



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Karel Slunečko

Vedoucí práce: Mgr. Němcová Barbora

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6.5.2022

.....

Karel Slunečko

Poděkování

Rád bych upřímně poděkoval paní Mgr. Barboře Němcové, vedoucí mé bakalářské práce a zároveň vyučující, za trpělivost, ochotný a vstřícný přístup, který byl doplněn o cenné rady, i když to nebylo vždy jednoduché a že mi pomohla dovést práci do zdárného konce i ve složité situaci. Děkuji za nezlomenou hůl po celé ty roky.

To samé poděkování patří i mým nejbližším přátelům, rodině, kteří mne podporovali v dokončení této práce, když už mi chyběla vůle. Jmenovitě se pak jedná o Bc. Marii Rásochovou, Bc. Radima Baxu, DiS, Bc. Davida Bartla, Bc. Tomáše Kuchaře a Štěpána Doboše s Bc. Anetou Jehlíkovou. Zapomenout nesmím ani na Bc. Karolínu Anastazii Kupkovou a Bc. Tomáše Picka. Děkuji i svým rodičům za podporu během studia.

Na závěr mé díky patří i všem informantům, bez jejichž spolupráce by tato práce byla jen stěží proveditelná a kterým děkuji za jejich čas.

Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce byla *Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči*. Tato práce byla rozdělena do dvou částí. První byla teoretická, druhá výzkumná.

V teoretické části byla na úvod popsána zdravotnická záchranná služba s jejími základními prvky a historií. Dále byla popsána problematika zdravotnické dokumentace obecně s nejdůležitějšími aspekty k ní náležejícími. V poslední části byla popsána zdravotnická dokumentace v podmínkách zdravotnické záchranné služby i s některými příklady.

V praktické části byly stanoveny čtyři cíle. Prvním bylo zjistit názor zdravotnických záchranářů na jimi vypracovávanou dokumentaci v rámci předání pacienta do cílového zdravotnického zařízení. Druhým bylo zjistit pohled zdravotnických záchranářů na tuto dokumentaci z pohledu prokazování postupu *lege artis*. Třetím cílem bylo zjistit přínos změn softwaru sloužícího k vedení této dokumentace. Posledním cílem bylo zjistit, jak je následně s touto dokumentací nakládáno v nemocničním prostředí po předání.

Pro výzkumnou část byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu ve formě polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné vzorky pro první dva cíle byly tvořeny 12 zdravotnickými záchranáři, kdy bylo každému položeno 19 hlavních otázek doplněných o případně další v návaznosti na průběh rozhovoru. Pro třetí cíl byl výzkumný vzorek tvořen 8 informanty, kterým bylo položeno 6 hlavních otázek, které byly případně vhodně rozvinuty. Poslední cíl byl zjišťován na výzkumném vzorku 5 informantů z řad nelékařského zdravotnického personálu v cílovém zdravotnickém zařízení.

Výsledkem výzkumu je poukázání na skutečnosti, které považují zdravotničtí záchranáři za nejdůležitější v kontextu jimi vyplňované dokumentace, jejich názory na změnu, která proběhla v posledním roce a také názory nemocničního nelékařského zdravotnického personálu na tento dokument.

Práce může sloužit jako podklad pro případné změny ve vedení zdravotnické dokumentace v podmínkách ZZS.

Klíčová slova

Zdravotnická dokumentace; zdravotnická záchranná služba; záznam o výjezdu; přednemocniční neodkladná péče; zdravotnický záchranář

Medical documentation in pre-hospital care

Abstract

The topic of this bachelor thesis is *Medical documentation in pre-hospital care*. This work was divided into two parts. The first part was theoretical, the second practical research.

In the theoretical part, the emergency medical service is described with its basic elements and history. Furthermore, the issue of medical documentation was described in general view with its most important aspects. In the last part, the pre-hospital medical documentation service was described by actual examples.

Four goals were set in the practical part. The first was to find out the opinion of paramedics on the documentation they are filling and writing as a part of the prehospital care. The second goal was to find out the opinion of paramedics on this documentation in case of need to prove their *lege artis* procedure. The third goal was to find out the benefits of changes of the software that is used to manage medical documentation. The last goal was to find out how this documentation is subsequently used in the hospital after the handover.

The method of qualitative research in the form of semi-structured interviews was chosen for the practical part. The research samples for the first two goals consisted of 12 paramedics, each of whom was asked 19 main questions, additional subquestions were asked in a case the interview led to them. For the third goal, the research sample consisted of 8 informants, who were asked 6 main questions, which were also developed appropriately by additional subquestions if needed. For the last goal there was research sample of 5 informants from the ranks of nurses in the hospitals.

The goal of the research is to point out the most important matters of the pre-hospital documentation that is filled in by the paramedics and their opinion on the changes that were made during last year.

The work can serve as a basis for possible changes in the management of medical documentation in the conditions of the emergency medical services.

Key words

Medical documentation; emergency services; ambulance; medical emergency services documentation; pre-hospital emergency care; paramedic

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Zdravotnická záchranná služba	11
1.1.1 Zdravotnické operační středisko.....	11
1.1.2 Historie ZZS	11
1.2 Zdravotnická dokumentace	14
1.2.1 Vývoj zdravotnické dokumentace	14
1.2.2 Podoby zdravotnické dokumentace	15
1.2.3 Právní aspekty související se zdravotnickou dokumentací – současná legislativa.....	16
1.2.4 Interní pravidla.....	19
1.3 Dokumentace Zdravotnické záchranné služby.....	19
1.4 Příklady zvláštní dokumentace v prostředí ZZS	21
1.4.1 Dokumentace z MU s HPO	21
1.4.2 Negativní revers.....	22
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3 Metodika.....	24
3.1 Použité metody.....	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4 Výsledky výzkumného šetření	27
4.1 Struktura výzkumného souboru A	27
4.1.1 Kategorizace získaných dat	27
4.2 Struktura výzkumného souboru B.....	34
4.2.1 Kategorizace získaných dat	34

4.3	Struktura výzkumného souboru C.....	38
4.3.1	Kategorizace získaných dat	38
4.4	Struktura výzkumného souboru D	42
4.4.1	Kategorizace získaných dat	42
5	Diskuse	45
6	Závěr.....	50
7	Zdroje	51
8	Přílohy	56
8.1	Příloha 1 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři	57
8.2	Příloha 2 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor s NLZP v cílovém zařízení	59
8.3	Příloha 3 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři po změně softwaru.....	59
8.4	Příloha 4 – papírová podoba ZOV	60
8.5	Příloha 5 – elektronické zařízení k práci se ZOV užívané u ZZS JčK	61
8.6	Příloha 6 – uložení zařízení k vedení ZOV v dokovací stanici ve voze ZZS .	62
8.7	Příloha 7 – prázdná dokovací stanice ve voze ZZS	62
8.8	Příloha 8 – metoda třídění START	63
8.9	Příloha 9 – Identifikační a třídící karta	64
8.10	Příloha 10 – souhlas s výzkumem v prostředí ZZS JčK	65
8.11	Příloha 11 – souhlas s užitím Zásad vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu	66
9	Použité zkratky	67

Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku zdravotnické dokumentace a jejích pravidel v přednemocniční neodkladné péči. Jedná se o téma všudypřítomné a do práce zdravotnického personálu silně začleněné. Zároveň se jedná i o nezbytnou složku péče o pacienta.

Již samotné podmínky, ve kterých členové zdravotnické záchranné služby fungují, a které zahrnují stále jiné pracovní prostředí a minimální množství zdravotnických pracovníků, dávají tušit, že takováto dokumentace bude odlišná od té nemocniční.

V praxi se spousta odborné literatury zabývá zdravotnickou dokumentací v nemocničním prostředí. Zdrojů, které by se zabývaly zdravotnickou dokumentací v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, je však nezanedbatelně menší množství, ať bychom hledali mezi zdroji v jakýchkoli podobách – nejen v knižních, ale například i elektronických, odborných člancích apod. Příčin, které za tímto stavem hledat, je pravděpodobně vícero. Od rozdílností poskytovatelů (mezi kraji) a jejich vybavením po relativní mladost současného systému zdravotnické záchranné služby.

Cílem této práce je poukázat na tuto část zdravotnické záchranné služby očima přímo jejích členů.

Teoretická část práce se zaměřuje na dostupnou legislativu, přibližuje situaci kolem jednotlivých částí celého procesu a vystavuje základ pro část praktickou, ve které bylo mířeno přímo na zdravotnické záchranáře a všeobecné sestry s cílem zaznamenat a vyhodnotit jejich názory na tuto dokumentaci, která může být v určitých situacích jediným zdrojem informací o pacientovi.

Vzhledem k tomu, že v průběhu studia a psaní této práce došlo na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje ke změně softwaru pro vedení dokumentace, porovnávám ve výzkumu i názory zdravotnických záchranářů na tuto změnu.

1 Současný stav

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je poskytovatelem zejména přednemocniční neodkladné péče, který reaguje na tísňové výzvy a soustředí se primárně na stavy spojené se závažným postižením zdraví nebo jeho přímým ohrožením a následně pacienta transportuje do cílového zdravotnického zařízení. Oním závažným postižením zdraví se rozumí mimo jiné náhle vzniklá onemocnění, bolesti, změny chování, které ohrožují pacienta či jeho okolí, a zhoršení zdravotního stavu, která mohou vést ke vzniku chronického stavu. Přímým ohrožením se rozumí stavy výše zmíněné, v takové závažnosti, že bez neprodlené intervence mohou vést k selhání některé ze základních životních funkcí. Mezi tyto funkce patří vědomí, dýchání a krevní oběh. Tísňové výzvy představují tísňové komunikace na lince 155, které jsou vyhodnoceny operátorem tísňové linky, anebo výzvy předané operačním střediskem jiné složky integrovaného záchranného systému (IZS) (Zákon č. 374/2011 Sb.; Remeš a Trnovská, 2013; Slabý, 2016).

1.1.1 Zdravotnické operační středisko

Aby vše výše popsané fungovalo, je zapotřebí zajistit předání informací z místa události členům výjezdových skupin ZZS a určit naléhavost či závažnost situace. K tomu slouží zdravotnické operační středisko (ZOS), které je centrální pro každý kraj a které se řídí zákonem č. 374/2011 Sb., Zákonem o zdravotnické záchranné službě (dále jen Zákon o záchranné službě) (Šeblová a Knor, 2018).

Hovory přijímá operátor v podobě zdravotnického záchranáře či sestry pro intenzivní péči, kteří mají způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, nebo všeobecná sestra se stejnou způsobilostí a za splnění podmínek v podobě absolvování certifikovaného kurzu. Každý hovor, který je uskutečněn na jednu z telefonních linek IZS a který je dále postoupen či rovnou přijat ZOS, je zaznamenáván po dobu jeho trvání, uložen a stává se součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby v digitální podobě (Vyhláška č. 98/2012 Sb.; Vyhláška č. 99/2012 Sb.).

1.1.2 Historie ZZS

Cesta k tomuto funkčnímu celku ale nebyla jednoduchá. Stejně jako zdravotnictví, tak i urgentní s akutní medicínou musely projít několika fázemi vývoje. Začátek péče o druhé se datuje již do období prvních společenstev, kdy jsou nám dnes známy důkazy o prvních chirurgických zákrocích v podobě trepanací lebek z období doby kamenné. U některých

kosterních nálezů jsou i několikanásobné, se stopami po zhojení. Další pokrok ve zdravotnictví, nebo alespoň jeho tehdejší podobě, nastal ve starověkém Egyptě, ze kterého se nám dochovaly záznamy o nemocích, které můžeme poznat i dnes. Z tohoto období, vzdáleného nám přibližně tři a půl tisíce let, jsou známy první transportní prostředky pro raněné a nemocné, a sice z Indie, v podobě „houpacích sítí“ (Vávrová, 2013).

Obor urgentní medicíny a s ním spojená akutní péče se nejvíce vyvíjel v souvislosti s válečnými taženími. Například ze 6. stol. n. l. jsou záznamy o mobilní ošetrovně vojáků v době vlády Mohameda, či záznamy z Byzantské říše téže doby, které hovoří o skupině jezdců, kteří byli přiděleni jednotlivým oddílům a následně svázeli raněné z bojiště, od kterého si během aktivních bojů udržovali odstup a poté byli odměňováni za svoz raněných. K tomu využívali nosítka v podobě žebříku přidělanému k sedlu – zde je možné pozorovat podobu s *ambulance volantes* J. D. Larreyho, avšak s tím rozdílem, že zde se hledělo na stranu, ke které raněný patřil. Později, konkrétně v 11. století během období křížových výprav, začali působit rytíři Johanité, též známí jako maltézští rytíři, kteří už poskytovali péči v boji raněným nehledě na stranu, za kterou bojovali (Vávrová, 2013).

Další významnou částí historie ZZS byl rok 1793, kdy výše zmíněný Jean Dominique Larrey zavedl pojem a principy *ambulance volantes* neboli „létajících ambulancí“, které poskytovaly neodkladnou první pomoc a co nejrychlejší transport za ještě probíhajících bojů. Na místě byla raněným vojákům poskytnuta nejnezbytnější první pomoc např. v podobě zástavy masivního krvácení. Následně byl proveden transport do lazaretu mimo aktivní bojiště. K tomu sloužili koňské povozy, které byly případně upraveny pro podmínky dané lokality. Například při bojích v Egyptě byli takto využíváni velbloudi. Larrey je také zakladatelem dodnes využívaných zásad v urgentní medicíně, mezi které řadíme poskytnutí neodkladné péče, stabilizaci a následný transport ke konečnému ošetření (Marchioni, 2003).

Všichni zdravotníci, kteří poskytovali péči v oblasti bojů byli však sami ohroženi bojujícími vojáky. Tuto skutečnost pomohl změnit Henri Dunant, švýcarský obchodník a spisovatel, společně s tzv. „výborem pěti“. Zlomovým okamžikem pro něj byla bitva mezi Francií a Rakouskem o italské državy u Solferina v roce 1859. Zde organizoval pomoc raněným vojákům a tato zkušenost na něj zapůsobila natolik, že se rozhodl využít

svých prostředků a konexí k založení mezinárodní neutrální organizace pro ochranu zdravotníků a zdravotnických zařízení v boji. A tak, o čtyři roky později, v roce 1863, byl založen Mezinárodní výbor Červeného kříže a následujícího roku byla přijata první Ženevská úmluva, která se týkala raněných a jejich osudu (Švejnoha, 2008).

Postupem let získával Červený kříž (dále ČK) stále větší pozornost a respekt ze strany mnoha vlád tehdejších států, zejména v Evropě. Během americké občanské války se díky zkušenostem a zprávám z evropských bojišť a znalostem tamějších principů dostávají prvky fungování ČK i do Spojených států a jeho vliv na zdravotní péči stále sílí (Švejnoha, 2008).

Za první zdravotnickou záchrannou službu v civilní oblasti se považuje ta, která začala fungovat roku 1865 při Cincinnatské nemocnici v Ohio, USA. Jednalo se o koňmi tažený vůz, jehož posádku tvořili kočí a lékař, kteří dle potřeby vyjížděli za pacienty. Mezi základní vybavení, které s sebou tehdy vozili, patřilo například opium, dlahy, set na výplach žaludku či morfium. Tímto vozem bylo možné pacienta v případě nutnosti i transportovat, ačkoli o pohodlném transportu se hovořit nedalo. V následujících letech rostl počet nemocnic, které začaly poskytovat přednemocniční péči skrze ambulance. Hojně se tento počet zvyšoval v dalších pěti letech například v New Yorku, kde byl organizací tohoto pokroku pověřen generál a lékař Edward Dalton (Traver Barkley, 1978).

Na českém území je vznik záchranné služby datován ke dni 8. 12. 1857. Zároveň to byla i první založená záchranná služba ve střední Evropě. Vznikla na popud policejního ředitele a dvorního rady Antona von Paumana (dle Dingové Šlikové et al. (2018) Anton Freiherr von Päumann), který dal podnět k založení Pražského dobrovolného sboru ochranného. Ten však plnil funkce především ochranné, která vyplývá i z jeho názvu, a aktivně se podílel na pomoci při požárech a povodních. Ke změně směrem k primárně zdravotnické pomoci došlo až v roce 1890, kdy se sbor přetvořil dle vídeňského vzoru tamějšího Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, jehož členové byli proškoleni v oblasti poskytování první pomoci raněným. O tuto skutečnost se nezasloužil již zmíněný Pauman, neboť ten v roce 1861 spolek opustil, nýbrž policejní ředitel František Stejskal a předseda sboru Emanuel Suchý. V roce 1910 byl sboru Pražskou městskou pojišťovnou objednan a dodán sanitní vůz (Dvořáček, 2010; Petrus et al., 2012; Vávrová, 2013).

1.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace (dále ZD) je obecně vzato soubor dat o pacientovi, která mohou mít podobu zaznamenaných fyziologických funkcí a intervencí u něj prováděných v průběhu času, jednotné identifikace pacienta a který má jednu z níže uvedených podob, které jsou rozepsány v kapitole Podoby zdravotnické dokumentace (Policar, 2010).

Obsah ZD je tvořen na základě jejího zaměření a mezi hlavní body patří identifikační údaje pacienta, kterými se rozumí například jméno, příjmení, rodné číslo, informace o pacientově zdravotním stavu, o poskytnutých zdravotních službách a jejich výsledcích, či údaje získané z rodinné, osobní, pracovní a případně sociální anamnézy, je-li to relevantní k danému případu. Dále jsou uvedeny identifikační údaje poskytovatele zdravotní péče, mezi které patří například jméno či jména poskytovatele/poskytovatelů této péče (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Policar (2010) v návaznosti na obecnou definici zdravotnické dokumentace uvádí, stejně jako zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (dále jen Zákon o zdravotních službách), že jejími hlavními cíli jsou jasná identifikace pacienta, kdy je zapotřebí, aby zdravotnický personál již od prvního pohledu věděl, s čí dokumentací pracuje, zápis diagnóz, anamnéz a s nimi i spojenou terapií, která u daného pacienta proběhla. Počítá se skutečností, že je ZD vedena chronologicky za účelem posuzování pacientova stavu v průběhu času a v návaznosti na jednotlivé terapeutické výkony, což slouží k vytvoření představy o průběhu terapie, hospitalizace či ošetření. Toto vše výše zmíněné zastává i funkci důkaznou pro případy, kdy je pacientův případ z jakéhokoli důvodu zpětně kontrolován a je posuzováno, zda vše bylo provedeno dle postupu *lege artis*. Jedná se o jednu z nedílných složek zdravotnické péče, neboť na základě správně vedených záznamů o pacientovi a následných změnách u něj v návaznosti na prováděnou terapii lze hodnotit a následně i upravovat terapii jako takovou.

1.2.1 Vývoj zdravotnické dokumentace

Porter (2001) vyzdvihuje skutečnost, že jisté podoby zdravotnické dokumentace lze vysledovat až do dob starověkého Egypta, Mezopotámie či antického Řecka, z kterých se dochovaly první záznamy nemocí, které obsahovaly jejich popis, průběh či léčbu, zahrnující jak terapii fyzikální, tak farmakologickou. Některé současné nemoci je možné rozpoznat i dle těchto prastarých popisů (např. tuberkulózu). V těchto dobách však byla

tato dokumentace psána dle zvyklostí a zkušeností konkrétního člověka, tudíž je každá dnes nalezená unikátní nejen obsahem, ale i formou. Postupem historie začal vzrůstat význam dokumentace, neboť si lékaři a vědecká oblast uvědomovali její přínos, který byl především vědeckého a edukativního rázu, kdy mohly tyto záznamy sloužit ke vzdělávání nových generací zdravotnického personálu.

Zároveň byla dřív anamnéza považována za nejdůležitější část obecné i diferenciální diagnostiky různých onemocnění, zatímco dnes je anamnéza považována za jakési podpůrné berličky při stanovování diagnózy (Dobiáš, 2013).

V současnosti je i onemocnění chápáno jinak než dříve. Je na něj pohlíženo jako na komplexní proces ovlivňující funkčnost a rovnováhu celého organismu, čemuž je ZD uzpůsobena svým rozsahem a obsahem. Nicméně je důležité upozornit, že dlouhou dobu byla tato dokumentace brána jako automatická samozřejmost, kterou nebylo třeba vysvětlovat, a náš právní řád se jí nikterak nezabýval. Velkou změnou byl rok 1989, kdy se začalo více hledět na ochranu jednotlivce a jeho práva. Vzrůstalo uvědomění o důvěrnosti ZD, jejím obsahu a o možnostech, kterak může špatné zacházení s ní pacienta negativně ovlivnit (Neuwirth, 2001; Janochová, 2009).

Údaje ve zdravotnické dokumentaci se dají dělit na údaje zdravotnického charakteru a nezdravotnického. Do prvních spadají informace o pacientově onemocnění, léčbě, jeho stavu apod., zatímco nezdravotnické se dají označit jako identifikační a administrativní zahrnující jméno, rodné číslo atd. ZD se dále dělí na dokumentaci jednorázovou, která zahrnuje průběh léčby konkrétního onemocnění, využívanou například v podmínkách přednemocniční neodkladné péče (dále PNP), a na dokumentaci komplexní, podrobně zachycující pacientův zdravotní stav v průběhu života, kdy je myšlena například dokumentace u praktického lékaře (Buriánek, 2005; Policar, 2010).

1.2.2 Podoby zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace má, stejně jako jakákoli jiná dokumentace, několik podob. Základní a prakticky vzato nejstarší je písemná forma dokumentace, která může být v listinné, tj. fyzické, či digitální podobě a která se skládá z textu tvořeného písmeny a čísly. Její hlavní výhodou v praxi je snadná přístupnost, kdy není zapotřebí žádného na ovládání náročného příslušenství, a tak je práce s touto podobou poměrně snadná. Další podobou je podoba obrazová, kdy se jedná o vizuální záznam na filmovém pásmu, videokazetě či záznam uložený rovnou do digitální podoby. Výhodou je, při kvalitním

zpracování, dobrá průkaznost, nevýhodou naopak potřeba speciálního záznamového zařízení. Zvuková forma zdravotnické dokumentace je obdobná svými technologickými možnostmi a požadavky formě obrazové, tzn. může mít podobu analogového či digitálního záznamu a k jejímu záznamu je zapotřebí dodatečného zařízení. Všechny tyto formy se mohou prolínat a navzájem doplňovat, například při echokardiologickém vyšetření a jeho záznamu, kdy se využije jak písemný záznam, tak audiovizuální (Policar, 2010).

Jak dále uvádí JUDr. Policar (2010), je taktéž z právního hlediska vhodné si uvědomit, že takováto dokumentace se bude skládat z několika spolu úzce souvisejících složek a sice *údaje*, který představuje ony podstatné informace o pacientovi, provedené terapii a všem výše zmíněném, *záznamu údaje*, který má podobu záznamu na poslední složce a sice *nosiči*, který může mít podobu papíru (ať už ručně popsaného či tištěného, případně kombinace obojího), kompaktního disku (CD) atp.

V prostředí ZZS se používá podoba elektronická společně s písemnou, kdy tištěná podoba je na nosiči v podobě papíru (právě ve výše zmíněné kombinaci tištěného i popsaného) a elektronická představuje záznam uložený v databázi (více viz kapitola Dokumentace Zdravotnické záchranné služby) (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

1.2.3 Právní aspekty související se zdravotnickou dokumentací – současná legislativa

Legislativně je stěžejní Zákon o zdravotních službách, který upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování, práva a povinnosti jak pacientů, tak poskytovatelů zdravotních služeb a na jehož podkladě byla stanovena Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (dále jen Vyhláška o zdravotnické dokumentaci) (Policar, 2010; Sovová, 2011)

Zdravotnická dokumentace obsahuje, jak již bylo zmíněno, informace zdravotnického a nezdravotnického charakteru. Mezi hlavní nezdravotnické informace patří údaje identifikační. Ty musejí být jak k pacientovi, tak poskytovali zdravotnické péče. U poskytovatele je rozlišováno, zda se jedná o osobu fyzickou či právnickou a na základě toho se drobně liší nutné údaje – jméno a příjmení u fyzické osoby poskytovatele, adresa, či údaje o konkrétním oddělení, je-li dané zdravotnické zařízení takto děleno u právnické osoby. U pacienta jsou těmito údaji myšleny především jméno, příjmení, rodné číslo a číslo pojištěnce, jsou-li tato přidělena, dále kontaktní údaje, pokud je pacient sdělí,

a také kontaktní údaje zákonného zástupce, opatrovníka nebo jiné osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta, pokud to jeho věk či stav vyžaduje. Zdravotník, který se ZD pracuje, musí být jednak obeznámen s povinnou mlčenlivostí a každý zápis do ní musí být podepsán (Sovová, 2011; Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

V návaznosti na pacientův zdravotní stav ZD dále obsahuje pracovní závěry a diagnózu, záznamy o provedených terapeuticko-diagnostických výkonech, jejich průběh, pacientův subjektivní popis stavu doplněný o objektivní nález a anamnestické údaje. Dalším možným záznamem je záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb (viz podkapitola Negativní revers), záznam o jiných významných skutečnostech, které se týkají pacientova stavu a které byly zjištěny během poskytování péče, či záznam o podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Nahlížení do zdravotnické dokumentace, která již ze své podstaty obsahuje spoustu citlivých informací o jedinci a jeho stavu, je ošetřeno zákonem a v kontextu s tímto se setkáme s pojmy *povinná mlčenlivost*, *lékařské tajemství* apod., ačkoli poslední zmíněný pojem je již obsolentní a v praxi není odbornou veřejností tolik používán (Vondráček a Wirthová, 2009).

Pacient, zákonný zástupce, pacientův opatrovník či osoby jimi určené mohou do ZD nahlížet, pořizovat její výpisky či kopie pouze v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem. Bez jeho souhlasu, pokud je tak v pacientově zájmu nebo tak vyplývá z jiných právních předpisů, mohou do ZD nahlížet například osoby tomu uzpůsobilé svým vzděláním a zaměřením v přímé souvislosti s poskytovanou péčí z důvodu plnění zdravotní péče. Stejně tak do ní mohou za těchto podmínek nahlížet i zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví se zdravotnickou způsobilostí aj. Pro osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického pracovníka nebo jiného odborníka, tj. studentů zdravotnických oborů, platí skutečnost, že nahlížet do ZD je možné pouze v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky, a to za současně splněné podmínky, že pacient toto výslovně nezakáže. I na tyto osoby se vztahuje povinnost zachování mlčenlivosti (Vondráček a Kurzová, 2002; Zákon č. 372/2011 Sb.).

Se zdravotnickou dokumentací související s podmínkami přednemocniční neodkladné péče a péče na ni následně navazující souvisí i právo pacientovy rodiny na informace o jeho aktuálním stavu, pokud je převezen do zdravotnického zařízení zdravotnickou

záchrannou službou v takovém stavu, kdy nedokáže nikterak vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas se sdělováním informací své rodině. U takového pacienta mají právo na tyto informace osoby blízké dle definice Zákonem č. 89/2012 Sb., Občanským zákoníkem (dále jen Občanský zákoník), pokud pacient dříve nevyslovil přání opačné. V takovém případě mají tyto osoby nárok pouze na informace v nezbytně nutném rozsahu, pokud je to v zájmu ochrany veřejného zdraví. Osobou blízkou dle výše zmíněného Občanského zákoníku se rozumí osoby příbuzné v přímé řadě, sourozenci či partner ve vztahu manželském nebo partnerském dle zákona upravujícím registrované partnerství. Osoby blízké jsou i osoby spolu žijící (Zákon č. 372/2011 Sb.; Zákon č. 89/2012 Sb).

Povinná mlčenlivost

Nedílnou součástí práce s pacientovými informacemi je respektování pacientova soukromí a povinná mlčenlivost (dále PM), dříve označována jako *lékařské tajemství*. Pod tímto označením, jehož dřívější pojmenování vychází z historického kontextu, se nachází skutečnost, zamezující šíření informací o pacientech a o skutečnostech s nimi spojených, které zdravotník získal během poskytování zdravotních služeb. V praxi pomáhá kromě ochrany pacientova soukromí a identity i jako základ důvěry mezi zdravotníky a pacientem, který se nemusí bát sdělit své potíže, jejichž znalost může být klíčová pro správnou zdravotnickou intervenci ze strany zdravotnického personálu. Reálně se tedy jedná o povinnost zákonnou, ale svým způsobem i etickou a morální, ačkoli tyto další roviny jsou velice individuální a právně nezávazné (Uherek, 2007; Vondráček a Wirthová, 2008).

Legislativně je tato skutečnost řešena na úrovních mezinárodních smluv, zákonů a podzákoných vyhlášek. Z historického hlediska je na PM pomýšleno již v Hippokratově přísaze, ve které se lékař zavazuje k tomu, že: „*O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl.*“ Ač není tato přísaha právně závazná a reálně se dnes již ani neskládá, je ukázkou toho, že etická stránka mlčenlivosti byla ve vztahu pacienta a zdravotníka vždy důležitým bodem. I přesto je důležité si uvědomit, že dlouhou dobu nebyla řešena ani její trestněprávní rovina. Mimo jiné i proto, že PM byla brána jako něco samozřejmého a spíše jako morální aspekt celkové péče. Až do novelizace trestního zákona tak nebylo řešeno nakládání s informacemi získanými vztahem zdravotník – pacient (Buriánek, 2005; Uherek, 2008).

Na úrovni zákonů se v České republice problematikou PM zabývají kromě Zákona o zdravotních službách i Zákon č. 40/2009 Sb., *Zákon trestní zákoník*, Zákon č. 89/2012 Sb., *Zákon občanský zákoník* a Zákon č. 110/2019 Sb., *Zákon o zpracování osobních údajů*. Nejdetailněji se PM věnuje *Zákon o zdravotních službách*, kde §51 stanovuje poskytovateli zdravotních služeb povinnost zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V praxi to znamená, že jakákoli informace, ke které zdravotník získá přístup během plnění své pracovní náplně, nesmí opustit pracovní prostředí a musí sloužit pouze k profitu pacienta (Zákon č. 110/2019 Sb.; Uherek, 2020).

V návaznosti na toto vyplývá, že zdravotník smí tyto informace předat dál, pokud jsou nezbytné pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotnických služeb, což je skutečnost dějící se při předávání pacienta do zdravotnického zařízení (Zákon 372/2011 Sb.; EMS, 2020).

1.2.4 Interní pravidla

Vedení zdravotnické dokumentace může být též upravováno interními předpisy, které sice nemají takovou váhu jako zákon, nejsou totiž obecně závazné a vymahatelné, ale jsou významné z hlediska etiky a morálky, kvůli čemuž je na ně nahlíženo s respektem a je podle nich řízeno chování a jednání zdravotnických pracovníků. V rámci pracovněprávního vztahu však mají svou nezpochybnitelnou váhu. Mezi takovéto případy se počítá třeba Etický kodex ČLK, Mezinárodní kodex lékařské etiky, Etický kodex sester a mnoho dalších (Uherek, 2007; Sovová 2011).

1.3 Dokumentace Zdravotnické záchranné služby

Zákon o zdravotních službách v § 69 stanovuje podoby zdravotnické dokumentace skrze Vyhlášku o zdravotnické dokumentaci. Dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby je tak legislativně ukotvena jako: „*soubor dokumentů a záznamů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní události, a to včetně zvukových nahrávek (záznamů) zdravotnického operačního střediska s časovými údaji*“ (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

V prostředí Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (dále ZZS JČK) se při práci s dokumentací postupuje metodicky dle *Zásad vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu*, které jsou závazné pro všechny zaměstnance ZZS JČK. Je jimi stanoveno, že tento poskytovatel zdravotní péče užívá podoby ZD listinné i elektronické, přičemž obě jsou

povinny mít identické údaje. Jsou předepsány postupy pro tvorbu a editaci ZD jak v listinné, tak elektronické formě, kdy je například stanoveno, že listinná vzniká buď ručním vyplněním formuláře anebo tiskem z tabletu (viz příloha č. 5). K tomu je také stanoveno, že ručně psaná podoba se užívá pouze v případech nefunkčnosti tabletu. K otázce obsahu ZD, kterou řeší Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, stanovuje konkrétní údaje, které je zapotřebí zaznamenávat (Slabý a Papoušek 2017).

Záznam operátora

Výše zmíněné rozdělení informací v dokumentaci na zdravotnické a nezdravotnické zde také platí a konkrétní informace jsou řešeny dle výše popsané vyhlášky. Záznam operátora (dále ZO) tak musí obsahovat informace, které poslouží k jedinečné identitě a identifikaci pacienta, či události. Tyto detaily o tísňové výzvě, mezi které patří časové údaje týkající se přijetí výzvy a jejího předání k výjezdu pro posádku/skupiny ZZS, telefonní číslo či jiný kontaktní údaj na volajícího a osobní údaje operátora, který výzvu přijal, se dají zařadit do údajů nezdravotnického charakteru. To stejné platí pro osobní údaje pacienta zahrnující jeho jméno, příjmení, datum narození a údaje potřebné k určení místa zásahu. Oproti tomu indikace výjezdu se dá zařadit do informací zdravotnického charakteru. Tento záznam je veden v elektronické podobě a uložen na médiu s životností delší pěti let (Buriánek, 2005; Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Záznam o výjezdu

Kromě údajů obsažených v záznamu operátora musí záznam o výjezdu (viz příloha 4) obsahovat také další informace o pacientovi a události, které jsou jednak potřebné pro další péči a jednak je nelze získat jinak, než přímo na místě události či od výjezd realizující posádky. Do skupiny nezdravotnických údajů patří místo, odkud je výjezd realizován, datum a čas výjezdu a typ výjezdové skupiny. Dále jsou zaznamenány časové údaje o příjezdu na místo události a následně předání do zdravotnického zařízení. To je v záznamu o výjezdu zaznamenáno včetně identifikačních údajů o tomto zařízení spolu s údaji přijímacího zdravotnického pracovníka. Stejně tak jsou zaznamenány identifikační údaje pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli. Do údajů zdravotnického charakteru patří stručný popis klinického stavu pacienta a anamnestické údaje, jsou-li známy či je-li možno je zjistit. S tím dále souvisí i pracovní diagnóza a následný popis poskytnuté PNP. Takto vedený záznam o výjezdu je předán cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi, v listinné podobě, pokud nedošlo k dohodě na předání v elektronické podobě, kopie záznamu je uchovávána

v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Uchovávání zdravotnické dokumentace u poskytovatele ZZS

Zdravotnickou dokumentaci je poskytovatel zdravotní péče v případě ZZS povinen uchovávat po dobu deseti let od posledního záznamu, pokud se jedná o ZO, deset let od výjezdu ZZS, pokud se jedná o záznam o výjezdu, a 24 měsíců od obdržení výzvy, pokud se jedná o zvukový záznam tísňové výzvy. Po celou tuto dobu odpovídá poskytovatel za ochranu dat před zneužitím, zničením, ztrátou či jenom poškozením, to znamená ochranu jak před přístupem nepovolaných osob a případné nakládání s nimi dle zákona o ochraně osobních údajů, tak před působením vnějších vlivů jako je například vlhkost v místě skladování (Vyhláška č. 98/2012 Sb.; Těšinová et al., 2019; Zákon č. 110/2019 Sb.).

1.4 Příklady zvláštní dokumentace v prostředí ZZS

1.4.1 Dokumentace z MU s HPO

V podmínkách mimořádné události (dále MU) s hromadným postižením osob, což je událost, na které se spoluúčastní 5 a více výjezdových skupin nebo je na místě 15 a více osob postižených na zdraví, se postupuje dle medicíny katastrof, kdy primární roli sehrává kvantita, nikoli kvalita – toto je patrné i na ZD z takovéhoho místa výjezdu (Šín, 2017).

V takovýchto případech se k označení a dokumentování pacientů (včetně terapie u nich prováděné) užívá systém identifikačních a třídících karet (dále IaTK), který je jasně stanoven vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Výhoda takovéto karty spočívá v možnostech lépe a přesněji určit a zajistit jak prioritu ošetření, tak prioritu odsunu. Pro větší efektivitu je systém IaTK často doplněn o předkrok v podobě třídění metodou START (viz příloha 8), která nevyžaduje žádné zvláštní pomůcky a může být prováděna i proškolenými nezdravotníky. Toho se v praxi využívá například při lokalizaci raněných v nebezpečném prostředí, kdy je touto metodou předtřídí členové Hasičského záchranného sboru (Šín, 2017; Doporučený postup Hromadné postižení zdraví/osob, 2018 [online]).

Identifikační a třídící karta (viz příloha 9) obsahuje jedinečné registrační číslo pacienta, které je tvořeno kombinací písmene označujícího kraj a čtyřmístného pořadového čísla karty, to znamená, že mezi výjezdové oblasti je po kraji rozděleno 9999 těchto karet.

Karta je vyplňována seshora dolů od přední strany na zadní. K vyplňování se užívá lihový fix, který je možné použít i v nepříznivém počasí. Jako první se zaznamenají životně důležité funkce, mezi které řadíme hodnocení stavu vědomí, které se hodnotí stupnicí Glasgow Coma Scale (GCS), kdy se jedná o hodnocení na základě nejlepší slovní a motorické reakce a otevření očí. Dále se hodnotí krevní tlak, pulsová a dechová frekvence a graficky se znázorní lokalizace případných poranění. Na základě toho se stanoví a zapíše pracovní diagnóza, která je následně doplněna o stupeň naléhavosti ošetření pacienta, provede se záznam o provedené léčbě, zejména podaných léčivých přípravcích a použitých zdravotnických prostředcích. V případě nutnosti se provede záznam o provedení dekontaminace. V návaznosti na složení výjezdových skupin na místě MU a stupeň naléhavosti odsunu se určí druh transportu do zdravotnického zařízení. Určí se čas jeho vytřídění a předání odsunové složce. Ta následně vyplní čas předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče (Vyhláška č. 98/2012 Sb.; Šín, 2017).

Karta samotná je složena ze tří částí, které jsou označeny stejným alfanumerickým kódem. Největší část karty se umísťuje viditelně na krku pacienta. Druhou část si na místě ponechává vedoucí odsunu a třetí si následně ponechá poskytovatel transportu. Na těchto dvou odtržitelných částech jsou primárně údaje o čase odsunu, cílovém zařízení a čase předání (Vyhláška č. 98/2012 Sb.; Šín, 2017).

1.4.2 Negativní revers

Možnost odmítnout zdravotní služby, ať už v podobě léčby, transportu do zdravotnického zařízení, vyšetření apod., dává pacientovi Zákon o zdravotních službách. Ten stanovuje, že pokud se nejedná o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, tj. například přímá záchrana života, má pacient nárok na odmítnutí těchto služeb. Tento proces však musí zahrnovat opakované podání a řádné vysvětlení pacientovi jeho situace způsobem jemu srozumitelným, kdy jsou zmíněna případná rizika v případě neprovedení daného zákroku. Pokud jsou tyto podmínky splněny a pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, je k tomuto vytvořeno písemné prohlášení, které pacient podepíše (Zákon č. 372/2011 Sb.).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak vnímají zdravotničtí záchranáři jimi vyplňovanou dokumentaci v rámci předání pacienta do cílového zdravotnického zařízení.

Cíl 2: Zjistit, jak nahlízejí zdravotničtí záchranáři na využití zdravotnické dokumentace pro prokázání postupu lege artis.

Cíl 3: Zjistit přínos změny softwaru k vedení zdravotnické dokumentace z pohledu zdravotnických záchranářů.

Cíl 4: Zjistit, jak dokumentaci aktivně využívají nelékařští zdravotničtí pracovníci v cílových zařízeních (všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři).

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak vnímají zdravotničtí záchranáři vyplňovanou dokumentaci při předávání pacienta do cílového zdravotnického zařízení?

VO2: Jak zdravotničtí záchranáři nahlízejí na využití dokumentace ke zpětnému prokázání péče lege artis?

VO3: Jaký přínos spatřují zdravotničtí záchranáři ve změně softwaru k vedení zdravotnické dokumentace?

VO4: Jak využívají zdravotnickou dokumentaci od posádky Zdravotnické záchranné služby nelékařští zdravotničtí pracovníci v cílovém zařízení po převzetí pacienta?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část bakalářské práce je zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal metodou polostrukturovaného rozhovoru, který byl ve vhodných chvílích doplněn podotázkami k rozvedení myšlenky informanta. Původně byly připraveny dvě podoby rozhovorů, z nichž jedna byla určena zdravotnickým záchranářům a druhá pro všeobecné a praktické sestry pracující v cílových zdravotnických zařízeních. Tyto rozhovory byly uskutečněny během března a dubna roku 2021. Z důvodu změny softwaru v prostředí ZZS JčK byl výzkum prováděn dvoufázově a byl následně doplněn o dva nové výzkumné soubory, které byly zkoumány v březnu a dubnu roku 2022. Součástí všech rozhovorů byly úvodní otázky zaměřené na stručné obecné údaje o informantech, jejichž odpovědi sloužily jako základ pro demografickou část výzkumu.

První typ rozhovoru (příloha 1) se zabýval zdravotnickou dokumentací, kdy informanti odpovídali na 19 otázek. Rozhovor byl rozdělen do pěti oblastí zaměřených na problematiku této práce. První oblastí byl informantův názor na ZD a jak ji vnímá ve smyslu dostatečnosti a důležitosti. Tato oblast byla na otázky nejobsáhlejší. Druhá oblast se zaměřila na informantův postup a názory na vedení ZD, včetně poukázání na možné nedostatky a možnosti jejich vyřešení. Třetí oblast byla forenzně-právní stránka ZD a zabývala se zkušenostmi záchranářů z této oblastí. Čtvrtou oblastí bylo využití ZD po předání pacienta do zdravotnického zařízení, kde bylo cílem zjistit, jak je s dokumentací dle zdravotnických záchranářů dále pracováno. Poslední oblastí byla technická stránka ZD, kde se informanti vyjadřovali k technickému vybavení ZZS JčK pro zápis dokumentace. Tento rozhovor byl veden se zdravotnickými záchranáři bez ohledu na délku jejich praxe a zkušenosti, kdy bylo cílem získat jejich pohled na ZD, kterou využívají. Tento rozhovor byl následně využit i u jednoho z dodatečných výzkumných souborů.

Druhý typ rozhovoru (příloha 2) byl zaměřen na střední zdravotnický personál cílových zařízení, do kterých jsou pacienti předáváni posádkami ZZS. Tento rozhovor měl 10 otázek a problematikou ZD se zabývaly otázky ze dvou oblastí. V první bylo zjišťováno, jak tito zdravotníci sami vedou ZD a v oblasti druhé následně vyjadřovali svůj názor na ZD vedenou u ZZS.

V důsledku výše zmíněné změny softwaru na vedení zdravotnické dokumentace byl výzkum následně doplněn o třetí typ rozhovoru (viz příloha 3) který sestával pouze z jedné oblasti o šesti otázkách, a věnoval se porovnání softwaru sloužícího k zápisu ZD ve smyslu zlepšení či zhoršení.

Rozhovory byly ve většině případů, kdy byl informantem k tomu udělen souhlas, zaznamenány ve zvukové podobě a následně byly přepsány slovo od slova do podoby textové. V několika výjimečných případech byly rozhovory na přání informanta zaznamenávány rovnou do textové podoby. Následné zpracování výsledků probíhalo metodou otevřeného kódování za využití techniky „tužka-papír“. Všichni informanti byli seznámeni s tématem a cílem výzkumu a bakalářské práce, poučeni a ujištěni o zachování anonymity a o skutečnosti, že jejich odpovědi nebudou užity jinde než v této práci. Souhlas s prováděným výzkumem v prostředí ZZS JČK viz příloha 10.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor A byl tvořen zdravotnickými záchranáři. Tito informanti byli zvoleni na základě jednoho kritéria, a sice aby byli zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. S těmito informanty byl veden rozhovor prvního typu. V rámci zpracování výsledků jsou tyto informanti zpracováni jako ZZA1–ZZA9 (zdravotnický záchranář skupiny A).

Výzkumný soubor B byl tvořen zdravotnickými záchranáři, kteří byli zvoleni na základě dvou kritérií, a sice aby byli zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a k tomuto zaměstnavateli nastoupili až po změně softwaru. Rozhovor byl stejný jako v předchozím výzkumném souboru. V rámci zpracování výsledků jsou tyto informanti zpracováni jako ZZB1–ZZB3 (zdravotnický záchranář skupiny B). Jedná se o jeden z dodatečných výzkumných souborů.

Výzkumný soubor C byl tvořen čtyřmi zdravotnickými záchranáři ze skupiny ZZA a následně byl doplněn o 4 další jejich kolegy pro rozšíření výzkumného souboru. Tito informanti byli zvoleni na základě dvou kritérií, kterými bylo zaměstnání u Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a aby zde byli zaměstnání natolik dlouho, aby měli zkušenosti jak s předchozí verzí softwaru pro vedení ZD, tak s verzí aktuální. Tito informanti byli částečně získáváni metodou „sněhové koule“ nebo též „snowball“, která je dle Suryňka et al. (2001) specifická tím, že další informanti jsou doporučováni těmi předchozími a jedná se o metodu nepravděpodobnostní. S těmito informanty byl veden

třetí typ rozhovoru. V rámci zpracování jsou tito informanti označeni jako ZZC1–ZZC8 (zdravotnický záchranář skupiny C). Jedná se o druhý dodatečný výzkumný soubor.

Poslední výzkumný soubor D byl tvořen nelékařským zdravotnickým personálem v cílových zdravotnických zařízeních v Jižních Čechách. Jednalo se o sestry všeobecné i praktické. Tito informanti byli zvoleni na základě jednoho kritéria – jednalo se o nelékařský zdravotnický personál (dále NLZP) a jejich zaměstnavatelem byl některý z poskytovatelů nemocniční péče. Tito informanti byli kompletně získáváni metodou „sněhové koule“ nebo též „snowball“, kdy jejich začlenění bylo zahrnuto na základě jednoho z rozhovorů ve výzkumném souboru A. S těmito informanty byl veden druhý typ rozhovoru. V rámci zpracování výsledků jsou tito informanti zpracováni jako S1–S5 (sestra).

Všechny hovory končily ve chvíli, kdy byla zodpovězena poslední otázka bez dalšího možného vývoje rozhovoru a při současném naplnění teoretické saturace výzkumu.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru A

Tabulka 1: základní identifikační údaje výzkumného souboru A

Informant	Pohlaví	Věk	Praxe ZZS	Nejvyšší dosažené vzdělání	Předchozí praxe
ZZA1	Muž	39 let	16 let	Bc.	-
ZZA2	Žena	53 let	27 let	SŠ	ARO, chirurgie
ZZA3	Žena	24 let	0,5 roku	Bc.	JIP
ZZA4	Muž	38 let	15 let	SŠ	-
ZZA5	Muž	34 let	10 let	Bc.	ARO
ZZA6	Muž	30 let	7 let	Bc.	Řidič vozu RZP
ZZA7	Žena	25 let	0,5 roku	Bc.	UP
ZZA8	Muž	40 let	13 let	Bc.	ARO
ZZA9	Žena	33 let	10 let	Mgr.	JIP

Zdroj: vlastní výzkum autora

Tabulka 1 zobrazuje základní demografické údaje informantů ze skupiny ZZA, tedy zdravotnických záchranářů pracujících u ZZS JčK, kteří byli dotazováni na ZD před změnou softwaru. Jedná se o čtyři ženy a pět mužů ve věku od 24 do 53 let, jak lze vyčíst z prvních dvou sloupců. Třetí sloupec znázorňuje délku působení u ZZS, kdy se rozmezí pohybuje od půl roku do 27 let. Následují údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání, které se zde pohybuje od střední školy až po magisterské. Poslední údaj je o předchozí praxi ve zdravotnictví, která je zaznamenána, pokud byla v té době legislativně vyžadována. Dva informanti nastoupili do služby ZZS ihned po dokončení studia, zbytek dotazovaných měl rozličnou praxi od řidiče vozu RZP, přes jednotky intenzivní péče různého zaměření po urgentní příjem (dále UP).

4.1.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky rozhovorů s výše zmíněnými záchranáři. Pro lepší přehlednost jsou výsledky členěny do kategorií.

Kategorie 1.: názory na ZD

Kategorie 2.: vedení ZD

Kategorie 3.: forenzně-právní stránka ZD

Kategorie 4.: práce se ZD po předání

Kategorie 5.: technická stránka ZD

Kategorie 1.: názory na zdravotnickou dokumentaci

Cílem této kategorie bylo ve zkratce zjistit, jaký vztah mají informanti k ZD obecně. Jaký k ní mají vztah, zda ji vnímají jako věc přínosnou či spíše zdržující. Konkrétní důvody se poté řešily v následující kategorii. Také se informanti vyjádřili na konto výhod a chyb.

Na téma dostatečnosti a důležitosti ZD se vyjádřili všichni informanti vesměs pozitivně, kdy ale například informant ZZA6 upozorňuje na skutečnost, že: *„jde o to, jaký si to uděláš – tu dokumentaci můžeš mít napsanou téměř neprůstřelně, ale stejně tak ji můžeš odfláknout, je to hodně o nás samotných.“* Všichni informanti se tak shodli na skutečnosti, že každý si za dostatečné vyplnění záznamu o výjezdu ručí sám. Informantky ZZA3 a ZZA7 se shodly, že v porovnání s nemocniční ZD je ZOV poměrně strohý. ZZA4, ZZA2 a ZZA9 se vyjádřili k dostatečnosti vyplňovaných informací tak, že záleží nejen na nich samotných, ale i na okolnostech výjezdu, pacientovi a jeho okolí. Pokud se tak jedná o pacienta s drobným poraněním bez jakýchkoli dalších zvláštností, přiznávají méně pečlivý přístup k vedení dokumentace, než kdyby se jednalo o pacienta ve vážném stavu či kdy by jeho okolí bylo vhodné zanést do záznamu. ZZA5 i ZZA6 upozorňují na důležitost takového záznamu například v případě soudní pře s pacientem či jeho blízkými. Všichni zmínění se v průběhu rozhovoru shodli na zcela jistě důležitém významu ZD právě především při zpětném dohledávání informací. Ať už v případě potíží, či jenom obyčejného předávání, kdy informant ZZA3 podotkl, že: *„ne vždycky si prostě pamatuješ, jaký vstupní hodnoty měl pacient, jak se postupně vyvíjeli, reagovali na léčbu a cos všechno podal. Takže u předávání můžeš být klidnější, když to máš připravený a jenom to de facto přečteš.“*

V odpovědi na otázku, jak velký důraz je v jejich zaměstnání kladen na administrativní složku ZD se všichni informanti vyjma ZZA3 a ZZA5 shodli, že poměrně velký. ZZA1 se domnívá, že: *„v dnešní době bohužel jeden z největších,“*. Tomu dává za pravdu i ZZA8, který se přiznává, že kolikrát nevidí důvod pro zaznamenávání některých údajů

a upozorňuje na skutečnost, kdy: „*ti prostě někteří doktoři napíšou zprávu o dvou větách, to si pak říkáš, jakéj to má význam, takže alespoň zbytek věcí předáš ústně.*“ Na podobný problém upozornila i informantka ZZA7. Další konkrétní oblastí, ke které padly výtky ohledně důrazu na její vyplňování uvedl ZZA4, kdy se jednalo o vykazování výkonů, léčiv atd. pro pojišťovny, s čímž souhlasil i ZZA9. Proti těmto tvrzením o přehnaném důrazu na konto vyplňování ZOV se vyhrazuje ZZA5 slovy: „*já si myslím, že není velké, že člověk by tam občas toho mohl psát víc.*“ Zbytek informantů souhlasí a má stejný pohled jako ZZA2. Informanti zároveň přiznávají, že na administrativní složku je kladen velký důraz, ale chápou to.

Za výhodu současného vedení (v době prováděného výzkumu – tj. březen a duben 2021, nyní již minulá verze systému, pozn. autora) považuje ZZA4 skutečnost, že nemusí údaje po ukončení výjezdu přepisovat do počítače. Tuto skutečnost si pochvaluje i ZZA2, která ještě dodává, že „*přínosem tohoto systému je dotaz na historii, který může o pacientovi dost prozradit a může i nasměrovat. Ale teda za předpokladu, že ten záznam bude vyplněn adekvátně.*“ ZZA8 také oceňuje skutečnost, že není zapotřebí ZOV po ukončení přepisovat, a k tomu přidává pozitivum v podobě lepší čitelnosti, stejně jako ZZA5 a ZZA1. ZZA6 si pochvaluje ZOV v porovnání s nemocniční dokumentací, kdy vyzdvihuje fakt, že zde je tato dokumentace tvořena jedním listem A4, pokud „*vezmu normální výjezd, bez předání policajtům, bez vyúčtování cizincům, tak je toho prostě míň.*“

Za největší úskalí při vyplňování ZOV považuje ZZA2 její vedení ve formě tabletu celkově, ač přiznává i klady, neboť zastává názor, že ručně psaná podoba byla rychlejší a tablet příliš odvádí pozornost od pacienta. ZZA8 přiznává, že „*stejně jako ostatní i já to píšu nerad – zdržuje to, v některých situacích víc, v jiných míň, a i když to má nějaký to opodstatnění, stejně to pak nikoho nezajímá. Alespoň dokud se to nepotentuje.*“ Navíc upozorňuje na skutečnost, že ne vždy technika spolupracuje. Dalším úskalím, které bylo během výzkumu zaznamenáno, byla skutečnost, že některé povinné položky (např. primární diagnóza) mají omezený výběr diagnóz a záchranář je tedy nucen vybrat dle svých slov: „*nějakou ne úplně správnou – alespoň podle tebe, že jo – diagnózu, jen abys to měl vyplněný. Nemůžeš tam třeba do primárky napsat bloklou céčkovou páteř, tak musíš dát třeba vertigo, no,*“ jak zmínil ZZA6, s čímž souhlasila i informantka ZZA7. Oba se zároveň shodli, že papírová podoba záznamu o výjezdu poskytuje větší svobodu

při vyplňování. ZZA3 se domnívá, že zpracování pacientů-cizinců by potřebovalo „trochu předělat.“

Kategorie 2.: vedení ZD

Informantky ZZA3 a ZZA7 se shodly, že během výjezdu mají kvůli dokumentaci a jejímu vyplňování pocit tlaku a zanedbání péče o pacienta. ZZA3 však dodává, že s přibývajícím praxí se tento pocit zmenšuje, neboť ví: „*co můžu přeskočit a co je podstatný.*“ K těmto pocitům se přiznává i ZZA6, který dále dodal, že v případech, kdy technika nespolupracuje: „*se to podepíše na chování a přístupu, no a ten pacient to prostě občas pocítí, tu frustraci. Myslím ale v rámci komunikace samozřejmě.*“ Zbylí informanti se shodli, slovy ZZA2, na skutečnosti, že: „*pacient je na prvním místě, papíry můžou počkat,*“ a také na skutečnosti, že na začátku svého působení u ZZS tyto pocity tlaku a zanedbávání pacienta také zažívali. Všichni informanti se zároveň shodli, že v případě, kdy se nepodaří ZOV připravit během transportu, řeší situaci ústním předáním a následně dopsáním a vytištěním dokumentace ve zdravotnickém zařízení po předání pacienta do nemocniční péče.

Předdefinované texty k popisu pacientova stavu nejvíce z dotazovaných používá ZZA6, který je využívá „*skoro každé výjezd,*“ a případně poupraví jednotlivá slova, aby popisovala situaci přesně. ZZA9 vyšla v rozhovoru jako druhý nejčastější uživatel této možnosti mezi dotazovanými. Udává však, že pro ni představují především jakousi pomůcku, aby neopomněla podstatné údaje. Sama zastává názor, že: „*kdo tvrdí, že je nepoužívá, tak kecá,*“ a jejich užití se v jejím případě řídí především časovou dotací, kterou během výjezdu disponuje. Tento faktor, čili časová dotace, je stěžejním i pro informanta ZZA1, který se k nim však uchyluje v případě, kdy je pacient dle jeho názoru zdravý. Jako příklad uvádí: „*lehkou hypertenzi u babičky v pátek večer, kdy je doma sama*“. Využití těchto textů odhaduje na 10 % z jeho celkové práce. V podobných případech (kdy je pacientův stav vyhodnocen jako nezávažný, pozn. autora) se k těmto textům přiklání i informanti ZZA3 a ZZA4 s tím, že používají pouze některé specifické texty (status praesens u ZZA3 a popis dušností u ZZA4), jinak volí podoby vlastního textu. ZZA5 tyto texty užíval dřív, ale postupem času se získáním zkušeností od nich opustil a dnes je již nevyužívá. Zbytek informantů (ZZA2, ZZA7, ZZA8) jejich využití neguje.

K otázce možného vylepšení či zjednodušení se informanti ZZA1, ZZA3, ZZA4, ZZA5, ZZA7 a ZZA9 vyjádřili ve smyslu absence prostoru pro zlepšení. Někteří udávali jako důvod již dostatečnou jednoduchost, další se přiznali, že je žádná možnost nenapadá. ZZA2 vidí prostor k vylepšení v oblasti vykazování materiálu a léčiv, kdy říká: „*je jasný, že když podávám lék, kterej je jenom k intravenózní aplikaci, zajistím žílu, použiju kanylu a tak. Takže jsem si říkala, že by bylo fajn, kdyby tam tyhle věci byly propojeny a když třeba vybereš fýzák, rovnou by ti tam skočilo zajištění, kanyla a tak. Anebo kdyby byl lék s vícero možnostmi podání, tak by tam ta kanyla skočila ve chvíli, kdy vyberu i.v.*“ Podobnou myšlenku naznačil i ZZA8. ZZA6 se podělil o myšlenku, kdy: „*jsem se tady s chlapama bavili, že by bylo dobrý, kdyby měl každej člověk nějaký QR kód, kterej bys naskenoval a hned by ti tam skočily údaje jako rodný číslo, pojišťovna, bydliště a tak.*“

Kategorie 3.: forenzně-právní stránka ZD

Tato kategorie měla za cíl poukázat na to, jak zdravotničtí záchranáři vnímají jimi vyplňovanou dokumentaci z forenzně-právního hlediska. Tedy zda se cítí takovouto dokumentací dostatečně chráněni v případě soudního jednání či zpětného dokazování svého postupu. Také jsem zjišťoval, zda tito záchranáři již někdy svou dokumentaci takto využili k prokázání a obhajobě svého postupu.

Kladně ve smyslu přínosu a potenciální ochrany se vyjádřili informanti ZZA2, ZZA3, ZZA4 a ZZA7. Všichni však zároveň dodávají, že je to individuální a záleží na každém z nich, jak to vedou, slovy ZZA4: „*záleží na tom, jak to máš vedený. Co je psáno, to je dáno. Ta dokumentace tě tady v tom směru dost kreje. Pokud ti tam něco chybí, můžou tě za to pak u soudu potopit, nebo alespoň trápit.*“ Tuto myšlenku doplňuje ZZA2 o zážitek z t. č. nedávné doby: „*tudle jsem narvala pána do schodolezu a potom teprve mi tam ti dotyční řekli, že pán spadnul z postele a proto ho ta noha bolí. Takže jsem tam napsala, že jsem se dozvěděla o pádu až po dovezení k sanitce, protože oni mi to zatajili. Takže kdyby mě tahali k soudu za špatnou manipulaci, tak jsem se takhle chránila.*“ Stejně tak výše zmínění dodali, že do záznamu o výjezdu případně zapisují negativní či jinak nevhodné chování ze strany pacientů či jejich rodiny. ZZA1, ZZA8 byli, co se týče prokazování vlastního postupu a případné obhajoby, skeptičtější, neboť poukazovali na skutečnost, že mnohdy není v časově vypjaté situaci možné vyplnit ZOV zcela ukázkově a neprůstřelně. K otázce množství údajů vznesl zajímavou myšlenku ZZA5, který se zamýšlel nad skutečností, zda není podrobné zaznamenání a rozepsání všeho

provedeného spíše na škodu, neboť: „*čím víc toho napíšeš, v tím víc věcech se budou moct šťourat u soudu.*“ Informanti ZZA6 a ZZA9 si nebyli jisti odpovědí, neboť právní problematice tolik nerozumí, ale oba vyjádřili důvěru v autory této dokumentace s tím, že z právního hlediska musí být takováto dokumentace zaštitěna.

Pouze informant ZZA8 měl zkušenost s využitím ZOV při zpětném prokazování svého postupu během výjezdu, nicméně se nejednalo o soudní řízení. Zbylí informanti nemají ani takovouto zkušenost.

Kategorie 4.: využití ZD po předání

V této kategorii bylo cílem zjistit, jak se podle zdravotnických záchranářů s jimi vytvořenou dokumentací pracuje poté, co ji společně s pacientem předají v cílovém zdravotnickém zařízení.

ZZA3, ZZA5, ZZA8 a ZZA9 se shodli, že záznam o výjezdu zdravotníky v cílovém zařízení nezajímá vůbec, neboť vše podstatné je předáno ústně. ZZA1, ZZA2, ZZA4 se oproti tomu domnívají, že tento dokument má pro kolegy v nemocnici funkci jakési berličky, ve které dle slov informantky ZZA3: „*se zaměří na to pro ně podstatné, ale zároveň je tam spousta věcí, co je nezajímá.*“. Zbylí dva informanti se shodli, že ZOV je NLZP v cílovém zařízení využíván přibližně v polovině případů, kdy je rozhodujícím kritériem stav pacienta.

Kategorie 5.: technická stránka ZD

Kategorie „technická stránka ZD“ měla poukázat na možné nedostatky technického rázu při zápisu ZOV, ať už se jedná o chyby softwarové (dále SW) či hardwarové (dále HW) povahy. Dále měli informanti možnost sdělit svůj názor a případnou podobu vylepšení stávajícího vybavení. Poslední otázka se týkala osobních zkušeností se selháním tohoto vybavení.

Všichni dotazovaní se vyjádřili ve smyslu určité nedostatečnosti technického rázu při vedení zdravotnické dokumentace. ZZA2, společně s ZZA4, ZZA5 a ZZA8 upozornili na opotřebování hardwarové části. ZZA3 a ZZA6 přisuzovali větší význam softwarové stránce, kdy upozornili na skutečnost častého zasekávání či nemožnosti spárování s tiskárnou (zde je však zapotřebí upozornit, že není jisté, zda se nejedná o hardwarovou či smíšenou povahu problému, pozn. aut.). ZZA1, ZZA7 a ZZA9 vidí problémy v obojím – HW i SW. Při řešení SW rázu (např. latence či rovnou nereaktivita na dotyk) mají

všichni dotazovaní, kteří tyto problémy zmínili, shodný postup, a sice restart tabletu. ZZA8 přiznává, že tablet restartuje preventivně na začátku každé směny s tím, že tento postup se mu vyplácí, zároveň se pozastavoval nad skutečností, že dle jeho slov: *„ty tablety jsou dost drahý, co jsem slyšel. A přijde mi, že pokud se ten tablet jednou za den nerestartuje, tak se ta klávesnice i dost seká občas u některých tabletů. Takže já si myslím, že nějakéj čínskej tablet za pět tisíc by možná fungoval podobně.“* Podobně se k pořizovací ceně vyjádřil i ZZA5.

Na otázku, jaké vylepšení by mohlo pomoci, odpověděli ZZA1, ZZA4, ZZA5, ZZA7, ZZA8 i ZZA9, že vidí možnost v obměně hardwaru. ZZA3 a ZZA8 nezávisle na sobě vznesli návrh na možnost externí klávesnice, která by mohla zlehčit zadávání textu. Zajímavou myšlenku vznesl i ZZA1, který z hlediska bezpečnosti posádky i pacienta neshledává skutečnost, že tablet leží volně na kolenou zdravotníka, za: *„dvakrát košér, protože v případě havárky, nárazu to je věc, která tam v tom prostoru lítá,“* a tudíž vyzdvihl možnost dokovací stanice vedle místa k sezení, do které by se tablet při transportu usadil a zároveň by na něm bylo možné psát (aktuální podobu dokovací stanice i s tabletem je možno vidět v přílohách 6 a 7, pozn. autora.). ZZA2 se domnívá, že by bylo přínosné, kdyby existoval způsob, kterým by se cílový poskytovatel nemocniční péče mohl informovat o pacientovi ještě před předáním.

Všichni dotazovaní si zároveň prošli situací, kdy nešlo z rozličných důvodů vyplnit ZOV na tabletu. Většina, až na výjimku v podobě ZZA3, dokonce opakovaně. Řešením bylo v závislosti na pacientově stavu buďto provést restart tabletu (ZZA3 a ZZA5) anebo přejít rovnou k papírové podobě ZOV.

4.2 Struktura výzkumného souboru B

Tabulka 2: základní identifikační údaje výzkumného souboru B

Informant	Pohlaví	Věk	Praxe ZZS	Nejvyšší dosažené vzdělání	Předchozí praxe
ZZB1	Muž	29	0,5 roku	Mgr.	ARO
ZZB2	Muž	27	10 měsíců	Bc.	ARO
ZZB3	Muž	26	7 měsíců	Bc.	UP

Zdroj: vlastní výzkum autora

Tabulka 2 obsahuje základní demografické údaje informantů ze skupiny B, tedy zdravotnických záchranářů, kteří nastoupili k poskytovateli ZZS až po změně softwaru, tedy neměli možnost porovnání a nebyli ovlivněni zvyklostmi z minulé podoby vedení ZD. Jedná se o trojici mužů v úzkém věkovém rozpětí 26 až 29 let, které je dáno skutečností, že se jedná o nové členy ZZS po absolvování studia a získání krátké praxe. Tomu odpovídá i jejich dosavadní praxe na ZZS, která nepřesahuje ani v jednom případě délku jednoho roku. Dva informanti získali bakalářský titul, třetí magisterský. Dva získávali praxi před nástupem ke zdravotnické záchranné službě na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, třetí na urgentním příjmu.

4.2.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky rozhovorů s výše zmíněnými záchranáři. Pro lepší přehlednost jsou výsledky členěny do kategorií. Vzhledem k cíli bylo užito stejné dělení jako u výzkumného souboru A.

Kategorie 1.: názory na ZD

Kategorie 2.: vedení ZD

Kategorie 3.: forenzně-právní stránka ZD

Kategorie 4.: práce se ZD po předání

Kategorie 5.: technická stránka ZD

Kategorie 1.: názory na zdravotnickou dokumentaci

V této kategorii se všichni tři informanti shodli na důležitém postavení ZD, každý z nich však z rozličného důvodu. Zatímco ZZB1 považuje za nejvýznamnější složku dokumentace tu právní, kdy cítí, že je zpětně chráněn v případě, že by se některý z jeho výjezdů v budoucnu řešil, tak ZZB2 se domnívá, že nejdůležitějším významem tohoto dokumentu je, jak se v praxi již několikrát stihl přesvědčit, dotaz na historii u pacienta, o kterém mu chybí informace – jedná se tedy o budoucí využití již sepsaných ZOV v podmínkách PNP v případě potřeby. ZZB3 se přiklání spíše k názoru informanta ZZB3, ale s tím, že se cítí jistější i během předávání pacienta, kdy se může kdykoli opřít o jím vytvořenou zprávu. Nicméně dodává, že tento stav je u něj způsobený ještě ne zcela zaběhlým vlastním postupem předávání.

Přílišný důraz na vedení dokumentace pociťuje pouze ZZB2, který se vyjádřil, že: *„tam jsou po nás požadovány věci, který jsou kolikrát nepodstatný.“* S tímto tvrzením nesouhlasí zbylí dva respondenti, kdy se oba shodují, že ZD: *„musí mít nějakou podobu, aby se s ní dalo pracovat a správně plnila svůj účel,“* jak podotýká ZZB1. Ten zároveň spolu s ZZB3 shodně tvrdí, že největším úskalím při vedení dokumentace je relativní nespolehlivost techniky k tomu určené. ZZB2 žádné úskalí během tohoto úkonu nepociťuje.

Kategorie 2.: vedení zdravotnické dokumentace

Pocit tlaku během výjezdu, kdy se záchranáři místo pacientovi věnují vyplňování ZOV, udávají shodně všichni 3 informanti s tím, že tento tlak pociťují především při krátké dojezdové vzdálenosti a těžších případech, kdy je zapotřebí provést vícero úkonů. Zároveň shodně zastávají názor, že pacient je na prvním místě, ačkoli ZZB1 i ZZB3 přiznali občasné pocity nedostatečného věnování se pacientovi.

Aby byla dokumentace co nejužitečnější a vytěžena na maximum, využívá ZZB1 při jejím vedení postup *xABCDE* s tím, že postup „*head to toe*“ je zahrnutý v části E. K této skutečnosti dodává, že *„je to standard v jiných krajích, máš v tom přehled, na nic nezapomeneš, jenom tady to nefunguje. Ten systém je starej, je už z minulýho století a je snad starší než já. Akorát ti ještě starší kolegové ho pořád užívají a spousta z řad nás nových to taky přebírá.“* Oproti tomu ZZB2 i ZZB3 se hlásí k systému „*head to toe*“, kdy například ZZB3 přiznává, že *„to, jak to píše kolega přes ten xABCDE (došlo ke komunikaci informantů mezi sebou, nikoli porušení anonymity informantů, pozn. autora), má taky něco do sebe. Samotnému se mi to líbí, když to po něm čtu. Také jsem tak zkoušel*

některé záznamy vést, ale mně to prostě nejde tak nějak přes hubu tím stylem, přijde mi takový hrozně kostrbatý. Můj názor je ten, že v tom popisu od hlavy k patě, pokud ho samozřejmě vyplňuješ důkladně, jsi schopnej zahrnout ty samé informace, jenom v jiné posloupnosti, kterou si dokážu taky obhájit a přijde mi taková praktičtější a logičtější.“

Předdefinované texty používá ZZB2 příležitostně „*podle situace a času*“, ale pokouší se je omezit z důvodů osobních preferencí. Oproti tomu ZZB1 tyto texty používá přibližně ve 2/3 případů. Jako důvod udává využívání všech možností pro maximalizaci kvality péče o pacienta, který je pro něj na prvním místě. Oproti tomu ZZB3 předdefinované texty nevyužívá a zprávu píše vždy vlastními slovy. Jako důvod udává osobní preference a větší efektivitu oproti případným úpravám předdefinovaných textů, které dle něho nepokrývají celé spektrum pacientů.

Prostor ke zlepšení vidí ZZB1 a ZZB2 ve skutečnosti, že tablet (respektive software, pozn. autora) umožní uložit ZOV i bez některých potřebných údajů a tuto chybu lze nalézt a opravit pouze v desktopové verzi – tablet na ni neupozorní. Shodně tedy navrhují buďto znemožnit dokončení záznamu bez těchto údajů, což ale zároveň vnímají jako omezení na úkor efektivitu práce, objevení se dialogového okna, které na tuto skutečnost poukáže, či možnost opravit tyto nedostatky v tabletu samotném. ZZB3 necítí potřebu cokoli měnit.

Kategorie 3.: forenzně-právní stránka zdravotnické dokumentace

ZZB1 věří, že v případě potřeby je ZOV, přinejmenším v podobě, v jaké jej vyplňuje, dostatečně chráněn, ačkoli přiznává, že u některých výjezdů, zpravidla „*těch triviálních*“, si na vedení dokumentace nedává občas tolik záležit. Stejně přiznání měl i ZZB3, nicméně z jiného důvodu. Důvodem ne vždy ukázkové dokumentace u tohoto informanta byla občasná časová tíseň, kdy se například pacient nachází poměrně blízko k cílovému zdravotnickému zařízení. Ale i tak si je jistý, že vyplněním alespoň toho nejdůležitějšího je dostatečně chráněn v otázce možného soudního jednání. ZZB2 zastává z této skupiny nejskeptičtější názor, a sice ten, že si záznamem o výjezdu nepřijde téměř vůbec chráněn v případě soudní dohry některého z jeho výjezdů, protože: „*bojím se, že záchranka se za tebe rvát prostě nebude. A sebelépe sepsaná dokumentace tě nezachrání, to musíš udělat ty sám a to tak, že si dáš záležet na práci především o pacienta, aby nebyl důvod tu dokumentaci vůbec tahat k soudu – taková prevence, řekněme.“*

Ani jeden z informantů však zatím nemá zkušenosti s potřebou dokazování svého postupu dle principu *lege artis*.

Kategorie 4.: práce se zdravotnickou dokumentací po předání

Vzhledem ke skutečnosti, že všichni informanti sami ještě v období posledního roku sami byli v pozici, kdy záznam o výjezdu přebírali, nikoli tvořili, shodně potvrdili, že s tímto dokumentem je v podmínkách nemocniční péče pracováno minimálně, až nikoli. Dva z nich (ZZB1 a ZZB3) si však dokázali zároveň vybavit několik případů, kdy přece jenom s touto dokumentací pracovali. Slovy ZZB3: *„téměř výhradně se jednalo o pacienta s náhlou negativní progresí stavu a vždy tuto dokumentaci v takových případech kontroloval a pročetl lékař.“*

Kategorie 5.: technická stránka zdravotnické dokumentace

Co se týče technického vybavení k tvorbě ZOV, ZZB1 a ZZB3 se shodli na skutečnosti, že vybavení není ani zdaleka optimální, a to především po stránce hardwaru, kdy obrazovka mnohdy nereaguje na dotyk. ZZB2 však s tímto tvrzením nesouhlasí, a zastává ten názor, že: *„ta mašinka je dobrá, odolná. Vydrží víc než kdejaká technika dneska.“*

K otázce vylepšení se informanti vyjádřili následovně: ZZB2 by nic neměnil, neboť technika je dle něj na adekvátní úrovni, kterou je schopný v podmínkách PNP použít. ZZB1 se přiznal, že už nějakou chvíli zvažuje koupit externí klávesnice, kterou by mohl následně připojit k tabletu a na které by se mu psalo rychleji. ZZB2 s psáním na tabletu problém neudává, ale podle něho by neškodila obměna za novější hardware.

Se selháním techniky se doposud setkal pouze ZZB2, který jej řešil papírovou podobou dokumentace. ZZB1 a ZZB3 se s tímto jevem ještě nesečkali.

4.3 Struktura výzkumného souboru C

Tabulka 3: základní identifikační údaje výzkumného souboru C

Informant	Pohlaví	Věk	Praxe ZZS	Nejvyšší dosažené vzdělání	Předchozí praxe
ZZC1	Muž	40 let	17 let	Bc.	-
ZZC2	Žena	25 let	1,5 roku	Bc.	JIP
ZZC3	Muž	41 let	14 let	Bc.	ARO
ZZC4	Žena	26 let	1,5 roku	Bc.	UP
ZZC5	Žena	30 let	5 let	Mgr.	JIP
ZZC6	Žena	31 let	10 let	Bc.	ARO
ZZC7	Muž	48 let	20 let	Mgr.	UP
ZZC8	Muž	33 let	8 let	Mgr.	ARO

Zdroj: vlastní výzkum autora

Tabulka 3 zobrazuje základní demografické údaje informantů ze skupiny ZZC, tedy zdravotnických záchranářů, kteří byli dotazováni na ZD a kteří zároveň měli možnost pracovat s předchozí i současnou verzí, a tudíž mají možnost přímého porovnání. Jedná se o čtyři muže a čtyři ženy. Jak lze vyčíst z třetího a čtvrtého sloupce, věkové rozpětí těchto informantů bylo od 25 let do 48 let, přičemž rozpětí praxí na ZZS bylo od jednoho a půl roku do 20 let. Jednalo se o informanty s vysokoškolským vzděláním, kdy pět informantů získalo bakalářský titul a zbylí titul magisterský. Až na jednoho informanta všichni získali praxi před nástupem k ZZS v nemocničním prostředí.

4.3.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky rozhovorů s výše zmíněnými záchranáři. Pro lepší přehlednost jsou výsledky členěny do kategorií. Vzhledem k cíli, kterým bylo pouze porovnat předchozí a aktuální verzi softwaru pro vedení dokumentace, byly otázky zúženy pouze do dvou kategorií, kdy první byla demografická sloužící ke zjištění základních údajů o informantovi, které byly následně zaneseny do tabulky č. 3, a druhá kategorie se zaměřila na aktuální podobu softwaru z pohledu těch pracovníků ZZS, kteří mají možnost porovnání a posouzení.

Kategorie 1.: názory na změnu

Kategorie 1.: názory na změnu softwaru

Záměrem této kategorie bylo zaznamenat a porovnat názory jednotlivých zdravotnických záchranářů na změnu softwaru sloužícího k vedení zdravotnické dokumentace, ke které došlo v průběhu roku 2021 a která přinesla rozsáhlé změny podoby softwaru. U informantů, kteří byli součástí výzkumného vzorku A, byly dodatečně v případě relevantnosti porovnány i jejich odpovědi z téhož souboru s odpověďmi aktuálními.

Všichni informanti vyjma ZCC3 a ZCC8 hodnotí změnu softwaru veskrze kladně. ZCC3 udává, že software nebyl primárním problémem, který měl být řešen, a domnívá se, že zdroje vynaložené na tuto změnu se mohly v rámci ZZS JčK využít smysluplněji. ZCC8 upozorňuje na nepříliš intuitivní uživatelské rozhraní, na které si stále nemůže zvyknout. Oproti tomu zbylí informanti považují v době výzkumu změnu za *vyloženě kladnou* (ZCC1 a ZCC6) či udávají *kladný až neutrální vztah* (ZCC2, ZCC4, ZCC5 a ZCC7). Všichni informanti zároveň udávají počáteční potíže a pocit nejistoty při tvorbě ZOV v prvních týdnech po změně. „*Jako, co si budeme, prvních několik jízd bylo fakt na vodstřel. Akorát jsem nevěděl koho trefit, jestli sebe nebo toho človíčka, co tohle vymyslel,*“ sdělil svoje tehdejší pocity informant ZCC7. Dále podotkl, že: „*jsem rád, že vyřešili ten nešvar se záznamem fyziologických funkcí, kdy jich nešlo zaznamenat víc než dvě, to byl absolutní nesmysl a nikdo nechápal, že to tam vydrželo i do zkušební verze.*“ ZCC2 a ZCC4 se shodly, že díky jejich nástupu ke zdravotnické záchranné službě krátce před touto změnou neměly se zjetím takové problémy jako někteří jejich kolegové s delší praxí: „*první dva týdny byly nadávky na všechno a na všechny běžným koloritem návratů na stanici, pak si to začalo sedat,*“ ohodnotila změnu softwaru i za kolegy ZCC4. „*Svalová paměť je občas mrcha, ale jako celek hodnotím tu změnu moc dobře, už to bylo zapotřebí,*“ domnívá se ZCC1. Oproti tomu ZCC2 přiznává kvůli změně prvotní pocity nejistoty, které vyústily ve zvýšenou četnost předávání informací o pacientovi ústně a následný dotisk ZOV v místě předání. Tuto tendenci (dopsání ZOV až po předání v rozsahu několika prvních předání, pozn. autora) přiznali i ZCC3, ZCC4, ZCC5, ZCC7 a ZCC8. Poslední zmíněný označil tuto změnu a s ní spojené doprovodné jevy u některých rizikových stavů a pacientů za: „*zbytečný risk*“.

ZCC1 si pochvaluje vliv zvýšené plynulosti nového systému na celkovou uhlazenost a snadnost tvorby dokumentace, díky které se mu celkově pracuje lépe, s čímž souhlasí i ZCC2, ZCC4 a ZCC6. ZCC6 konkrétně podotýká: „*pracuje se mi s tím stejně – sice tam*

jsou nějaké ty změny, ale princip je pořád stejný, prostě vyplňuješ, co zjistíš.“ Podobný názor zastává i ZZC5, která práci s novou verzí komentovala slovy: „jako záchranář prostě musíš umět improvizovat. A improvizuješ tak dlouho, dokud musíš. V tomhle případě musíš improvizovat, dokud se s novou podobou nenaučíš automaticky a dokud nepřecvičíš svalovou paměť. Pak už je to stejný jako předtím. Takže mně se s tím pracuje podobně jako se starou.“ S podobným přístupem se k práci s novou dokumentací staví i ZZC3, dle kterého: „stejně nezbývá jiná možnost než si prostě zvyknout.“ ZZC8 oproti tomu tvrdí, že: „se s tím pracuje na prd, je to neintuitivní, nejde si na to zvyknout. Nebo alespoň mně ne.“

Možnost vrátit se k předchozí verzi softwaru by jednoznačně uvítal ZZC8, zatímco zbytek informantů se rozdělil na dvě skupiny, z nichž jedna (ZZC1, ZZC5 a ZZC6) je s touto změnou natolik spokojena, že by ji neměnili v žádném případě, a druhá (ZZC2, ZZC3, ZZC4, ZZC7) si již na změnu zvykla.

ZZC1 si pochvaluje plynulejší software: *„od té doby, co je změněnej ten software, tak jsem nemusel tablet restartovat ani jednou. A to je sakra kladná změna, když si vezmeš, že ještě loni jsem ho restartoval každou druhou směnu, jak se sekal.“* S tím ovšem nesouhlasí ZZC4 a ZZC7, kteří pravidelné restartování stále doporučují. ZZC6 si pochvaluje novou možnost avíza, kdy: *„můžu dát krásně vědět do nemocnice a oni se tam mají čas připravit, pokud se jedná o něco natolik závažného. Ačkoli je fakt, že tady u nás, pokud to vezu do spádu, to nevyužiju.“* ZZC7 vidí velké zlepšení hned v několika oblastech: *„jednak jsou teďka opravdu zjednodušený karty, myslím tím iktovou, AKS, úmrták, reverz. Teď to je během chvilky hotový, to je paráda. Další věc, která se mi líbí snad ještě víc, je rozšíření historie hledání i na záznamy z nemocnic. To tomu opravdu chybělo. Teď jsem to využil asi předminulou směnu, kdy jsem byl pro jedmu holčimu, takovej celkově zvláštní výjezd, něco mi nesesdělo, ale netušil jsem co. No tak jsem si v historii projel záznamy a tam to našel – psychiatrická diagnóza, neužívání léků a tak. Takže jsem hnedka věděl, na čem jsem. Nebo alespoň tušil. Akorát teda to vyhledávání není teď úplně ono, ale to bude asi technická limitace něco za něco, myslím.“* K těmto změnám se ve smyslu přínosu vyjádřili kladně i ZZC1, ZZC4 a ZZC6.

Co se týče největších nevýhod této změny, tak se všichni dotazovaní shodli, že když ne přímo největší, tak velkou nevýhodou rozhodně byl adaptační proces samotný: *„jakákoli změna s sebou nese určité problémy a vyžaduje znovu zapojit mozek, když něco děláš,*

a nedělat to jenom automaticky,“ vyjadřuje názor většiny ZZC5. *„Mně tady trošku irituje skutečnost, že když ukládám výjezd, tak mě to neupozorní na chybějící údaje, to zjistím až pak v počítači, že jsem tam na něco takového zapomněl. Ve starý verzi třeba ty časy, dokud ti chyběly, svítily červeně, takže jsi o nich nakrásno věděl, že ti chybí,*“ vyzdvihuje aktuální nedostatky ZZC7. ZZC8 uvedl, že: *„celá tahle změna je jedna velká chyba.*“ Oproti tomu smířlivěji se k určitým chybám staví ZZC4, která není plně spokojena s fungováním přeposíláním zpráv mezi tablety.

ZZC2 a ZZC7 vidí největší potenciál ke zlepšení v rozšíření primárních diagnóz, neboť jejich aktuální výpis, který se skládá pouze z výběru diagnóz, může v určitých situacích nutit pracovníka ZZS k jakémusi vybírání těch skutečností, které sice nejsou přesnou diagnózou, ale jsou, jak uvedl ZZC7: *„dost blízko na to, aby to mohla být pravda.*“ ZZC3 podotýká, že: *„pokud bych mohl už teda něco změnit a neměla by to změna zpět na starou dokumentaci, zkusil bych odladit to avízo, aby tě to třeba ještě informovalo i o přijetí té zprávy, protože takhle ty prostě nemáš tušení, jestli si to někdo v tom špitálu, kam se řítíš, přečetl a nebude na tebe čumět jak puk, když tě uvidí.*“ ZZC4 by ráda viděla i obměnu hardwaru za jinou, s čímž souhlasil i ZZC1, ZZC5 a ZZC6. ZZC4 dále vidí prostor ke zlepšení ve: *„zjednodušení přetahování zpráv mezi tabletama, protože už se mi i stalo, že jsem si napsala krásný vyšetření a zhodnocení u jedný problémový pacientky, kam jsem si pak radši dovolala doktorku, no a pak, když jsem chtěla tu mojí obsáhlou zprávu doplnit o doktorčinu, tak mi ji to nedoplnilo, ale prostě přepsalo. Takže moje zpráva byla celá pryč. To tě jednak naštvě a jednak to je i ztráta času a snížení efektivity práce, že jo?“* ZZC5 přichází s myšlenkou na zlepšení inspirovanou z nemocničního prostředí: *„podle mě by bylo fajn, kdyby, když si dohledáš pacienta podle historie, ti tam třeba hned vyskočilo někam nahoru do barevnýho proužku informace o infekčnosti daného pacienta. Třeba si to představím v praxi krásně u žloutenkářů nebo HIV.*“ ZZC7 dále rozvádí myšlenku z předchozí otázky: *„bylo by fajn, kdyby šlo pacienty hledat zase postaru i podle jinejch údajů než jen rodnýho čísla.*“

4.4 Struktura výzkumného souboru D

Tabulka 4: základní identifikační údaje výzkumného souboru D

Informant	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání
S1	Žena	26 let	2 roky	Mgr.
S2	Žena	28 let	5 let	DiS.
S3	Žena	43 let	19 let	SŠ
S4	Muž	39 let	17 let	Bc.
S5	Žena	22 let	3 roky	SŠ

Zdroj: vlastní výzkum autora

Tabulka 4 zobrazuje základní demografické údaje informantů ze skupiny S, tedy pracovníků v cílovém zdravotnickém zařízení. Jedná se o skupinu čtyř žen a jednoho muže, jejichž věkové rozpětí je od 22 do 43 let, zatímco jejich délka praxe se pohybuje mezi dvěma a 19 lety. Jejich nejvyšší dosažené vzdělání zahrnuje všechny úrovně přes středoškolsky vzdělanou praktickou sestru až k sestře všeobecné se specializací. Ač v tabulce nejsou zaznamenány konkrétní pracoviště informantů, jednalo se o příjmové ambulance, standardní oddělení i ARO.

4.4.1 Kategorizace získaných dat

V této podkapitole jsou prezentovány výsledky rozhovorů s výše zmíněným NLZP. Pro lepší přehlednost jsou výsledky členěny do kategorií.

Kategorie 1.: vedení ZD

Kategorie 2.: ZD od ZZS

Kategorie 1.: vedení zdravotnické dokumentace

Cílem této kategorie bylo zjistit, jak se staví informanti k vlastní tvorbě zdravotnické dokumentace.

Všichni zpovídání se shodli na skutečnosti, že během psaní dokumentace používají vlastní (tzn. individuální) postup. S3 uvádí, že při vedení dokumentace se zaměřuje: „*primárně na skutečnosti, které způsobují pacientovi diskomfort anebo přímo zhoršení stavu.*“ Oproti tomu je v přímém kontrastu S5, která udává, že na jejím oddělení nemá

NLZP takovou svobodu při zápisu do dokumentace a prakticky vzato slouží k zaznamenávání hodnot a lehkým intervencím.

S3 se společně s S4 shodli, že v posledních letech pozorují nárůst administrativní části péče o pacienta, což oba hodnotí negativně. Oproti tomu zbylí informanti tuto vzestupnou tendenci administrativní složky nezmiňují. S1 naopak zmiňuje, že je toto množství adekvátní.

Informantky S2 a S5 zastávaly podobný názor jako S1, která se vyjádřila: *„naše nemocniční dokumentace je něco úplně jiného ale než ta vaše záchranná, ať už tím, že u vás se to píše doslova na kolenou, nebo i tím, že tam na to jsi sám a nepíše ti to doktor po vizitě a kávě. Na to občas někteří moji kolegové zapominají.“*

Kategorie 2.: zdravotnická dokumentace od zdravotnické záchranné služby

V této kategorii bylo cílem zjistit praktické využití ZOV vytvořeného posádkou ZZS poté, co je společně s pacientem předán v cílovém zdravotnickém zařízení. Informanti taky odpovídali na otázky zaměřené na dostatečnost takovéto dokumentace a zároveň byli dotazováni na jejich vlastní představu podmínek, za kterých je ZOV tvořen.

Ohledně otázky časové dotace, kterou pracovník ZZS disponuje pro tvorbu ZOV, se S2, S4 a S5 přiznaly, že nemají představu o podmínkách, ve kterých zdravotníci záchranáři sepisují dokumentaci. S3 naznačila, že si dovede představit, že tohoto času moc není. Nejlepší představu o těchto podmínkách měla S1, neboť se jednalo o absolventku oboru zdravotnický záchranář, a tudíž si sama během studia zažila tvorbu dokumentace v podmínkách PNP: *„pamatuju si to moc dobře, toho času tam občas fakt moc není. Ale to si spousta lidí neuvědomuje.“*

Co se týče míry využitelnosti takovéto dokumentace, S2 spolu s S3, zastávají názor, že tato dokumentace je užitečná pro zpětnou kontrolu, co který pacient dostal. S3 ještě rozvíjí míru využitelnosti, že ZOV také poslouží při kontrole TK (tlaku krve). Proti tomu se staví S1 s S4 tvrzením, že tento dokument nevyužijí. S1 zastává názor, že do ZOV nahlíží pouze lékař při přijímání, ale pokud je něco zapotřebí, primárně si pacienta vyšetří sám. Nejkritičtější postoj zastávala S5, dle které se do takovéto dokumentace podívá jen málokterý lékař, takže tato dokumentace slouží jenom té lékařské menšině, která ji chce využívat.

Na dotaz, jak konkrétně tedy ZOV informanti používají, odpověděla S1 následovně: „*ta dokumentace je po přijetí založena a nikdo se k ní již nevrací.*“ S tímto tvrzením souhlasí i S2. S3 a S4 oproti tomu vyzdvihují skutečnost, že tato dokumentace je využita v případech, kdy dojde ke zhoršení stavu, či lékaře zajímají vstupní hodnoty při prvním kontaktu.

V návaznosti na to bylo poslední otázkou, jak informanti vnímají dostatečnost této dokumentace, kdy S1, S3 a S5 odpověděli, že v rámci možností považují ZOV za dostatečný. S4 s tímto tvrzením v zásadě souhlasí, ale podotýká, že v porovnání se ZD používanou u nich je záznam o výjezdu pouhým výcucem toho nejdůležitějšího a ne všechny informace, které mohou být vyžadovány, jsou v něm k nalezení. S2 je k využití ZOV v následné nemocniční péči z jejich strany poměrně odmítavá a jenom upevňuje její názor, že: „*ten papír se prostě založí ke všem těm ostatním a už se na to do smrti nikdo nepodívá.*“

5 Diskuse

Tato bakalářská práce na téma „*Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči*“ se zabývala zdravotnickou dokumentací v podmínkách přednemocniční neodkladné péče z pohledu zdravotnických záchranářů, tedy těch, kteří ji tvoří a jejichž výkonu práce se přímo týká. Téma je to stále aktuální, neboť jak udává například Polícar (2010) či jiní autoři zabývající se touto problematikou (mj. Uherek, 2008; Kapounová, 2020), je zdravotnická dokumentace nedílnou součástí poskytování zdravotní péče. Mimo to se však zabývala i pohledem na tuto dokumentaci ze strany nelékařského zdravotnického personálu v cílových zařízeních, kam jsou pacienti posádkou ZZS předáváni společně s touto dokumentací.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jak tuto samotnou dokumentaci vnímají zdravotničtí záchranáři. Pro splnění tohoto cíle byly vybrány výzkumné soubory A a B, kterých se tato dokumentace přímo týká. Druhým cílem práce bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři sami vnímají forenzně-právní stránku dokumentace a její případné využití k prokázání postupu dle *lege artis*. Třetím cílem bylo, v návaznosti na změny ve vedení softwaru během studia a tvorby této práce, zjistit přínos těchto změn z pohledu zdravotnických záchranářů. K tomuto cíli byl vybrán výzkumný soubor C. Posledním cílem práce bylo poukázat na to, která je tato dokumentace následně využívána v nemocničním prostředí. Tohoto se dosáhlo výzkumem ve výzkumném souboru D. Všechny tyto cíle bylo dosaženo metodou polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkumné soubory A a B se zabývaly pohledem na zdravotnickou dokumentaci ze strany zdravotnických záchranářů. Polostrukturovaný rozhovor v tomto souboru byl rozdělen do 5 oblastí.

První z nich se týkala obecného názoru a přístupu zdravotnických záchranářů k této problematice. Výsledkem je skutečnost, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři vnímají tuto dokumentaci jako důležitou součást svojí práce, která je z hlediska vedení a údajů dostatečná. Zároveň však přiznávají, že výsledná podoba a přínos takovéto dokumentace je poměrně individuální a záleží na přístupu každého zdravotníka, jak potvrdil například informant ZZA6. Zároveň část informantů přiznala menší důslednost při vedení této dokumentace, pokud to dle jejich uvážení pacientův stav umožní. Toto se dá popsat slovy „čím závažnější stav, tím detailnější dokumentace“, kdy třeba ZZA1 sám zmínil, že nejdetailnější dokumentaci vždy odevzdává u pacienta s NACA 5-6, které například

Darioli (2019) popisuje jako bezprostřední ohrožení života až zástavu vyžadující neodkladnou resuscitaci. Jedná se o *National Advisory Committee for Aeronautics*, což je skórovací systém využívaný v podmínkách PNP k hodnocení závažnosti stavu pacienta (Doporučený postup Používání skóre NACA v podmínkách PNP, 2017 [online]). Poměrně rozdílně se informanti stavili například k množství administrativní složky jejich práce. Všichni informanti v různé míře pociťují důraz na tuto složku jejich práce, kterou sice shodně vnímají vesměs negativně, ale zároveň tuto situaci chápou a akceptují, ale zatímco někteří si přijdou jejím množstvím až zahlceni (například ZZA1), jiní její množství shledávají přijatelným (ZZA5). Informanti z výzkumného vzorku B, čili ti s nejmenší praxí, se nevyjadřovali nikterak rozdílně od svých zkušenějších kolegů. Já se domnívám, že důraz na administrativní složku má vzestupnou tendenci, což již dříve komentoval například Pokorný (2000), ale zároveň je důležité se nejen jako zdravotnický záchranář, ale i jako zdravotník obecně, určitým způsobem chránit. Nicméně jak podotkl ZZA1: „*Pro právníky je každá tvoje práce napadnutelná.*“

Na druhou stranu je v tomto směru pro zdravotnické pracovníky pozitivní, že ze všech informantů napříč výzkumnými soubory měl zkušenosti s využitím dokumentace pro prokázání správnosti svého postupu pouze ZZA8. Navíc nikoli u soudu.

Že by nutnost vyplněné zdravotnické dokumentace mohla způsobovat tlak na pracovníka ZZS, který by se následně podepsal sníženou kvalitou na péči o pacienta, neguje například ZZA2, nicméně tomu v rozporu je například názor ZZA3 či všichni informanti z výzkumného souboru B. Dle mého je zde pozorovatelná tendence, že tyto pocity mají mladí záchranáři s minimem praxe. Tomu dává za pravdu i ZZA3, kdy dokáže rozlišovat, co je podstatné pro vykonání a co naopak snese odkladu, což přikládá právě zkušenostem.

Zajímavým bodem rozhovorů se ukázalo porovnání papírové a elektronické verze ZOV. Například ZZA7 si pochvalovala větší svobodu při vyplňování dokumentace, zároveň však s ostatními přiznala, že elektronická skýtá mimo jiné výhodu ve snazším následném zápisu do PC, na což ve svém výzkumu poukázal například v podmínkách ZZS SČK Kletečka (2020).

Dalším bodem, který přinesl mnoho protichůdných odpovědí, byly otázky ohledně využití předdefinovaných textů. ZZA7 jejich užití například neguje, to samé i ZZB3. Přitom se jedná o zdravotnické záchranáře z rozdílného spektra věkového i doby působení u ZZS. Stejně rozsáhlé je portfolium zdravotnických záchranářů, kteří tyto texty využívají.

Zajímavostí je, že třeba v práci výše zmíněného Kletečky (2020) 33,3 % procent ze zkoumaného vzorku vidí tyto texty jako hlavní výhodu elektronické dokumentace. Dle mého jsou tyto texty v určitých situacích nápomocné, ale sám subjektivně preferuji vlastní popis situace.

Odpovědi na obou koncích názorového spektra přinesly i otázky na technické vybavení sloužící k zápisu ZOV. Dle mého se jedná o tablety střední třídy, které jsou zvnějšku upraveny pro náročnější podmínky a zacházení. Zatímco s tímto tvrzením souhlasí například ZZB2, tak ZZB3 či ZZA2 vnímají toto zařízení jako opotřebované a vhodné výměny. Dle ZZA8 je jednou z možností i levnější zařízení, kdy se případná krátká životnost vykompenzuje nízkými pořizovacími náklady.

V konečném porovnání se názory zdravotnických záchranářů ani z jednoho výzkumného souboru nikterak výrazně nelišily.

Výzkumný soubor C se zabýval změnou softwaru sloužícího k tvorbě záznamu o výjezdu v prostředí Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, ke které došlo během roku 2021. Pro tento výzkum byl podkladem polostrukturovaný rozhovor o jedné oblasti, která se v několika otázkách zabývala změnou jako takovou, jejím procesem, klady, zápory a vlivem na práci zdravotnických záchranářů.

Z dotazovaných informantů odpověděli všichni až na dva (ZZC3 a ZZC8) ve smyslu kladného přínosu změny. Polovina (ZZC2, ZZC4, ZZC5 a ZZC7) se nicméně přiklápěla k hodnocení kladnému až neutrálnímu. Všichni informanti se shodli na problémech v nejbližším období po změně softwaru, kdy velkou roli ve smyslu problémů hrála svalová paměť a zvyk, jak potvrdil například ZZC7. Ten samý informant si pochválil i průběžné vylepšování softwaru, kdy konkrétně poukazoval na počet možných záznamů fyziologických funkcí, který byl původně omezen na dvě. Pochvaly na průběžné vylepšování zmiňovali i ostatní informanti. Nejmenší obtíže s adaptací na nový systém vyplynul během výzkumů u ZZC2 a ZZC4, což bylo dáno skutečností, že k ZZS nastoupily krátce před změnou, tudíž si nestihly vytvořit takovou svalovou paměť. Ostatní přiznávali o něco horší adaptační proces. Jednalo se tak o nejčastější negativum této změny, neboť se na něm shodli všichni informanti. ZZC8 si na změnu nezvykl ani v době provádění tohoto výzkumu. Zároveň všichni zpovídání nezávisle na jejich postoji ke změně přiznali v určitém časovém horizontu po změně častější dotisk záznamu o výjezdu v podmínkách nemocnice po předání pacienta do péče tamních zdravotníků. Tím zároveň

tito informanti prokázali superiorní povahu pacienta, kdy dle slov ZZA2: „*je na prvním místě, papíry můžou počkat.*“ S tímto postojem souhlasím bez výhrad a domnívám se, že je dobrým vedlejším výstupem tohoto šetření o přístupu zdravotníků k jejich práci. Kromě ZZC8 by žádný z informantů změnu již nevracel. Část ve složení ZZC1, ZZC5 a ZZC6 ji vnímá natolik pozitivně a zbytek si již zvykl jak na změnu, tak na novinky v ní obsažené.

Jako kladná novinka byla zmíněna mimo jiné možnost avíza, ačkoli v místě provádění výzkumu není tolik používána v důsledku struktury tamní nemocnice, jak vyplynulo z rozhovoru s ZZC4. Další změnou, která byla chválena všemi, bylo zjednodušení protokolů v podobě *iktové karty*, negativního reverzu či úmrtního listu, které nyní nezaberou tolik času, což si chválil například ZZC7. Dalším zlepšením je možnost vyhledání si pacientových záznamů i z nemocničního prostředí, což si vzhledem k použití v praxi pochvaloval například právě ZZC7 či ZZC1. Zároveň však byla zmíněna i negativní stránka této novinky, a sice omezení hledání pouze skrze rodné číslo. Souhlasím s informanty, kteří se domnívají, že se jedná o limitaci v důsledku GDPR, a sám mohu z praxe potvrdit, že čím více možností identifikace pacienta zdravotník má, tím snazší je práce s dokumentací, neboť mnohdy zabere určité množství času už jenom zjištění rodného čísla.

Závěrem tohoto výzkumu je několik výsledků. Prvním je, že až na výjimku v podobě jednoho informanta (ZZC8) je změna softwaru v době odevzdání této práce vnímána neutrálně až kladně, kdy přinesla určitá zlepšení, na kterých se shodli všichni informanti, například zjednodušený proces práce s některými složkami ZOV. Druhým zjištěním je skutečnost, že zdravotničtí záchranáři stále vidí prostor pro zlepšení tohoto systému, a dle mého by nebylo od věci provést interní výzkum zaměřený na potenciál dalšího zlepšování. Posledním zásadním zjištěním je, že největším problémem celé této změny byl adaptační proces samotný, který však trval pouze pár směn.

Výzkumný soubor D se soustředil na záznam o výjezdu z pohledu nelékařského zdravotnického personálu v nemocničním prostředí. Jednalo se o dodatečný výzkum, který měl poukázat na přínos správně vyplněné dokumentace pro pacienta. První oblastí bylo vedení zdravotnické dokumentace těmito pracovníky obecně pro lepší představu o jejich přístupu k tomuto problému. Všichni informanti se shodli na skutečnosti, že do určité míry, kterou jim pracoviště nabízí, přistupují k vedení dokumentace svým stylem,

jehož primárním zaměřením je pacient a jeho obtíže. Část informantů (S3 a S4) pozoruje v posledních letech nárůst administrativní složky péče o pacienta, s čímž ve své práci souhlasí i Zavřelová (2021).

Druhou oblastí byl pohled na ZOV a jeho následné využití těmito pracovníky. Tito informanti jsou si vědomi skutečnosti, že ZOV je stěžejním dokumentem ZZS, ačkoli zároveň všichni až na S1 přiznávají, že nemají přesnou představu o podmínkách, v jakých je dokument tvořen. Domnívám se, že zde je výsledek silně ovlivněn mimo jiné pracovištěm informantů, neboť dle mého bude mít lepší představu o tomto problému NLZP pracující na oddělení urgentního příjmu, než stejný pracovník v interní ambulanci, která slouží též jako ambulance příjmová pro ZZS. K této domněnce mne vede skutečnost, že na UP oproti ambulancím mohou pracovat právě absolventi studia zdravotnického záchranáře. Využití této dokumentace je nicméně dle výsledků mého výzkumu minimální, neboť slovy informantky S1, která byla podpořena i informantkou S2: „*ta dokumentace je po přijetí založena a nikdo se k ní již nevrací.*“ Na druhou stranu však druhá část informantů potvrzuje využívání tohoto dokumentu, ačkoli v menší míře a především v situacích, kdy dojde ke zhoršení pacienta či je zapotřebí kontrola předchozí terapie. Zároveň do ZOV nahlíží téměř výhradně lékaři, nikoli NLZP. Závěrem však hodnotí ZOV jako dostatečný, ač jej tolik nevyužívají.

Výsledkem této části výzkumu je tedy závěr, že ZOV je v nemocničním prostředí využíván minimálně, ale jsou situace, kdy je opravdu nutným.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, která na zdravotnickou dokumentaci zdravotnické záchranné služby pohlížejí jednak samotní záchranáři a jednak zdravotničtí pracovníci v cílových zařízeních.

Výzkum ukázal, že zdravotničtí záchranáři vnímají tuto dokumentaci jako nedílnou součást své práce, která může být pro jejich kolegy v nemocničním prostředí určitou náповědou ke stavu pacienta, ačkoli ne tolik používanou dle názoru zdravotnických záchranářů. Zároveň ukázal, že ne všichni si přijdou touto dokumentací v případě soudních jednání dostatečně chráněni, avšak mezi všemi informanty byl pouze jediný, který musel svůj postup zpětně obhajovat skrze tuto dokumentaci. Další otázkou, kterou výzkum zodpověděl, byl přínos změny softwaru v roce 2021 v prostředí ZZS JčK, kdy se ukázalo, že až na ojedinělý případ nepřinesla tato změna žádné významné potíže vyjma adaptačního procesu samotného, a že naopak přinesla určitá zlepšení a usnadnění práce v podmínkách PNP. Posledním cílem práce bylo poukázat na význam ZOV v nemocničním prostředí, což se podařilo výsledkem, že toto využití je sice marginálního významu, nicméně vypustit nelze.

Dle mého názoru se jedná o téma aktuální, neboť je každodenní součástí práce zdravotnických záchranářů. Jensen et al. (2021) navíc poukázali na kladný přínos těchto technologií v podmínkách PNP. Tato práce poukázala na to, jak zdravotničtí pracovníci na tuto složku své práce nahlíží a zároveň předkládá možné body ke zlepšení z úst samotných záchranářů. Práce může posloužit i jako námět pro další výzkumy za cílem zefektivnění práce zdravotnických záchranářů v podmínkách přednemocniční péče.

Zároveň si myslím, že práce zodpověděla více otázek než tyto čtyři, které byly na začátku stanoveny, a že ukázala na tuto problematiku novým pohledem, který může posloužit i právě jako základ pro práce na ni navazující či z ní vycházející.

7 Zdroje

1. BURIÁNEK, J., 2005. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha: Linde. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.
2. DARIOLI, V., et al., 2019. Evaluation of the discriminative performance of the prehospital National Advisory Committee for Aeronautics score regarding 48-h mortality. *European Journal of Emergency Medicine*. 26(5), 366-372 s. ISSN 0969-9546.
3. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
4. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8
5. *Doporučený postup č. 18 - Hromadné postižení zdraví/osob – postup řešení zdravotnickou záchrannou službou v terénu*, 2018 [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2018_hn.pdf
6. DVOŘÁČEK, D., 2010. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. *Urgentní medicína*. 13(1), 32-34. ISSN 1212-1924.
7. EMS, 2020. *What is EMS?*. [cit. 2022-03-14] [online]. Dostupné z: <https://www.ems.gov/whatisems.html>
8. JANOCHOVÁ, J., 2009. *Zdravotnická dokumentace a elektronické zdravotní knihy*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
9. JENSEN, F., et al., 2021. Understanding the Effect of Electronic Prehospital Medical Records in Ambulances: A Qualitative Observational Study in a Prehospital Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(5). doi.org/10.3390/ijerph18052330
10. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné. Praha: Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

11. KLETEČKA, P., 2020. *Problematika dokumentace na ZZS*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
12. MARCHIONI, J., 2003. *Place à Monsieur Larrey, chirurgien de la garde impériale*. Paris: Actes Sud. 512 s. ISBN 978-2742743100.
13. NEUWIRTH, K., 2001. Dosud se ochraně dat ve zdravotnictví nevěnovala pozornost. *Zdravotnické noviny*. 50(25), 14-15. ISSN 0044-1996.
14. PETRUS, M. et al., 2012. *155 let linky 155*. [Praha]: Záchraná služba hl. m. Prahy ve spolupráci s nakl. Public History. 191 s. ISBN 978-80-86445-28-1.
15. POKORNÝ, J., 2000. Zdravotnická dokumentace v přednemocniční neodkladné péči. *Urgentní medicína* [online]., III.(1), 15-18 s. [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2000_01.pdf
16. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-6702-4.
17. PORTER, R., 2001. *Největší dobrodini lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. Praha: Prostor. 807 s. ISBN 80-7260-052-4.
18. *Používání skóre NACA v podmínkách PNP – Doporučený postup* [online], 2018. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2017_NACA.pdf
19. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5
20. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s.: Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001. In: zakonyprolidi.cz © AION CS. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>
21. Sigmund, Které a za jakých podmínek?. *Komora záchranářů: zdravotnických záchraných služeb České republiky* [online]. Praha, 01.05.2019 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/jak-je-to-se->

[vseobecnymi-sestrami-na-zzs-mohou-na-zachrankach-pracovat-ktere-a-za-jakych-podminek](#)

22. SLABÝ, M., 2016. Zdravotnické záchranné služby v České republice – fakta a čísla. *Urgentní medicína*. 19(1), 6-10. ISSN 1212-1924.
23. SLABÝ, M., PAPOUŠEK, R., 2017. *Zásady vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu*. České Budějovice.
24. SOVOVÁ, O., 2011. *Zdravotnická praxe a právo*. Praha: Leges. 304 s. ISBN 978-80-87212-72-1.
25. SURYNEK, A. et al., 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. 160 s. ISBN 80-726-1038-4.
26. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. 480 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
27. ŠÍN, R., 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7492-295-4.
28. ŠVEJNOHA, J., 2008. *Historie Mezinárodního Červeného kříže*. Praha: Úřad Českého červeného kříže. 151 s. ISBN 978-80-87036-28-0.
29. TĚŠINOVÁ, J. et al., 2019. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck. 496 s. ISBN 978-80-7179-318-2.
30. TRAVER BARKLEY, K., 1978. *The Ambulance: the Story of Emergency Transportation of Sick and Wounded through the Centuries*. New York: Exposition Press. 208 s. ISBN 0-9626357-2-3.
31. UHEREK, P., 2007. Předmět povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. *Interní medicína pro praxi* [online]. 9(5), 251-253 s. [cit. 2021-04-19]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/05/12.pdf>
32. UHEREK, P., 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-2658.

33. UHEREK, P., 2020. O lékařském tajemství (nejen) za časů koronaviru. *Časopis lékařů českých*. Praha, (2), 78-80. ISSN 1805-4420.
34. VÁVROVÁ, L., 2013. Zajímavé historické mezníky ve vývoji péče o nemocné a raněné. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2013, 9(1), 73-81 s. [cit. 2022-04-07]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20130628090514140129.pdf>
35. VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H., 2002. *Zdravotnické právo: pro praxi a posluchače lékařských fakult*. Praha: Karolinum. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
36. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
37. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2
38. Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. [cit. 2021-04-13] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
39. Vyhláška č. 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. [online]. [cit. 2021-04-15] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
40. Zákon č. 127/2005 Sb., Zákon o elektronických komunikacích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o elektronických komunikacích), 2005. [online]. [cit. 2021-04-13] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-127>
41. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon občanský zákoník, 2011. [online]. [cit. 2021-04-13] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
42. Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě, 2011 [online]. [cit. 2021-04-14] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

43. Zákon č. 89/2012 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). 2012. [online]. [cit. 2021-04-12] In: *zakonyprolidi.cz* © AION CS. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
44. ZAVŘELOVÁ, V., 2021. *Analýza ošetrovatelské dokumentace u poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

8 Přílohy

Příloha 1: podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři

Příloha 2: podklad pro polostrukturovaný rozhovor s NLZP v cílovém zařízení

Příloha 3: podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři po změně softwaru

Příloha 4: papírová podoba ZOV

Příloha 5: elektronické zařízení k práci se ZOV užívané u ZZS JčK

Příloha 6: uložení zařízení k vedení ZOV v dokovací stanici ve voze ZZS

Příloha 7: prázdná dokovací stanice ve voze ZZS

Příloha 8: metoda třídění START

Příloha 9: Identifikační a třídící karta

Příloha 10: souhlas s výzkumem v prostředí ZZS JčK

Příloha 11: souhlas s užitím Zásad vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu

8.1 Příloha 1 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři

Obecná část

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete u ZZS?
3. Jaká je Vaše předchozí praxe?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Názory na ZD

5. Považujete ZD vedenou u ZZS za dostatečnou?
6. Považujete ZD za důležitou? V čem podle Vás spočívá její důležitost?
7. Jak velký důraz je ve Vaší profesi kladen na administrativu/vedení ZD?
8. V čem vidíte výhody vedení ZD/ZOV?
9. V čem naopak spatřujete největší úskalí v zápisu dokumentace/záznamu o výjezdu?

Vedení ZD

10. Máte během výjezdu pocity tlaku, který je na Vás vyvíjen kvůli ZD, s tím, že může dle Vás docházet k horší péči o pacienta?
11. Používáte při vedení ZD/ZOV vlastní zaběhlý postup? Jaký?
12. Jak často využíváte předdefinované texty, které technika k záznamu ZD nabízí? Dle čeho se rozhodujete, zda je využít, či nikoli?
13. Kterou část ZD by dle Vás bylo vhodné zjednodušit? Máte představu jak?

Forenzně-právní stránka ZD

14. Jak hodnotíte ZD ve smyslu forenzní problematiky – jak se dle Vás takováto ZD dá využít u soudu?
15. Využil jste někdy Vámi vypracovanou ZD k prokázání Vašeho postupu lege artis? Jak?

ZD po předání

16. Jak moc dle Vás využívají nemocniční pracovníci ZD po přijetí pacienta?

Technická

17. Jak hodnotíte technické vybavení k zápisu dokumentace – považujete toto vybavení za dostatečné?
18. Jak byste případně toto vybavení vylepšil/a?
19. Setkal/a jste se někdy se selháním techniky při vedení ZD? Jak tato situace probíhala a jak jste ji vyřešil/a?

8.2 Příloha 2 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor s NLZP v cílovém zařízení

Obecná část

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete u ZZS?
3. Jaká je Vaše předchozí praxe?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vedení ZD

5. Používáte při vedení ZD/ZOV vlastní zaběhlý postup? Jaký?
6. Jak velký důraz je ve Vaší profesi kladen na administrativu/vedení ZD?

ZD od ZZS

7. Do jaké míry je využitelná ZD/ZOV od členů ZZS?
8. Do jaké míry považujete časovou dotaci pro vedení ZD/ZOV v podmínkách PNP za dostačující?
9. Pracujete se ZD od zdrav. záchr. i po přijetí pacienta do vaší péče?
10. Jak hodnotíte ZD předávanou zdravotnickými záchranáři ve smyslu dostatečnosti?

8.3 Příloha 3 – podklad pro polostrukturovaný rozhovor se zdravotnickými záchranáři po změně softwaru

Názory na změnu

1. Jak hodnotíte změnu softwaru?
2. Jak se Vám pracuje s novou podobou vedení dokumentace?
3. Vrátil/a byste se zpátky ke staré podobě, kdybyste měl/a možnost?
4. Co jsou největší výhody této změny?
5. Co jsou největší nevýhody této změny?
6. V čem spatřujete možnosti pro případně vylepšení?

8.4 Příloha 4 – papírová podoba ZOV



ZÁZNAM O VÝJEZDU

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE

32	ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE
091	Oblastní středisko Tábor Výjezdové stanoviště Soběslav
151	Tyršova 485, 392 01 Soběslav Tel.: 381 521 234

Boženy Němcové 1931/6, 370 01 České Budějovice, tel.: 387 762 115, e-mail: sekretariat@zszjck.cz, IČO: 48199931

Oblastní středisko						Výjezdové místo							
Číslo výzvy				Datum		2	0	Posádka	RLP	RZP	LZS	RV	
čas výzvy	čas výjezdu	na místě	odjezd	návrat	konec akce	lékař		SZP				řidič	
:	:	:	:	:	:	:	:						
Místo zásahu													
Indikace								Vůz			Km/min		
Příjmení					Jméno				Pohlaví	M	Ž		
Rodné číslo					Pojišťovna				Státní příslušnost				
Trvalé bydliště								Číslo pasu					
Lékařská zpráva - nález:								stav pacienta		začátek oš.	předání		
OA								Krevní tlak (mmHg)					
FA								Srdeční frek. (min ⁻¹)					
AA								Dechová frek. (min ⁻¹)					
NO								Oxymetrie - SpO ₂ (%)					
								Kapnometrie - et CO ₂					
								Teplota (°C)					
								Glykemie (mmol/l)					
								Zornice	P	L	P	L	
St. P								GCS					
dušnost								přístroje, pomůcky		Otevření očí:			
cyanosa								1 Monitorování EKG		Spontánní			
stenokardie								2 Defibrilátor		Na oslovení			
icterus								3 Kardiostimulátor		Na bolest			
								4 Ventilátor		Nereaguje			
								5 Infúzní pumpa		Slovní odpověď:			
								6 Lineární dávkovač		Plná			
								7 Odsávačka		Zmatená			
								8 Inkubátor		Nepřiměřená			
								9 Scoop nosítka		Nesrozumitelná			
								10 Vakuová matrace		Bez odpovědi			
								11 Vakuová dlah		Motorická odpověď:			
								12 Fixační límec		Uposlěchné			
								13 Transportní plachta		Adek. na bolest			
								14 Přetlaková infúze		Úhyb na bolest			
								15 Oxymetr		Flexe na bolest			
								16 Schodolez		Extenze na bolest			
								17 Jiné		Bez odpovědi			
Th:								stav vědomí					
								Orientovaný		Utlučený			
								Bezvědomí		Narkotizovaný			
								Vliv	Alkohol	Farmaka	Drogy		
Dg:								NACA					
								0 ... bez klinického nálezu					
								I. ... nevýznamná porucha zdraví					
								II. ... nutné ambulantní ošetření					
								III. ... nutná hospitalizace					
								IV. ... potenciální ohrožení života					
								V. ... akutní ohrožení života					
								VI. ... resuscitace					
								VII. ... úmrtí					
Poznámka:						Ponechán/na na místě. Pacient/rodina poučen/na o zdravotním stavu. V případě zhoršení nebo komplikací volejte tísňovou linku 155.							
Zařízení		Odd.	Jiná ZS	Negativní revers		Na místě		Předáno PČR					
Předal	Lékař		SZP			Předání pac. v	:	hod.	Převzal				

Tiskárna Posekarný, tel./fax: 387 312 242

Zdroj: ZSZ JČK

8.5 Příloha 5 – elektronické zařízení k práci se ZOV užívané u ZZS JČK



Zdroj: vlastní foto autora

8.6 Příloha 6 – uložení zařízení k vedení ZOV v dokovací stanici ve voze ZZS



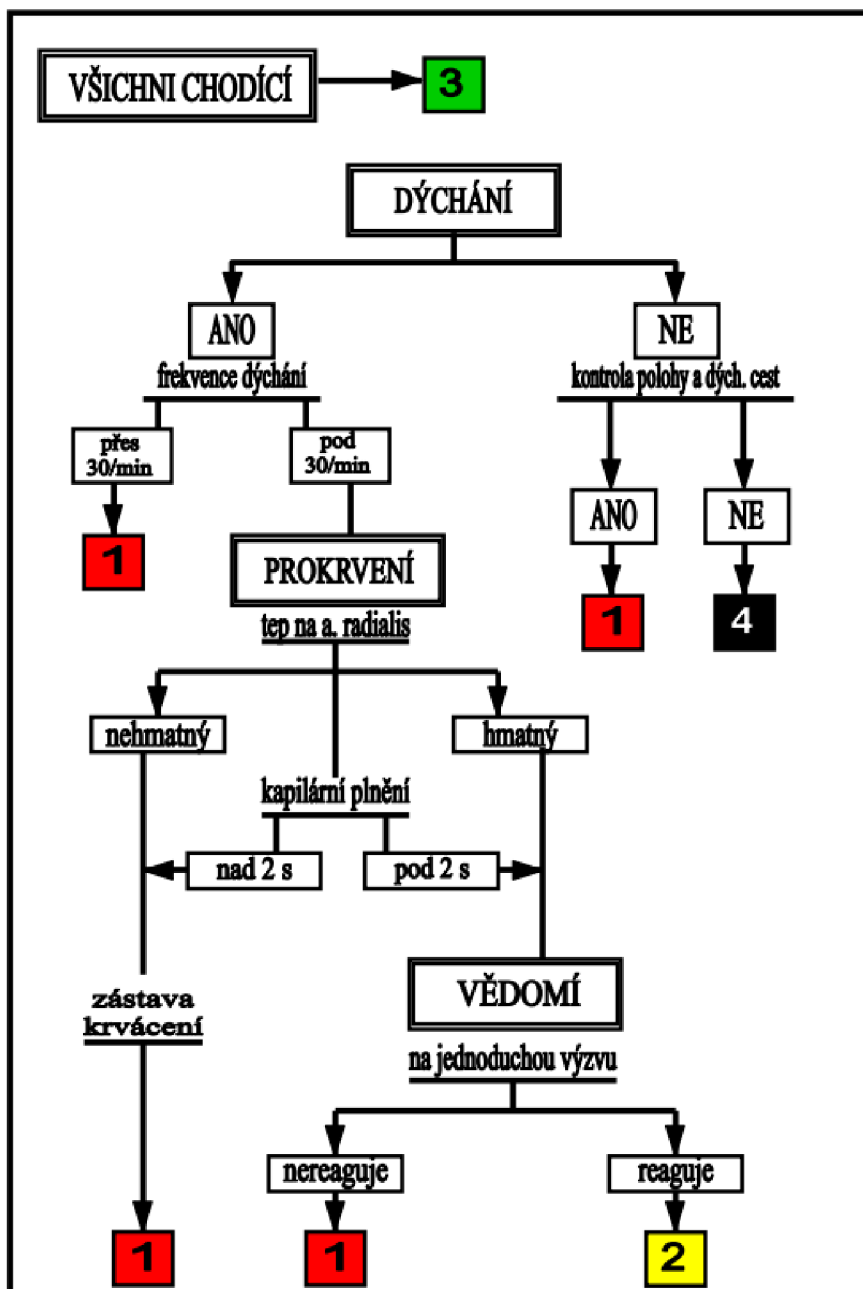
Zdroj: vlastní foto autora

8.7 Příloha 7 – prázdná dokovací stanice ve voze ZZS



Zdroj: vlastní foto autora

8.8 Příloha 8 – metoda třídění START



Zdroj: Ministerstvo vnitra – generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky. [online], [cit. 2022-05-05]. Dostupné z: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/START_Triage_algorithm.png

8.9 Příloha 9 – Identifikační a třídící karta



Zdroj: vlastní foto autora

8.10 Příloha 10 – souhlas s výzkumem v prostředí ZZS JČK

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální

Studijní program/obor: zdravotnický záchranář

Jméno a příjmení studenta/studentky: Karel Slunečko

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): karlos.slunda@seznam.cz, [redacted]

Název zdravotnického zařízení: Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

Oddělení: výjezdové stanice ZZS JČK

Název práce: Zdravotnická dokumentace v přednemocniční péči

Hypotézy, výzkumné otázky:

VO1: Jak vnímají zdravotničtí záchranáři vyplňovanou dokumentaci při předávání pacienta do cílového zdravotnického zařízení?

VO2: Jak zdravotničtí záchranáři nahlíží na využití dokumentace ke zpětnému prokázání péče lege artis?

VO3: Jaký přínos spatřují zdravotničtí záchranáři ve změně softwaru k vedení zdravotnické dokumentace?

VO4: Jak využívají zdravotnickou dokumentaci od posádky Zdravotnické záchranné služby nelékařští zdravotničtí pracovníci v cílovém zařízení po převzetí pacienta?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

polostrukturované rozhovory se zdravotnickými záchranáři pracujícími u ZZS JČK

Předpokládané výstupy: *názory a podněty zdravotnických záchranářů k vedení ZD*

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:


MUDr. Marek Slabý, MBA
ředitel ZZS JČK

8.11 Příloha 11 – souhlas s užitím Zásad vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu

Jméno a příjmení: Karel Slunečko, 4. ročník, obor: zdravotnický záchranář

ŽÁDOST

O použití *Zásad vyplňování dokumentu Záznam o výjezdu* v rámci bakalářské práce *Zdravotnická dokumentace v přednemocniční práci v rozsahu nezbytně nutném pro uvedení do teorie problematiky, diskusi a závěr.*

Odůvodnění žádosti:

Vzhledem k omezenému množství relevantních zdrojů a přímé souvislosti cíle práce jak na teoretické, tak praktické rovině s tímto dokumentem, by jeho užití v BP pomohlo přiblížit problematiku a ve spolupráci s respondenty by mohla posloužit ke zpětné vazbě.

Žadatel: Slunečko Karel

Vyjádření a podpis kompetentní osoby: SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Podpis:

Datum: 2.5.2022

MUDr. Marek Slabý, MBA
ředitel ZZS JČK

9 Použité zkratky

ČK – Červený kříž

GCS – Glasgow Coma Scale

HW – hardware

IZS – integrovaný záchranný systém

MU – mimořádná událost

NLZP – nelékařský zdravotnický personál

PM – povinná mlčenlivost

PNP – přednemocniční neodkladná péče

SW – software

UP – urgentní příjem

ZO – záznam operátora

ZOS – zdravotně operační středisko

ZOV – záznam o výjezdu

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZZS JČK – Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje