

## Dorota Kilańska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie  
 Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, Warszawa

# Elektroniczny rekord pacjenta w opinii pielęgniarek. Implikacje do dydaktyki – wykorzystanie narzędzi IT w nauczaniu Klasyfikacji ICNP<sup>®</sup>

Electronic Health Record in the opinion of Polish nurses. Implications  
 for teaching – using IT tools in teaching ICNP<sup>®</sup> Classification

### STRESZCZENIE

Wdrożenie elektronicznego rekordu pacjenta do praktyki pielęgniarskiej jest wyzwaniem dla polskiego pielęgniarstwa. Podejmowane działania nie są powszechnie znane i jak pokazują badania wymagają większego zaangażowania w budowanie wiedzy dotyczącej wykorzystania dokumentacji elektronicznej w praktyce. Wiedza ta może być dostarczana podczas szkoleń podyplomowych, ale kluczowym zagadnieniem jest przygotowanie pielęgniarek już podczas kształcenia przeddyplomowego. Takie podejście wymaga wykorzystania w praktyce narzędzi informatycznych ułatwiających nauczanie. Aplikację do dokumentowania zdarzeń medycznych, która może wspomóc nauczanie, stworzono na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Dzięki aplikacji można uczyć pielęgniarki przygotowywania procesu pielęgnowania i prowadzenia planów opieki, a tym samym pokazać znaczenie elektronicznego rekordu pacjenta w dokumentowaniu praktyki pielęgniarskiej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 69–76**

**Słowa kluczowe:** elektroniczny rekord pacjenta; klasyfikacja; proces pielęgnowania; plan opieki pielęgniarskiej

### ABSTRACT

Implementing an electronic patient record for nursing practice is a challenge for Polish nursing. The actions taken are not widely known, and as the research shows, they require more engagement in building knowledge about the use of electronic documentation in practice. This knowledge can be provided during postgraduate training, but the key issue is the preparation of nurses already during pre-graduate training. This approach requires the use of practical IT tools to facilitate teaching. An application for documentation of medical events that can support teaching was created at the Medical University of Lodz. With this application you can teach the nurse to prepare nursing and care plans, and to show the importance of the electronic patient record in documenting nursing practice.

**Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 69–76**

**Key words:** elektronical health record; classification; nursing process; nursing care plans

**Adres do korespondencji:** dr nauk o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa Dorota Kilańska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie, ul. Stefana Jaracza 63, 90–251 Łódź, tel. 606 118 367, e-mail: dorota.kilanska@umed.lodz.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0011

Aplikacja „ADPIECare Dorothea” sfinansowano ze środków pochodzących z rezerwy Kanclerza UM w Łodzi.

Podziękowania dla Zespołu programistów pod kierunkiem Mariusza Sawko – Dyrektora CIT UM w Łodzi i Royal College of Nursing za udostępnienie kwestionariusza ankiety oraz Natalii Biega za pomoc w walidacji narzędzia dla potrzeb badania opisanego w artykule.

## Wstęp

Dokumentowanie zdarzeń medycznych związanych z opieką pielęgniarską powinno być priorytetem w zarządzaniu wiedzą kliniczną w praktyce. Dokumentowanie informacji o pacjencie daje pielęgniarsce wiedzę, która pozwala na podejmowanie decyzji klinicznych w czasie rzeczywistym, daje jej mądrość niezbędną do dokonywania wyborów. Trzeba jednocześnie podkreślić, że dokumentacja elektroniczna nie jest reprodukcją dokumentacji papierowej. Jest to zupełnie inny sposób gromadzenia danych — w formie elektronicznej, z wykorzystaniem interfejsu (to urządzenie pozwalające na połączenie ze sobą dwóch innych urządzeń, które bez niego nie mogą ze sobą współpracować, źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Interfejs\\_\(urz%C4%85dzenie\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Interfejs_(urz%C4%85dzenie)), dostęp 10.04.2017 r.) pozwalającego na dokumentowanie proste i łatwe dla użytkownika. Ważnym elementem w „rozumieniu się dokumentów”, w przestrzeni informatycznej, jest wykorzystywanie do dokumentowania słowników zawierających terminologię referencyjną. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, właściwym do dokumentowania praktyki pielęgniarskiej słownikiem jest Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, dla potrzeb której stosuje się pięcioetapowy model procesu pielęgnowania [1]. Dokumentacja pielęgniarska to także narzędzie komunikacji wewnątrz multidyscyplinarnego zespołu i może ona mieć zdecydowany wpływ na jakość świadczeń zarówno na poziomie oddziału, jak i całej organizacji. Efektywna komunikacja (i współpraca) wewnątrz zespołu klinicznego jest istotnym elementem postrzegania środowiska pracy jako pozytywnego (PPE) [2].

Pielęgniarki, dokumentując zdarzenia medyczne realizowane w praktyce pielęgniarskiej, tworzą elektroniczny rekord pacjenta (EHR, *electronic health record*). Zdarzenie medyczne definiuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej, które określa, że jest to „czynność inicjująca obsługę procesu biznesowego w ochronie zdrowia, etapy albo wynik tej czynności, podlegające rejestrowaniu, przesyłaniu, analizowaniu oraz gromadzeniu w systemie informacyjnym ochrony zdrowia”, w szczególności obejmuje to świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt. 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [3]. Wdrożenie elektronicznego rekordu jest powiązane z budową Rejestru Usług Medycznych i jest wdrażany za pośrednictwem portalu „Internetowe Konto Pacjenta”, które będzie swego rodzaju kartą zdrowia pod postacią elektroniczną, gromadzące informacje o statusie zdrowotnym, w tym: przebytych chorobach, udzielonych usługach zdrowotnych, wypisanych re-

ceptach, przeprowadzonych zabiegach i procedurach pielęgniarskich (planach opieki), dokumentowanych pod postacią diagnozy i przeprowadzonych interwencji pielęgniarskich oraz wyników opieki (ich ewaluacji) i częstotliwości ich wykonywania — tworzące tak zwany Minimalny Zestaw Danych Pielęgniarskich (I-NMDS, *International Nursing Minimum Data Set*) [4]. Elektroniczny rekord pacjenta natomiast określany jest jako systematyczne gromadzenie informacji z wykorzystaniem narzędzi informatycznych, informacji o populacji, pacjencie–konsumencie/kliencie w postaci cyfrowej [5]. Daje to możliwość wymiany rekordów przez różne miejsca, gdzie świadczone są usługi dla pacjenta. Elektroniczny rekord pacjenta może zawierać szeroki zakres danych, jak na przykład medyczną historię choroby, leczenie, alergie pacjenta, przebyte szczepienia, wyniki testów laboratoryjnych, obrazy RTG, oznaki życia (ciśnienie krwi, status oddechowy, tętno, temperatura ciała), ale także informacje statystyczne pacjenta, takie jak wiek, masa ciała itp.

Wdrożenie EHR do praktyki pielęgniarskiej jest więc wyzwaniem dla polskiego pielęgniarstwa. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, jak wspomniano wcześniej, określiła standard gromadzenia danych podlegających wymianie, jest to I-NMDS [6]. Jednakże eksperci zastanawiają się dzisiaj, czy nie będzie to szerszy zakres danych, które będą podlegały gromadzeniu i wymianie. Wdrażając cyfryzację w pielęgniarstwie, trzeba mieć na uwadze, że aby osiągnąć sukces konieczne jest zainteresowanie samych użytkowników — ich wiedza i umiejętności — posiadane już kompetencje. Podejmowane w tym zakresie działania nie są jednak powszechnie znane i, jak pokazują badania, wymagają większego zaangażowania w budowanie wiedzy między innymi na temat wykorzystania dokumentacji elektronicznej w praktyce. Wiedza ta może być dostarczana podczas szkoleń podyplomowych. Kluczowym zagadnieniem wydaje się jednak przygotowanie pielęgniarek już podczas kształcenia przeddyplomowego. Załącznik do Dyrektywy 55/2013/UE wprowadza do nauczania pielęgniarek informatykę pielęgniarską [7]. Takie podejście wymaga wykorzystania w praktyce narzędzi informatycznych ułatwiających nauczanie przede wszystkim zagadnień związanych z dokumentowaniem zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie. Aplikację, która może wspomóc nauczanie, stworzono na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Dzięki niej można prowadzić nauczanie studentów pielęgniarstwa, ale i pielęgniarki w kształceniu podyplomowym, przygotowywania procesu pielęgnowania, w tym prowadzenia planów opieki. Może to wspomóc budowanie wiedzy pielęgniarek o znaczeniu elektronicznego rekordu pacjenta w dokumentowaniu praktyki pielęgniarskiej. Posiada-

ne już zasoby mogą wspomóc praktykę pielęgniarstwa. Kluczowym zagadnieniem będzie edukacja poprzez kształcenie przed- i podyplomowe — implikacja do dydaktyki.

### Cel

Celem publikacji było przedstawienie opinii pielęgniarek na temat elektronicznej dokumentacji medycznej oraz możliwości implementacji narzędzi informatycznych, umożliwiających wprowadzenie dokumentowania procesu pielęgnowania do dydaktyki w pielęgniarstwie.

### Materiał i metody

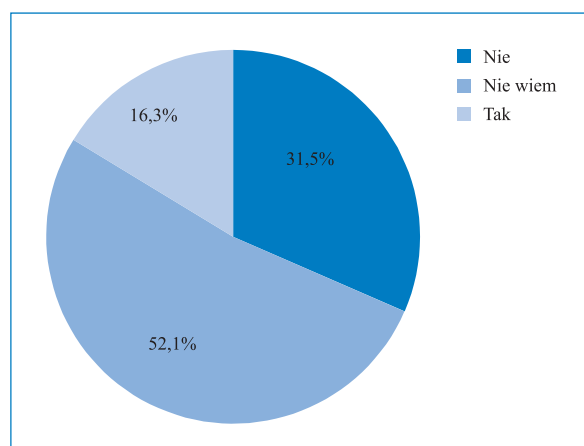
Do zgromadzenia danych na temat opinii pielęgniarek o elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwie posłużono się kwestionariuszem ankiety przygotowanym przez *Royal College of Nursing* i udostępnionym dla potrzeb niniejszego badania. Po przetłumaczeniu kwestionariusza dokonano jego walidacji, poddając próbę sondażu diagnostycznego.

Badanie przeprowadzono od 23.07.2016 do 08.02.2017 roku. Kwestionariusz ankiety składał się 45 pytań, które podzielono na trzy części. Pierwsza część dotyczyła informacji o respondencie, kolejne dwie informatyzacji w ochronie zdrowia i teleopieki. W pierwszym etapie badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek korzystających z portali społecznościowych — *Facebook* (FB), uzyskano 66 odpowiedzi.

Następnie badanie przeprowadzono w pięciu szpitalach, z którymi współpracuje Akredytowane Przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badań i Rozwoju ICNP® przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Były to Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie (N = 20), Szpital Specjalistyczny w Chojnicach (N = 85), Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach (N = 113), Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu (N = 9), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespólny w Szczecinie (N = 30). Kwestionariusz ankiety udostępniono elektronicznie z wykorzystaniem sieci intranet. Dla potrzeb niniejszego artykułu wykorzystano dane zgromadzone w części drugiej kwestionariusza, dotyczące elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwie pozyskane od 322 respondentów. Dla potrzeb artykułu dokonano wstępnej analizy uzyskanych danych.

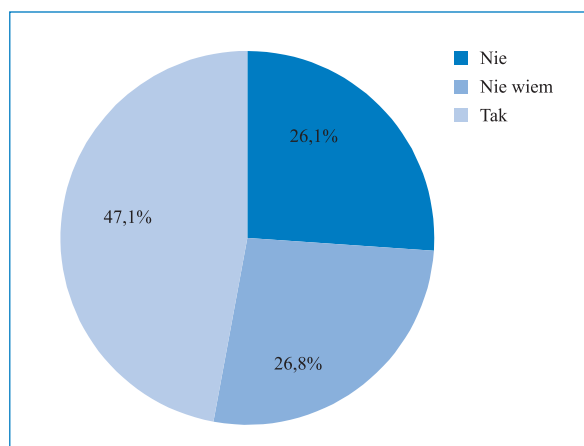
### Wyniki

Wśród badanych dominującą grupą były pielęgniarki powyżej 45. roku życia — 94,9%. Tylko 2,3% miało staż pracy w obecnym miejscu pracy powyżej 40 lat i 2,7% od roku do 5 lat, 3% pracowało mniej niż dwa lata, a więcej niż co piąta badana pracowała 15–20 lat, natomiast 49,7% badanych miała staż pracy powyżej 20 lat. Jeżeli chodzi o płeć, to 96,4%



Rycina 1. EHR a bezpieczeństwo pacjenta

Figure 1. EHR and patient safety



Rycina 2. Bezpieczeństwo EHR vs dokumentacja papierowa

Figure 2. The safety of EHR vs paper records

badanych stanowiły kobiety. Dla 96,5% respondentów szpital, w którym prowadzono badanie jest podstawowym miejscem pracy, ale w „co najmniej jednym dodatkowym miejscu pracy” pracuje co piąta z badanych (20,7%).

Pielęgniarki i położne, które uczestniczyły w badaniu, w zdecydowanej większości nie potrafią powiedzieć, czy dokumentacja elektroniczna ułatwi pracę personelowi (45,9%), wpłynie na bezpieczeństwo pacjenta (52,1%) (ryc. 1). Natomiast aż 47,1% nie potrafi odpowiedzieć, czy będzie ona bezpieczniejsza niż dokumentacja papierowa (ryc. 2), czy też pozwoli na pokazanie pracy pielęgniarki w praktyce (ryc. 3). Przy czym aż 96% badanych pracuje na z informatyzowanym stanowisku pracy.

W praktyce klinicznej pielęgniarki spotkały się informacjami na temat klasyfikacji pielęgniarstwie,

które są najpopularniejsze w Polsce — 49,4% badanych dowiedziało się o klasyfikacji w miejscu pracy (ryc. 4).

Wiedzę na temat klasyfikacji opisujących proces pielęgnowania, tj. tylko NIC lub NIC i ICNP posiada 3,1% pielęgniarek. Wiedzę o Klasyfikacji Wyników Pielęgniarskich — NOC ma 2,4% badanych, a o Klasyfikacji Interwencji Pielęgniarskich — NIC 1,6% respondentów. Ponad 40% badanych było nauczanych o klasyfikacjach w procesie edukacji przed- i podyplomowej (41,1%) (ryc. 5).

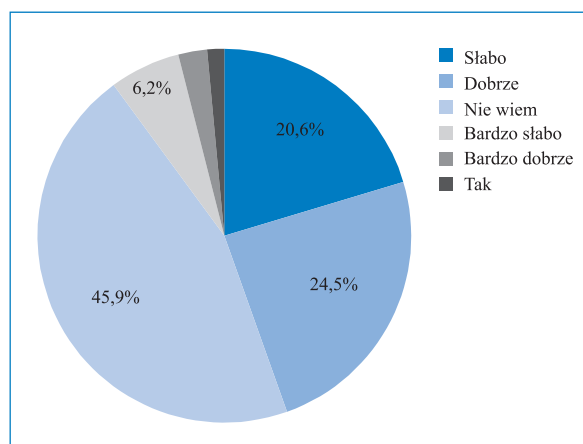
W odpowiedzi na pytanie, jak ważne jest szkolenie pielęgniarek w celu osiągnięcia sukcesu wdrożenia dokumentacji elektronicznej, prawie trzy czwarte respondentów odpowiedziało, że jest to ważne (65,4%) i bardzo ważne (17,7%). Za niepotrzebne uznało to 1,2% badanych, natomiast 2,3% nie miało na ten temat zdania. Z przedstawionych wstępnych analiz badania dotyczącego elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej wynika konieczność zmiany procesu myślenia o nauczaniu pielęgniarek informatyki pielęgniarskiej.

### Implikacja do praktyki — dydaktyka

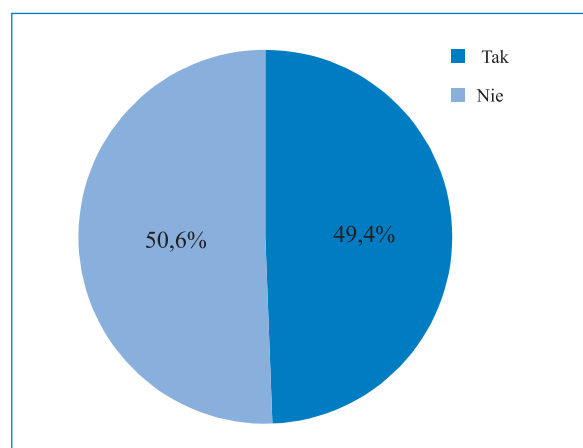
Jak już wcześniej wspomniano, wdrożenie do nauczania narzędzia, które pozwoli na pokazanie znaczenia dokumentacji pielęgniarskiej, jest kluczowe do przygotowania kadr pielęgniarskich do dokumentowania zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie. Wychodząc na przeciw oczekiwaniom środowiska na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi przygotowano aplikację, która pokazuje sposób dokumentowania pracy z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych i wspiera proces edukacji, zarówno przed-, jak i podyplomowej.

Podstawowym elementem dostępności aplikacji pod nazwą ADPIECare „Dorothea” jest dostęp do portalu. Po zalogowaniu się użytkownik ma dostęp do listy przyjętych pacjentów (zarówno do szpitala, jak i przychodni) i których dokumentacja została wówczas wypełniona (w procesie przyjęcia, leczenia, pielęgnacji). Wśród dostępnych dokumentów jest „Karta wywiadu”, dostępna za pomocą listy pacjentów (ryc. 6). Pielęgniarka może „swoich” pacjentów udostępnić studentom do ćwiczeń (w aplikacji kolor pomarańczowy). Co ważne, taka funkcjonalność pozwala na niezależne dokumentowanie informacji o pacjencie — nie ma wpływu na sam proces wprowadzania przez pielęgniarkę danych o statusie zdrowotnym pacjenta. Student pracuje na „swojej wersji pacjenta”.

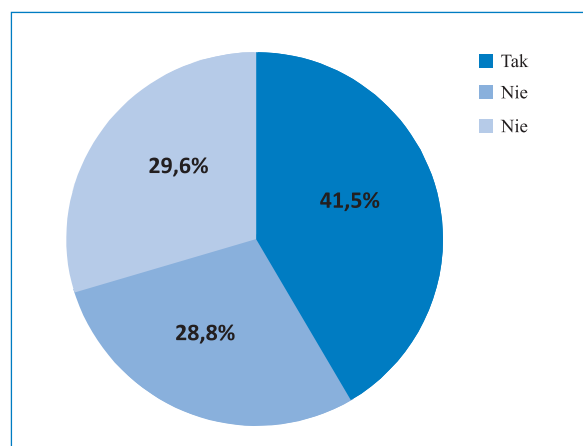
W pierwszym oknie widoczne są także ikony, które pokazują jaką część wywiadu uzupełniono, a która nie była przedmiotem zainteresowania pielęgniarki podczas pierwszego wywiadu. Użytkownik może więc, za pomocą widocznych „ikonografik” przedstawia-



Rycina 3. EHR ułatwi pracę pielęgniarkom  
Figure 3. EHR will make it easier for nurses to work



Rycina 4. Dostęp do informacji o klasyfikacji w miejscu pracy  
Figure 4. Access to information about classification in the work place



Rycina 5. Nauczanie o klasyfikacji podczas edukacji  
Figure 5. Teaching about classification during education

L.p.	imię	nazwisko	pesel	lokalizacja	wywiad (brak danych)	uzupełnione oceny	czyj to pacjent	
1	Grzegorz	Brzęczyszczkiewicz	49010318156	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY, sala: 12			mój	dydaktyka archiwum
2	Alan	Bit	90042312399	ODDZIAŁ DERMATOLOGII I ALERGOLOGII, sala: 120			mój	dydaktyka archiwum
3	Xy	xy	000000	ODDZIAŁY KARDIOLOGII, KARDIOLOGII INWAZYJNEJ I CHOROÓB WEWN. INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, sala: 0				dydaktyka archiwum
4	test	test	88042312399	ODDZIAŁ NEUROLOGII, ODDZIAŁ UDAROWY, sala: 1				dydaktyka archiwum
5	Grażyna	X	66020211111	ODDZIAŁ REUMATOLOGII, ODDZIAŁ REHABILITACJI, ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ, sala: 3				dydaktyka archiwum
6	R	H	-	ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH, sala: 1				dydaktyka archiwum

Rycina 6. Lista pacjentów objętych opieką przez pielęgniarkę i studentów

Figure 6. The list of patients covered by nurse care and by student

Źródło: System dokumentacji pielęgniarskiej ADPIECare „Dorothea”, <https://pielgniarki.umed.pl/> [9]

jących oceny dla poszczególnych układów. Z tego ekranu można dowiedzieć się także, gdzie pacjent przebywa, kto się nim opiekuje (czy jest to również pacjent „dydaktyczny”, którym jednocześnie zajmuje się student).

Po „dodaniu” nowego pacjenta do listy pacjentów, system pozwala otworzyć okno z „Kartą wywiadu” lub „Kartą oceny statusu zdrowotnego pacjenta”, czy też funkcjonalność dającą możliwość zbudowania planów opieki „Diagnozy i plany opieki”. Także dzięki ikonografii (widocznej w tym oknie z lewej jego strony) użytkownik może wybrać kategorię — obszar zainteresowania, który chce ocenić i następnie ocenę tę udokumentować w aktualne dane o pacjencie, w czasie rzeczywistym (ryc. 7).

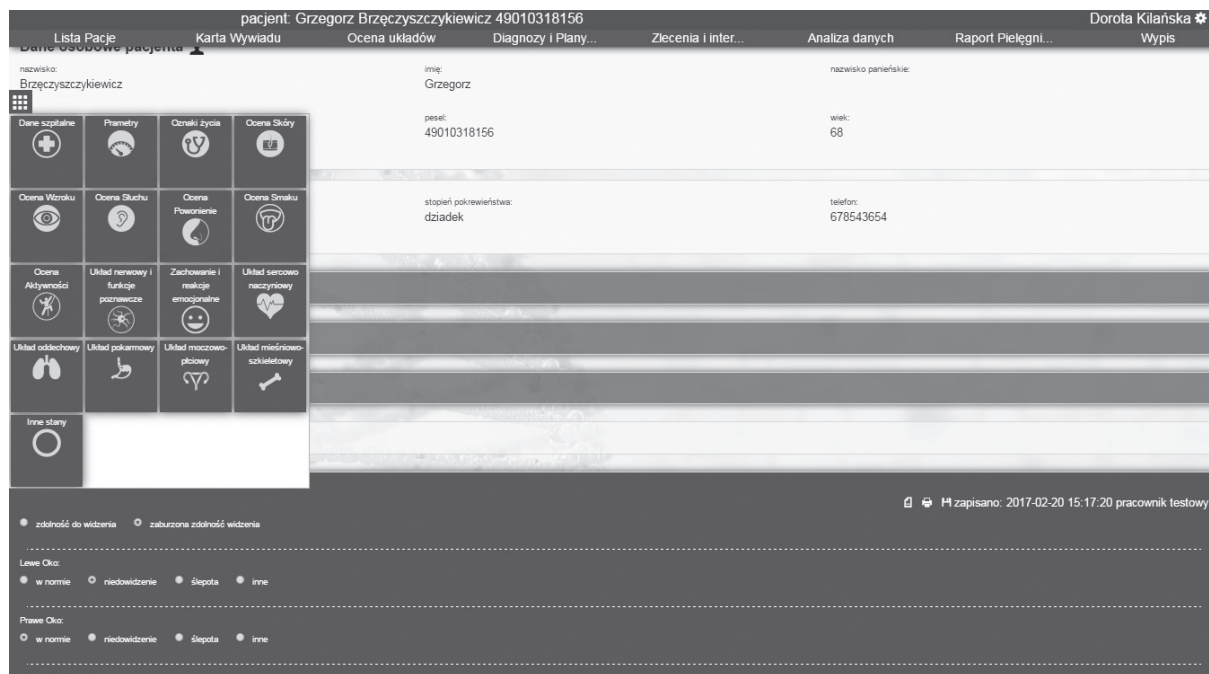
Kolejną dostępną funkcjonalnością, jak wspomniano wcześniej, jest możliwość utworzenia planów opieki pielęgniarskiej. Na plany opieki pielęgniarskiej składa się diagnoza pielęgniarska (DC) i interwencje pielęgniarskie (IC) oraz ich przewidywane wyniki/ /diagnozy (DC), które we wcześniejszych wersjach planowania opieki wskazywały cel opieki.

W aplikacji możliwe jest przede wszystkim ustalenie gotowych planów opieki. Ma to miejsce poprzez postawienie (podjęcie decyzji o wyborze diagnozy pielęgniarskiej), dookreślenie do niej interwencji pielęgniarskich. Inną funkcjonalnością jest możliwość uzyskania podpowiedzi pod postacią planu opieki. Przy wyborze kategorii opieki lub zaznaczeniu ele-

mentu w karcie wywiadu, czy też oceny — system może więc podpowiedzieć przygotowany przez ekspertów plan opieki. Sam użytkownik może również taki plan opieki stworzyć z wykorzystaniem terminologii referencyjnej dostępnej w systemie, a którą rekomenduje Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) (ryc. 8).

Po podjęciu decyzji o wyborze diagnozy, tworzy się więc plan opieki — uzupełniając go o interwencje pielęgniarskie z określeniem ich częstotliwości (terminu rozpoczęcia realizacji, częstotliwości wykonywania, liczby powtórzeń). Do każdego planu opieki można dodać również opis tekstowy. Plan opieki kończy się ewaluacją polegającą na wyborze diagnozy: pozytywnej, negatywnej lub diagnozy z grupy ryzyka, które są odpowiednio pogrupowane w aplikacji „ADPIECare Dorothea”, opartej na słowniku ICNP®. Z informacji udokumentowanych przez pielęgniarkę „powstaje” także raport pielęgniarki, w którym widoczny jest ostatni zapis funkcjonowania pacjenta (ryc. 9).

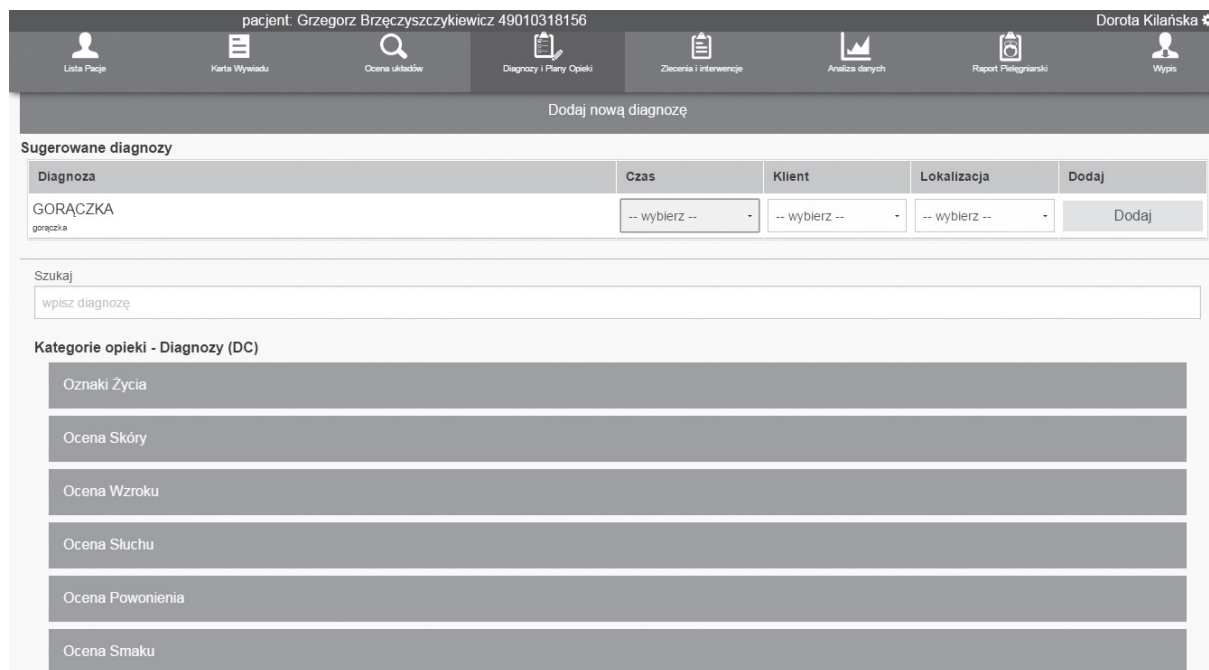
Formatki wydruków dokumentów pielęgniarskich określone zostały w Regułach interoperacyjności — standardzie HL 7 CDA [8]. Dobrym rozwiązaniem jest aplikacja pozwalająca na analizę wprowadzonych danych. Wymaga to takiego zaprojektowania systemu, aby za pomocą „jednego kliknięcia” można było otrzymać interesujące nas dane oraz by móc na ich podstawie dokonać oceny tego, co wymaga naszej natychmiastowej interwencji.



Rycina 7. Okno „Karty oceny statusu zdrowotnego pacjenta” — aplikacja ADPIECare „Dorothea”

Figure 7. The window of “Patient Health Status Assessment Card” — IT application ADPIECare „Dorothea”

Źródło: System dokumentacji pielęgniarskiej „ADPIECare Dorothea”, <https://pielęgniarki.umed.pl/oceny.html> [10]



Rycina 8. Kategorie opieki — diagnozy pielęgniarskie

Figure 8. The categories of care — nursing diagnosis

Źródło: System dokumentacji pielęgniarskiej ADPIECare „Dorothea” UM w Łodzi [UM 2016], źródło: <https://pielęgniarki.umed.pl/diagnozy.html> [11]

**A**

**Raport Pielęgniarski**

---

Data wystawienia 01-05-2017

---

**Pacjent**  
 Grzegorz Brzęczyszkiwicz  
 PESEL 49010318156  
 Data urodzenia 1949-01-03  
 Wiek 68  
 Adres Polska ŁÓDZKIE łączycy 99-100 99-100 12

---

Stan cywilny: wdowiec  
 Wykształcenie: mgr.  
 Zawód: urzędnik  
 Tryb przyjęcia do szpitala: nagły  
 Przyczyna przyjęcia do szpitala: ciśnienie  
 Kontakt z pacjentem:

**Choroby przebyte i współistniejące:**

nadciśnienie tętniczne	nadciśnienie
------------------------	--------------

Wzrost: 174 m  
 Waga: 85 kg  
 BMI: 28.08  
 Oznaki życia: 39 C , 150/80 CTK  
 Tętno: 60 ud/min  
 Oddech: 0 /min ()

**Alergie:**

alergia pokarmowa	białko
-------------------	--------

Transfuzje krwi: NIE (0000-00-00)  
 Reakcje na transfuzje: NIE DOTYCZY  
 Aktualnie przyjmowane leki:

nazwa	dawka	opis
Accupro 10	2x dziennie	

Zapewnienie opieki duszpasterskiej: Katolicyzm

**Ocena funkcjonowania poszczególnych układów**

**Wzrok:**  
 Zdolność widzenia: zaburzona zdolność widzenia  
 Lewe oko: niedowidzenie  
 Prawe oko: w normie

**Sluch:**  
 Zdolność słuchu: zaburzona zdolność słyszenia  
 Lewe ucho: znaczny niedosłuch  
 Prawe ucho: niedosłuch

**Układ nerwowy:**  
 zaburzony układ nerwowy  
 Zaburzona świadomość: Nie  
 Nastrój: podwyższony  
 Zawroty głowy: trwają: 10/min występują co: 2/dziennie  
 Omdlenia: trwają: 3/min występują co: 5/dziennie  
 występuje trudność w zastępianiu  
 Zaburzenia snu zaburzony sen

---

**B**

Sinicia: centralna  
 Dusznosc: dusznosc spoczynkowa  
 Żylaki noga lewa: Tak

obrzęki:

lokalizacja	rodzaj
noga	kończyn dolnych

**Układ oddechowy:**  
 Zaburzony  
 Wydechany zapach:  
 Kaszel suchy: Tak  
 Kaszel wilgotny: Tak  
 Kaszel napadowy: Tak  
 Kaszel chroniczny: Tak  
 Zaleganie oskrzelowe: Tak

**Układ moczowo-płciowy:**  
 Zaburzony  
 Rodzaj moczu: skąpomocz  
 Mocz zagęszczony: Tak  
 Ocena: 5 pkt. częste nietrzymanie moczu  
 Obrzęki: (kończyny)  
 Data ostatniego badania: 0000-00-00

Rycina 9 A, B. Raport Pielęgniarski w aplikacji „ADPIECare Dorothea”

Figure 9 A, B. The Report of Nursing Care — IT application „ADPIECare Dorothea”

Źródło: System dokumentacji pielęgniarstwa ADPIECare „Dorothea” UM w Łodzi [UM 2016], [https://pielegniarki.umed.pl/raport\\_wydruk\\_pdf.html](https://pielegniarki.umed.pl/raport_wydruk_pdf.html) [12]

Dla zapewnienia ciągłości opieki niezbędny jest pielęgniarski wypis pacjenta, który zawiera problemy, z którymi powinien „poradzić” sobie pacjent. W wypadku deficytu samoopieki (ocena według ADL i I-ADL) pielęgniarka powinna zasygnalizować to opiekunom (np. rodzinie).

### Wnioski

Mając na uwadze powyższe, a zwłaszcza wyniki pokazujące, że pielęgniarki nie wiedzą co i czy cokolwiek zmieni w praktyce implementacja elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej należy dołożyć starań, aby ta wiedza była wdrażana już na poziomie kształcenia już przeddyplomowego.

Przyszłe pielęgniarki powinny być nie tylko nauczone dokumentowania zdarzeń medycznych, ale przede wszystkim winny potrafić podejmować decyzje, co należy wybrać z danej aplikacji, aby posłużyło im do rozwinięcia wiedzy na temat podejmowania decyzji klinicznych.

Nauczyciele akademicy powinni podjąć starania, aby przygotować przyszłe pielęgniarki do dokumentowania zdarzeń medycznych w pielęgniarstwie, a informatyka pielęgniarska powinna stać się wyodrębnionym przedmiotem nauczania studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

### Piśmiennictwo

1. [International Classification for Nursing Practice. Browser. Wersja 2015.](http://www.icnp.stemos.com/index.php/en/2013/) [dokument elektroniczny] <http://www.icnp.stemos.com/index.php/en/2013/> (20.04.2017).
2. World Health Organisation, The Positive Practice Environments (PPE) for health care professionals. Quality Workplaces for Quality of Care. WHO 2008, [dokument elektroniczny] <http://www.ppecampaign.org/content/what-ppe-campaign> (10.03.2017).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia (MZ) z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.
4. i-NMDS Steering Committee, International — Nursing Minimum Data Set. [dokument elektroniczny]. <https://www.nursing.umn.edu/sites/nursing.umn.edu/files/i-nmlds.pdf> (29.04.2017).
5. Gunter TD, Terry NP. The emergence of national electronic health record architectures in the United States and Australia: models, costs, and questions. J Med Internet Res. 2005; 7(1): e3, doi: [10.2196/jmir.7.1.e3](https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e3), indexed in Pubmed: [15829475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829475/).
6. International Council of Nurses: International Minimum Data Set – I-NMDS. ICN 2009. [dokument elektroniczny]. [http://www.icn.ch/matters\\_i-NMDS.htm](http://www.icn.ch/matters_i-NMDS.htm) (29.04.2017).
7. Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek EFN Guideline for the implementation of Article 31 Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. EFN Competency Framework Adopted at the EFN General Assembly, EFN April Brussels 2015. of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU.
8. Polska Implementacja Krajowa HL7 CDA (plcda-). Reguły tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (wersja: 1.2). [dokument elektroniczny] . <https://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-cda-html-pl-PL/> (29.04.2017).
9. System dokumentacji pielęgniarskiej ADPIECare „Dorothea”. <https://piellegniarki.umed.pl/> (29.04.2017).
10. Oceny. System dokumentacji pielęgniarskiej „ADPIECare Dorothea”, . <https://piellegniarki.umed.pl/oceny.html> (29.04.2017).
11. Diagnozy. System dokumentacji pielęgniarskiej ADPIECare „Dorothea” UM w Łodzi [UM 2016], źródło: <https://piellegniarki.umed.pl/diagnozy.html> (29.04.2017).
12. Raport. System dokumentacji pielęgniarskiej ADPIECare „Dorothea” UM w Łodzi [UM 2016], [https://piellegniarki.umed.pl/raport\\_wydruk\\_pdf.htm](https://piellegniarki.umed.pl/raport_wydruk_pdf.htm) (29.04.2017).