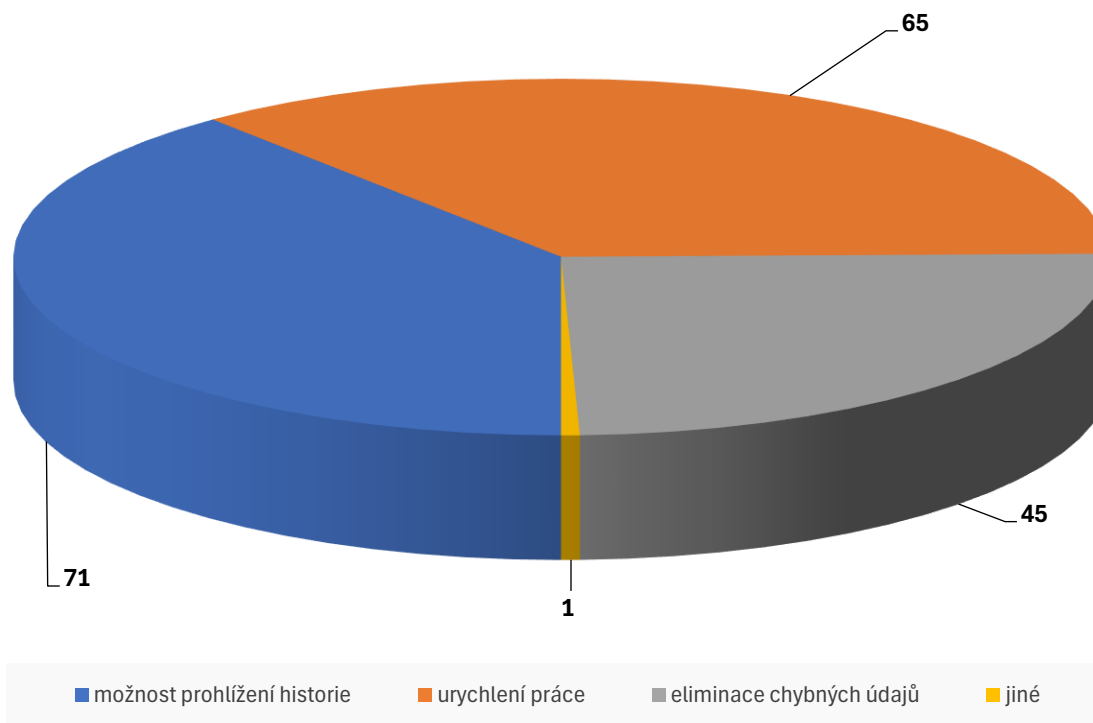
Cílem této otázky bylo zjistit, zda zdravotníci vnímají používání elektronické ošetrovatelské dokumentace jako nástroj, který zvyšuje efektivitu jejich práce. Respondenti měli na výběr ze čtyř odpovědí: „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „ne“. Výsledky ukazují, že převážná většina dotázaných vnímá EOD jako přínosnou. Konkrétně 49 respondentů (56,3 %) odpovědělo jednoznačně „ano“, což znamená, že elektronická dokumentace jim výrazně pomáhá ve vykonávání jejich pracovních povinností. Dalších 26 respondentů (29,9 %) zvolilo odpověď „spíše ano“, což naznačuje, že i když mohou vnímat určité nedostatky, celkově považují elektronickou dokumentaci za efektivní nástroj. Na druhé straně 8 respondentů (9,2 %) uvedlo odpověď „spíše ne“, což signalizuje, že EOD nepovažují za jednoznačné zlepšení a mohou vnímat určité komplikace nebo překážky v jejím používání. Nejmenší skupinu tvoří 4 respondenti (4,6 %), kteří odpověděli „ne“, což znamená, že elektronická dokumentace pro ně nepřináší žádný přínos, a naopak ji mohou považovat za administrativní zátěž nebo neefektivní systém.

Pokud sloučíme odpovědi „ano“ a „spíše ano“, získáme celkem 75 respondentů, což představuje 86,2 % všech dotázaných. Tento výsledek jednoznačně potvrzuje, že drtivá většina zdravotníků vnímá elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci jako přínosnou a přispívající k efektivnějšímu výkonu jejich práce. Tyto údaje naznačují, že přechod na elektronickou dokumentaci je vnímán převážně pozitivně, ale stále existuje skupina zdravotníků, kteří v jejím používání spatřují určité problémy. Ty mohou souviset například s technickými aspekty systému, jeho uživatelskou přívětivostí nebo potřebou dalšího školení. Podrobnější analýza těchto negativních zkušeností by mohla pomoci identifikovat oblasti, které vyžadují zlepšení, aby byla elektronická dokumentace vnímána jako skutečně efektivní nástroj pro všechny zdravotníky. Celkové výsledky jsou znázorněny v obrázku č. 15.

Třetí část dotazníku je zaměřena **na práci s elektronickou ošetrovatelkou dokumentací**. V této části dotazníku je snaha dozvědět se, jak personál používá OED.

- Otázka č. 10 *Jaké přínosy má podle Vás elektronická dokumentace při předávání informací?*

Přínosy EOD při předávání informací



Obrázek 16: Přínosy EOD při předávání informací

Tato otázka měla za cíl zjistit, jaké hlavní výhody vidí zdravotníci v používání EOD při předávání informací mezi pracovníky. Respondenti měli možnost vybírat ze tří předem definovaných odpovědí: eliminace chybných údajů, urychlení práce možnost prohlížení historie. Zároveň byla nabídnuta čtvrtá varianta, ve které mohli respondenti vyjádřit svůj vlastní názor. Otázka umožňovala označit více odpovědí současně, což poskytuje širší pohled na to, jaké aspekty elektronické dokumentace zdravotníci nejvíce oceňují.

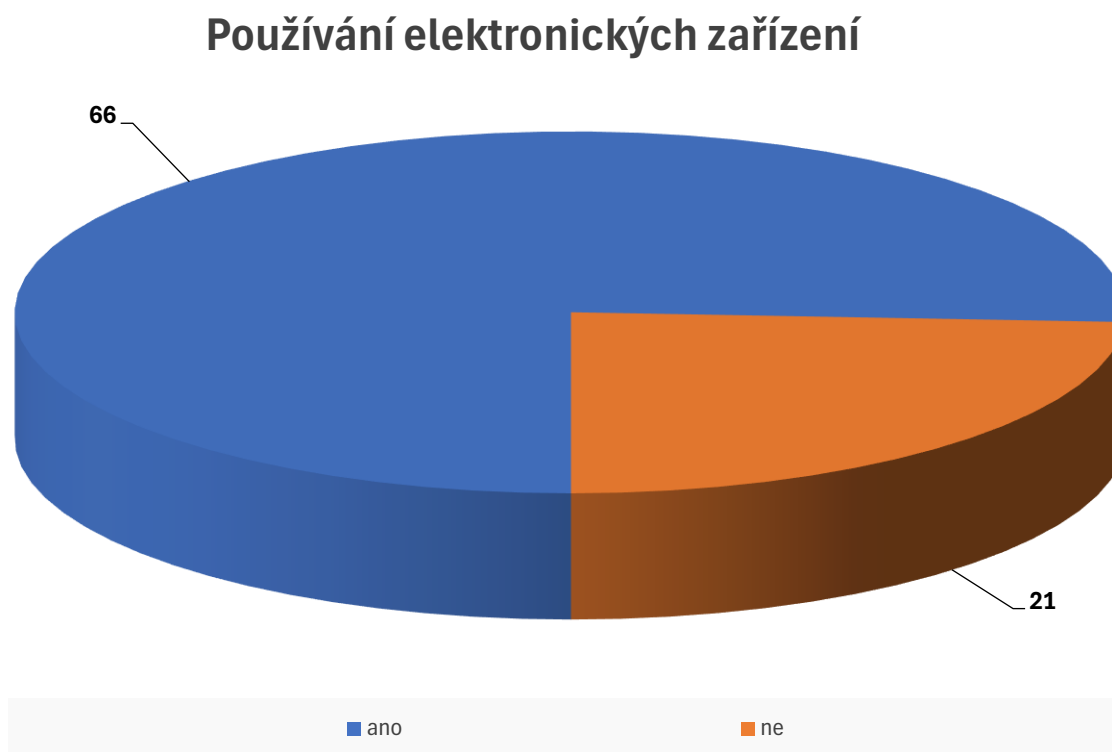
Možnost prohlížení historie byla nejčastěji volenou odpovědí – označilo ji 71 respondentů. To naznačuje, že zdravotníci vnímají přístup k předchozím záznamům jako zásadní výhodu, která jim usnadňuje práci a umožňuje rychlé dohledání potřebných informací o pacientech. Urychlení práce bylo zvoleno 65krát, což potvrzuje, že elektronická dokumentace může přispět k efektivnější administrativě a snížení času stráveného vyplňováním dokumentů. Rychlejší

dostupnost dat a jednoduché zadávání informací umožňují zdravotníkům věnovat více času samotné péči o pacienty. Eliminace chybných údajů byla označena 45 respondenty, což ukazuje, že elektronická dokumentace je vnímána také jako nástroj ke snížení rizika chyb při záznamech o pacientech. Digitalizace umožňuje jasnější a přesnější záznamy oproti ručně psané dokumentaci, kde může docházet k nesrozumitelnosti či přehlédnutí důležitých údajů. Možnost odpovědi „jiná“ byla využita pouze jedním respondentem, avšak bez dalšího upřesnění, takže není možné vyhodnotit, jaký konkrétní přínos měl na mysli.

Výsledky jednoznačně ukazují, že zdravotníci nejvíce oceňují možnost zpětného prohlížení záznamů, což je klíčové pro kvalitní poskytování péče a zajištění návaznosti v léčbě pacientů. Rychlejší přístup k informacím a eliminace chyb jsou dalšími významnými faktory, které přispívají ke zlepšení pracovních procesů v ošetrovatelské praxi.

Celkové výsledky jsou vizuálně znázorněny v obrázku č. 16. Tento přehled ukazuje, že elektronická dokumentace přináší řadu výhod, které usnadňují nejen předávání informací mezi zdravotníky, ale také celkově zvyšují efektivitu a bezpečnost jejich práce.

- Otázka č. 11 *Máte k dispozici elektronické zařízení (mobil, tablet, PC) pro zápis během návštěvní služby?*



Obrázek 17: Používání elektronických zařízení během služby

Tato uzavřená otázka zjišťovala, zda mají zdravotníci během návštěv u pacientů k dispozici elektronická zařízení, která by jim umožnila efektivnější práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací přímo v terénu.

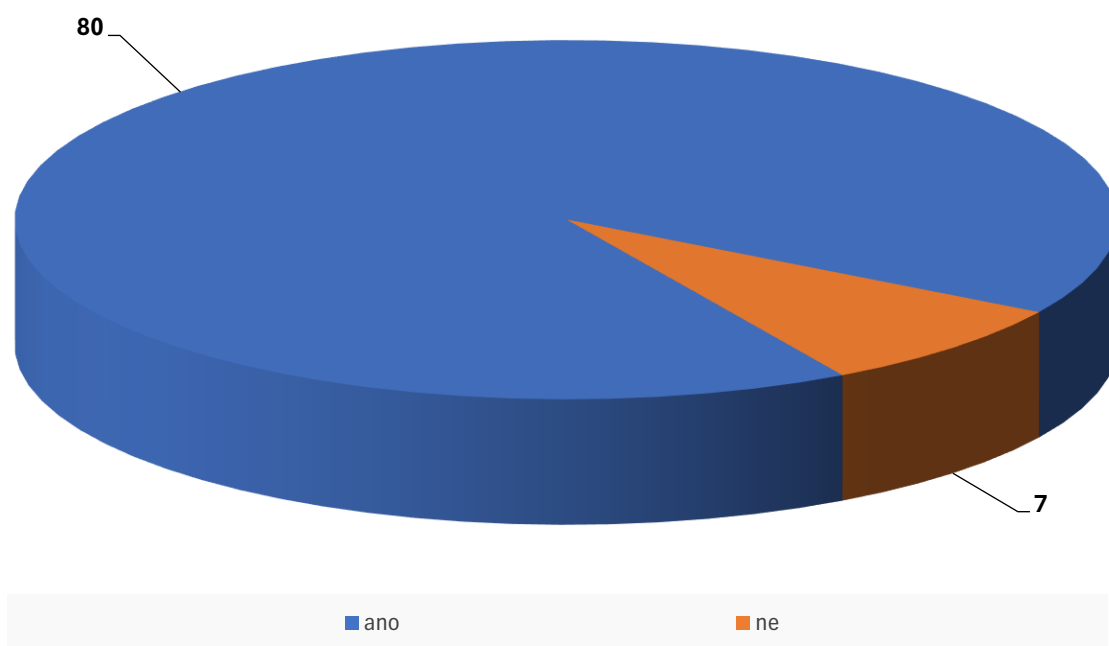
Podle výsledků znázorněných v obrázku č. 17 66 respondentů uvedlo, že mají při návštěvách pacientů možnost využívat elektronická zařízení (např. notebooky, tablety či mobilní telefony).

21 respondentů naopak odpovědělo, že elektronická zařízení k dispozici nemají a musí si potřebné informace zapsat ručně nebo jiným způsobem, což může vést k dodatečné administrativní práci po návratu z terénu. Dostupnost elektronických zařízení v terénu může výrazně ulehčit a zkrátit administrativní zátěž. Umožňuje okamžitý přístup k důležitým informacím, rychlé zaznamenání provedených úkonů a minimalizaci administrativní zátěže po skončení návštěvy. Absence elektronických zařízení vede naopak ke zvýšení administrativní zátěže, k možnému opoždění informací a k nutnosti ručně psané záznamy později převádět do elektronické podoby, což může vést k chybám a časovým prodlevám.

Výsledky ukazují, že většina zdravotníků má přístup k elektronickým zařízením během návštěv u pacientů, což jim usnadňuje práci s dokumentací a zvyšuje efektivitu poskytované péče. Přesto nemalá část respondentů (24 %) tuto možnost nemá, což může negativně ovlivnit jejich pracovní procesy. Dostupnost mobilních zařízení v domácí péči by proto měla být prioritou, aby bylo možné plně využívat výhod elektronické dokumentace a minimalizovat administrativní zátěž zdravotníků.

- Otázka č. 12 *Máte k dispozici elektronické zařízení pro zápis mimo návštěvní službu?*

Používání elektronických zařízení mimo službu



Obrázek 18: Používání elektronických zařízení mimo službu

Tato uzavřená otázka měla za cíl zjistit, zda mají zdravotníci možnost přistupovat k elektronické ošetrovatelské dokumentaci a zapisovat data i mimo svou běžnou pracovní dobu.

Podle výsledků znázorněných na obrázku č. 18 80 respondentů uvedlo, že mají k dispozici elektronické zařízení i mimo službu, což jim umožňuje přístup k EOD například z domova nebo

na cestách. 7 respondentů odpovědělo, že tuto možnost nemají a nemohou pracovat s dokumentací mimo pracovní prostředí.

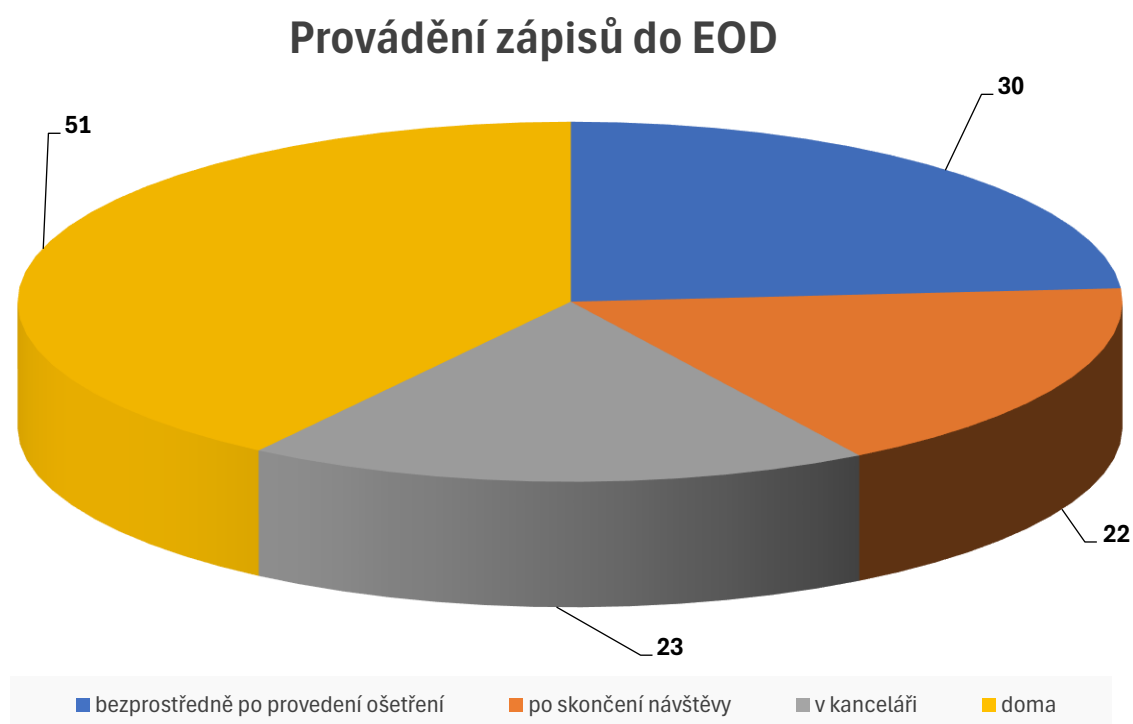
Možnost přistupovat k elektronické dokumentaci mimo službu může mít několik výhod:

- Flexibilita – zdravotníci si mohou připravit dokumentaci před službou nebo ji dokončit po ní, čímž si lépe rozloží pracovní zátěž.
- Okamžitý přístup k informacím – pokud nastane situace, kdy je potřeba rychle zkontrolovat zdravotní stav pacienta nebo provést zápis. Pak vzdálený přístup umožňuje rychlejší reakci na změny.
- Zajištění kontinuity péče – možnost pracovat s dokumentací mimo službu pomáhá lépe koordinovat péči mezi jednotlivými členy týmu.

Ti z respondentů, kteří tuto možnost nemají, pak mohou čelit určitým omezením jako je nutnost dokončovat dokumentaci výhradně během služby, což může vést k časovému tlaku. Dále mohou mít omezenou možnost konzultace informací mimo pracovní dobu, což může být problematické například při nečekaných změnách ve zdravotním stavu pacienta. Nakonec je nutné zmínit i zvýšenou administrativní zátěž během služby, pokud není možné některé úkoly připravit předem nebo dokončit později.

Většina respondentů (92 %) má přístup k elektronické dokumentaci i mimo svou pracovní dobu, což jim poskytuje větší flexibilitu a umožňuje efektivnější práci s EOD. Přesto malá část respondentů (8 %) tuto možnost nemá, což může vést k vyšší administrativní zátěži a nižší efektivitě práce. Zajištění přístupu k EOD mimo službu by mohlo přispět k dalšímu zlepšení pracovních podmínek zdravotníků a zvýšení kvality poskytované péče.

- Otázka č. 13 *Kdy nejčastěji provádíte zápisy do elektronické dokumentace?*



Obrázek 19: Provádění zápisů do EOD

Tato otázka navazuje na předchozí dvě, které zjišťovaly, zda mají zdravotníci k dispozici elektronická zařízení během návštěv u pacientů a zda mohou s dokumentací pracovat i mimo službu. V návaznosti na tyto zjištění bylo cílem této otázky upřesnit, kdy a kde zdravotníci provádějí zápisy do elektronické ošetrovatelské dokumentace. Respondenti mohli vybírat z pěti možností, přičemž měli možnost označit více odpovědí současně:

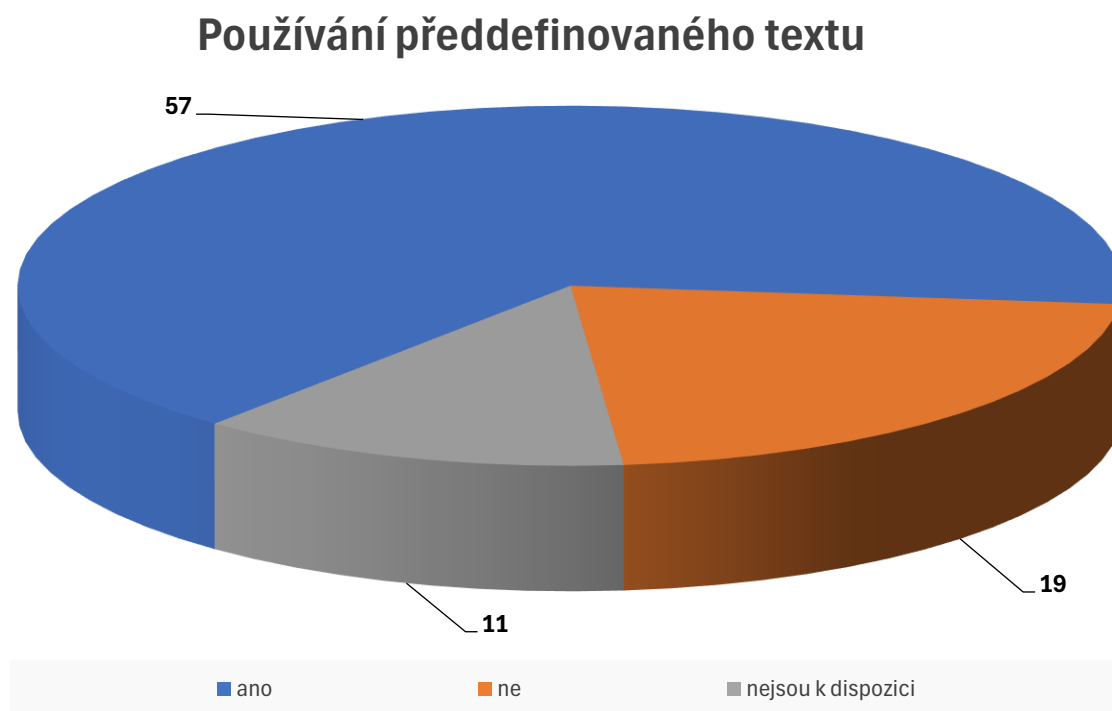
- bezprostředně po provedení ošetření
- po skončení návštěvní doby
- v kanceláři
- doma
- jiné – s možností doplnit vlastní odpověď

Z odpovědí respondentů vyplývá (viz obrázek č. 19), že nejčastějším místem zápisu do EOD je domov, 51 respondentů uvedlo, že zápisy provádějí až po návratu domů, což naznačuje, že značná část zdravotníků využívá možnost přístupu k EOD mimo službu. 30 respondentů zaznamenává údaje bezprostředně po provedení ošetření, což ukazuje na využití mobilních zařízení přímo v terénu. 23 respondentů provádí zápis v kanceláři, což může znamenat, že

využívají stolní počítače a dokončují dokumentaci až po návratu z návštěv. 22 respondentů zapisuje po skončení návštěvní doby, tedy pravděpodobně ještě před návratem do kanceláře či domova. Možnost „jiné“ nebyla označena žádným respondentem, což naznačuje, že nabízené odpovědi pokryly všechny běžné způsoby zápisu.

Data ukazují, že způsob zápisu do elektronické dokumentace se liší podle individuálních pracovních podmínek a možností zdravotníků. Zápis bezprostředně po ošetření je ideální z hlediska aktuálnosti a přesnosti informací, ale vyžaduje dostupnost mobilních zařízení a stabilního připojení k internetu. Zápis v kanceláři či doma může být praktičtější pro zdravotníky, kteří během návštěv u pacientů nemají dostatečné podmínky k okamžitému zápisu, ale nese nevýhodu nutnosti si informace pamatovat nebo zapisovat bokem. Skutečnost, že více než polovina respondentů provádí zápis doma, poukazuje na možnou časovou zátěž mimo pracovní dobu, což by mohlo být důležité při hodnocení pracovních podmínek a hledání cest ke zlepšení efektivity práce.

- Otázka č. 14 *Využíváte předdefinované texty k zápisu do elektronické dokumentace?*



Obrázek 20: Používání předdefinovaného textu

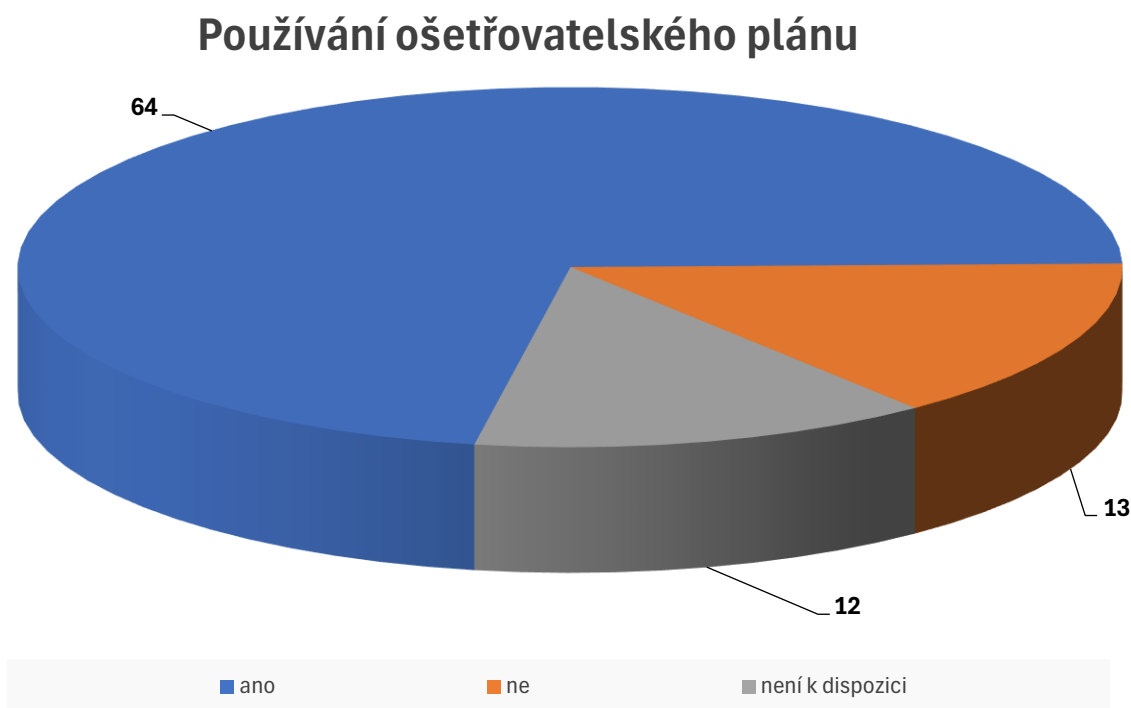
Tato otázka se zaměřovala na využívání předdefinovaných textů v systému elektronické ošetrovatelské dokumentace. Cílem bylo zjistit, zda zdravotníci tuto funkci využívají, nebo zda je sice dostupná, ale nepracují s ní anebo jejich systém tuto možnost vůbec neobsahuje.

Respondenti měli na výběr ze tří možností: „ano“ – pokud předdefinované texty používají, „ne“ – pokud tato funkce v jejich systému existuje, ale nevyužívají ji, „nejsou k dispozici“ – pokud jejich systém elektronické dokumentace tuto možnost vůbec nenabízí.

Výsledky odpovědí (viz obrázek č. 20): 57 respondentů odpovědělo „ano“, což znamená, že aktivně využívají předdefinované texty při zápisu do elektronické dokumentace. Tento výsledek naznačuje, že pro většinu zdravotníků jsou předdefinované formulace užitečné a usnadňují práci. Odpověď „ne“ zvolilo 19 respondentů, tedy jejich systém tuto funkci nabízí, ale nevyužívají ji. Důvodem může být nedostatečné zaškolení, osobní preference vlastního formulování textu, nebo fakt, že předdefinované texty neodpovídají potřebám jejich praxe. Zbýlá skupina respondentů (11 odpovědí) uvedlo, že jejich systém předdefinované texty neobsahuje. Tato skupina zdravotníků tedy tuto funkci nemůže využívat, i kdyby chtěla.

Výsledky ukazují, že většina zdravotníků (přes 70 %) využívá předdefinované texty, což naznačuje, že tato funkce je považována za přínosnou a pomáhá zrychlit administrativní procesy. Předdefinované texty mohou přispět k větší jednotnosti záznamů, eliminaci chyb a úspoře času. Skupina respondentů, kteří mají tuto možnost, ale nevyužívají ji, by mohla představovat cílovou skupinu pro školení nebo úpravu předdefinovaných textů tak, aby lépe odpovídaly potřebám uživatelů. Naopak 11 respondentů nemá tuto možnost vůbec, což může znamenat, že jejich pracoviště používá zastaralejší nebo méně pokročilý systém elektronické dokumentace. Z pohledu efektivity by bylo vhodné zvážit zavedení této funkce i pro ně, pokud to jejich systém umožňuje.

- Otázka č. 15 *Využíváte plán ošetrovatelské péče v elektronické podobě?*



Obrázek 21: Používání ošetrovatelského plánu

Zde měli respondenti možnost vyjádřit se k tomu, zda při své práci využívají plán ošetrovatelské péče. Tento plán slouží jako strukturovaný nástroj pro zaznamenávání a řízení ošetrovatelské péče, čímž přispívá k systematickému sledování stavu pacienta, plánování intervencí a hodnocení výsledků péče. Respondenti měli na výběr ze tří odpovědí, „Ano“ – pokud plán ošetrovatelské péče využívají při své práci, „Ne“ – pokud mají k dispozici tuto funkci, ale z různých důvodů ji nevyužívají. „Není k dispozici“ – pokud jejich systém elektronické dokumentace tuto možnost neobsahuje.

Výsledky odpovědí jsou znázorněny v grafu (viz obrázek č. 21), kde 64 respondentů odpovědělo „ano“, což znamená, že aktivně využívají plán ošetrovatelské péče. Tento výsledek potvrzuje, že většina zdravotníků vnímá tuto funkcionalitu jako užitečný nástroj pro organizaci a evidenci poskytované péče. 13 respondentů uvedlo „ne“, tedy jejich systém tuto funkci obsahuje, ale nevyužívají ji. Možnými důvody může být nedostatek zaškolení, subjektivní pocit zbytečné administrativní zátěže, nebo nevhodné nastavení systému, které neodpovídá jejich potřebám. 12 respondentů označilo odpověď „není k dispozici“, což znamená, že jejich systém plán ošetrovatelské péče neobsahuje. Tito zdravotníci tak pracují bez tohoto nástroje, což může znamenat nutnost zaznamenávat péči jiným způsobem.

Výsledky ukazují, že většina zdravotníků (více než 75 %) plán ošetrovatelské péče využívá, což ukazuje na to, že tento nástroj má v praxi významné uplatnění. Pomáhá zdravotníkům lépe organizovat a standardizovat poskytovanou péči a umožňuje lepší koordinaci mezi členy týmu.

Skupina respondentů, která tuto funkci nevyužívá, přestože je v systému dostupná, může představovat potenciální cílovou skupinu pro další školení nebo úpravu funkcionalit, aby lépe odpovídaly potřebám zdravotníků v terénu. V případě 12 respondentů, kteří plán ošetrovatelské péče nemají vůbec k dispozici, může signalizovat technologické rozdíly mezi jednotlivými pracovišti. Pokud je absence této funkce překážkou pro efektivní práci, mohlo by být vhodné zvážit implementaci modernějších systémů, které by umožnily jednotný přístup k ošetrovatelské dokumentaci.

Poslední část dotazníku se zaměřuje na hodnocení elektronické ošetrovatelské dokumentace a možné návrhy na její zlepšení.

- *Otázka č. 16: Jaké jsou podle Vás nevýhody elektronické ošetrovatelské dokumentace?*

Tato otevřená otázka umožnila respondentům vyjádřit svůj názor na možné nevýhody používání elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Z celkového počtu odpovědí vyplynulo, že 26 respondentů neuvvedlo žádnou nevýhodu. Jejich odpovědi zahrnovaly výrazy jako „žádné“, „nevím“, „nejsou“, „asi žádné“, případně pouze proškrtnutí odpovědní kolonky. Mezi nejvíce zmiňované nevýhody patřily především technické problémy, které mohou ovlivnit efektivitu práce s EOD. Respondenti poukazovali na:

- nestabilní internetové připojení a jeho rychlost
- problémy se signálem v některých lokalitách
- technické nedostatky samotného systému EOD
- nedostatek dostupných dat
- možnost výpadku elektrické energie, což může dočasně znemožnit práci s dokumentací
- riziko napadení počítače virem a potenciální ohrožení citlivých dat.

Kromě technických problémů respondenti poukazovali na:

- zdoluhavost záznamů a jejich administrativní náročnost
- složitost a „slovíčkaření“ při tvorbě dokumentace
- nedostatečné zaučení a školení personálu pro práci s EOD

- vysoké náklady na technologie a jejich údržbu
- zátěž spojenou s každodenním zapisováním údajů, která může být vnímána jako časově náročná

U některých odpovědí bylo obtížné je jednoznačně zařadit do výše uvedených kategorií. „Nutí mě myslet“ – může naznačovat vyšší kognitivní zátěž při práci s EOD. „Ztráta času“ – subjektivní vnímání časové náročnosti. „Stejně si informace předáváme telefonicky“ – což může signalizovat nízkou důvěru v efektivitu systému nebo jeho neúplnou implementaci. V těchto případech lze usuzovat, že respondenti buď zcela nepochopili otázku nebo mají obecně negativní postoj k digitalizaci dokumentace.

Nevýhody technického rázu se mohou vyskytovat ve všech oblastech práce s informačními technologiemi. Nicméně v případě elektronické ošetrovatelské dokumentace jde zpravidla pouze o krátkodobé výpadky, které nepředstavují dlouhodobý nebo zásadní problém.

Dále je důležité zmínit, že v České republice existuje pouze omezený počet regionů, kde je nedostatečné pokrytí signálem. S postupným rozvojem digitální infrastruktury a modernizací zdravotnických zařízení lze očekávat, že tyto technické překážky budou postupně odstraněny.

Kromě technických aspektů poukazují další zmiňované nevýhody na potřebu lepší edukace a komunikace v oblasti EOD. Někteří respondenti vnímají tento systém jako administrativní zátěž, což může pramenit z nedostatečného zaškolení personálu nebo z nepochopení výhod, které digitalizace přináší.

- *Otázka č. 17 Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení elektronické ošetrovatelské dokumentace?*

Tato otevřená otázka měla za cíl zjistit, jaké změny by respondenti uvítali pro zlepšení práce s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací. Své návrhy mohli vyjádřit vlastními slovy.

Z 57 odpovědí vyplývá, že značná část respondentů neměla konkrétní návrhy na zlepšení. Mezi jejich odpověďmi se nejčastěji objevovala vyjádření jako „žádné“, „dostačující“, „vyhovující“, „nemám nápad“ nebo „nevím“, přičemž varianta „nevím“ byla uvedena 16krát. Do této skupiny lze zařadit také odpovědi naznačující obecný postoj k neustálému vylepšování systému, například „stále je co zlepšovat“, „aktivní spolupráce s vývojáři“ nebo „každý měsíc posuneme elektronickou dokumentaci k lepšímu“.

Naopak konkrétní návrhy na zlepšení zahrnovaly například:

- zjednodušení systému (3 respondenti)
- eliminaci ošetrovatelských diagnóz
- zavedení elektronického podpisu (2 respondenti)
- implementaci elektronických poukazů DP
- lepší propojení s dalšími zdravotnickými zařízeními, například nemocnice, praktičtí lékaři (2 respondenti)
- zvýšení povědomí o EOD a edukaci starších kolegyň
- sjednocení formátu EOD napříč všemi zdravotnickými zařízeními (2 respondenti)
- rozšíření předdefinovaných textů a zavedení okamžitého ukládání dat
- zajímavé byly také dvě odpovědi, které jednoduše navrhovaly „zrušit“ EOD, což může naznačovat nespokojenost některých uživatelů se stávajícím systémem

Celkově lze říci, že zatímco část respondentů vnímá současnou podobu EOD jako vyhovující, jiní vidí prostor pro zlepšení, zejména v oblasti zjednodušení práce, propojení s dalšími systémy a digitalizace klíčových procesů, jako je elektronický podpis či poukazy.

- *Otázka č. 18 Máte možnost aktivně přispívat k úpravám a zlepšování elektronické ošetrovatelské dokumentace ve Vašem zařízení?*



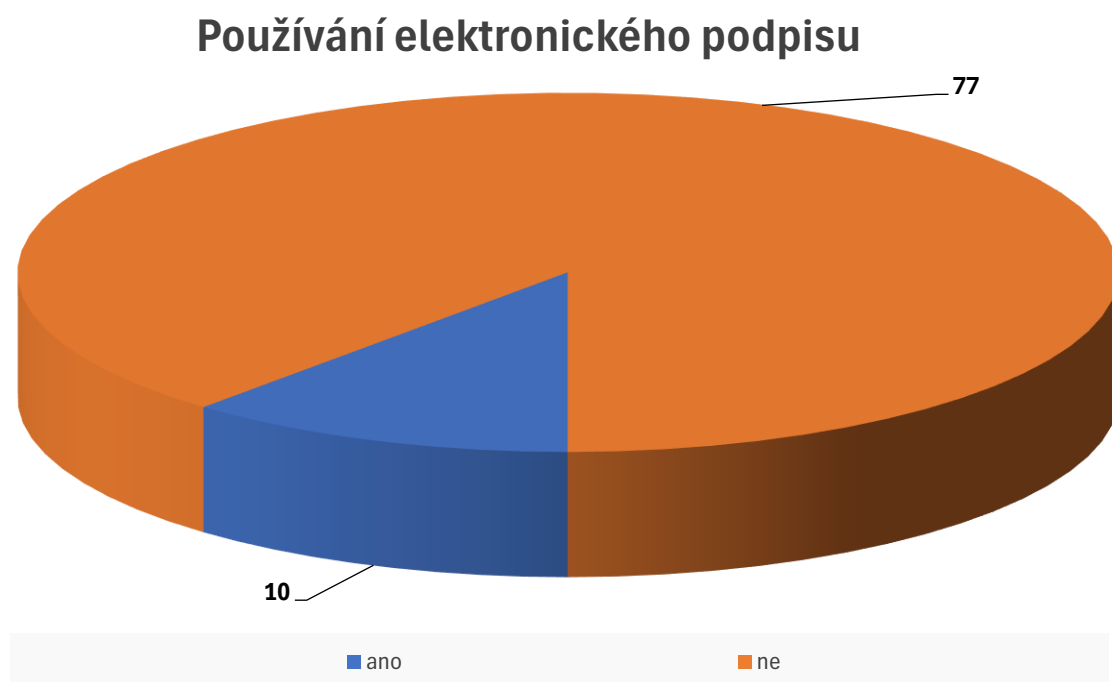
Obrázek 22: Zapojení se do zlepšování EOD

Tato otázka navazovala na předchozí a zjišťovala, zda mají zaměstnanci možnost aktivně se podílet na vývoji, úpravách či změnách elektronické ošetrovatelské dokumentace na svém pracovišti.

Výsledky ukázaly, že 46 respondentů uvedlo, že se do tohoto procesu mohou zapojit, zatímco 41 respondentů odpovědělo záporně. Tyto údaje jsou znázorněny v grafu (obrázek č. 22).

Z odpovědí vyplývá, že přibližně polovina pracovníků má možnost ovlivnit podobu a funkcionalitu EOD, což může přispět k jejímu efektivnějšímu přizpůsobení potřebám uživatelů. Naopak druhá polovina tuto možnost nemá, což může naznačovat rozdílný přístup zdravotnických zařízení k zapojení personálu do digitalizačních procesů. Aktivní participace zaměstnanců na vývoji EOD může být klíčová pro její efektivní využití v praxi a zlepšení pracovních procesů.

Otázka č. 19 Používáte elektronický podpis?

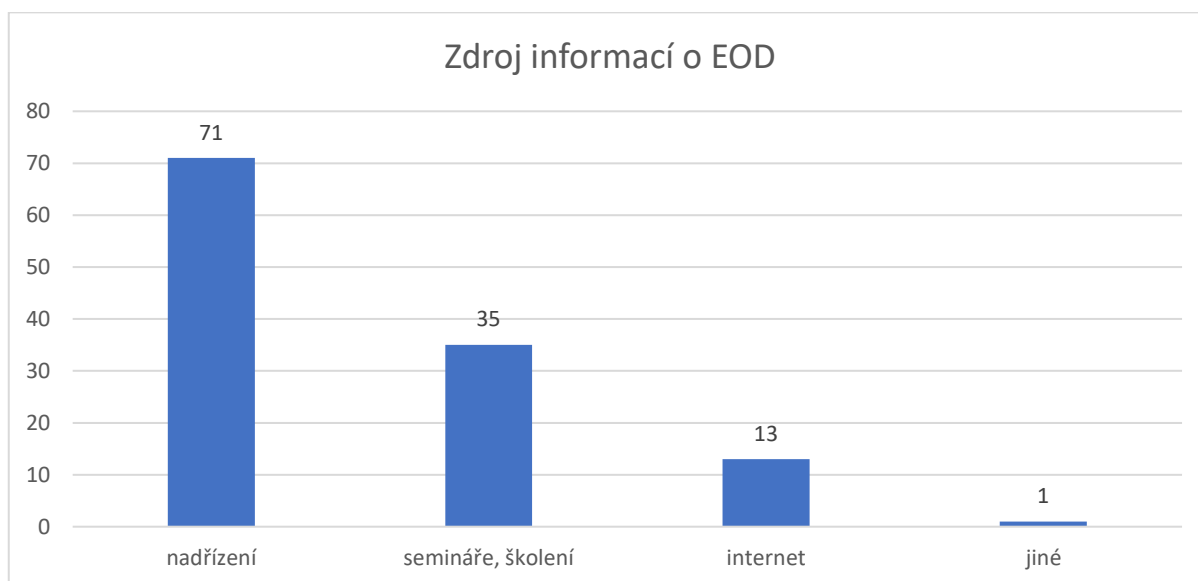


Obrázek 23: Používání elektronického podpisu

Tato uzavřená otázka měla za cíl zjistit, zda je elektronický podpis běžnou součástí elektronické ošetrovatelské dokumentace.

Z výsledků (viz obrázek č. 23) vyplývá, že elektronický podpis zatím není standardní součástí práce s EOD. Z celkového počtu respondentů uvedlo 77, že elektronický podpis nepoužívá, zatímco pouze 10 respondentů jej ve své praxi využívá. Tento výsledek naznačuje, že implementace elektronického podpisu v oblasti ošetrovatelské dokumentace zatím není rozšířená.

➤ *Otázka č. 20 Jak získáváte informace o elektronické ošetrovatelské dokumentaci?*



Obrázek 24: Zdroj informací o EOD

Poslední otázka byla zaměřena na způsob informovanosti personálu o elektronické ošetrovatelské dokumentaci. Respondenti si mohli vybrat ze tří předem definovaných odpovědí, přičemž čtvrtá možnost jim umožňovala doplnit vlastní odpověď. Bylo možné označit více než jednu možnost.

Výsledky ukázaly (obrázek č. 24), že nejčastějším zdrojem informací o EOD jsou nadřízení, tuto možnost zvolilo 71 respondentů. Dále 35 respondentů uvedlo, že informace získávají na seminářích a školeních. Z internetu čerpá informace 13 respondentů. Možnost „jiné“ byla uvedena pouze jednou, přičemž respondent specifikoval, že informace získává od kolegů. Tato data naznačují, že formální vzdělávání a přímá komunikace s nadřízenými hrají klíčovou roli v procesu seznamování personálu s EOD, zatímco samostudium prostřednictvím internetu je méně častým způsobem získávání informací.

3 DISKUSE

Průzkumná část této práce se zaměřila na zkoumání zkušeností zdravotnických pracovníků působících v oblasti domácí péče, přičemž osloveni byli jak vedoucí pracovníci, tak zdravotníci poskytující přímou péči pacientům. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace v této oblasti, zda je její implementace běžnou praxí a jaký mají zdravotníci na tento systém názor. Průzkum se zaměřil na to, zda je elektronická dokumentace vnímána pozitivně, jaké přínosy či případné překážky s sebou přináší, a to z perspektivy jak vedoucích pracovníků, tak pracovníků v terénu.

Pro získání relevantních dat byla použita kombinace kvalitativních a kvantitativních metod. Kvantitativní část průzkumu byla realizována prostřednictvím dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zachytit názory a zkušenosti pracovníků v přímé péči. Dotazník byl navržen tak, aby poskytl přehled o míře využívání elektronické dokumentace, jejích výhodách a případných nevýhodách, se kterými se sestry v praxi setkávají.

Pro kvalitativní část průzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl určen vedoucím pracovníkům domácí péče. Tento rozhovor se zaměřil na hlubší porozumění procesu implementace elektronické dokumentace, postojů k jejímu využívání a případných výzev, kterým organizace v souvislosti s jejím zaváděním čelí. Díky tomuto přístupu bylo možné získat podrobnější informace o strategii jednotlivých organizací, zkušenostech s technickou podporou, školením personálu i o celkovém vnímání efektivity tohoto systému v každodenní praxi.

Tento průzkumný design byl zvolen také s cílem umožnit porovnání názorů vedoucích pracovníků a zdravotních sester poskytujících přímou péči. Hlavním záměrem bylo zjistit, zda a do jaké míry se jejich postoje a zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací shodují, nebo zda mezi nimi existují výrazné rozdíly. Zároveň bylo důležité prozkoumat, zda mezi vrchními sestrami a sestrami v domácí péči existuje efektivní zpětná vazba a vzájemná komunikace, která umožňuje otevřenou diskusi o výhodách, nevýhodách a potenciálních problémech spojených s EOD.

Průzkumné cíle a otázky:

Cíl 1: Popsat používání elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči a její přínosy pro vedoucí pracovníky i pracovníky v přímé péči.

Průzkumné otázky:

Jaké jsou hlavní přínosy elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Jaké funkce elektronické ošetrovatelské dokumentace jsou v domácí péči nejčastěji využívány?

Do jaké míry zlepšuje elektronické ošetrovatelské dokumentace organizaci a efektivitu práce zdravotnického personálu?

Nejpočetnější skupinu respondentů zapojených do dotazníkového šetření tvořili zdravotníci ve věkovém rozmezí 41 až 59 let, průměrný věk oslovených vedoucích pracovníků činil 41,8 let. Získaná data tak nepředstavují výrazné překvapení a lze je považovat za odpovídající realitě v oblasti domácí péče. Pokud jde o pracovní zkušenosti, průměrná délka praxe v domácí péči byla u zdravotních sester 7 let, zatímco u vedoucích pracovníků dosahovala téměř 10 let, konkrétně 9,8 let. Tyto údaje naznačují, že většina respondentů má s prací v domácím prostředí již značné zkušenosti, což přispívá k jejich kompetentnosti při využívání nových nástrojů, jako je například elektronická ošetrovatelská dokumentace.

Data získaná jak z rozhovorů, tak i z dotazníkového šetření ukazují, že většina respondentů má s elektronickou dokumentací zkušenosti kratší než 5 let (obrázek č. 11, tabulka č. 1), což může naznačovat, že EOD je v oblasti domácí péče stále poměrně novým nástrojem a její zavádění probíhá postupně. Delší praxe s EOD je zatím méně častá, což může souviset jak s postupným vývojem technologie, tak i s různou úrovní digitalizace ve zdravotnických zařízeních.

Celkově lze konstatovat, že elektronická ošetrovatelská dokumentace je vnímána převážně pozitivně, a to jak vedoucími pracovníky, tak zdravotními sestrami působícími v terénu. V dotazníkovém šetření EOD 80 % respondentů hodnotilo kladně a naprostá většina (84 ze 87, tedy více než 96 %) uvádí, že se v dokumentaci orientuje dobře nebo alespoň částečně dobře. Vrchní sestra s více než sedmiletou zkušeností s EOD (R5) shrnuje svůj pohled slovy: „*Myslím si, že to má obrovskou výhodu. Už jsme si na to natolik zvykli, že si bez toho práci neumíme představit.*“.

Nebřeská (2024) ve své diplomové práci, která byla zaměřena na časovou náročnost vedení ošetrovatelské dokumentace, nezjistila statisticky významný rozdíl mezi časem stráveným nad papírovou a elektronickou dokumentací. Přesto však v další části své studie uvádí, že sestry pracující s elektronickou dokumentací ji vnímají převážně pozitivně – 17 % respondentek uvedlo, že jsou s ní velmi spokojeny a 73 % vyjádřilo průměrnou spokojenost. Tyto výsledky naznačují, že i když EOD nemusí nutně znamenat na některých pracovištích časovou úsporu, většina sester ji vnímá jako přínosnou součást své práce. Kubičková (2020) v diskuzi své

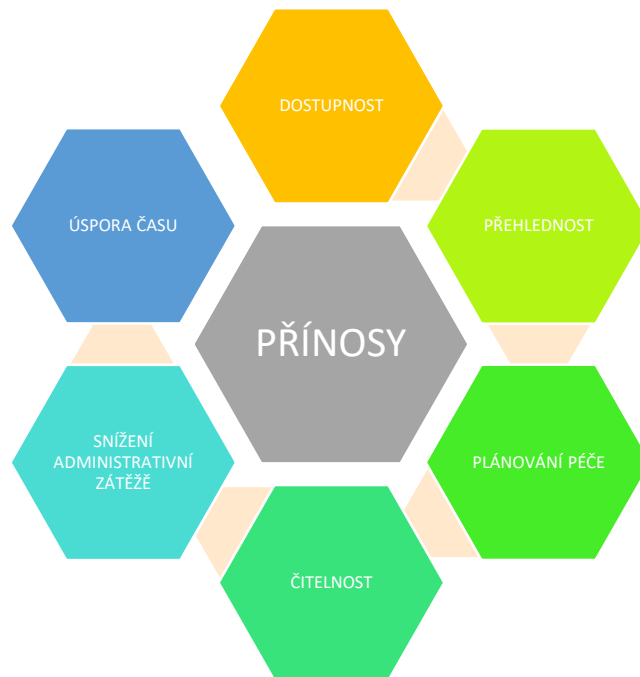
závěrečné práce zdůrazňuje výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace, avšak její výzkum je nepotvrzuje. Tento rozpor může být způsoben tehdejší menší rozšířeností EOD a technologickými omezeními. Jelikož se od té doby systémy vyvíjely, je pravděpodobné, že dnes by výsledky byly odlišné.

Mezi nejčastěji zmiňované výhody, který vyplynuly z dotazníkového šetření patří přehlednost, rychlost, dostupnost a úspora času. Tyto aspekty potvrzují i vedoucí pracovníci, kteří oceňují hlavně čitelnost záznamů, efektivnější plánování péče a snížení administrativní zátěže. Zjednodušení práce sester hodnotí vedoucí pracovníci takto: „*Sestry jednoduše namluví, co udělaly, a mají hotovo.*“, „*Sestry vypočítají kilometry, zadají čas, spotřebovaný materiál a další údaje, a poté mi vše odešlou – to je jejich práce*“, „*To je základ. Kdykoliv se něco stane, okamžitě vidíte adresu pacienta, telefonní kontakt a záznamy o tom, jaká péče byla poskytnuta*“. Zjednodušení práce pro vedoucí pracovníky dokládá i odpověď vrchní sestry (R3) „*Mně to trvá dvě hodiny, zatímco moje předchůdkyně, když posílala dávky přes portály, s tím strávila celé dopoledne. Nyní mě systém automaticky upozorní na chybu, kterou mohu ihned opravit.*“.

Krizanová (2024) ve svém výzkumu uvádí, že oslovené sestry pracující s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací jsou s tímto systémem spokojené a vyzdvihují rychlejší zapisování, lepší přehlednost a dostupnost informací pro zdravotnický personál. Česká asociace sester (2002) uvádí mezi přínosy elektronické ošetrovatelské dokumentace zejména menší potřebu skladování dokumentace, lepší organizace a správy záznamů a také snadnější ověření identity zdravotnického personálu.

Podle vrchních sester patří mezi nejčastěji využívané a oblíbené funkce EOD možnost kopírování textu, využití diktafonu, snadná dostupnost informací o pacientech a efektivnější plánování cest. Tyto preference odpovídají výsledkům dotazníkového šetření, kde více než 70 % respondentů uvedlo, že pravidelně využívá předdefinované texty a více než 75 % aktivně pracuje s funkcí plánování. Je tedy zřejmé, že zdravotníci efektivně využívají moderní nástroje EOD, které jim usnadňují práci a přispívají k lepší organizaci péče.

Výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace na základě rozhovorů s vedoucími pracovníky ve své práci uvádí i Štenglová (2024). Mezi nejčastěji zmiňované přínosy patří detailnost záznamů, možnost využití šablon, snadná přístupnost, vyšší komfort při práci, lepší čitelnost, eliminace rizika ztráty dokumentace, automatická kontrola zadaných údajů a úspora papíru.



Obrázek 25: Přínosy EOD (zdroj vlastní tvorba)

Cíl 2: Popsat potenciální problematické aspekty při používání EOD.

Průzkumné otázky:

Jaké problémy nejčastěji komplikují používání EOD?

Jaký byl přístup zdravotníků k zavádění EOD?

Přestože EOD přináší mnoho benefitů, nelze přehlédnout ani některé problematické aspekty, které mohou ovlivnit efektivitu práce i kvalitu poskytované péče. Všichni respondenti, kteří se vyjádřili k nevýhodám EOD se shodují, že největší výzvu představují technické problémy, zejména nedostatečné pokrytí mobilním signálem, které komplikuje práci v terénu. Podobně Štenglová (2024) ve svém výzkumu upozorňuje na technické problémy spojené s EOD, mezi které patří nedostupnost IT systémů, omezené možnosti přenosu dat a závislost na elektrické energii a síťovém připojení. Všichni respondenti ve výzkumu Kaděrkové (2024) uvedli, že během používání EOD narazili na nějaký technický problém.

Finanční náročnost pořízení a provozu moderních technologií byla zmiňována minimálně, pouze (R1) říká: *"Všechno to stojí nemalé peníze – kvalitní mobilní telefony, tablety, počítače, a hlavně neomezená data, bez kterých se v terénu neobejdeme. A to je velká finanční zátěž."*

Tento faktor si totiž uvědomuje pouze malá část respondentů, což lze přičíst skutečnosti, že většina z nich není přímo odpovědná za rozpočet organizace.

I přes vyjádřenou spokojenost se objevily i určité obavy ohledně rostoucího využívání elektronických zařízení při práci s pacienty. Například vrchní sestra (R5) vyjádřila svůj pohled na tuto problematiku: *"Když si to píšu na papír, mám pocit, že se pacientovi věnuji víc. Přemýšlela jsem nad tím, že při vyplňování dokumentace elektronicky bych strávila spoustu času koukáním do tabletu, což pacienti nemusí ocenit. Mohli by mít pocit, že se s nimi nebavím, jen něco vyplňuji."* Mezi nevýhody zmiňované v dotazníkovém šetření (otázka č. 6) byla také vyjádřena změna vztahu mezi sestrou a pacientem: „*snížení osobního kontaktu*“ a „*sestra je jen úředník*“. Podobné obavy byly zaznamenány i ve studii provedené v USA (Yushi, 2019), která se zaměřila na pozorování zdravotních sester při vedení elektronické dokumentace v domácnostech pacientů. Cílem výzkumu bylo upravit systém EOD tak, aby splňoval několik klíčových parametrů: zajistit správnost zaznamenaných dat, zkrátit dobu nutnou k vyplnění dokumentace během návštěvy pacienta a zároveň minimalizovat riziko přenosu infekcí (výzkum byl prováděn v době celosvětové pandemie Covid-19). Výsledky studie naznačují, že pečlivě navržený systém EOD může nejen usnadnit práci zdravotníků, ale také přispět ke zlepšení celkové kvality péče.

Postoj personálu k zavedení EOD byl převážně pozitivní, i když v některých organizacích se setkali i s určitou mírou počáteční skepse. Vrchní sestra jedné z agentur (R1) popisuje zdrženlivý přístup některých podřízených slovy: *„V terénu mají něco zažitého a je těžké je přesvědčit na něco nového.“* Realistický pohled na proces adaptace nabízí respondent (R3): *„Mám tady sestřičky, které byly zvyklé vést dokumentaci v papírové podobě 5 až 10 let, a každá změna je pro ně náročná. Myslím, že pro některé z nich byl přechod skutečně složitější. Ted' to ale jednoznačně oceňují.“* Naopak respondentka (R2) popsala hladší přijetí nového systému slovy: *„Holky chtěly vždycky změnu.“*

Tato práce se nezaměřuje přímo na zkoumání digitálních dovedností zdravotnických pracovníků, avšak v kontextu používání elektronické ošetrovatelské dokumentace je vhodné zmínit studii Eriky Jarva a kolektivu (2023) z univerzity v Oulu (Finsko), která se věnovala identifikaci aktuální úrovně digitálních kompetencí zdravotnického personálu ve Finsku. Výzkum ukázal, že digitální kompetence nejsou ovlivněny pouze individuálními schopnostmi pracovníků, ale také kontextem pracovního prostředí. Klíčovým faktorem je podpora ze strany vedení organizace – tedy dostupnost školení, technické podpory a motivace ke zvyšování kompetencí. Dalším významným aspektem jsou organizační mechanismy, které začleňují

rozvoj digitálních dovedností do běžné praxe – například prostřednictvím pravidelného školení v oblasti IT nebo implementace digitálních nástrojů jako součásti každodenní činnosti. V neposlední řadě hraje roli i kolektiv, zejména přístup kolegů k digitalizaci a jejich ochota spolupracovat. Pracovní prostředí, kde jsou technologie vnímány pozitivně a kde si zaměstnanci vzájemně pomáhají, podporuje celkové zvyšování digitálních dovedností v týmu. Z těchto výše uvedených důvodů nelze digitální kompetence jednoznačně označit ani za problematickou, ani za bezproblémovou oblast.



Obrázek 26: Možné problémy spojené s používáním EOD (zdroj vlastní tvorba)

Cíl 3: Popsat, jak jednotlivé agentury domácí péče podporují používání EOD a jaký přístup k této technologii zastávají, včetně výhledu do budoucnosti.

Průzkumné otázky:

Jaká školení a podpora jsou poskytovány zdravotnickým pracovníkům?

Jaké jsou možnosti dalšího rozvoje a zlepšení elektronické ošetrovatelské dokumentace?

Všichni respondenti se shodli, že školení při zavádění elektronické ošetrovatelské dokumentace probíhalo v různých formách a v současnosti pokračuje formou průběžného vzdělávání personálu. Tento fakt potvrzují i výsledky dotazníkového šetření, kde více než 90 % respondentů uvedlo, že při přechodu na EOD absolvovali dostatečné školení.

Pokud jde o zdroje, ze kterých zdravotníci čerpají informace o EOD, 71 respondentů uvedlo, že je získávají od svých nadřízených, 35 respondentů se vzdělává prostřednictvím školení, 13 respondentů využívá internet a pouze jeden se spoléhá na rady kolegů. Výsledky naznačují, že nejdůležitější roli v procesu adaptace na EOD hraje formální vzdělávání a přímá komunikace s nadřízenými, zatímco samostudium z online zdrojů je méně časté.

Všichni respondenti se shodli, že technická podpora funguje spolehlivě a byla k dispozici nejen při přechodu na nový systém, ale i v rámci běžného provozu při řešení případných problémů.

Respondent (R3) zdůrazňuje, že vzhledem k tomu, že zdravotní sestry pracují převážně v terénu a potřebují neustálý přístup k aktuálním informacím o pacientech, jsou technické problémy řešeny přednostně. Tento přístup zajišťuje plynulý chod práce a minimalizuje komplikace spojené s případnou nedostupností systému.

Z odpovědí na dotazníkovou otázku č. 18, která se zaměřovala na možnost sester podílet se na zlepšování elektronické ošetrovatelské dokumentace, vyplynulo, že přibližně polovina respondentů má příležitost ovlivnit její podobu a funkcionalitu. Tento přístup umožňuje přizpůsobit systém potřebám uživatelů a zefektivnit jeho využití v praxi. Naopak druhá polovina sester tuto možnost nemá, což naznačuje rozdílné strategie zdravotnických zařízení v zapojování personálu do procesu digitalizace. Aktivní spoluúčast zaměstnanců na vývoji a optimalizaci EOD by přitom mohla hrát klíčovou roli při zvyšování efektivity práce a zlepšování kvality poskytované péče.

Přestože zapojení personálu do rozvoje EOD může být přínosné, odpovědi na otázku č. 17 týkající se návrhů na zlepšení ukazují, že většina respondentů se nad touto možností příliš nezamýšlí. Konkrétně 57 respondentů neuvádělo žádný návrh a 16 respondentů si nebylo jistých, jaké změny by mohly být přínosné. Pouze menší část odpovědí obsahovala konkrétní doporučení, která se navíc shodovala s názory vedoucích pracovníků. Mezi návrhy patřilo zavedení elektronického podpisu (2 respondenti), lepší propojení s dalšími zdravotnickými zařízeními, jako jsou nemocnice a praktičtí lékaři (2 respondenti), sjednocení formátu EOD napříč různými zdravotnickými zařízeními (2 respondenti). Kaděrková (2024) uvádí, že téměř 70 % respondentů v jejím výzkumu se domnívá, že EOD má prostor ke zlepšení. Mezi

konkrétní návrhy v patřící zjednodušení a zpřehlednění dokumentace. Tyto odpovědi naznačují, že se našly sestry, které vnímají EOD jako užitečný nástroj, který však stále vyžaduje vývoj a úpravy, aby lépe odpovídal potřebám praxe. Současně nízký počet návrhů na zlepšení může odrážet buď spokojenost se stávajícím systémem, nebo nedostatek povědomí o možnostech jeho dalšího rozvoje. To poukazuje na důležitost lepší komunikace mezi managementem a zdravotnickým personálem a na potřebu aktivnějšího zapojení sester do procesu inovací, což by mohlo vést k efektivnějšímu využívání elektronické dokumentace v domácí péči.

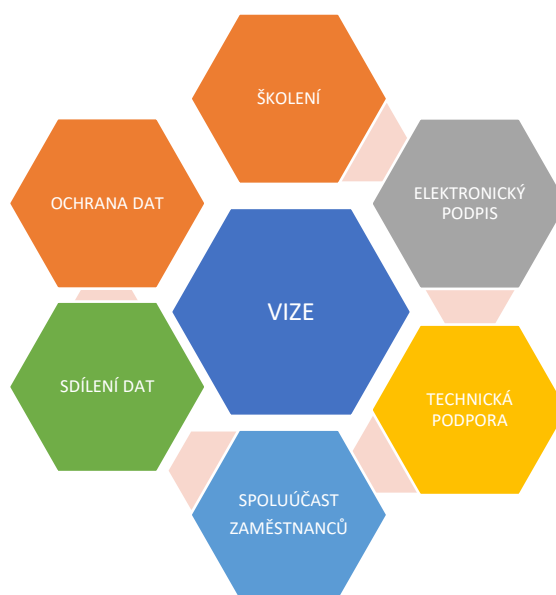
V současnosti existuje pouze omezená možnost propojení s praktickými lékaři, která se týká výhradně základních administrativních dokumentů, jako jsou poukazy na domácí péči. Jak vyplynulo z rozhovorů, pouze jeden z respondentů (R4) uvedl, že jeho organizace aktivně komunikuje s praktickým lékařem prostřednictvím elektronického sdílení dokumentů, přičemž i zde zůstává přenos informací omezený.

Všichni oslovení zdravotníci (R1-R5) by však uvítali širší a efektivnější systém sdílení dat mezi různými zdravotnickými subjekty, včetně domácí péče, nemocnic, praktických lékařů a specialistů. Věří, že by takové propojení přineslo řadu výhod – zejména lepší koordinaci zdravotní péče, snížení administrativní zátěže a urychlení rozhodovacích procesů při poskytování léčby. Možnost okamžitého přístupu k relevantním informacím o pacientovi by podle respondentů vedla k efektivnějšímu plánování péče a zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Navzdory těmto přínosům zatím neexistuje jednotný systém, který by propojení mezi jednotlivými subjekty umožňoval. Oslovení zdravotníci (R1-R5) se shodují na tom, že by bylo vhodné, aby se v budoucnu digitalizace v tomto směru dále rozvíjela, což by mohlo přispět ke zlepšení spolupráce mezi různými poskytovateli zdravotní péče.

Čtyři z pěti respondentů považují bezpečnost uchovávání dat za dostatečnou. Pro zajištění ochrany citlivých informací využívají různé bezpečnostní opatření, jako je nutnost přihlášení do aplikace, personalizované mobilní telefony a počítače (R1, R2, R3, R5) nebo vypínání zařízení po skončení práce (R3). Pouze jedna respondentka (R4) vyjádřila názor, že by se organizace měla bezpečnosti dat věnovat ještě důkladněji a zavést další opatření ke zvýšení ochrany. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že 60 respondentů zaznamenává údaje do ošetrovatelské dokumentace přímo během výkonu práce, tedy buď u pacienta, nebo pak v domácím prostředí. Dále 80 respondentů uvedlo, že při práci využívají mobilní telefony, tablety nebo počítače, které mají buď neustále u sebe, nebo je používají doma. S ohledem na tuto skutečnost je pochopitelné, že vrchní sestry zdůrazňují nezbytnost důkladného zabezpečení citlivých dat.

Pouze jeden respondent uvedl (R3), že v jejich organizaci probíhá zavádění elektronického podpisu. Z výsledků dotazníkového šetření (otázka č. 19) vyplynulo, že tuto funkci aktuálně využívá pouze 10 respondentů.

Během rozhovorů s vedoucími pracovníky (R1, R2, R4) na toto téma vyvstal další problém, který nebyl původně zahrnut do plánů průzkumu – a tím je reakce kontrolních orgánů. Při elektronickém zápisu s využitím elektronického podpisu se automaticky zaznamenává čas, což znamená, že je nezbytné provést zápis ihned po ukončení práce. V případě technických problémů to však nemusí být vždy možné (R1). Také z dotazníkového šetření (otázka č. 13) vyplývá, že pouze 23,3 % respondentů provádí zápis bezprostředně po vykonané práci. To naznačuje, že pro zbývající většinu může být tento požadavek problémem. Navzdory veškeré snaze agentur domácí péče splnit zákonem stanovené požadavky, vést dokumentaci správně a usnadnit práci sester přetrvává problém, který je v praxi obtížně řešitelný. Pokud se nezmění postoj pojišťoven, bude pokrok v této oblasti velmi složitý. Řešením by mohl být návrh na odstranění časového razítka z elektronického podpisu, jak navrhuje jeden z respondentů dotazníkového šetření (Chaloupka, 2022).



Obrázek 27: Vize používání EOD (zdroj vlastní tvorba)

Průzkum byl zaměřen na získání názorů na používání elektronické ošetrovatelské dokumentace jak u vrchních sester, tedy středního managementu, tak u sester pracujících v domácí péči. Cílem bylo získat reprezentativní vzorek respondentů z různých úrovní organizací. A záměrně

byly do průzkumu zařazeny agentury domácí péče s regionální působností, kde se předpokládalo, že se jedná o menší organizace s odlišnou dynamikou vztahů než ve velkých zdravotnických zařízeních. Výsledky dokazují, že tito vedoucí často pracují i v terénu, a proto dobře rozumí každodenním výzvám, se kterými se běžný personál setkává. Pro srovnání lze uvést výzkum Jurči (2022), který se zaměřil na manažerské pracovníky, například náměstkyně velkých nemocnic. Ti ve svých odpovědích identifikovali problematické aspekty elektronické dokumentace. Konkrétně poukazovali na legislativní nedostatky, zejména na skutečnost, že zákon je vnímán spíše jako obecný rámec než jako konkrétní návod. Dále podporovali myšlenku centrálního řízení a větší direktivitu MZČR v této oblasti.

3.1 Limity průzkumu

Během praktické části diplomové práce, zejména při sběru dat a jejich následné analýze, se vyskytly určité situace, které lze označit jako limity průzkumu. Ty se projevíly ve dvou oblastech – na straně průzkumného vzorku a také na straně samotného výzkumníka. Je důležité tyto limity zmínit, protože mohly ovlivnit průběh průzkumu, kvalitu a rozsah získaných dat a v konečném důsledku také možnosti zobecnění výsledků.

Jedním z hlavních omezení průzkumu byl nízký zájem potenciálních respondentů o spolupráci. Navzdory oslovení vedoucích pracovníků 40 agentur domácí péče s žádostí o účast na rozhovorech a distribuci dotazníků mezi zaměstnance se do průzkumu zapojila pouze malá část z nich. To mělo přímý dopad na celkový počet vyplněných dotazníků i na počet respondentů ochotných zúčastnit se průzkumného rozhovoru (pouze 7 respondentů), což mohlo ovlivnit reprezentativnost získaných dat.

Výzkumník má za sebou teprve druhou samostatnou vědeckou práci, což mohlo ovlivnit jeho schopnost efektivně plánovat a realizovat průzkum. Nedostatek zkušeností se mohl projevit zejména při vedení rozhovorů, formulaci otázek či vyhodnocování výsledků.

Velkým limitem v počáteční fázi průzkumu byla absence zpětné vazby od původního vedoucího práce. Výzkumník postupoval zcela samostatně bez jakéhokoliv vedení či konzultací a to výrazně zpomalilo průzkum. Tato situace vedla k nutnosti vyhledat nového vedoucího práce, což bylo sice náročné, ale zároveň zásadní pro to, aby mohl průzkum pokračovat.

Přestože se během průzkumu objevily určité limity, které mohly ovlivnit průběh i výsledky práce, získaná data a jejich následná analýza přinesly cenné poznatky. Průzkum poukázal na konkrétní aspekty využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči

a přinesl užitečné informace o přínosech i překážkách jejího zavádění. I přes uvedené limity lze výsledky považovat za přínosné a jako podnět k dalšímu zkoumání této problematiky.

4 ZÁVĚR

Digitalizace hraje v současném zdravotnictví stále významnější roli – přispívá ke zvýšení efektivity, zpřehlednění péče a zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky. Zavádění elektronické dokumentace představuje klíčový krok v tomto procesu a její využití se postupně rozšiřuje i do oblasti domácí péče. Právě na tuto problematiku se zaměřila tato diplomová práce, jejímž cílem bylo analyzovat využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace v prostředí domácí péče, zhodnotit její přínosy i potenciální úskalí z pohledu všeobecných sester a vedoucích pracovníků a formulovat doporučení pro další rozvoj této oblasti.

Tato diplomová práce má teoreticko-průzkumný charakter. Teoretická část vychází z analýzy problematiky zdravotnické dokumentace, jejího účelu, způsobu vedení a právního zakotvení včetně platné legislativy v České republice. Dále se věnuje digitalizaci dokumentace v národním i mezinárodním kontextu, se zvláštním důrazem na specifika ošetrovatelské dokumentace a oblast domácí péče.

Průzkumná část se opírá o kombinaci kvalitativního a kvantitativního přístupu. Pro hlubší porozumění problematice a získání souvisejících informací byly nejprve realizovány polostrukturované rozhovory s vedoucími pracovníky agentur domácí péče, které poskytly vhled do procesu zavádění a každodenního využívání elektronické ošetrovatelské dokumentace. Na rozhovory navázalo kvantitativní šetření formou dotazníku, které zkoumalo zkušenosti všeobecných sester pracujících v domácí péči s používáním EOD a umožnilo širší zhodnocení dané problematiky.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že elektronická ošetrovatelská dokumentace je v oblasti domácí péče vnímána převážně pozitivně, a to jak ze strany vedoucích pracovníků, tak zdravotních sester působících v přímé péči. Přestože většina respondentů má s EOD zkušenosti kratší než pět let, většina z nich uvádí, že se v systému orientuje dobře, což odráží postupnou, ale úspěšnou adaptaci na digitální prostředí v tomto segmentu zdravotní péče.

Mezi hlavní přínosy, které respondenti zmiňovali, patří přehlednost, rychlost práce, čitelnost, snadná dostupnost informací, úspora času a snížení administrativní zátěže. Tyto aspekty pozitivně hodnotí i vedoucí pracovníci, kteří dále oceňují lepší organizaci práce. Při přechodu z papírové na elektronickou dokumentaci byly zaznamenány rozdílné přístupy – od počáteční skepse až po velmi pozitivní přijetí, což reflektuje různé úrovně připravenosti a otevřenosti vůči změnám.

Průzkum však odhalil i některé problematické oblasti – zejména technické obtíže a finanční náročnost spojenou se zaváděním systému. Výsledky rovněž poukazují na důležitost pravidelného školení personálu a dostupnost technické podpory, které jsou klíčové pro bezproblémové a efektivní využívání EOD v praxi. Pozitivním zjištěním je, že více než polovina sester má možnost připomínkovat fungování systému, což svědčí o otevřenosti vedení ke zpětné vazbě a ochotě aktivně zapojovat zaměstnance do procesu zlepšování digitálních nástrojů. Avšak další rozšiřování EOD bývá často limitováno složitou komunikací s institucemi, jako jsou zdravotní pojišťovny.

Pro budoucí výzkum se jako perspektivní jeví analýza vlivu stylu vedení a aktivity managementu na efektivitu zavádění EOD. Tento výzkum by mohl být rámován evropským modelem digitálních kompetencí DigCompEdu, jehož principy lze aplikovat i v oblasti zdravotnictví. Inspirací může být i výzkum Kristiny Mikkonen (Tribune, 2023), zaměřený na souvislosti mezi digitálními kompetencemi zdravotnických pracovníků a jejich pracovním prostředím.

Tato diplomová práce přináší vhled do problematiky elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči – tématu, které je v českém odborném prostředí zřídka zkoumáno. Na základě provedeného průzkumu lze konstatovat, že stanovené cíle byly naplněny – práce přinesla jak konkrétní poznatky z praxe, které rozšiřují dosavadní poznání o digitalizaci v tomto segmentu zdravotní péče.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2. přeprac. a dopl. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3557-3.
3. CEJNKOVÁ, Lenka. Čas pro sekci domácí péče. *Florence odborný časopis pro nelékařský zdravotnické pracovníky* [online]. 2010 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/cas-pro-sekci-domaci-pece/>
4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [online]. 2002 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
5. ČERNÝ, Michal a Dagmar CHYTKOVÁ. *Myšlenkové mapy pro studenty: učte se efektivně a nastartujte svou kariéru*. Brno: BizBooks, 2014. ISBN 978-80-265-0267-8.
6. DOMINCOVÁ, Eliška. RADA A PARTNER. *Co přináší zákon o elektronizaci zdravotnictví?* [online]. 2021 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://radapartner.cz/co-prinasi-zakon-o-elektronizaci-zdravotnictvi/>
7. E-SESTRÍČKA.CZ. *Seznam funkcí e-sestřičky* [online]. b.r., 2025 [cit. 2025-03-23]. Dostupné z: <https://www.e-sestricka.cz/>
8. GOUGH, David, Sandy OLIVER a James THOMAS. *An introduction to systematic reviews*. 2nd edition. Los Angeles: SAGE, 2017. ISBN 978-1-4739-2942-5.
9. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
10. CHALOUPKA, Radek, Martin KONÍŘ, Tereza MAIXNEROVÁ, Martin DOLEŽAL a Renáta BARTONČÍKOVÁ. *Studie - Připravenost ČR na digitalizaci zdravotnictví* [online]. 2022 [cit. 2025-04-01]. Dostupné z: https://www.atdz.cz/upload/news/ATDZ_KPMG_Studie.pdf
11. IRESOFT S.R.O. *Iresoft* [online]. b.r., 2025 [cit. 2025-03-23]. Dostupné z: <https://www.iscygnus.cz/>
12. JAROŠOVÁ, Darja. Elektronická dokumentace pro ošetrovatelskou diagnostiku v domácí péči. *Praktický lékař* [online]. 2012(2) [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://research.ebsco.com/c/46uzi2/viewer/pdf/emrugvf3wb?auth-callid=84cb4b64-42de-4031-8d8a-f4eca188ae27>
13. JARVA, Erika, Anne OIKARINEN, Marco TOMIETTO, Maria KÄÄRIÄINEN a Kristine MIKKONEN. Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *International Journal of Medical Informatics* [online]. 2023(171) [cit. 2025-04-13]. ISSN 1386-5056. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.104995>.
14. KAČEROVÁ, Eliška. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Návrh nařízení o Evropském prostoru pro zdravotní data (EHDS)* [online]. 2024, 11.3.2024 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publication/000589/attach-012-13-policar-kacerova-2024-03-17-21-45-59.pdf>
15. KADĚRKOVÁ, Pavlína. *Projekt zavedení elektronické dokumentace v krajské nemocnici*. Vedoucí Crhová, Zuzana. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta

- managementu a ekonomiky, Ústav managementu a marketingu, 2024. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/54701>.
16. KATUŠČÁK, Dušan, Barbora DROBÍKOVÁ a Richard PAPÍK. *Jak psát závěrečné a kvalifikační práce: jak psát bakalářské práce, diplomové práce, dizertační práce, specializační práce, habilitační práce, seminární a ročníkové práce, práce studentské vědecké a odborné činnosti, jak vytvořit bibliografické citace a odkazy a citovat tradiční a elektronické dokumenty*. 5. vyd., v českém jazyce 1. Nitra: Enigma, 2008. ISBN 978-80-89132-70-6.
 17. KRIZANOVÁ, Marie. *Ošetrovatelská dokumentace jako efektivní nástroj předávání informací v intenzivní péči*. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7eh8p6/>
 18. KRÝSA, Ivo. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. Praha: Wolters Kluwer, 2020. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-875-1.
 19. KUBIČKOVÁ, Jesika. *Optimalizace ošetrovatelské dokumentace*. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2020. Dostupné z: <https://theses.cz/id/70be4j/>.
 20. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
 21. MACH, Jan, Aleš BURIÁNEK, Dagmar ZÁLESKÁ, Dita MLYNÁŘOVÁ, Ivana KVAPILOVÁ, Miloš MÁCA a Daniel VALÁŠEK. *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8895-1
 22. MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.
 23. MATES, Pavel a Vladimír SMEJKAL. *E-government v českém právu*. Praha: Linde, 2006. ISBN 80-7201-614-8
 24. NÁRODNÍ PEDAGOGICKÝ INSTITUT ČESKÁ REPUBLIKA. Digitalizace ve školství. DIGCOMPEDU. *Národní pedagogický institut Česká republika* [online]. [cit. 2025-04-13]. Dostupné z: <https://digcompedu.npi.cz/>
 25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Evropský prostor pro zdravotní data (EHDS): budoucnost zdravotnictví v Evropské unii* [online]. 2022, 31.5.2022 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://ncez.mzcr.cz/cs/aktuality/evropsky-prostor-pro-zdravotni-data-ehds-budoucnost-zdravotnictvi-v-evropske-unii>
 26. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce domácí péče* [online]. 2020 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
 27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. 2021, 27.4.2021 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
 28. MISCONIOVÁ, Blanka. *Management Komplexní domácí péče*. [Praha]: Asociace domácí péče České republiky – Národní centrum domácí péče, [1998], 80 s. ISBN (Brož.).

29. MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2019. Studijní texty. ISBN 978-80-7419-285-2.
30. NADAČNÍ FOND AKUTNĚ.CZ. *Elektronizace zdravotnictví a telemedicína 2024* [online]. 2024, 17.3.2024 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/publication/cs/589-elektronizace-zdravotnictvi-a-telemedicina-2024/>
31. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Domácí péče* [online]. 17.4.2023 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/209-domaci-pece>
32. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Zdravotnická dokumentace* [online]. 31.1.2024 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1074-zdravotnicka-dokumentace>
33. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020 NZIS REPORT č. K/31 (08/2021)* [online]. 2021 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2020.pdf>
34. NEBŘENSKÁ, Kateřina. *Vedení ošetrovatelské dokumentace a její časová náročnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Online. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/yso2dr/>.
35. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2863-1.
36. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
37. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
38. PUNCH, Keith. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.
39. PURKERT, Jan. *Elektronická forma zdravotnické dokumentace* [online]. In: . 2016, 30.8.2016 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.stapro.cz/elektronicka-forma-zdravotnicke-dokumentace/>
40. SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. Praha: Leges, 2011. Praktik. ISBN 978-80-87212-72-1. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201108/contents/nkc20112201397_1.pdf
41. STŘEDA, Leoš a Karel HÁNA. *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5764-3.
42. SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a Ladislav ŘÍPA. *Právo ve zdravotnictví*. V Praze: C.H. Beck, 2021. Právní praxe. ISBN 978-80-7400-835-1.
43. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
44. ŠTENGLOVÁ, Adéla. *Elektronizace ošetrovatelské dokumentace*. Online. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2024. Dostupné z: <https://theses.cz/id/axx9hl/>.

45. TÁBORSKÝ, Miloš. *Digitální medicína II*. Praha: EEZY Publishing, 2023. Medicína. ISBN 978-80-88506-18-8.
46. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Národní registr poskytovatelů zdravotnických služeb* [online]. [cit. 2025-03-03]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/>
47. VENDLICHOVÁ, Martina. *Domácí péče* [online]. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2013, 64 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/vedlichova_-_domaci_pece.pdf
48. VONDRÁČEK, Lubomír, Miloslav LUDVÍK a Jana NOVÁKOVÁ. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.
49. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Doba uchování a likvidace zdravotnické dokumentace* [online]. 2023, 12.6.2023 [cit. 2025-02-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/doba-uchovani-a-likvidace-zdravotnicke-dokumentace>
50. VYMĚTAL, Jan. *Informační zdroje v odborné literatuře*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-520-5.
51. Výzkumníci chtějí zmapovat digitální kompetence sester. *Medical Tribune* [online]. 2023, (26) [cit. 2025-04-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/vyzkumnici-chteji-zmapovat-digitalni-kompetence-sester/>
52. Yang Y, Bass EJ, Bowles KH, Sockolow PS. Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care. *Comput Inform Nurs*. 2019 Jan;37(1):39-46. doi: 10.1097/CIN.0000000000000468. PMID: 30074919; PMCID: PMC6343953.
53. ZÁKON PRO LIDI. *Vyhláška č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci* [online]. 1.1.2025 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
54. ZÁKON PRO LIDI. *Zákon č. 325/2021 Sb. Zákon o elektronizaci zdravotnictví* [online]. 2022, 1.1.2022 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-325?text=325%2F2021>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník k výzkumu elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči

Příloha B: Doplnující otázky pro rozhovor

Příloha C: Respondent č. 1

Příloha D: Respondent č. 2

Příloha E: Respondent č. 3

Příloha F: Respondent č. 4

Příloha G: Respondent č. 5

Příloha A: Dotazník k výzkumu elektronické ošetrovatelské dokumentace v domácí péči

Vážená respondentko, vážený respondent, jmenuji se Pavla Pospíšilová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví na Univerzitě Pardubice. Tento dotazník je součástí výzkumu v rámci diplomové práce na téma Ošetrovatelská elektronická dokumentace v domácí péči. Cílem je zjistit zkušenosti a názory zdravotnických pracovníků na využívání elektronické dokumentace v domácí péči. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity výhradně pro účely této studie.

Děkuji za Váš čas a ochotu odpovídat.

I. Demografické údaje

1. Do které věkové skupiny patříte?

- 20–39 let
- 40–59 let
- 60 a více let

2. Jak dlouho pracujete v domácí péči?

Prosím uveďte počet let: _____

3. Jak dlouho pracujete s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?

Prosím uveďte počet let: _____

II. Zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací

4. Vnímáte výhody elektronické ošetrovatelské dokumentace oproti listinné podobě?

- Ano
- Spíše ano
- Není rozdíl
- Spíše ne
- Ne

5. Pokud jste odpověděl/a "Ano" nebo "Spíše ano", jaké výhody podle Vás elektronická dokumentace přináší?

Odpověď: _____

6. **Pokud jste odpověď/a "Ne" nebo "Spíše ne", jaké nevýhody podle Vás elektronická dokumentace přináší?**

Odpověď: _____

7. **Myslíte si, že ovládáte práci s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací?**

- Ano
- Spíše ano
- Není rozdíl
- Spíše ne
- Ne

8. **Byl/a jste dostatečně zaškolen/a při přechodu na elektronickou ošetrovatelskou dokumentaci?**

- Ano
- Spíše ano
- Není rozdíl
- Spíše ne
- Ne

9. **Domníváte se, že používání elektronické ošetrovatelské dokumentace zvyšuje efektivitu Vaší práce?**

- Ano
- Spíše ano
- Není rozdíl
- Spíše ne
- Ne

III. Práce s elektronickou dokumentací

10. **Jaké přínosy má podle Vás elektronická dokumentace při předávání informací?**

- Eliminace chybných údajů
- Urychlení práce
- Možnost prohlížení historie
- Jiné: _____

11. **Máte k dispozici elektronické zařízení (mobil, tablet, PC) pro zápis během návštěvní služby?**

- Ano
- Ne

12. **Máte k dispozici elektronické zařízení pro zápis mimo návštěvní službu?**

- Ano
- Ne

13. **Kdy nejčastěji provádíte zápisy do elektronické dokumentace?**

- Bezprostředně po provedení ošetření
- Po skončení návštěvní doby
- V kanceláři
- Doma
- Jiné: _____

14. **Využíváte předdefinované texty k zápisu do elektronické dokumentace?**

- Ano
- Ne
- Nejsou k dispozici

15. **Využíváte plán ošetřovatelské péče v elektronické podobě?**

- Ano
- Ne
- Není k dispozici

IV. Hodnocení a návrhy na zlepšení

16. **Jaké jsou podle Vás nevýhody elektronické ošetřovatelské dokumentace?**

Odpověď: _____

17. **Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení elektronické ošetřovatelské dokumentace?**

Odpověď: _____

18. **Máte možnost aktivně přispívat k úpravám a zlepšování elektronické ošetřovatelské dokumentace ve Vašem zařízení?**

- Ano
- Ne

19. Používáte elektronický podpis?

- Ano
- Ne

19. Jak získáváte informace o elektronické ošetrovatelské dokumentaci?

- Semináře, školení
- Internet
- Nadřízení
- Jiné: _____

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a za Váš čas!

Příloha B: Doplnující otázky k rozhovoru

Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací

Jak dlouho je ve vašem zařízení využívána elektronická ošetrovatelská dokumentace?

Jaké hlavní výhody a nevýhody vnímáte při jejím používání oproti papírové formě?

Jaký konkrétní systém elektronické dokumentace využíváte? Jste s ním spokojeni? Pokud ne, co byste na něm změnili?

Efektivita a dopad na práci

Jakým způsobem elektronická dokumentace ovlivnila každodenní práci zdravotních sester?

Máte pocit, že elektronická dokumentace snižuje administrativní zátěž, nebo ji naopak komplikuje?

Které funkce systému nejvíce usnadňují práci zdravotním sestřám?

Naopak, jaké nedostatky systému vnímáte? Co by bylo potřeba vylepšit?

Školení a podpora personálu

Bylo zavedení elektronické dokumentace doprovázeno školením personálu? Pokud ano, považujete jej za dostatečné?

Bylo školení realizováno poskytující firmou, nebo zajištěno interně managementem zařízení?

Jakým způsobem jste byli proškoleni vy jako vedoucí pracovníci?

Probíhá u vedoucích pracovníků průběžné proškolení v oblasti elektronické dokumentace?

Jaký byl postoj personálu k zavedení elektronické dokumentace? Přijali ji pozitivně, nebo se setkáváte s odporem?

Probíhala před zavedením elektronické dokumentace nějaká přípravná fáze nebo adaptační období?

Máte možnost v případě problémů kontaktovat technickou podporu? Jak rychlá a efektivní je její odezva?

Bezpečnost a sdílení informací

Jakým způsobem zajišťujete zabezpečení citlivých zdravotních údajů v elektronické dokumentaci?

Je vaše elektronická dokumentace propojena s dalšími systémy (např. nemocnice, laboratoře, praktičtí lékaři)? Funguje tato spolupráce efektivně?

Uvítali byste širší propojení elektronické dokumentace s jinými zdravotnickými informačními systémy?

Budoucnost a zlepšení

Jaké změny nebo vylepšení byste v oblasti elektronické dokumentace uvítali?

Používáte při práci s elektronickou dokumentací elektronický podpis? Pokud ne, plánujete jeho zavedení?

Uvítali byste kompletní přechod na elektronickou dokumentaci bez nutnosti papírové formy? Jaké výhody a nevýhody by podle vás tento přechod přinesl?

Máte zkušenosti s využitím mobilních zařízení (např. tabletů) pro práci s elektronickou dokumentací v domácí péči? Pokud ano, jaké výhody a nevýhody tento způsob práce přináší?

Příloha C: R1

Respondent č. 1

První rozhovor byl pořízen s 45letou respondentkou, která, která v oblasti domácí péče působí již 17 let, z toho posledních pět let zastává vedoucí funkci vrchní sestry a zároveň jednatelky.

Vzhledem k časovému vytížení respondentky byl rozhovor realizován telefonicky. Přestože souhlasila s jeho nahráváním, kvalita záznamu byla velmi nízká, což komplikovalo následné zpracování. Z tohoto důvodu bylo nezbytné co nejrychlejší přepsání rozhovoru, aby nedošlo ke ztrátě důležitých informací a bylo možné s výpovědí efektivně pracovat v rámci analýzy.

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ EOD 3 roky➤ spokojenost➤ problémy se signálem➤ zvýšené finanční náklady➤ Cygnus 2

Respondentka uvádí, že s elektronickou dokumentací pracují „prakticky odjakživa“. Vysvětluje, že již od počátku sestry prováděly zápisy přes počítač, a během let se systém neustále zdokonaloval. Od doby, kdy pracuje v agentuře domácí péče (17let), zaznamenala významný posun v digitalizaci a zlepšování funkcí systému. Aktuálně již **třetím rokem** využívají **Cygnus 2**, se kterým jsou **nadmíru spokojeni**. Přestože by uvítali některé dílčí úpravy, respondentka podotýká, že „*není možné vytvořit univerzální systém, který by vyhovoval všem*“.

Jako nevýhodu vnímá především **technické problémy**, které mohou práci sester ztěžovat. Největší komplikací je **nedostatečné pokrytí signálem**, zejména v odlehlejších venkovských oblastech, kde se sestry často pohybují. V těchto místech je práce s mobilní aplikací výrazně omezená, protože bez pokrytí není možné připojit se k systému v reálném čase.

Dalším významným faktorem je **finanční náročnost** digitalizace, která zahrnuje nejen pořízení chytrých mobilních telefonů, tabletů a počítačů, ale také hrazení neomezených datových tarifů pro mobilní připojení. Jak sama říká: "*Všechno to stojí nemalé peníze – kvalitní mobilní*

telefony, tablety, počítače, a hlavně neomezená data, bez kterých se v terénu neobejdeme. A to je velká finanční zátěž."

Přesto vnímá digitalizaci jako nevyhnutelnou součást moderní zdravotní péče a zdůrazňuje, že přes všechny výzvy a finanční náklady je přínos elektronické dokumentace nesporný.

Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none">➤ administrativní zátěž ne➤ mobilní telefon

Elektronická ošetrovatelská dokumentace není vnímána jako administrativní zátěž, naopak se stala přirozenou součástí každodenní práce sester. Díky digitalizaci dokumentace se podařilo zjednodušit řadu procesů, a tím i zefektivnit práci zdravotnického personálu.

Sestry, které s EOD pracují, vyjadřují celkovou spokojenost. Oceňují především snadný přístup k informacím, což jim umožňuje rychle reagovat na potřeby pacientů. Díky tomu mají vždy aktuální přehled o zdravotním stavu pacientů, o provedených výkonech a o dalším plánovaném postupu péče.

Jedním z největších přínosů EOD je možnost využívat mobilní zařízení, jako jsou chytré telefony a tablety. Sestry si velmi pochvalují mobilní přístup k dokumentaci, protože jim umožňuje okamžitě zapisovat důležité informace přímo u pacienta, aniž by musely čekat na návrat do kanceláře.

Díky mobilnímu přístupu mohou:

- okamžitě zaznamenávat údaje o zdravotním stavu pacienta
- prohlížet si dřívější záznamy a výkony, což pomáhá při rozhodování o dalším postupu
- mít k dispozici telefonní kontakty a adresy pacientů, což usnadňuje plánování návštěv
- zaznamenávat důležité poznámky k pacientovi pro ostatní členy týmu, což zlepšuje spolupráci mezi sestrami

Přestože mobilní technologie přinesly výrazné zjednodušení práce, některé sestry se stále přizpůsobují novému způsobu dokumentace a hledají nejefektivnější způsoby jejího využití. Celkově však digitalizace výrazně přispěla k větší efektivitě a kvalitě poskytované péče.

Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ firemní školení ➤ negativní postoj k zavedení EOD ➤ adaptační fáze půl roku ➤ technické podpora ano

Při zavádění nového systému Cygnus 2 probíhalo školení **prostřednictvím poskytující firmy**, která nabízí školicí moduly pro své uživatele. Proces vzdělávání byl rozdělen do několika fází, aby byl co nejefektivnější. Nejdříve byly **proškoleny vrchní a staniční sestry**, které získaly podrobné informace o systému a jeho funkcionalitě. **Následně proběhlo školení** všech ostatních **sester**, přičemž vrchní a staniční sestry pak fungovaly jako opora pro svůj tým a předávaly znalosti dál. **Průběžná školení** nyní probíhají přímo v rámci organizace a jsou **zajišťována vrchní nebo staniční sestrou**, která udržuje tým neustále informovaný o novinkách a změnách v systému

Přechod na nový systém se mezi sestrami **nesetkal s nadšením**. Jak respondentka uvádí: *"V terénu mají něco zažitého a je těžké je přesvědčit na něco nového."* Změna v dlouhodobě zasetých pracovních postupech byla pro některé sestry náročná a vyžadovala trpělivost i přizpůsobení se novému způsobu práce. Aby byl přechod co nejhladší, probíhala **adaptační fáze přibližně půl roku**, během které se starý a nový systém používaly současně. To umožnilo sestram postupně si na nový systém zvykat, přičemž stále měly možnost vrátit se k původní metodě, pokud si nebyly jisté. Navzdory počátečním obavám a odporu k novému systému si sestry postupně na jeho používání zvykly a nyní **jeho výhody oceňují**.

Technická podpora systému funguje spolehlivě, nicméně vzhledem k tomu, že firma má velké množství klientů, může být odezva různá. Firma se snaží reagovat co nejrychleji, ale z důvodu vysokého počtu požadavků prioritizuje jednotlivé dotazy. Respondentka celkově **hodnotí technickou podporu pozitivně**, ale vnímá výzvy spojené s kapacitou firmy, která musí zvládat požadavky velkého množství zdravotnických zařízení.

Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ přihlašovací údaje ➤ bezpečnost v rámci programu ➤ není propojení s dalšími systémy

Respondentka zdůrazňuje, že bezpečnost dat je klíčovým aspektem práce s elektronickou dokumentací. Ujišťuje, že všechna **data jsou bezpečně uložena v rámci zakoupeného programu**, který využívají. Tento systém je chráněn **přihlašovacími údaji**, přičemž přístup k datům mají pouze autorizovaní uživatelé, tedy zdravotníci, kteří jsou oprávněni pracovat s patientskou dokumentací.

Zároveň však upozorňuje, že aktuálně **chybí širší propojení** s dalšími zdravotnickými systémy, což by výrazně usnadnilo komunikaci mezi různými zdravotnickými zařízeními a zefektivnilo péči o pacienty. Ačkoli by propojení s dalšími systémy bylo velmi přínosné, respondentka uvedla, že zatím se jedná spíše o přání než o realitu. V praxi stále narážejí na mnoho překážek, například nejednotnost systémů, technická omezení, administrativní a legislativní překážky. Jak sama říká: *"Propojení s jinými systémy by bylo skvělé, ale realita je bohužel jiná. Zatím je to jen naše přání."* Navzdory těmto překážkám respondentka věří, že do budoucna by bylo možné najít řešení, které by umožnilo efektivnější sdílení patientských údajů mezi zdravotnickými zařízeními, a tím zlepšit koordinaci péče.

Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nejsou návrhy na změny ➤ elektronický podpis ne ➤ bezpapírový systém ne ➤ využití mobilních zařízení ano

Jak již respondentka uvedla, jejich organizace je se stávajícím systémem pro zpracování dokumentace **spokojena a neuvažují o žádných výrazných změnách**. Hlavním důvodem je skutečnost, že jakékoliv zásadní změny se v jejich organizaci prosazují obtížněji. Zaměstnanci jsou na současný systém zvyklí, a i když by se některé dílčí úpravy mohly ukázat jako přínosné, radikální změny by mohly narazit na odpor personálu a způsobit zbytečné komplikace v zaběhlých pracovních postupech.

Jedním z aspektů, které zatím nebyly implementovány, je **elektronický podpis**. Hlavním důvodem, proč jej nevyužívají, je problematictější přístup zdravotních pojišťoven. Pojišťovny požadují, aby byl každý záznam opatřen přesným časem, kdy byl pacient ošetřen, což může být v některých případech technicky obtížné splnit. Tento požadavek činí zavedení **zcela bezpapírového systému** v jejich organizaci **neuskutečnitelným**, protože stále musí zachovávat papírové výstupy pro kontrolní orgány.

Mobilní elektronická zařízení jsou v organizaci **běžně využívána**, jak již respondentka uvedla v úvodní části rozhovoru. Sestry pracují s **mobilními telefony a tablety**, které jim umožňují rychlý přístup k dokumentaci a usnadňují práci v terénu.

Celkově tedy organizace zůstává **věrná svému současnému systému**, přičemž si uvědomuje jeho limity, ale zároveň **nevidí v tuto chvíli důvod k zásadním změnám**. Přejít na plně digitalizovanou dokumentaci by vyžadoval nejen technologické úpravy, ale také změny v přístupu zdravotních pojišťoven, což je faktor, který zatím zůstává mimo jejich kontrolu.

Příloha D: R2

Respondent č. 2

Respondentkou č. 2 byla 40letá žena, která již osm let pracuje na pozici vrchní sestry v domácí péči. Rozhovor s ní proběhl formou osobního setkání přímo na jejím pracovišti. Pro účely usnadnění zpracování informací respondentka souhlasila s nahráváním rozhovoru, přičemž záznam byl využit výhradně k analytickým účelům.

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ EOD od října 2024➤ rychlost➤ efektivnost➤ konfigurace➤ kontrola➤ e-Sestřička

Respondentka č. 2 považuje za největší přínos elektronické ošetrovatelské dokumentace především její **rychlost a efektivitu**. Jako vrchní sestra využívá EOD nejen pro administrativní úkoly, jako je plánování služeb a **kontrola** práce sester, ale také pro vykazování výkonů pojišťovně, vedení statistických údajů a samotný zápis do dokumentace při práci v terénu.

Velmi oceňuje možnost **konfigurace** pracovních postupů, což umožňuje sestřám plánovat péči dopředu a mít jasně definované úkony, které je třeba u pacienta provést. Důležitým aspektem je podle něj také standardizace zápisů, která eliminuje nadbytečnou variabilitu v dokumentaci a zabraňuje používání nejednotných či neformálních zápisů. Jak sama poznamenává, „*aby se v zápisech zbytečně nepoužívala lidová tvořivost.*“

System EOD byl v jejich organizaci zaveden relativně nedávno, **od října 2024**. Po pečlivém zvážení a výběrovém řízení se rozhodli pro systém **e-Sestřička**, který podle respondenta nejlépe odpovídá jejich potřebám a specifickým domácí péče.

Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none">➤ ulehčení práce sester➤ administrativní zátěž pro vrchní sestru

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ kopírování textů ➤ nedostatky zatím nevidí
--	---

Respondentka uvádí, že zavedení EOD výrazně **usnadnilo práci** sester, a to „na 150 %“. Nicméně pro ni osobně znamená spíše **nárůst povinností**, jelikož musí kontrolovat veškeré zápisy v dokumentaci a následně je schvalovat. Po sestrách vyžaduje, aby zápisy prováděly neprodleně, což jí umožňuje provádět kontrolu co nejdříve. „*Sestry vypočítají kilometry, zadají čas, spotřebovaný materiál a další údaje, a poté mi vše odešlou – to je jejich práce,*“ vysvětluje. Jejich nejoblíbenější funkcí je možnost **kopírování textů** z předešlého dne, což eliminuje nutnost opakovaného psaní stejných informací. Vzhledem k tomu, že s EOD pracují teprve pět měsíců, zatím mezi zaměstnanci **převažuje nadšení**.

Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ školení personálu probíhá ➤ vlastní školení, emailů, sestry čtou sami, samostudium ➤ EOD chtěly sestry ➤ adaptační fáze 1 měsíc, 3 měsíce stálá technická podpora

Při přechodu na EOD **probíhalo školení odděleně** – zvlášť pro sestry a zvlášť pro vedení. Pokud dojde k jakýmkoliv změnám nebo aktualizacím systému, firma, která jej provozuje, zasílá sestrám informativní **e-maily**. Díky tomu se zaměstnanci **sami průběžně seznamují** s novinkami, aniž by bylo nutné tyto změny řešit na poradách.

Iniciativa k zavedení elektronické dokumentace **vzešla přímo od sester**, které měly zájem o modernější systém evidence a již nechtěly pracovat s papírovou dokumentací. Adaptační fáze trvala **jeden měsíc** a představovala náročné období. Po dobu 3 měsíců byla k dispozici **technická podpora**, a to jak ze strany IT specialistů, tak i odborníků z oblasti ošetrovatelství.

Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hesla v PC ➤ není propojení s dalšími systémy

Respondentka k tématu bezpečnosti uvádí, že každá sestra má svůj vlastní účet **chráněný heslem**, přičemž systém je automaticky zabezpečen a po určité době nečinnosti se odhlašuje. Přístup k elektronické dokumentaci je tak možný pouze oprávněným uživatelům, což zajišťuje ochranu citlivých zdravotnických údajů pacientů.

Dále uvádí, že v jejich zařízení **není elektronická ošetřovatelská dokumentace propojena** s žádnými dalšími zdravotnickými systémy, například nemocničními informačními systémy či databázemi jiných poskytovatelů zdravotní péče. I když by takové propojení mohlo v některých případech usnadnit sdílení informací a urychlit komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními, v současné době to není technicky možné.

Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nejsou návrhy na změny ➤ elektronický podpis ne ➤ bezpapírový systém ne ➤ využití mobilních zařízení, notebook, PC v kanceláři, mobilní telefon

Na dotaz, jaké změny by v systému elektronické dokumentace navrhovali, respondentka uvedla, že jsou s aktuálním stavem stále **velmi spokojeni**. Podle jejích slov je „*celý tým nadšený*“ z dosavadního fungování systému a zásadní **změny nejsou v plánu**.

Zavedení elektronického podpisu a s tím spojené plně bezpapírové dokumentace momentálně **neplánují**. Důvodem je především přístup zdravotních pojišťoven při kontrolách dokumentace. Pojišťovny stále vyžadují tištěnou formu některých záznamů, což komplikuje přechod na plně elektronickou evidenci.

Naopak by v praxi velmi ocenili možnost sdílení patientského souhrnu mezi zdravotnickými zařízeními. Jak sama respondentka uvedla: „*To by se líbilo každému.*“ Sdílení by usnadnilo přístup k důležitým informacím o pacientech a přispělo by k efektivnější a koordinovanější péči.

Pokud jde o technické vybavení, sestry běžně pracují s **notebooky**, které mají k dispozici doma, a v kanceláři mohou využívat **stolní počítače**. Samozřejmě jsou také **chytré mobilní telefony**, které umožňují práci v terénu, například zadávání záznamů přímo během návštěv

u pacientů. Díky tomuto technickému vybavení mohou sestry efektivně pracovat jak v kanceláři, tak i v terénu, což usnadňuje jejich každodenní činnost a zlepšuje organizaci práce.

Příloha E: R3

Respondent č.3

Rozhovor s respondentem č. 3 probíhal telefonicky, což bylo z důvodů velké vzdálenosti (respondent je z Karlových Varů a výzkumník z Pardubic) nejvhodnějším řešením. Před zahájením rozhovoru respondent souhlasil s jeho nahráváním. Kvůli technickým komplikacím se však zvukový záznam dochoval ve velmi špatné kvalitě. Z tohoto důvodu bylo nezbytné rozhovor co nejdříve přepsat do textové podoby, přičemž některé části nebylo možné přesně zaznamenat. Respondentem byl muž ve věku 34 let, který na pozici vrchní sestry působí jeden rok.

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ EOD od roku 2023➤ přehlednost➤ úspora času➤ čitelnost➤ spokojenost➤ Cygnus2

Z jeho pohledu přináší elektronická ošetrovatelská dokumentace oproti tradiční papírové dokumentaci řadu **výhod**. Zdůraznil zejména její lepší **čitelnost**, která eliminuje riziko nejednoznačných nebo nesrozumitelných zápisů. Dále vyzdvihl **časovou úsporu**, která umožňuje efektivnější práci s dokumentací. Podle jeho slov je EOD **přehlednější a rychlejší**, což přispívá k celkové organizaci a hladšímu chodu pracovních procesů.

V zařízení, kde pracuje, využívají systém **Cygnus 2 od roku 2023**, se kterým je podle svých slov „*naprosto spokojený*“. Ocenil zejména jeho jednoduchost a intuitivní ovládání, díky čemuž je práce s dokumentací méně **časově náročná** a administrativní zátěž na zdravotnický personál se snižuje.

Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none"> ➤ usnadnění práce ➤ úspora času ➤ zjednodušení ➤ administrativní zátěž ne ➤ mobilní aplikace ➤ funkce diktafonu ➤ menší chybovost

Na téma efektivity a dopadu elektronické ošetrovatelské dokumentace na práci zdravotních sester respondent zdůraznil, že jednou z největších výhod je možnost využívání **mobilní aplikace**. Za klíčový přínos považuje zejména **funkci diktafonu**, která umožňuje sestřám zaznamenávat své poznámky hlasově namísto ručního psaní. Tato možnost výrazně usnadňuje práci, zejména v terénu, kdy bylo zdlouhavé a nepraktické zadávat text manuálně do telefonu. Respondent tuto funkci popisuje slovy: „*Sestry jednoduše namluví, co udělaly, a mají hotovo.*“ Díky tomu se výrazně **šetří čas**, který by jinak musel být věnován administrativě. Podle jeho názoru tedy EOD rozhodně není pouhou administrativní zátěží, která by komplikovala práci zdravotnického personálu. Naopak, systém přispívá k efektivnějšímu výkonu povolání, eliminuje nadbytečnou administrativu a umožňuje sestřám věnovat **více času** samotné péči o pacienty. **Mobilní aplikace** jako celek podle respondenta výrazně zjednodušila každodenní pracovní procesy a přispěla k větší plynulosti a **přehlednosti** dokumentace. Možnost **hlasového zadávání** údajů navíc minimalizuje **riziko překlepů** či **nesrozumitelného** zápisu, což dále zvyšuje kvalitu a přesnost vedené dokumentace. Respondent oceňuje **čitelnost** elektronické dokumentace i v rámci své vlastní práce, zejména při kontrolování zápisů sester, což je součástí jeho povinností jako vrchní sestry. Dalším významným přínosem, který zmiňuje, je kontrola dávek a jejich odesílání na pojišťovnu. „*Mně to trvá dvě hodiny, zatímco moje předchůdkyně, když posílala dávky přes portály, s tím strávila celé dopoledne. Nyní mě systém automaticky upozorní na chybu, kterou mohu ihned opravit,*“ popisuje svou zkušenost respondent. Díky tomu je proces nejen **rychlejší**, ale i méně náchylný k chybám.

Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ průběžná školení ➤ vlastní školení ➤ postoj k zavedení EOD nezná, nepracoval v ADP ➤ adaptační fáze nejspíš ano ➤ technické podpora ano

Systém elektronické ošetrovateľskej dokumentácie, ktorý využíva ADP, kde respondent pracuje, nabízí **průběžně školení** formou online kurzů. Informace o dostupných školeních jsou pravidelně zasílány e-mailem, přičemž respondent si vybírá ty kurzy, které jsou specificky určeny pro pracovníky v oblasti domácí péče. Tato **školení probíhají online** a jejich délka se pohybuje v rozmezí 2–3 hodin. Pokud se v rámci školení objeví informace, které by mohly být užitečné i pro ostatní sestry v týmu, respondent následně **školí své kolegyně** sám, aby se potřebné znalosti rozšířily mezi celý tým.

Co se týče samotného přechodu na elektronickou dokumentaci, respondent osobně u tohoto procesu **nebyl přítomen**, ale ví, že pro některé zaměstnance mohl být tento přechod náročnější. Jak sám uvádí: „*Mám tady sestřičky, které byly zvyklé vést dokumentaci v papírové podobě 5 až 10 let a každá změna je pro ně náročná. Myslím, že pro některé z nich byl přechod skutečně složitější. Ted' to ale jednoznačně oceňuji.*“ Dříve musely zdravotní sestry po skončení pracovní směny přicházet do kanceláře a zapisovat veškeré údaje ručně. Díky zavedení elektronického systému se však dokumentace stala výrazně **jednodušší**, což personál vnímá jako velkou úlevu. Nyní mohou potřebné **zápisy provádět přímo v terénu** a nemusejí se vracet do kanceláře kvůli administrativě.

Respondent se domnívá, že adaptační fáze probíhala ještě před samotným spuštěním elektronické dokumentace do plného provozu. V rámci zavádění systému byla zajištěna technická podpora, která i nadále funguje velmi efektivně. Například v případě výpadku mobilní aplikace během pracovního dne **reagovala firma poskytující systém okamžitě** a problém byl rychle vyřešen. Jelikož zdravotní sestry pracují převážně v terénu a potřebují mít neustále aktuální přístup k informacím o pacientech, jsou technické **problémy řešeny přednostně**. To zajišťuje plynulost práce a minimalizuje případné komplikace spojené s nedostupností systému.

Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ personalizované telefony ➤ vypínání aplikace ➤ vypínání mobilních telefonů ➤ propojení s dalšími systémy ne

Respondent uvádí, že bezpečnost dat je zajištěna několika opatřeními. Každá sestra používá svůj **osobní pracovní telefon**, ze kterého se po skončení práce **odhlašuje z mobilní aplikace**. V případě volna si sestry **telefon vypínají**, čímž se minimalizuje riziko jeho neoprávněného použití jinou osobou.

Dále respondent zmiňuje, že elektronická ošetrovatelská dokumentace používaná v jejich agentuře domácí péče **není propojena** s žádnými jinými systémy zdravotnických zařízení. Přestože by v některých případech taková integrace mohla být přínosná, domnívá se, že její realizace je zatím nereálná.

Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nad změnami nepřemýšlejí ➤ elektronický podpis ano ➤ není využití dalších elektronických zařízení ➤ spokojenost se stávajícím systémem

Respondent již v úvodu rozhovoru **chválil systém**, který v jejich zařízení používají, **neuvažuje o žádné změně**. Je **spokojený** také s rozsahem využívání elektronických zařízení – sestry pracují **výhradně s mobilními telefony**, což považuje za dostačující řešení.

V současné době se aktivně podílí na projektu implementace **elektronického podpisu**, který je aktuálně ve fázi příprav. Certifikáty již mají zajištěné a očekává, že tato inovace ještě více **usnadní práci** sester. Po zavedení elektronického podpisu budou moci sestry jednoduše provést zápis do dokumentace a ihned ho **elektronicky podepsat**, čímž odpadne zdlouhavé manuální podepisování dokumentace, které je v současnosti nutné.

Závěrem respondent reflektuje budoucnost elektronické ošetrovatelské dokumentace a zdůrazňuje její nevyhnutelný vývoj slovy: „*Musíme jít s dobou.*“

Příloha F: R4

Respondent č. 4

Rozhovor s respondentkou č. 4 probíhal formou osobní schůzky na jejím pracovišti, čímž bylo zajištěno vhodné prostředí pro vedení rozhovoru bez rušivých vlivů. Respondentka před zahájením rozhovoru poskytla svůj souhlas s jeho nahráváním, a to výhradně za účelem následné analýzy získaných informací.

Respondentka pracuje v agentuře domácí péče na pozici vrchní sestry již dva roky a je jí 37 let. Během rozhovoru sdílela své zkušenosti s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací, kterou ve své praxi denně využívá jak pro administrativní úkony, tak pro řízení týmu sester.

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ EOD 2roky➤ dostupnost➤ nevhodné pro tvorbu plánů➤ Cygnus 2, Google tabulky

Práce s elektronickou ošetrovatelskou dokumentací je v jejich zařízení běžnou součástí každodenní praxe již **více než dva roky**. Respondentka EOD aktivně využívá zejména pro plánování práce sester, tisk poukazů pro lékaře a vyúčtování zdravotním pojišťovnám. Přestože systém nabízí i další funkce, tyto konkrétní oblasti považuje za klíčové a nejvíce přínosné pro svou práci.

Za hlavní výhodu EOD považuje především **dostupnost** a možnost práce online. Jak sama uvádí: „*To je základ. Kdykoliv se něco stane, okamžitě vidíte adresu pacienta, telefonní kontakt a záznamy o tom, jaká péče byla poskytnuta.*“ Možnost přístupu k informacím odkudkoliv a kdykoliv považuje za zásadní benefit pro efektivní organizaci péče.

V jejich zařízení využívají systém **Cygnus 2**, který slouží jako hlavní nástroj pro elektronickou dokumentaci. Nicméně pro plánování služeb preferují **Google tabulky**, protože plánovací funkce v systému Cygnus 2 jim **nevyhovují**. Google tabulky jim umožňují flexibilnější úpravy, sdílení a snadnou dostupnost pro všechny členy týmu.

Respondentka zdůrazňuje, že EOD **zjednodušuje organizaci péče** a zajišťuje lepší přehled o poskytovaných službách. Přesto stále existují určité oblasti, které by mohly být v budoucnu vylepšeny, například **funkčnost plánování** v hlavním systému, která zatím neodpovídá jejich potřebám.

Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dostupnost ➤ informace o pacientech ➤ není administrativní zátěž

Respondentka se domnívá, že elektronická ošetrovatelská dokumentace přispívá ke **snížení administrativní zátěže**, zejména tím, že usnadňuje záznam a správu informací o pacientech. Přesto však vnímá některé oblasti, kde by bylo možné systém dále zlepšit. Jednou z největších nevýhod, kterou v současnosti vnímá, je tisk poukazů každý měsíc, *“je jich třeba 200, to je teda nářez. Proto je pro mě příjemný, když ten jeden doktor, který jich má třeba 30, můžu mu to poslat a vrátí se mi to za dva dny a je to vyřešený“*. Uvítala by proto možnost plně elektronického řešení, které by eliminovalo potřebu papírové dokumentace v této oblasti.

Z pohledu práce zdravotních sester hodnotí EOD velmi pozitivně, a to především díky online **dostupnosti**, která umožňuje sestřám mít neustálý přístup k **informacím o pacientech**. To je velkým přínosem zejména v terénní péči, kde sestry mohou v reálném čase kontrolovat údaje o pacientovi, plánovat své návštěvy a zapisovat provedené úkony přímo do systému. Díky tomu odpadá nutnost dodatečné administrativy po skončení pracovní doby, což sestřám šetří čas a umožňuje jim více se věnovat samotné péči o pacienty.

Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vlastní i firemní školení ➤ nezná postoj k zavedení EOD ➤ technické podpora ano

Toto téma bylo s respondentkou prodiskutováno pouze stručně, neboť již při jejím nástupu do agentury domácí péče byl systém elektronické ošetrovatelské dokumentace plně zaveden. Z tohoto důvodu nezažila fázi přechodu z papírové dokumentace na elektronickou verzi, a tudíž nemůže posoudit, jak tato změna probíhala a jak ji tehdejší sestry vnímaly. Momentálně v ADP

nepracuje žádná sestra, která by měla zkušenost s dřívější papírovou dokumentací, a tak není možné získat zpětnou vazbu od personálu, který by mohl srovnat práci v obou systémech.

Školení personálu probíhá **pravidelně**, a to v několika úrovních. **Vrchní sestra absolvuje** školení přímo od firmy, která poskytuje systém EOD, a následně získané informace předává svým podřízeným. Tento systém zajišťuje, že všechny sestry jsou seznámeny s aktuálními funkcemi a případnými novinkami, aniž by bylo nutné, aby se každá jednotlivě účastnila externích školení.

Technická podpora funguje bez problémů, v případě potřeby se lze obrátit na poskytovatele softwaru, který rychle reaguje na jakékoli technické potíže či dotazy. Doposud nenastaly žádné zásadní komplikace, které by negativně ovlivnily plynulost práce s EOD.

Vedení ADP v minulosti zvažovalo změnu poskytovatele elektronické dokumentace, ale po pečlivém zvážení se rozhodlo zůstat u stávajícího systému. Důvodem bylo především to, že současný systém je osvědčený, uživatelsky přívětivý a stabilní, změna by také znamenala nutnost opětovného školení personálu a možné komplikace s přenosem dat.

Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none">➤ hesla v počítači➤ nedostatečné zabezpečení➤ spolupráce s praktikem

Respondentka uvádí, že počítače jsou **zabezpečeny heslem**, avšak přiznává, že další úroveň zabezpečení v současnosti není zavedena. Předpokládá však, že vzhledem k tomu, že s počítači pracují výhradně sestry a zařízení nejsou sdílena s nepovolanými osobami, je riziko neoprávněného přístupu minimální.

Jak již respondentka zmínila v jiné části rozhovoru, **spolupracují** s jedním **praktickým lékařem**, který preferuje elektronickou komunikaci. Tento způsob výměny informací usnadňuje administrativní procesy a urychluje předávání důležitých údajů mezi poskytovateli zdravotní péče.

Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sdílení informací ➤ elektronický podpis ne ➤ bezpapírový systém -vize

Další oblastí, kterou považuje za klíčovou pro budoucnost EOD, je propojení s dalšími zdravotnickými zařízeními. V současnosti systém funguje pouze v rámci výměny poukazů DP, ale neumožňuje **výměnu informací** s jinými zdravotnickými subjekty, jako jsou nemocnice, praktičtí lékaři nebo specialisté. Takové propojení by podle ní výrazně usnadnilo komunikaci mezi zdravotníky a zlepšilo kontinuitu péče o pacienta. **Sdílení důležitých informací**, jako jsou zdravotní záznamy, výsledky vyšetření či medikace, by vedlo k vyšší efektivitě práce a zamezilo by zbytečnému duplicitnímu vyšetřování pacientů.

Elektronický podpis zatím nezvažují, a to především kvůli obavám spojeným s vykazováním a následnou kontrolou zdravotních pojišťoven. Respondentka uvádí, že současný systém papírového podepisování dokumentace sice představuje administrativní zátěž, nicméně je v souladu s požadavky kontrolních orgánů a pojišťoven.

Domnívá se, že **přechod na plně elektronickou dokumentaci** by sice mohl přinést větší efektivitu a časovou úsporu. Uvítala by proto větší vstřícnost a jednotný přístup zdravotních pojišťoven k digitalizaci zdravotnické dokumentace. Podle ní by standardizace a jasná pravidla pro používání elektronických podpisů mohla výrazně usnadnit práci zdravotnického personálu a přispět k modernizaci celého systému domácí péče.

Příloha G: R5

Respondent č. 5

Poslední respondentkou byla 53letá vrchní sestra, která pracuje v oblasti domácí péče již 15 let. Rozhovor s ní probíhal formou osobního pohovoru, který se uskutečnil v její kanceláři. Celý rozhovor byl, se souhlasem respondentky, nahráván na diktafon, aby bylo možné následně přesně analyzovat poskytnuté informace.

Během rozhovoru panovala přátelská a uvolněná atmosféra, což přispělo k otevřené a věcné diskuzi. Respondentka ochotně sdílela své zkušenosti, nejen z pohledu své současné pozice vrchní sestry, ale také z dlouholeté praxe v domácí péči. Její odpovědi reflektovaly jak její osobní zkušenosti, tak i zkušenosti týmu, který vede.

Díky dlouholetému působení v oboru mohla respondentka nabídnout cenné srovnání mezi tradičním způsobem vedení zdravotnické dokumentace a aktuálně používaným elektronickým systémem. Sdílela konkrétní postřehy o výhodách a případných výzvách, se kterými se její tým setkává při využívání elektronické dokumentace v každodenní praxi.

Téma	Podtéma
Obecné zkušenosti s elektronickou dokumentací	<ul style="list-style-type: none">➤ využívání EOD od roku 2018➤ standard➤ nezbytnost➤ sdílení informací➤ technické problémy➤ propojení s počítač telefon➤ Cygnus2

Systém elektronické ošetrovatelské dokumentace využívají od **konce roku 2018**, přičemž poskytovatelem tohoto systému je **Cygnus 2**. Podle respondentky je práce s EOD již zcela **standardní** součástí jejich praxe a považuje ji za **nezbytnou**. Nedokáže si představit, že by v současné době některé organizace stále pracovaly s papírovou dokumentací, protože elektronický systém přináší výrazné zjednodušení a zpřehlednění pracovních procesů.

Za největší přínos EOD považuje **propojení mezi počítačem a mobilním telefonem**. Jak sama uvádí: *"To, co napíšu do počítače, si holky hned přečtou v mobilu, takže máme okamžitou zpětnou vazbu při předávání služeb."* Tento systém umožňuje efektivní **sdílení informací** v rámci týmu, což je klíčové zejména v situacích, kdy například některá z kolegyně onemocní a není schopná osobně předat informace. V takovém případě stačí, aby se podívala do systému, kde jsou všechny potřebné údaje zaznamenány, a nemusí složitě dohledávat informace telefonicky či osobně. Co se týče nevýhod, respondentka zmiňuje především **technické problémy**, které se mohou čas od času vyskytnout. Přesto si však myslí, že přínosy elektronické dokumentace výrazně převyšují případné nedostatky: *"Myslím si, že to má obrovskou výhodu. Už jsme si na to natolik zvykli, že si bez toho práci neumíme představit."* Celkově hodnotí přechod na EOD velmi pozitivně a je přesvědčena, že digitalizace zdravotnické dokumentace je krokem správným směrem.

Téma	Podtéma
Efektivita a dopad na práci	<ul style="list-style-type: none"> ➤ administrativní zátěž nižší ➤ ulehčení práce sester ➤ plán cest ➤ mobilní aplikace

Respondentka se domnívá, že systém EOD stále není využíván na maximum, ačkoli poskytuje širokou škálu funkcí, které by mohly práci zdravotních sester **výrazně usnadnit**. V praxi se setkává s tím, že některé sestry pracují s EOD efektivněji než jiné, což ovlivňuje celkovou plynulost práce s elektronickou dokumentací.

Administrativní zátěž podle jejího názoru **není výrazná** a ve srovnání s papírovou dokumentací ji hodnotí jako **méně náročnou**. Zdůrazňuje, že pokud si sestry správně připraví plán práce předem, mohou si tím **výrazně ulehčit** organizaci pracovního dne. **Správné plánování** umožňuje efektivní řízení činností a zároveň snižuje množství rutinní administrativní práce. Důležité však je, aby si sestry pravidelně kontrolovaly své zápisy, aby nedocházelo k chybám nebo nesrovnalostem v dokumentaci.

Nejužitečnější funkcí, kterou jako vrchní sestra vnímá jako velký přínos pro organizaci práce, je **plánování cest**. Tento nástroj umožňuje předem rozvrhnout trasu a čas návštěv u pacientů nejen na týden, ale i na delší časové období, například na měsíc nebo dokonce tři měsíce

dopředu. Další užitečnou možností je možnost přidávat k jednotlivým pacientům **poznámky**, včetně telefonních čísel či **důležitých informací** o zdravotním stavu. Díky tomu není nutné tisknout informace o pacientech, protože všechny potřebné údaje má zdravotní sestra k dispozici přímo v systému na mobilním zařízení. Významným usnadněním je také **mobilní aplikace**, do které sestry mohou okamžitě po návštěvě pacienta zaznamenat veškeré potřebné informace. Tento způsob zápisu nejenže zvyšuje efektivitu práce, ale také minimalizuje riziko, že se na něco zapomene, což je zásadní pro poskytování kvalitní domácí péče.

Téma	Podtéma
Školení a podpora personálu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ školení personálu ➤ samostudium ➤ pozitivní přístup k zavedení EOD ➤ adaptační fáze 1měsíc ➤ telefonická technická podpora

Školení k zavedení systému EOD probíhalo organizovaně, avšak vzhledem k množství nových informací bylo pro zdravotní sestry **poměrně náročné**. Přestože byla poskytnuta tištěná metodická dokumentace s podrobnými postupy a návody pro **samostudium**, v praxi bylo nutné mnoho věcí objevovat a osvojovat si samostatně.

Adaptační období trvalo přibližně **jeden měsíc**, během kterého si sestry postupně zvykaly na nové pracovní postupy a učily se pracovat s elektronickou dokumentací. Zpočátku se vyskytovala řada chyb, což bylo podle respondentky přirozenou součástí přechodu z papírové na digitální evidenci. Sestry se v úvodu potýkaly s určitou nejistotou, ale zároveň přistupovaly k zavedení EOD s **pozitivním očekáváním** a snahou co nejrychleji zvládnout nový systém.

Co se týče dalšího vzdělávání, firma zajišťující systém pravidelně rozesílá **e-mailové notifikace** s informacemi o novinkách, avšak online kurzy respondentka **nevyužívá**. Domnívá se, že tyto kurzy nejsou moc efektivní „*věnovat dvě hodiny času kvůli drobným aktualizacím se mi moc nechce*“. Místo toho preferuje **řešit** případné technické nebo funkční problémy **telefonicky**, což jí přijde rychlejší a praktičtější. Po zavedení nového systému byla po určitou dobu zachována možnost nahlížení do starého systému, což usnadnilo přechod a umožnilo porovnávání dat. Přibližně rok tak zdravotní sestry mohly v případě potřeby kontrolovat starší záznamy, avšak veškerá nová dokumentace se již vykazovala výhradně v novém systému. Tento

přístup pomohl ke snadnějšímu přechodu a umožnil zdravotníkům lépe se adaptovat na nové digitální pracovní postupy.

Téma	Podtéma
Bezpečnost a sdílení informací	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hesla ➤ přihlašovací údaje ➤ individualizované mobilní telefony, notebooky ➤ sdílené dat by uvítala

Zabezpečení dat je zajištěno **systémem hesel**, přičemž přihlašování je vyžadováno nejen při vstupu do mobilní aplikace, ale také při používání osobních počítačů a notebooků, které mají sestry k dispozici. Každý uživatel má své **individuální přihlašovací údaje**, což minimalizuje riziko neoprávněného přístupu. Respondentka se domnívá, že sestry jsou dostatečně proškoleny a plně si uvědomují důležitost ochrany citlivých údajů. Dle jejich slov **používají firemní elektronická zařízení výhradně k pracovním účelům**, čímž se eliminuje možnost zneužití dat či neoprávněného přístupu k systému.

Co se týče propojení s dalšími zdravotnickými zařízeními, zatím žádná taková integrace v jejich **systému nefunguje**. Nicméně zvažují nabídku jednoho praktického lékaře, který nabízí komunikaci výhradně elektronicky. Zatím se však jedná pouze o malý počet pacientů, což respondentka vnímá spíše jako možnou administrativní zátěž spíše než výhodu. Jak sama uvádí: *"Nevím, jestli se mi to kvůli momentálně dvěma pacientům vyplatí."* Přesto by do budoucna **propojení a sdílení dat rozhodně uvítala**, protože by mohlo usnadnit a zrychlit přenos důležitých informací mezi jednotlivými zdravotnickými subjekty.

Téma	Podtéma
Budoucnost a zlepšení	<ul style="list-style-type: none"> ➤ elektronický podpis ne ➤ bezpapírový systém ne ➤ využití tabletů v terénu

Firma poskytující elektronickou dokumentaci před časem zavedla do systému možnost elektronického podpisu. Přesto se po důkladném zvážení výhod a nevýhod rozhodli zůstat

u **klasického způsobu podepisování** dokumentace, kdy se záznamy po vytištění podepisují ručně. Respondentka vysvětluje, že hlavním důvodem jsou možné komplikace u externích pracovníků, kteří s dokumentací pracují méně a většinu administrativních úkonů za ně připravuje vrchní sestra. U stálých zaměstnanců by zavedení elektronického podpisu nepředstavovalo problém, ale v současné době v tom **nevidí dostatečný přínos**, aby k této změně přistoupili.

Kromě toho respondentka zvažuje možnost využití **tabletu při první návštěvě pacienta** pro okamžitý zápis anamnézy a dalších údajů přímo do systému. Nicméně má obavy, že by se při práci s tabletem snížila kvalita osobního kontaktu s pacientem. Jak sama říká: *"Když si to píšu na papír, mám pocit, že se pacientovi věnuji víc. Přemýšlela jsem nad tím, že při vyplňování elektronicky bych strávila spoustu času koukáním do tabletu, což pacienti nemusí ocenit. Mohli by mít pocit, že se s nimi nebavím, jen něco vyplňuji."* Tento faktor hraje významnou roli v jejím rozhodování, protože osobní přístup k pacientovi považuje za nezbytný prvek kvalitní domácí péče.