



Úloha zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu

Bakalářská práce

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Lucie Špičáková

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková

Fakulta zdravotnických studií



Zadání bakalářské práce

Úloha zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu

Jméno a příjmení: Lucie Špičáková
Osobní číslo: D17000065
Studijní program: B5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Zadávající katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu.
2. Zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně.
3. Zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání slovně.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Zdravotnický záchranář denně předává pacienty do zdravotnického zařízení. V souvislosti s náročností povolání může vzniknout při předávání mnoho chyb nebo dojít ke ztrátě informací o pacientovi. Z tohoto důvodu je nutné být vždy při předávání pacienta více ve střehu a soustředit se na předávání.

Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu?
2. Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta písemně v dokumentaci?
3. Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Rozhovor, rozhovory budou nahrávány na diktafon, následně přepsány do programu Microsoft Office Word 2010.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo realizace výzkumu: Zdravotnická záchranná služba

Čas výzkumu: listopad 2019 - leden 2020

Vzorek:

Respondenti: Zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdové základně

Počet: 5 – 6

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: Čeština



Seznam odborné literatury:

- AKHU-ZAHEYA, L., R. AL-MAAITAH a S. BANY HANI. 2018. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*. 27(3-4), 578 – 589. DOI 10.1111/jocn.14097. ISSN 0962-1067. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/320249477_Quality_of_Nursing_Documentation_Paper-Based_Health_Records_versus_Electronic-Based_Health_Records
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4839-4848. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- KONEČNÁ, Jana. 2015. Vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací v pediatrické praxi. *Pediatric pro praxi*. 16(4), 268-271. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/04/15.pdf>
- POLÁK, Jan. 2016. *Urgentní příjem*. 2. vyd. Mladá fronta. ISBN 999-00-016-2467-5.
- POLÁK, Martin. 2014 *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.
- ŠEBLOVÁ, Jana. 2015. Urgentní medicína a urgentní příjmy v České republice. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 18(2), 54-55. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf
- ŠÍN, Robin. 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.
- ŠTĚTINA, Jiří. 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
- VILÁŠEK, J., M. FIALA, a D. VONDRÁŠEK. 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2477-8.

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce: 1. září 2019
Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2020

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

30. června 2020

Lucie Špičáková

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Marii Froňkové, vedoucí bakalářské práce, za cenné rady, ochotu, připomínky a čas strávený nad touto bakalářskou prací. Velké díky patří všem respondentům, kteří byli ochotní účastnit se rozhovoru. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým nejbližším přátelům, rodině a spolužákům, kteří mě podporovali po celou dobu studia na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci a měli mnoho trpělivosti během zpracovávání bakalářské práce.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora:	Lucie Špičáková
Instituce:	Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií
Název práce:	Úloha zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Froňková
Počet stran:	52
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2020

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá úlohou zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu. Během předávání pacienta mohou vznikat různé rušivé elementy, které průběh předávání mohou výrazně ztížit. Teoretická část bakalářské práce se zabývá problematikou urgentních příjmů, zdravotnické dokumentace a anamnézy. Výzkumná část analyzuje výsledky získané z nestandardizovaných rozhovorů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně a jaké informace o pacientovi se předávají při předání slovně. Výstupem bakalářské práce je článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Klíčová slova: urgentní příjem, zdravotnická záchranná služba, předání pacienta, zdravotnická dokumentace, zdravotnický záchranář

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname:	Lucie Špičáková
Institution:	Technical university of Liberec, Faculty of Health Studies
Title:	The role of medical rescuer worker in handing over a patient to urgent reception
Supervisor:	Mgr. Marie Froňková
Pages:	52
Apendix:	6
Year:	2020

Annotation:

The bachelor thesis describes the problematics of the role of the health care provider in handing over the patient in case of emergency. During the patient's transfer, various interfering elements can occur, which can significantly complicate the transfer process. The theoretical part of the bachelor's thesis deals with the issue of emergency admission, medical records and medical history. The research part analyzes the results obtained from non-standardized interviews. The aim of the research was to find out how the patient is transferred to the emergency department, what information about the patient is passed on in his documentation and what information about the patient is passed on orally during the transfer. The output of this bachelor thesis is an article prepared for professional publications.

Keywords: urgent reception, emergency ambulance service, handing over a patient, ambulance patient records, paramedic

Obsah

Obsah	8
Seznam použitých zkratk	9
1 Úvod.....	10
2 Teoretická část	11
2.1 Urgentní příjem	11
2.1.1 Třídění pacientů na oddělení urgentního příjmu.....	12
2.1.2 Způsob předání pacienta na urgentním příjmu	14
2.2 Zdravotnická dokumentace	15
2.2.1 Legislativa vztahující se ke zdravotnické dokumentace.....	17
2.2.2 Formy zdravotnické dokumentace	18
2.2.3 Způsob vedení zdravotnické dokumentace.....	19
2.3 Zdravotní stav pacienta	20
2.3.1 Vyšetření pacienta.....	22
3 Výzkumná část.....	26
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky	26
3.2 Metodika výzkumu.....	26
3.3 Analýza výzkumných dat	27
3.3.1 Kategorie I. Předání pacienta na urgentním příjmu	28
3.3.2 Kategorie II. Předání písemné dokumentace na urgentním příjmu	32
3.3.3 Kategorie III. Předání slovních informací	36
3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek	39
4 Diskuze	41
5 Návrh doporučení pro praxi	46
6 Závěr	47
Seznam použité literatury	49
Seznam příloh	52

Seznam použitých zkratk

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
DRNR	Doprava raněných, nemocných a rodiček
GA	Gynekologická anamnéza
GCS	Glasgow Coma Scale
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
NIS	Nemocniční informační systém
NO	Nynější onemocnění
OA	Osobní anamnéza
RA	Rodinná anamnéza
TANR	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace
TIK	Třídící a identifikační karta
UP	Urgentní příjem
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1 Úvod

Zdravotnická záchranná služba je součástí integrovaného záchranného systému, kam spolu s ní patří ještě Hasičský záchranný sbor České republiky a Policie České republiky. V době mimořádné události společně provádějí záchranné a likvidační práce (Česko, 2000). Zdravotnická záchranná služba na základě tísňové výzvy poskytuje přednemocniční neodkladnou první pomoc. Výjezdová skupina je složena nejméně ze dvou členů, z nich jeden je vedoucím výjezdu. Rozmístění základem zdravotnické záchranné služby by mělo být v dojezdové době 20 minut (Česko, 2011a).

Urgentní příjmy představují hlavní bránu vstupu do zdravotnického zařízení. Denně tudy projde řada pacientů, ať už dopravených posádkou zdravotnické záchranné služby nebo sami vlastní cestou. Předání pacienta do zdravotnického zařízení posádkou zdravotnické záchranné služby by mělo být rychlé a plynulé. Během předání pacienta by měl být naprostý klid, aby neunikly žádné důležité informace o zdravotním stavu pacienta. Dostatečné předání informací je pak klíčové v dalším postupu léčby. Jakékoliv nedorozumění během předávání mohou mít vážné následky.

Zdravotnický záchranář jako nelékařský zdravotnický pracovník se podílí i na určení diagnózy k tomu mu slouží dobře odebraná anamnéza. Správně a včas odebraná anamnéza od pacienta a jeho okolí je pak důležitým krokem v určení správné diagnózy. Zdravotnický záchranář tak stanovuje diagnózu pracovní. Svoji důležitost ve stanovení pracovní diagnózy má i kompletní vyšetření pacienta. Jelikož zdravotnický záchranář nemá přístup k moderním vyšetřovacím metodám jako zdravotnické zařízení, musí se spoléhat především na svoje vědomosti, smysly a praxi. Anamnéza společně s celkovým vyšetřením se doplňují a umožňují tak včasné rozpoznání problému, vhodné stanovení léčby a cíleného transportu. Po předání pacienta do zdravotnického zařízení a jeho dalším důsledným vyšetřením stanoví lékař finální diagnózu.

2 Teoretická část

2.1 Urgentní příjem

Urgentní příjmy (UP) též označovány jako emergency, akutní příjem nebo oddělení centrálního příjmu, jsou součástí již většiny zdravotnických zařízení na všech úrovních. Práce na tomto oddělení vyžaduje specializační přípravu personálu, protože úroveň poskytnuté péče pacientům rozhoduje o jejich dalším osudu. Urgentní příjem můžeme charakterizovat jako vstupní bránu do nemocnice, kde jsou přijímáni a ošetřováni pacienti pro akutní onemocnění (Polák, 2014). UP fungují jako významný filtr řešených zdravotních stavů, mnohé pacienty po vyšetření a ošetření lze propustit domů bez nutnosti hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Suplují tak funkci ambulancí jednotlivých pracovišť poskytovatele akutní lůžkové péče (Šín, 2017).

Na UP pracujeme s několika typy pacientů. **Stabilní pacient** má všechny životní funkce v normě. **Nestabilní pacient** má jednu nebo více životních funkcí mimo normu, může se jednat o krevní tlak, frekvenci dechu nebo stav vědomí. **Stabilizovaný pacient** je pacient, který v důsledku léčebných opatření má nejméně dvě životní funkce z předchozích patologických hodnot v normálním rozmezí, a to při měření každých 5 minut. **Pacient po kardiopulmonální resuscitaci**, která byla prováděna v terénu mimo zdravotnické zařízení. **Pacient v terminálním stadiu onemocnění**, který má nepříznivou prognózu, může se jednat například o onkologického pacienta. **Zemřelý pacient**, má známky úmrtí v době příjmu na urgentní příjem, nebo chvíli po přijetí (Polák, 2014).

Urgentní příjmy jsou důležitou součástí řetězce plynulého poskytování celkové zdravotní péče pacientům, kteří jsou do zdravotnického zařízení dopraveni pomocí posádek zdravotnické záchranné služby (ZZS), nebo přiváženy z terénu dopravou raněných, nemocných a rodiček (DRNR), ale zároveň jsou zde ošetřeni i pacienti, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení sami. UP shromažďuje na jednom místě materiální prostředky i odborníky k řešení náhle vzniklých akutních stavů pacienta (Remeš a Trnovská, 2013). Personální zabezpečení UP zajišťují urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog nebo traumatolog. Dále jsou zde přítomny všeobecné sestry, sestry pro intenzivní péči nebo zdravotničtí záchranáři. Pokud se na UP nenachází anesteziolog, urgentní lékař nebo intenzivista musí být alespoň jednoho z nich, fyzická přítomnost dostupná do 5 minut od vyžádání (Šeblová, 2015).

Na UP se diagnostikují a ošetřují stavy, které vzniknout akutně. Pro plánované příjmy do zdravotnického zařízení je místo jinde. Strukturně UP v menších nemocnicích nebývá rozdělen na úseky, ve větších nemocnicích s velkým obratem pacientů bývá rozdělen i stavebně na několik úseků. Mezi základní úseky UP patří, **informační úsek (recepcce)**, jehož částí je i kontaktní místo pro ZZS. Zastává funkci nemocničního dispečinku, přijímá oznámení od zdravotnické záchranné služby, řídí počet volných lůžek, kontaktuje týmy při náhlé zástavě oběhu kdekoli v nemocnici a v případě mimořádné události je součástí krizového štábu nemocnice. Další částí je **vysokoprahová část a nízkoprahová část**. Do vysokoprahové části patří **emergency room**, která přebírá pacienty se selhávajícími či selhanými vitálními funkcemi. Nízkoprahová část zahrnuje **ambulance**, kde jsou ošetřováni pacienti, kteří nejsou v přímém ohrožení života. Dále do úseku urgentního příjmu řadíme **expektační lůžka**, která představují místo ke krátkodobému pozorování za účelem diagnostiky problému. V každém případě by doba na lůžku neměla přesáhnout 24 hodin (Šeblová a Knor, 2013). Poslední částí je **heliport**, což je místo pro přebírání pacienta od letecké záchranné služby. Jeho umístění musí vždy vyhovovat normám, díky osvětlení je možnost přebírat pacienty i za tmy (Remeš a Trnovská, 2013). Letecká záchranná služba má oproti pozemní záchranné službě dvě hlavní výhody. První výhoda je podstatně šetrný transport a zkrácená doba transportu do zdravotnického zařízení. Jako druhou výhodu můžeme brát, poměrně krátký čas dopravení lékařského ošetření na místo události (Dobiáš, Bulíková a Herman, 2012).

2.1.1 Třídění pacientů na oddělení urgentního příjmu

Pacient, který se dostává na oddělení urgentního příjmu má většinou obtíže různé povahy a závažnosti. V rozhodovacím procesu vyšetření a ošetření lékařům a jiným zdravotnickým pracovníkům pomáhá systém třídění nebo-li **triáž**. Pokud se pacient dostává na UP prostřednictvím ZZS je prvotní třídění provedeno již v terénu v rámci přednemocniční péče prostřednictvím START systému (Polák, 2014).

Systém třídění START je převážně určen pro ostatní složky integrovaného záchranného systému (IZS), ale mohou ho využít i zdravotničtí pracovníci. Toto třídění se převážně využívá při hromadným postižením osob, ať už se jedná o havárie, dopravní nehody nebo intoxikace. V rámci tohoto třídění jsou prováděny pouze základní život zachraňující manévry, jako například uvolnění dýchacích cest nebo zástava masivního

krvácení. Kardiopulmonální resuscitace se v tomto případě nezahajuje (Remeš a Trnovská, 2013).

Trochu odlišná situace nastává, pokud pacient na oddělní UP přichází sám, nebo je dopraven někým blízkým. Pak je prvním místem třídění právě UP. Personál pracující na oddělení UP pak musí určit, do jaké míry je zdravotní stav pacienta urgentní, jak rychle potřebuje ošetřit a provést další vyšetření. Personál musí však předpokládat, že zdravotní stav pacienta se může kdykoliv změnit k horšímu. Z tohoto důvodu musí být všechny místnosti UP neustále monitorovány kamerovým systémem, aby mohlo být zahájeno včasné léčení v případě nouze. Pořadí kdy pacienti budou vyšetřeni není dáno příchodem, ale závažností jejich problémů. Zdravotnický pracovník pracující na recepci UP klade cílené dotazy pacientům podle schématu – proč pacient vyhledal lékařskou pomoc, jaké má současné obtíže, jaké má alergie, jaké užívá léky, základní osobní anamnézu, kdy naposledy jedl. Mezi časté obtíže netraumatického charakteru na UP patří alergie, bolesti na hrudi, kolapsové stavy, křeče, palpitace, bodnutí hmyzem, průjem, zvracení a další (Polák, 2016).

V další fázi zjišťujeme přítomnost obecných a specifických diskriminátorů. Obecnými diskriminátory v rámci třídění jsou život ohrožující stavy, kvalita vědomí, krvácení, teplota a bolest. U šokového stavu nebo masivního krvácení dáváme vždy nejvyšší prioritu. Specifické diskriminátory jsou například bolest na hrudi nebo pleurální bolest. Dále nás zajímá čas vzniku obtíží, jelikož časový údaj má velký vliv například při cévní mozkové příhodě, při stanovení terapeutického okna. Rozlišujeme náhle vzniklé obtíže, které vznikly v řádu sekund až minut. Dále akutní obtíže, které vznikly do 24 hodin a jako poslední rozlišujeme čerstvě vzniklé obtíže, kdy se příznaky objevily v posledních 7 dnech. Na základě všech kritérií třídění rozlišujeme poté pacienty do 5 skupin – emergentní, velmi urgentní, urgentní, standart a neurgentní. První skupina, emergentní pacienti mají červenou barvu a měli by být ošetřeni ihned. Jako příklad můžeme uvést náhle vzniklou dušnost společně s akutně vzniklou bolestí břicha a známkami šoku. Druhá skupina, velmi urgentní pacienti mají oranžovou barvu a měli by být vyšetřeni do 5 až 10 minut. Příkladem může být bolest břicha s hematemézou, nebo těžká bolest s iradiací do zad. Třetí skupina, urgentní pacienti mají žlutou barvu a měli by být ošetřeni do 1 hodiny. Tady se může jednat o stavy bolesti břicha se střední intenzitou společně s melénou. Čtvrtá skupina, standardní pacienti mají zelenou barvu a jsou ošetřeni do 2 hodin. Do páté skupiny, která je modrá, patří pacienti s banálnějšími obtížemi, které lze odložit. Tito pacienti bývají vyšetřeni do 4 hodin (Polák, 2014).

Pacienti, kteří podle zdravotnického operačního střediska (ZOS) jsou po kardiopulmonální resuscitaci, vždy patří do červené skupiny. Zde je již připraven personál UP nebo resuscitační tým. Pacient, kterého doveze posádka ZZS může nakonec mít nižší prioritu než pacient, který se dopraví sám. Jakmile je pacient zařazen do skupiny, pokračuje proces diagnostiky a léčby daných obtíží (Polák, 2016).

2.1.2 Způsob předání pacienta na urgentním příjmu

Neodkladná a akutní péče je poskytována ve třech krocích. Za prvé přednemocniční neodkladné péče, za druhé neodkladná a akutní péče, která je poskytována ve zdravotnickém zařízení kam patří urgentní příjmy a za třetí nemocniční péče kam můžeme zahrnout standartní lůžka, jednotky intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko – resuscitační oddělení (ARO). Plynulé předání pacienta do zdravotnického zařízení prostřednictvím urgentního příjmu zajistí zdárné fungování celého systému (Šeblová, 2015). Možnost připravit se na příjem pacienta je velmi cenná a důležitá. Dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě je poskytovatel akutní lůžkové péče povinen zajistit kontaktní místo pro spolupráci s ZZS. Pokud je součástí zdravotnického zařízení urgentní příjem, kontaktní místo je jeho součástí (Česko, 2011a).

ZOS poskytuje zpětnou vazbu mezi posádkami ZZS a cílovým zdravotnickým zařízením. Nahlašuje příjezd pacienta, případně dává informace o počtu volných lůžek intenzivní péče. Jelikož si v řadě případů tyto činnosti vyřizují posádky samy, je nepřetržitý provoz kontaktního místa na urgentním příjmu důležitý. Může tak podávat informace o stavu volných lůžek posádkám. Důležitým faktem tedy je, aby posádka dostala vždy jasnou instrukci, zda cílové nemocniční zařízení má pro pacienta místo s vhodnou následnou péčí (Franěk, 2014). ZOS v současné době není pouze centrálou pro příjem tísňové výzvy, ale jelikož zde pracují dispečeri, kteří mají zdravotnické vzdělání poskytují před příjezdem ZZS rady volajícímu, jak co nejlépe poskytnout první pomoc. Do této části se řadí i telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR). Správně a rychle poskytnutá první pomoc před příjezdem ZZS může pozitivně ovlivnit další změny stavu pacienta (Vilášek, Fiala a Vondrášek, 2014).

Informace, které potřebuje zdravotnický tým na urgentním příjmu o zdravotním stavu pacienta znát, vystihuje mnemotechnická pomůcka **MIST** jinak řečeno MIST message. Díky této pomůcce by nemělo dojít ke ztrátám informací, nebo jejich nesdělení

během předávání pacienta. Písmeno **M** znamená mechanismus úrazu neboli mechanism, podáváme informace o tom, co se stalo, jak probíhal pád nebo jiná nehoda. Písmeno **I** znamená anglicky injuries, podáváme informace o dosud zjištěných zraněních. Písmeno **S** neboli signs, znamená hodnoty vitálních funkcí, z pravidla se měří hned při vyšetření pacienta a následně před transportem nebo při předání na urgentní příjem. Písmeno **T** neboli treatment nám podává informace o dosavadní léčbě, jaké léky byly podány, nebo jestli byly využity stabilizační pomůcky. Tato mnemotechnická pomůcka je nejvíce využívána u pacienta s polytraumatem (Bydžovský, 2010a). Během předání pacienta by měl být naprostý klid, aby nedošlo ke ztrátě informací. Jakákoliv chyba, nebo ztráta informací během předání může mít pro pacienta fatální následky. Předání by mělo být jasné, stručné a bez zbytečného prodlení času. Faktory, které mohou ovlivnit předání pacienta jsou například hluk, vyrušení, nepozornost nebo nesprávná komunikace zdravotnického personálu mezi sebou. Předání pacienta je předání profesionální zodpovědnosti a povinnosti, které se týkají všech stránek péče o pacienta další osobě na dočasnou nebo trvalou dobu (Matlochová a Matloch, 2014). Na UP je pak pacient po kompletním vyšetření, primárním ošetření a stabilizaci životních funkcí, předám dále na příslušné oddělení intenzivní péče (JIP, ARO) nebo je přímo převezen na operační sál. Pokud není nutná hospitalizace je pacient propuštěn do domácí péče (Šeblová, 2015).

2.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnickou dokumentaci (ZD) můžeme charakterizovat jako informační zdroj o konkrétním pacientovi, která obsahuje ucelené informace o doposud podané léčbě, dalším plánu léčby pacienta a plánovaných vyšetřeních. Dále zde můžou být zaznamenány informace, které považuje lékař za důležité, aby ve zdravotnické dokumentaci byly (Konečná, 2015). ZD obsahuje nejen samotný chorobopis a ambulantní kartu, ale také může obsahovat obrazovou dokumentaci kam řadíme rentgenové snímky, fotografie či video záznam. Tato obrazová dokumentace nám pak může lépe ukázat průběh a účinnost léčby (Prošková, 2012). Zápisy do dokumentace by se měly provádět průběžně a neměly by se zbytečně odkládat. Kvalitně zpracovaná ZD podporuje efektivní komunikaci mezi členy zdravotnického týmu (Akhu-Zaheya, Al-Maaitah a Hani, 2018).

Zdravotnická dokumentace slouží k mnoha účelům v první řadě je nezbytná hlavně pro potřeby zdravotnických pracovníků. Z důvodu, že podává informace o pacientovi,

jeho anamnéze, jeho vývoji zdravotního stavu v čase a postupu poskytování zdravotní péče. Díky těmto informacím zdravotnický personál může lépe určit další postup léčby, rehabilitace nebo preventivní opatření. ZD je také doklad o poskytnuté zdravotní péči, za kterou zdravotnické zařízení žádá finanční úhradu od zdravotní pojišťovny. Dále má ZD významnou roli při sporu mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, nebo dvěma zdravotnickými zařízeními či zdravotnickým personálem z důvodu, jestli byla poskytnutá péče podle předpisů či jestli byla dostatečně kvalitní a nebylo nic zanedbané. V neposlední řadě slouží ZD k výuce budoucích zdravotnických pracovníků (Policar, 2010).

ZD na oddělení urgentního příjmu musí obsahovat identifikační údaje pacienta, čas, kdy byl pacient na UP dopraven, čas zahájení ošetření a čas propuštění, dále musí obsahovat údaje o obtížích pacienta, diagnózu, záznam vitálních funkcí při příjmu, záznamy o monitorování, ordinace léků a vyšetření. V případě ponechání pacienta k hospitalizaci musí být vypsána zpráva o důvodu přijetí, seznam zatím provedených vyšetření a ordinací léků. V případě propuštění pacienta do domácí péče je nutné vypsát propouštěcí zprávu se závěrem a doporučením (Polák, 2014). Dle vyhlášky č. 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci obsahuje dokumentace zdravotnické záchranné služby sbírku dokumentů a záznamů, které se vztahují ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní akci. Do tohoto souboru patří i zvukové nahrávky ZOS s časovými údaji, to znamená záznam rozhovoru dispečera s osobou volající na linku 155. Konkrétně do dokumentace ZZS řadíme tyto položky: záznam operátora, záznam o výjezdu, třídící a identifikační kartu a záznam o hromadném odsunu pacientů (Česko, 2012).

Záznam operátora obsahuje datum, čas hlášení a pořadové číslo výzvy k výjezdu. Dále sem patří osobní údaje pacienta a údaje potřebné k určení místa zásahu, telefonní číslo na volajícího, nebo jiný možný kontakt spojení, pokud lze zjistit. Dále sem řadíme osobní údaje operátora, který přijal výzvu ke zpracování, čas předání výzvy posádce ZZS, čas předání pacienta do zdravotnického zařízení, včetně identifikačních údajů zdravotnického zařízení. Pokud nebyl pacient předán do zdravotnického zařízení je zde uveden čas a místo ponechání pacienta. Poslední částí jsou osobní údaje zdravotnických pracovníků, kteří poskytovali přednemocniční zdravotní péči (Policar, 2010).

Záznam o výjezdu musí být vyplněn čitelně, jelikož je zdrojem pro zdravotníky, kteří budou dále pokračovat v ošetřování pacienta. Ke struktuře záznamu o výjezdu napomáhají kolonky, které se doplňují. Záznam o výjezdu je vyhotoven ve dvou výtiscích. Originál záznamu je předán společně s pacientem do zdravotnického zařízení,

nebo ponechám na místě ošetření pacienta. Kopie se archivuje na ZZS. Kompletně a správně vyplněný záznam o výjezdu slouží jako právní dokument v případě trestného řízení. Na některých pracovištích se můžeme setkat s elektronickou verzí této dokumentace. Záznam o výjezdu se zadává přímo do mobilního počítače, kdy je následně vytisknut v tiskárně vozidla ZZS (Remeš a Trnovská, 2013).

Třídící a identifikační karta (TIK) se využívá v situacích s hromadným postižením zdraví. Postupně se vyplňuje od shora dolů přední strana a následně zadní strana. Vyplněná karta se zavěsí pacientovi na krk, aby byla viditelná i z větší vzdálenosti. Přední strana obsahuje jedinečné číslo karty, které je kombinací čísla kraje a číselné řady. Dále je na kartě oddíl diagnóza, kde lékař vyšetřuje vědomí, oběh a dýchání, zapisuje se pracovní diagnóza, stav zornic a lokalizace nejzávažnějšího poranění pacienta. V oddíle třídění se určí prioritizace transportu pacienta do zdravotnického zařízení, popřípadě jeho následné přetřídění, vždy se uvede čas třídění a jméno lékaře, který třídění provedl. Zadní strana TIK obsahuje oddíl terapie, kde jsou označeny časové údaje a potvrzení o provedení léčebného opatření (infuzní terapie, léky, znehybnění, poloha při ošetření a transportu, provedení dekontaminace). Je zde i místo pro další léčebné pokyny a jejich potvrzení. Tyto informace jsou pak vyplněny podle vyhodnocení třídícího lékaře. Dále je zde zaznamenáno místo směřování pacienta a jakým transportním prostředkem (Štětina, 2014). **Záznam o hromadném odsunu pacientů** vyplňuje velitel odsunu. Záznam obsahuje jedinečné registrační číslo pacienta, které je uvedeno na TIK, dále prioritu odsunu a čas předání pacienta transportnímu prostředku (Česko, 2012).

2.2.1 Legislativa vztahující se ke zdravotnické dokumentaci

Zdravotnická dokumentace je upravena zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V § 53 se dočteme co by měla zdravotnická dokumentace obsahovat. Ať už se jedná o identifikační údaje pacienta nebo identifikační údaje poskytovatele zdravotnických služeb (Česko, 2011b). Při poskytování zdravotní péče je důležitá důvěra mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, proto se předpokládá i zachování povinné mlčenlivosti o zdravotním stavu pacienta. Do povinné mlčenlivosti zahrnujeme veškeré anamnestické údaje, osobní údaje, diagnostické a léčebné postupy, výsledky vyšetření a veškeré další informace, které pacient nebo zákonný zástupce sdělil lékaři (Dobiáš, Bulíková a Herman, 2012). Výše uvedený zákon

v § 51 upravuje povinnou mlčenlivost spojenou s poskytováním zdravotních služeb. Porušení povinné mlčenlivosti není porušeno, pokud zdravotnický záchranář předává informace o zdravotním stavu pacienta za předpokladu návaznosti zdravotní péče. Dále pokud je zdravotnický personál zbaven pacientem nebo zákonným zástupcem o mlčenlivosti a může tak informace podat. Dále se za porušení mlčenlivosti nepovažuje podání informací pro potřeby trestního řízení, nebo plnění povinnosti zmařit a oznámit spáchání trestného činu (Česko, 2011b). Dále zdravotnickou dokumentaci upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., O zdravotnické dokumentaci. V § 4 této vyhlášky se dozvíme jaké části jsou součástí zdravotnické dokumentace ZZS. Tato vyhláška pak v § 5 a přílohách 2 a 3 stanovuje dobu uchování zdravotnické dokumentace, postup při jejím vyřazením po uplynutí stanovené doby a postup jejího zničení (Česko, 2012). Tuto vyhlášku dále novelizuje vyhláška 137/2018 Sb. (Česko, 2018).

2.2.2 Formy zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace může být za podmínek, které spravuje zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve formě listinné, elektronické nebo v kombinaci obou těchto podob. Elektronická forma zdravotnické dokumentace je pořizována, vytvářena, ukládána a zprostředkována díky využití informačních technologií v digitální formě. Forma zdravotnické dokumentace by neměla mít vliv na kvalitu záznamu informací (Česko, 2011b). V současné době je běžné, že zdravotnické zařízení vedou formu zdravotnické dokumentace jak listinnou, tak elektronickou. Elektronická dokumentace funguje na základě nemocničních informačních systémů (NIS), tyto systémy nejsou v České republice jednotné. Což zabraňuje posílat některé údaje mezi zdravotnickými zařízeními (Polák, 2014).

Charakteristika zápisu do listinné a elektronické verze jsou definovány v zákoně uvedeném výše, konkrétně v § 54. Každý zápis, který se provede do zdravotnické dokumentace vedené v listinné formě musí obsahovat datum provedení zápisu, podpis zdravotnického personálu nebo jiného odborného personálu, který zápis zapsal a následně otisk razítka se jménem pracovníka. Pokud není možné razítko použít uvede se čitelný záznam jména. Zápisy v elektronické formě musejí být taktéž opatřeny identifikačními údaji zdravotnického pracovníka, který záznam provedl a datumem provedení záznamu. Pokud dojde k omylu a je nutné zápis opravit nebo doplnit, vždy se musí uvést datum

změny a podpis pracovníka, který zápis změnil. Původní zápis však musí být stále čitelný. Pokud se jedná o změnu zápisu na žádost pacienta doplní se informace podpisem pacienta a připojí se poznámka, že jde o změnu na žádost pacienta (Česko, 2011b).

2.2.3 Způsob vedení zdravotnické dokumentace

Záznam o výjezdu se musí vyhotovit vždy pokud daná posádka vykonala zásah. Pokud se jedná o nehodu s hromadným postižením osob, záznam o výjezdu nahrazuje TIK (Dobiáš, Bulíková a Herman, 2012). Záznam o výjezdu je obsahově, formálně a odborně důležitý dokument, který registruje činnost zdravotnického záchranáře v terénu po dobu výjezdu. Je zdrojem důležitých informací pro zdravotnický personál, který přebírá péči o daného pacienta. Zároveň dokument obsahuje informace z prostředí, kde došlo k náhlé změně stavu. U úrazových dějů obsahuje mechanismus úrazu, objektivní nález či další cenné informace, které jsou nenahraditelné. V neposlední řadě slouží jako právní dokument pro vyšetřování postupu dané posádky. Záznam o výjezdu je vyhotoven ve dvou výtiscích, které tvoří originál a kopie. Originál se předává spolu s pacientem do zdravotnického zařízení a kopie se archivuje na ZZS. Pokud je pacient ponechán na místě zásahu, záznam o výjezdu se taktéž ponechává s pacientem (Dobiáš, 2013). Záznam o výjezdu obsahuje datum a čas převzetí výzvy od ZOS, čas příjezdu na místo události, osobní údaje pacienta, informace o prostředí, ze kterého byl pacient přivezen, informace o jeho zdravotním stavu, pracovní diagnózu, popis poskytnuté zdravotní péče jako je například podání léků (Remeš a Trnovská, 2013). U jakékoliv podané medikace by mělo být vždy uvedeno název léku, gramáž, ordinace lékaře, který podávání léku konzultoval, podané množství, čas a cesta podání (Marx, 2014). Dále záznam obsahuje čas transportu pacienta do zdravotnického zařízení a jeho předání (Remeš a Trnovská, 2013). V poslední řadě, záznam o výjezdu obsahuje část, kde se zaznamená, jestli má pacient u sebe nějaké osobní věci. Provede se tak zápis a věci se předají společně s pacientem. ZZS tak provádí opatření, aby nedošlo k odcizení osobních věcí pacienta (SAK, 2016).

2.3 Zdravotní stav pacienta

Anamnéza je souhrn všech údajů o zdravotním stavu pacienta od jeho narození až do současné doby, kdy vyhledal pomoc ZZS. Slovo anamnéza má původ v řečtině, kde znamená rozpomínání, jelikož se zdravotnický personál vyptává pacienta na události z minulosti, které by mohly mít vliv na současný zdravotní stav. Cílem je zjistit od pacienta nebo doprovázející osoby, co nejvíce informací, které následně pomohou ve stanovení diagnózy. Anamnézu můžeme získávat formou přímou, kdy rozhovor probíhá přímo s pacientem, nebo formou nepřímou, kdy informace získáváme od doprovázejících osob (Nejedlá, 2015). Nepřímá anamnéza má velký význam v případech kdy pacient z nějakého důvodu nemůže vypovídat sám. Ať už se jedná o bezvědomí, stav deliria nebo nemůže mluvit. V tomto případě je nutné se snažit vyzpovídat všechny osoby, které nám dopomohou doplnit mezery v anamnéze. Pokud odebíráme anamnézu od jiného zdroje než od pacienta, je nutné zaznamenat o jaký zdroj se jedná, a z jakého důvodu pacient nevypovídá sám (Thomas a Monaghan, 2018). Dobře a kompletně odebraná anamnéza je v podstatě umění zdravotníků, jelikož se pak od odebrané anamnézy odvíjí další postup léčby. V mnohých situacích může vést přímo k diagnóze nebo velmi výrazně zmenšit okruh možných onemocnění. Například v psychiatrii je anamnéza jedinou cestou k určení diagnózy. Pokud chce zdravotník získávat anamnézu musí mít nejen vědomosti o dané problematice, ale i dobré komunikačních schopnosti, dostatek empatie a emoční inteligence. Údaje, které od pacienta získáme musejí být zapsány v dokumentaci. Nesmíme však zapomenout, že zdravotní dokumentace nikdy nenahradí fyzikální vyšetření a anamnézu nynějšího onemocnění. Anamnéza se skládá z několika částí, mezi které patří osobní data pacienta, nynější onemocnění a osobní anamnéza. Dále sem můžeme zahrnout rodinnou anamnézu, sociální a pracovní anamnézu, dětská onemocnění, sportovní anamnézu, rehabilitační anamnézu a u žen gynekologickou anamnézu (Dobiáš, 2013). **Osobní data pacienta** nám slouží k identifikaci pacienta. Zaznamenáváme jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu a adresu trvalého bydliště. Dále uvádíme kontakt na blízké příbuzné. Pokud posádka ZZS měla výjezd již na daného pacienta, mohou některé údaje zjistit v historii výzev ještě před příjezdem na místo události (Dobiáš, 2013).

Nynější onemocnění (NO) zde se ptáme pacienta co ho vedlo k zavolání ZZS, jak dlouho zdravotní problémy trvají a kdy začaly. Je dobré se zeptat pacienta otevřenou otázkou a povzbudit ho tak v popisu symptomů. Během vyprávění pacienta si děláme

krátké poznámky, pacienta nepřerušujeme, ale necháme ho mluvit přibližně dvě minuty. V další fázi je dobré ve zkratce zopakovat pacientům problém a doptat se na více podrobností. U hlavních symptomů si poznačíme jejich začátek, frekvenci, zhoršující faktory, ulevující faktory, změny v čase, nebo závislost na jiné aktivitě a doprovodné symptomy. Pokud je hlavní symptom bolest, tak nám s vyšetřením pomůže mnemotechnická pomůcka SOCRATES. V tabulce (viz příloha B) je uveden význam jednotlivých písmen (Thomas a Monaghan, 2018).

Osobní anamnéza (OA) zahrnuje předchorobí, kdy se pacienta ptáme na již prodělaná onemocnění, onemocnění, se kterými se léčil či léčí a dále na prodělané operace, zákroky nebo úrazy. Do osobní anamnézy ještě spadá anamnéza farmakologická a alergická. V alergické anamnéze zjišťujeme pacientovi alergie, převážně alergie na léky a ve farmakologické anamnéze léky, které pacient pravidelně užívá. Během osobní anamnézy zjišťujeme také zlozvyky neboli abúzy pacienta jako je množství a frekvence požívání alkoholu, cigaret, kávy, popřípadě drog a jiných návykových látek. Neměli bychom zapomenout na otázky ohledně problému s močením a stolicí, spánkem, chutí k jídlu nebo jestli pacient rychle přibral či naopak zhubnul (Dobiáš, 2013).

Rodinná anamnéza (RA) nám poskytuje údaje o zdravotním stavu rodičů, sourozenců, dětí nemocného, popřípadě prarodičů. U rodinných příslušníků, kteří již zemřeli si poznamenáme věk a příčinu úmrtí. Zajímají nás choroby, které se v rodině objevují, jako příklad můžeme uvést vysoký krevní tlak nebo diabetes mellitus. Dále pátráme po dědičných onemocnění jako je třeba hemofilie nebo cystická fibróza. Pokud je známo tak si poznamenáme i věk vzniku onemocnění (Nejedlá, 2015).

Gynekologická anamnéza (GA) poukazuje na možnost gynekologického problému, a u žen ve fertilním věku na možnost těhotenství. Do gynekologické anamnézy zahrnujeme i **menstruační anamnézu** a **anamnézu porodnickou**. U mladších žen se ptáme na věk, od kterého žena menstruuje, bolest při menstruaci, sílu krvácení a přidružené symptomy. Zajímá nás, jestli žena užívá hormonální antikoncepci a u starších žen kdy nastala menopauza a průběh klimakteria. V porodnické anamnéze zjišťujeme počet těhotenství, porodů a potratů, jestli byl porod přirozený nebo vznikly komplikace. Zaznamenáváme všechny specifika, která by mohla pomoc v diagnostice problému. U potratu uvádíme, zda byl spontánní nebo instrumentální (Thomas a Monaghan, 2018).

V **pracovní anamnéze** zjišťujeme charakteristiku povolání, který pacient vykonává nebo vykonával. Pokud není zcela jasné, o jaké povolání jde, musíme ho dále

specifikovat. Řada problémů totiž může vycházet z nevhodných klimatických podmínek, nebo z nefyziologické polohy těla při dlouhé práci u počítače. V **sociální anamnéze** se zabýváme dotazy na sociální kontakty, rodinu, zda žije pacient sám nebo s partnerem. Pokládáme cílené dotazy na stav domácnosti, jestli si může sám zatopit, používá výtah nebo kolik osob sdílí společnou domácnost. Jako důležitou informaci můžeme brát i fakt, jestli je nemocný dlouhodobě bez práce (Nejedlá, 2015). V **dětské anamnéze** nás zajímá onemocnění, které pacient prodělal v dětském věku, psychomotorický vývoj, očkování a reakce těla na něj. Tato anamnéze je více důležitá u dětských pacientů než dospělých. **Sportovní anamnéza** se v akutní medicíně nevyužívá tak často, svoji důležitost může nabýt při sportovních úrazech. **Rehabilitační anamnéza** je stejně jako sportovní méně významná. Důležitost vznikne při náhlém problému během rehabilitačních cvičení, pobytu v lázních nebo dalších léčebných procedur (Dobiáš, 2013).

Na odebrání celkové anamnézy by mělo být dostatek času a klid, bohužel v rámci práce záchranáře to není vždy možné, proto se rozhovor týkající anamnézy zaměřuje převážně na konkrétní problém a charakter obtíží. Můžeme to charakterizovat jako cílenou anamnézu. Jedná-li se například o onemocnění dýchacího systému, záchranář pokládá cílené otázky na charakter kašle nebo příměsi ve vykašlávání (Navrátil, 2017).

2.3.1 Vyšetření pacienta

Dobré a správné vyšetření v rámci přednemocniční péče je stejně tak důležité jako správně odebraná anamnéza. Jelikož nejsou v přednemocniční péči dostupné moderní technologie, zdravotnický záchranář se musí spolehnout na své znalosti a praxi. Správné vyšetření je pak základním předpokladem pro správné určení pracovní diagnózy (Remeš a Trnovská, 2013). Pracovní diagnóza je označení nejpravděpodobnější finální diagnózy pacienta, jež je vybírána z možných dalších diagnóz na základně údajů zjištěných z vyšetření. K upřesnění diagnózy postupuje dále lékař ve zdravotnickém zařízení pomocí laboratorních či zobrazovacích metod (Bydžovský, 2010b). Umožňuje včasné rozhodnutí, jak pacienta zabezpečit v rámci podání léčby a transportu. Před samotným vyšetřením je důležité letmo obhlédnout místo zásahu, jestli je bezpečné a nehrozí posádce nebo pacientovi nebezpečí. Pokud má posádka jakékoliv pochybnosti o místě zásahu, nevstupuje na něj a zajistí dostupnost všech složek IZS (Remeš a Trnovská, 2013).

Cílem fyzikálního vyšetření je objevení patologický příznaků u orgánů pomocí našich smyslů. Využíváme sluch, zrak, hmat a ve výjimečných příležitostech čich. Před vyšetřením je důležité pacientovi vysvětlit co bude následovat, jaké vyšetření provedeme a co se při něm snažíme zjistit (Nejedlá, 2015). Základními vyšetřovacími metodami tedy jsou: pohled – inspekce, poklep – perkuse, pohmat – palpace a poslech – auskultace. Tato skupina tvoří dohromady metodu nazývanou 4P. Během vyšetření nevyužíváme pouze jeden konkrétní smysl, ale všechny. Jako příklad si můžeme uvést bolesti břicha, kdy při palpaci cítíme patologickou rezistenci, ale zároveň můžeme vidět bolestivé grimasy na obličeji pacienta (Dobiáš, 2013).

Při pohledu neboli inspekci, využíváme vlastní zrak. Je dobré mít dostatek světla. Začínáme celkovým pohledem na pacienta, kdy si všímáme jeho postoje, polohy těla a chůze, vlastní hmotnosti a tělesných disproporcí, poté se zaměřujeme na jednotlivé části, jako je hlava, končetiny, hrudník, břicho, nezapomínáme ani na zadní části těla. Poté přecházíme k podrobnější prohlídce, kdy si všímáme například zbarvení kůže a sliznic, nebo míst po vpichu u intoxikovaných lidí. Důležité je dodržovat postup od hlavy k patě, abychom na něco nezapomněli. Porucha držení těla, nebo svalové mimiky je pro některá onemocnění typická, proto je důležité si těchto detailů všimat (Navrátil, 2017).

Díky vyšetření pohmatem můžeme určit bolestivá místa, obrysy pod povrchem a zjistit kvalitu povrchu kůže. Palpaci provádíme buď povrchovou nebo hlubokou, jednou rukou nebo dvěma. Při palpaci vyšetřujeme břicho, hrudník, krk a končetiny. Na krku se zaměřujeme na velikost uzlin a štítné žlázy. Při palpaci končetin se zaměřujeme na rozdílnost teplot mezi oběma končetinami. Při úrazových stavem se zaměříme na stabilitu hrudního koše (Dobiáš, 2013). Pro vyšetření pomocí poklepu, využíváme zvukového efektu, který vyvolává poklep třetího prstu na třetí prst druhé ruky. Díky této metodě můžeme vyšetřit velikost některých orgánů, jako jsou například játra. Vyšetření pomocí poklepu nám také ukazuje patologické změny v dutině břišní (Navrátil, 2017). Před vyšetřením poslechem pomocí fonendoskopu se zaměříme na jiné slyšitelné vjemy. Můžeme slyšet například poruchy řeči nebo nesrozumitelné vyjadřování. Na dálku slyšíme i chrapot při laryngitidě nebo fenomény bublin při edému plic. Pomocí fonendoskopu slyšíme zvuky, které vyvolávají vnitřní orgány. Ideální je tiché prostředí pro vyšetřování, proto nevyšetřující zdravotník upozorní ostatní členy rodiny o ticho (Dobiáš, 2013). Fyzikální vyšetření rozlišujeme na celkové a lokální. Celkové značíme jako Status praesens generalis a lokální jako Status praesens localis. Tento způsob

vyšetření se využívá zejména u pacientů s interním onemocněním, u neakutních stavů a neúrazových chirurgických stavů. Jiný způsob fyzikálního vyšetření je u akutních stavů, kdy se nejprve nejvíce věnujeme základním životním funkcím a až poté, vyšetření podle anatomické lokalizace. Toto vyšetření se rozlišuje na primární a sekundární (Dobiáš, 2013).

Primární vyšetření je neodkladné a pomáhají nám při něm kroky, které se značí **ABCDE**. Během kroků **A**, **B**, a **C** se provádějí život zachraňující manévry a nesmějí se odkládat. Jinak řečeno bez provedení kroků **A** až **C** se nesmí postupovat dále ve vyšetřování. Během primárního vyšetření se zároveň provádí i primární ošetření pacienta. Pokud máme komunikující pacienta, předpokládáme, že je tedy zachováno vědomí, volné dýchací cesty s dýcháním, a tedy i krevní oběh. Dále jsou popsány jednotlivé kroky **ABCDE**. Během kroku **A** v angličtině nazývaném jako airway se provádí zhodnocení průchodnosti dýchacích cest s následným zajištěním. V tomto kroku dále stabilizujeme krční páteř u traumatu pomocí krčního límce. V kroku **B** anglicky nazývaném jako breathing pozorujeme frekvenci a hloubku dýchání. Dále si všímáme patologie na krku, která může mít vliv na dýchání. Stejně jako si všímáme patologie na krku tak pozorujeme i patologie na hrudníku, tady by mohl nastat problém při tenzním pneumotoraxu. Během kroku **C**, nazývaného jako circulation pozorujeme viditelná zevní krvácení, která potřebují zastavit. Pro zástavu masivního krvácení využíváme tlakový obvaz nebo škrtidlo. Vyšetříme přítomnost pulzu, jeho kvalitu a pravidelnost, dále popřípadě vyšetříme kapilární návrat. Pozornost také věnujeme zabarvení kůže, jestli je pacient cyanotický, opocení nebo bledý. V kroku **D** neboli diasability, vyšetříme vědomí pomocí hodnotící škály Glasgow Coma Scale (GCS). Dále se zaměříme na stav zornic, zdali jsou symetrické a reagují na osvit. V kroku **E** neboli exposure navazuje sekundární vyšetření pacienta. Nesmíme zapomenout na tepelný komfort (Remeš a Trnovská, 2013).

Sekundární vyšetření provádíme od hlavy k patě. Vyšetřujeme kompletně celého pacienta, nesmíme zapomenout na oblast zad. Podle situace provádíme vyšetření buď v sanitním voze nebo na místě zásahu. I přes ztížené podmínky dbáme na soukromý pacienta. Během vyšetření hlavy si všímáme krvácení, hematomů, krve v uších, nose a ústech, vytékajícího likvoru z uší, stavu zornic, kůže a sliznic na obličeji. Lebku palpujeme a všímáme si deformity, zlomeniny a krepitace. Během sekundárního vyšetření přezkoumáme stav dýchání a dýchacích cest. Při vyšetření krku pozorujeme náplň krčních žil, zkusíme opozici šije, ale tu zkusíme pouze u pacientů neúrazového stavu. Při vyšetření hrudníku a břicha využíváme skupiny vyšetření 4P. Pohledem zkoumáme

známky traumatu, hematomy a u hrudníku ještě symetrii. Palpací vyšetřujeme bolestivost, deformity a u hrudníku stabilitu hrudního koše. Poslechem zjišťujeme slyšitelnost dechového fenoménu, srdečních ozev a u břicha slyšitelnost střevní peristaltiky. Při ztrátě vzdušnost plíce je poklep temný, naopak při zvýšené vzdušnosti plíce je poklep hypersonorní. Při vyšetření pánve se zaměřujeme na stabilitu pánve, bolestivost, známky traumatu a hematomy. Můžeme zvažovat nasazení pánevního pásu. Při vyšetření horních a dolních končetin se zaměřujeme taktéž na deformity, bolestivost a hematomy. Dále si všímáme otoků, zkrácení jedné končetiny, nepřirozené polohy a barvy kůže. U dolní končetiny kontrolujeme pulz na arterii femoralis v tříse nebo u arterie tibialis posterior za vnitřním kotníkem. U horní končetiny pulz kontrolujeme na arterii radialis. Dále jak u horní, tak dolní končetiny provádíme neurologické vyšetření, a to citlivost a pohyblivost. Nesmíme zapomenout na vyšetření zad (Remeš a Trnovská, 2013).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

- 1) Zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu.
- 2) Zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně.
- 3) Zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání slovně.

Výzkumné otázky

- 1) Jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu?
- 2) Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta písemně v dokumentaci?
- 3) Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní metodou. Sběr dat byl zprostředkován technikou nestandardizovaného rozhovoru (Příloha B). Byly stanoveny tři výzkumné otázky, ke každé z nich byla stanovena jedna kategorie. Ke každé kategorii byly následně vytvořeny otázky do rozhovoru. Výzkum probíhal s předchozím písemným souhlasem vedení organizace (Příloha C). Rozhovory byly realizovány na výjezdových základnách Zdravotnické záchranné služby. Respondenti byli zdravotničtí záchranáři pracující na těchto výjezdových základnách. Všichni respondenti poskytli ústní souhlas s provedením rozhovoru a se zpracováním získaných informací. Celkem bylo osloveno 6 respondentů. Předvýzkum probíhal formou nestandardizovaného rozhovoru s dvěma respondenty, kteří nebyli dále využiti pro výzkum (Příloha D). Na základě předvýzkumu došlo k úpravě formulace u dvou otázek z důvodu jejich lepší srozumitelnosti. Obě otázky byly rozděleny na další dvě. Rozhovory byly nahrávány na telefon iPhone 6s pomocí aplikace diktafon a následně přepsány do programu Microsoft Office Word. Data z rozhovorů byly zpracovány pomocí techniky kódování metodou tužka – papír (Příloha E). Následně bylo ke každé kategorii vytvořeno schéma odpovědí respondentů.

3.3 Analýza výzkumných dat

Otázky z rozhovorů byly rozděleny do třech kategorií, ke každé kategorii bylo vytvořeno schéma odpovědí respondentů, které jsme doplnili o úryvky z rozhovorů.

Respondent 1 (R1) je 30letý muž, pracující na zdravotnické záchranné službě 6 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, bakalářské.

Respondent 2 (R2) je 30letý muž, pracující na zdravotnické záchranné službě 7 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, bakalářské.

Respondent 3 (R3) je 29letý muž, pracující na zdravotnické záchranné službě 3 roky. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné.

Respondent 4 (R4) je 28letý muž, pracující na zdravotnické záchranné službě 6let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, bakalářské.

Respondent 5 (R5) je 40letá žena, pracující na zdravotnické záchranné službě 8let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, bakalářské.

Respondent 6 (R6) je 35letá žena, pracující na zdravotnické záchranné službě 5 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, bakalářské.

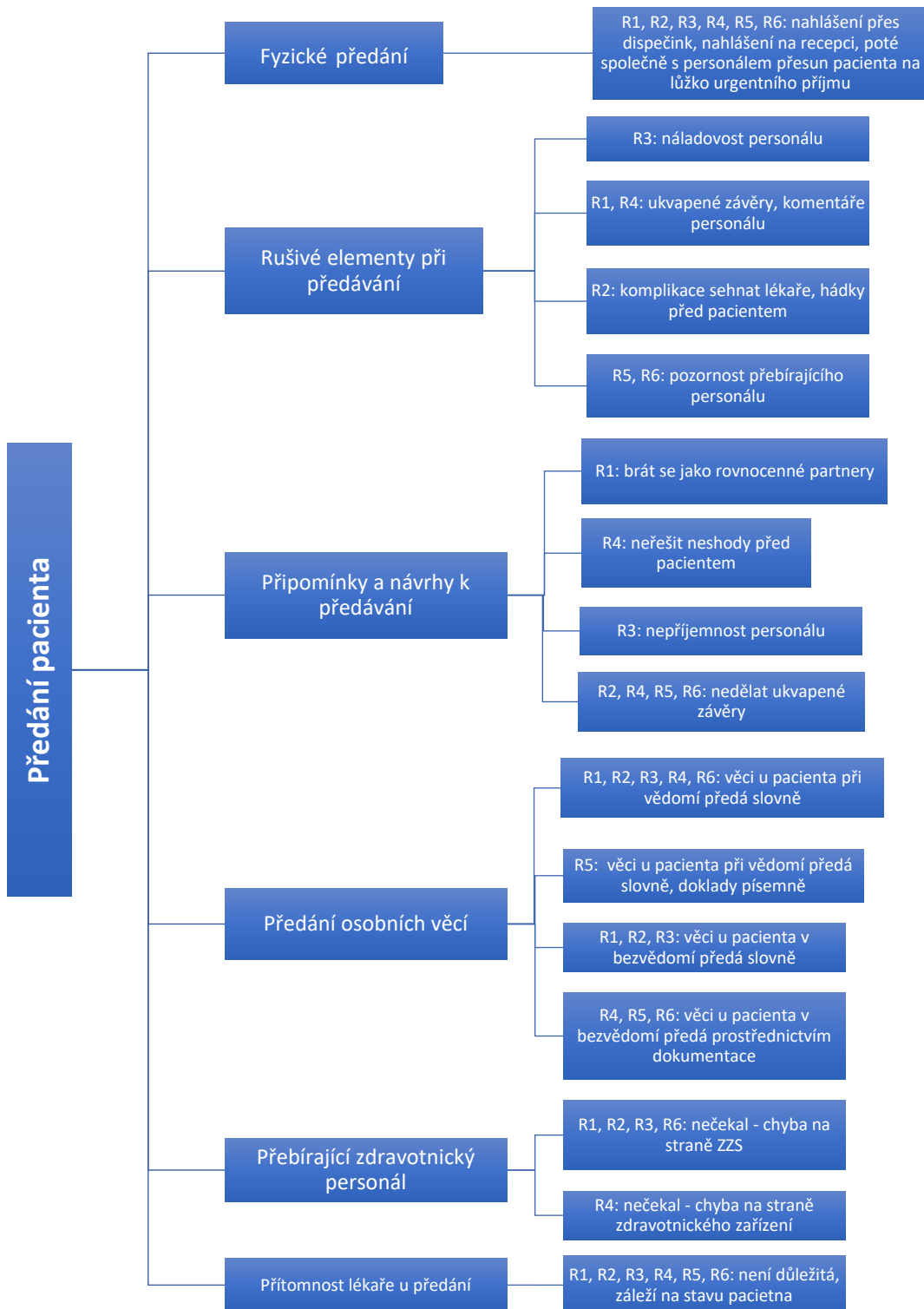
První kategorie se zabývala předáním pacienta na urgentním příjmu. Respondenti zde byli dotazováni na průběh předávání pacienta a jestli během předávání pociťují rušivé elementy. Dále byli dotazováni na průběh předání osobních věcí u pacienta při vědomí a v bezvědomí. Dále bylo zjišťováno, zda přebírající zdravotnický personál vždy čeká na příjezd posádky a zdali si myslí, že je důležitá přítomnost lékaře u předání.

Druhá kategorie se zaměřovala na předání písemné dokumentace. Respondenti byli dotazováni na to, jaké informace uvádí o zdravotním stavu pacienta, jaké informace o podané medikaci uvedou, jaké informace o úrazech a zda uvedou informace o úrazech z minulosti. Dále bylo zjišťováno, zda uvádějí do dokumentace osobní věci pacienta, zda jim přijde elektronická dokumentace lepší než papírová a jestli použili za svoji dosavadní praxi na ZZS papírovou dokumentaci. Dále odpovídali na otázky, jak moc je důležitá dokumentace v přednemocniční neodkladné péči a jaká část dokumentace jim přijde na vyplnění nejtěžší.

Třetí kategorie se zabývala problematikou informací předávaných slovně. Zde byli respondenti dotazováni, jakou první informaci řeknou při předání, jaké informace řeknou o podané medikaci a zdali informují přebírající zdravotnický personál o situaci na místě

zásahu. Dále jestli používají odborné termíny, zdali informují personál o přidružených onemocněních pacienta a podle jaké struktury informace o pacientovi předávají.

3.3.1 Kategorie I. Předání pacienta na urgentním příjmu



Obr. 1 Kategorie předání pacienta (Zdroj: autor)

Obrázek 1 zobrazuje odpovědi respondentů na otázky zabývající se problematikou fyzického předání pacienta na urgentním příjmu. Zde bylo stanoveno celkem sedm otázek, které byly pokládány respondentům. První otázka byla zaměřená na průběh fyzického předání pacienta na urgentním příjmu. Zde se obsahově odpovědi všech respondentů R1, R2, R3, R4, R5 a R6 shodují. Nejprve se posádka ZZS avizuje přes dispečink do zdravotnického zařízení. Následně se posádka nahlásí na příjmovém okénku urgentního příjmu a poté ve spolupráci se středním zdravotnickým personálem pacienta přesunou z nosítek ZZS na lůžko urgentního příjmu. R5 popsal průběh fyzického předání pacienta následovně *„Před příjezdem avizujeme telefonicky, po příjezdu na urgent se ohlásíme v příjmovém okýnku, předáme základní dokumenty od pacienta, posléze nás pustí dovnitř. Samotné fyzické předání pacienta, hlavně záleží, v jakém stavu pacient je, v lepším případě si pacient přeje z nosítek na lůžko, pacientovi v závažném stavu dopomůžeme.“* R3 k předání pacienta uvedl *„Přijedeme na místo, kde nám na urgentu řeknou, na jaké volné lůžko ho můžeme položit nebo posadit, přijde doktor nebo si ho seženeme, pak předáme pacienta s obtížema jaké má a co ho nejvíce trápí a kvůli čemu jsme ho přivezli.“* R1 ještě dodává *„Pak se ujmeme předávání buď mezitím řidič společně se sestřičkami, které jsou tedy mnohem více ochotné než lékaři, tak už pacienta skládají nebo předáme a pak pomůžeme s překladem pacienta na lůžko.“*

Druhá otázka byla zaměřená na rušivé elementy během předávání pacienta. Zde se odpovědi respondentů shodovali minimálně. Respondenti uváděli, že jim vadí nepozornost přebírající personálu, kdy musí informace o pacientovi opakovat víckrát a díky tomu může dojít ke ztrátám důležitých informací. R5 uvedl *„Rušivý element pro mě je, že musím nějakou anamnézu opakovat víckrát.“* R6 k tomu dodává *„Mám pocit, že osoba, které předávám informace o pacientovi mi nevěnuje takovou pozornost, jaká by byla třeba.“* Další faktory, které respondenti uvedli byly ukvapené závěry přebírajícího personálu nebo komentování ostatních pracovníků. R1 odpověděl *„Nejvíce rušivý element je, když v průběhu předávání mě lékař přeruší a začne směřem k pacientovi nadávat a hodnotit proč přijel, a přitom si ani nedoposlechnul s čím ho vezeme.“* R4 dále zmiňuje *„Ruch oddělení ve smyslu, když mluvíme o pacientovi tak je tam spousta lidí, personálu, které by o tom neměli moc vědět. Dále je problém komentování ostatních pracovníků.“* R2 uvedl jako rušivý element komplikaci sehnat nějakého lékaře a hádky před pacientem. R3 k této problematice udává *„Doktoři jsou vyhořelý, vyčerpaný z toho dne a jsou nepříjemný.“*

Ve třetí otázce jsme se zabývali, zdali mají respondenti nějaké výhrady, připomínky nebo návrhy k průběhu předávání pacienta. Nejvíce se respondenti shodovali na tom, že by bylo dobré nedělat ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta a dovyslechnout si nejprve proč daného pacienta přivezli. R5 uvedl „*Stává se, že pacienta vezeme s naší pracovní diagnózou a výhrada je taková, že střední zdravotnický personál, aniž by vyslechl celou naši zprávu tak nám již od dveří sděluje, že pacient k nim nepatří a patří jinam.*“ R6 k tomu doplňuje „*Někdy by bylo fajn si nejprve vyslechnout proč a z jakého důvodu jsme pacienta přivezli a co nás k tomu vedlo.*“ R2 uvedl „*Nemělo by se to probírat před pacientem, ve smyslu, co jste to dovezli a proč sem.*“ R1 k této problematice uvedl, že by chtěl více profesionální přístup „*Chtěl bych aby přišel trochu profesionální přístup, že nás budou brát jako střední zdravotnický personál, že nás budou brát trochu jako více vyrovnaněji, že budou schopni věřit tomu co říkáme, když pacient pak začne vykládat něco jiného.*“ R4 k tomu dodává „*Neměly by být dohady před pacientem kam ho směřujeme, nedohadovat se a nemít osobní poznámky.*“ R3 ve své odpovědi zmiňuje, že mu vadí nepřijemnost doktorů.

Čtvrtá otázka se zabývala problematikou předání osobních věcí u pacienta při vědomí. Respondenti R1, R2, R3, R4 a R6 odpověděli na otázku, že pokud je pacient při vědomí tak si za své osobní věci zodpovídá sám a nepředává se to prostřednictvím dokumentace. Buď ví pacient, kam mu zdravotníci záchranáři věci položili nebo to ví personál urgentního příjmu. R1 na otázku odpověděl „*Oznámíme to sestřičce, oznámíme ji případně nějakou hotovost nebo cennost, kterou má pacient u sebe a hodíme to pod postel.*“ R2 k tomu doplňuje „*Řekneme kam mu je dáváme a on to ví, nebo to ví personál kde jsou.*“ R3 k tomu dále uvádí „*Většinou si za věci zodpovídá sám z terénu při vědomí se to nezapisuje.*“ Nejpodrobnější odpověď poskytl R5, který uvedl, že si osobní věci pacient hlídá sám a prostřednictvím dokumentace předává pouze doklady. „*Pokud vezeme z terénu nebo domova a je při vědomí, tak si veškeré jeho osobní věci nechává u sebe jedině, co si bereme k sobě je kartička pojišťovny, někdy i občanský průkaz. Pokud si to bereme k sobě tak v dokumentaci uvedeme, že jsme si tyto doklady převzali a předali spolu s pacientem.*“

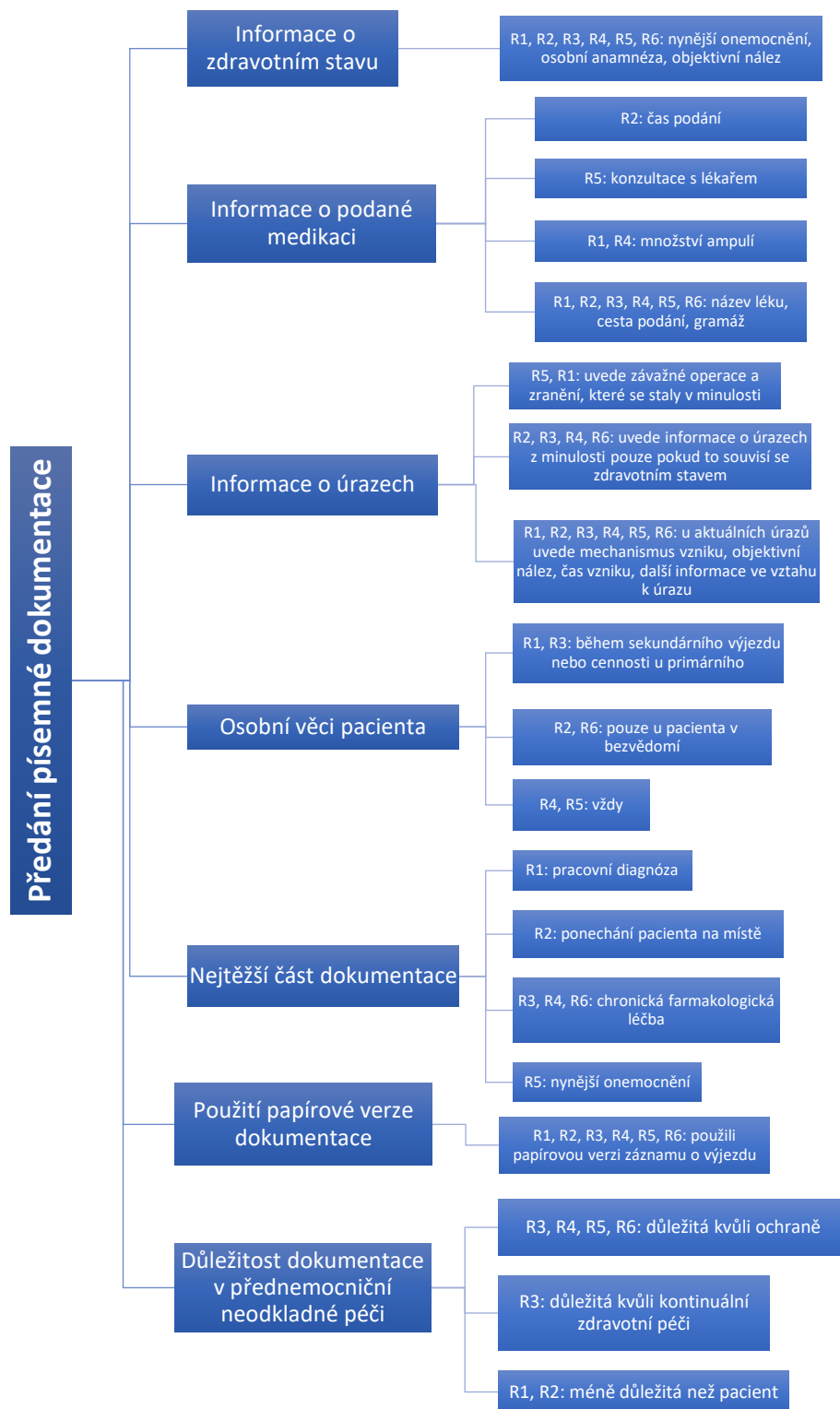
V páté otázce jsme se respondentů ptali, jak probíhá předání osobních věcí, pokud se jedná o pacienta v bezvědomí R4, R5 a R6 uvedli, že předávají prostřednictvím dokumentace. R6 uvedl „*Pokud je pacient v bezvědomí tak mám možnost uvést do dokumentace věci, které předám společně s pacientem. Vždycky se tam snažím uvést cenné věci jako například mobil, doklady a větší obnos peněz.*“ R4 uvedl „*Brát co nejvíce*

věci a když se něco bere tak to zapíšu do zdravotnické dokumentace.“ R5 doplňuje „Pokud je na místě události příbuzný pacienta, tak si veškeré věci, které během ošetřování najdeme tak předáme rodině. Pokud tam nikdo z rodiny není, tyto věci bereme s sebou a zaznamenáme do dokumentace.“ R1, R2 a R3 osobní věci prostřednictvím dokumentace nepředávají a předávají to slovně přebírajícímu personálu. R1 k této problematice uvedl „Pokud má nějaké věci tak ty věci jdou taktéž pod postel, ale většinou pacienta nešacujeme, jestli má nějaké hodinky, peněženku nebo tak.“ R3 k tomu doplňuje „Většinou mu nebereme cennosti, to co má na sobě nevadí. Kdyby mu rodina vrazila tašku, tak se to předává s taškou, není na to čas to přehrabovat.“

Šestou otázkou bylo, zda zdravotnický pracovník vždycky čeká na příjezd posádky nebo zda se stalo, že o posádce nikdo nevěděl. U respondentů R1, R2, R3 a R6 se stalo, že na ně zdravotnický pracovník nečekal. Tato chyba byla na straně ZZS. Většinou to bylo z důvodu špatné komunikace mezi sebou. R1 uvedl „Stalo se to výjimečně, když se třeba zapomeneme avizovat do nemocnice, nebo jsme příliš blízko.“ R6 „Výjimečně se stalo, že o nás nikdo nevěděl, ale to byl problém ze strany komunikace, než že by nás někdo vyloženě ignoroval.“ R2 „Když nevědí tak je to spíše z důvodu komunikačního šumu.“ R3 odpověděl, že se to párkrát stalo, ale spíše výjimečně. „Párkrát se stalo, že nás dispečink neohlásil, ale je to spíše výjimečné.“ R5 uvedl, že zdravotnický pracovník vždycky čeká. R4 uvedl, že se stalo, že o nich nikdo nevěděl. R4 „Stalo se to v noci, že o nás nikdo nevěděl.“

Poslední otázka této kategorie byla, jak moc důležitá je přítomnost lékaře u předání a jestli předají pacienta i bez přítomnosti lékaře. Všichni respondenti se společně shodují na tom, že přítomnost lékaře u předání není důležitá, ale občas záleží na stavu pacienta, jestli si lékaře nechají zavolat nebo ne. R1 uvádí „To není určitě důležité, a navíc je to i v zákoně, že nemusíme předávat lékaři, to že to nějaké oddělení vyžadují je spíše alibismus sestřiček nebo zajetý standardy.“ R2 k tomu doplňuje „Není to důležité, jestli předáváme my jako střední zdravotnický personál, tak bychom měli předávat střednímu zdravotnickému personálu.“ R3 odpovídá „Když je výjezd v RZP režimu tak nemám problém to předávat jenom sestře.“ R6 podotýká „Myslím, že není důležité předávat vždy lékaři. Spíše záleží na přebírajícím personálu.“ R4 odpovídá „Nezáleží na tom, ale záleží na stavu pacienta a s jakou diagnózou ho vezme.“ R5 k tomu doplňuje „Ve většině případů pracující sestry na ambulanci jsou záchranáři se zkušenostmi a jsou schopni pacienta přijmout bez lékaře, když se jim něco nelíbí nechají si zavolat lékaře. Ale jsme schopni předat pacienta i bez přítomnosti lékaře.“

3.3.2 Kategorie II. Předání písemné dokumentace na urgentním příjmu



Obr. 2 Kategorie předání písemné dokumentace (Zdroj: autor)

Obrázek 2 zobrazuje druhou kategorii, která zkoumá, jaké informace o pacientovi a jeho zdravotním stavu se předávají v dokumentaci pacienta písemně. V této kategorii bylo vymezeno celkem osm otázek. První otázka se zaměřovala na to, jaké informace o zdravotním stavu pacienta uvádí respondenti do dokumentace. Všichni respondenti R1, R2, R3, R4, R5 a R6 odpovídali velmi podobně a to tak, že uvedou nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Snaží se tedy obsáhnout veškeré informace, které předcházeli tomu proč si pacient ZZS zavolal, včetně toho, co o pacientově zdravotním stavu zjistili na místě. R1 uvedl „*Snažíme se to obsáhnout kompletně, uvádíme celkovou anamnézu, uvádíme tam pracovní diagnózu, léčbu a status présens.*“ R2 k tomu dále dodává „*Zapišeme, co nám řekne, co nám poskytne, zapisujeme to jeho slovy, všechno, co jsme schopni na místě odebrat od rodiny nebo z dokumentace.*“ R5 dále doplňuje „*Informace, které souvisejí přímo proč si pacient záchrannou službu volal, nynější onemocnění, co se stalo, jak se stalo, kdy se stalo, je důležité tam uvést. Pak anamnézy jako alergická, farmakologická, osobní a další objektivní nález pacienta.*“

Druhá otázka se zabývá informacemi o podané medikaci, které respondenti uvedou do dokumentace. V odpovědích se všichni respondenti shodli na tom, že uvádějí název léku, gramáž a jakou cestou lék podali. R5 dále uvádí konzultaci s lékařem. „*Pokud jsme tam sami a konzultujeme s lékařem tak uvádím jméno lékaře se kterým konzultujeme.*“ R1 a R4 dále uvádějí kolik ampulí využili. R2 dále doplňuje do dokumentace i čas podání.

Třetí otázka byla, zda respondenti uvedou informace u úrazů, které se staly v minulosti. R2, R3, R4 a R6 se shodují na tom, že závažné úrazy z minulosti uvedou, pokud by to mělo nějaký význam s případem proč si pacient volal záchrannou službu. Jejich odpovědi byli téměř shodné. R2 uvedl „*Pokud to souvisí s případem tak ano.*“ R4 udává „*Záleží na stavu pacienta u teploty nepišu. Uvádím, pokud by to mělo s tím současným stavem souviset.*“ R6 potvrzuje „*Pouze pokud by to mělo spojitost se situací.*“ R5 a R1 na otázku odpověděli, že závažné úrazy do dokumentace uvádí vždy. R5 „*Závažné úrazy v minulosti uvádím vždy.*“ R1 doplňuje „*Ty závažné uvedu vždy, přijde mi to důležité v rámci kontinuity další péče.*“

Čtvrtá otázka se zabývala, jaké informace respondenti uvedou u aktuálně vzniklých úrazů. Všichni respondenti se shodují, že u aktuálně vzniklých úrazů uvedou mechanismus vzniku úrazu, čas vzniku, svůj objektivní nález a další informace, které se vztahují k úrazům. Nejobsáhlejší odpověď uvedl R2 „*Uvedu postupně co se stalo, jak to vypadalo na místě, co ho bolí a jak jsme to zajistili. Případně jestli jsme to viděli, tak co jsme viděli a jak ta rána vypadá nebo v jaké poloze je končetina.*“ R6 dodává „*Dále uvedu*

informace vztahující se k úrazům jako je stav vědomí nebo hybnost končetin.“ R3 odpověděl *„Uvedu, jak se to stalo, jak spadnul, mechanismus úrazu a moje vyšetření jako je pohled, pohmat a celkový vzhled zranění.“*

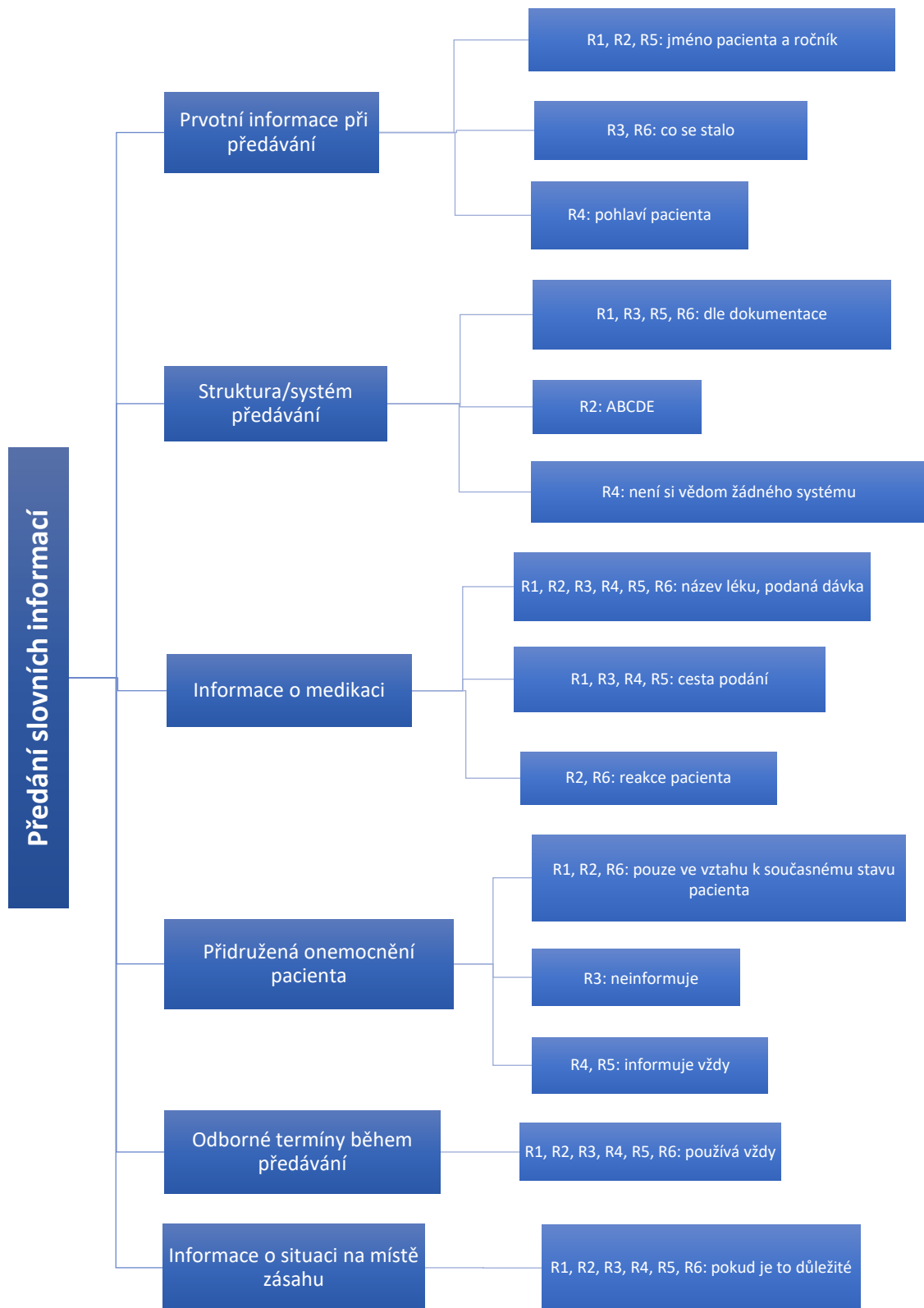
Pátá otázka byla zaměřena na to, zda respondenti uvedou do dokumentace i osobní věci pacienta, které má pacient s sebou. R4 a R5 uvedli, že věci pacienta do dokumentace uvádějí vždy. R2 a R6 uvedli, že věci uvedou pouze pokud je pacient v bezvědomí. R2 udává *„Věci uvedu u pacienta v bezvědomí, peněženku mobil, klíče.“* R6 odpověděl *„Pouze pokud je v bezvědomí.“* R3 a R1 se shodují, že věci uvedou pouze u sekundárních výjezdů, u primárních výjezdů udávají pouze doklady a velký finanční obnos, popřípadě cennosti. R3 odpověděl *„Jen u sekundárních výjezdů u primárních jen kartičku pojištěnce, občanku a lékařskou dokumentace, ve směr to, co předávám do ruky zdravotnickému personálu.“* R1 doplňuje *„Pokud by tam byl velký finanční obnos, nebo na každém prstě zlato tak asi jo, ale jinak to uvádím spíš, když jedeme sekundární transport, protože je na to čas.“*

V šesté otázce nás zajímalo, jaká část dokumentace je pro respondenty na vyplnění nejtěžší a proč. R3, R4 a R6 se společně shodují na největším problému v rámci chronicky užívané medikace pacienta. R6 odpověděl *„Většinou starší lidé užívají víc než jeden lék a není úplně čas na to sepsat veškerou jejich užívanou medikaci.“* R4 doplňuje *„Starší lidé si moc nepamatují, co za léky užívají, pokud to nemají sepsané na lístečku.“* R3 udává *„Největší problém je jednoznačně chronická medikace, přijdu si, že tím ztratíme dost času, než to všechno vypíšeme.“* Ostatní respondenti se již ve svých odpovědích neshodují. R1 uvedl, že je podle něj složité vymyslet pracovní diagnózu *„Občas je problém vymyslet diagnózu, se kterou chcete pacienta vést, protože musíme myslet na to, abychom pacienta udali, protože někdy to není jednoznačné.“* R5 vidí problém v nynějším onemocnění. *„Protože na místě zásahu je někdy všeobecná hysterie a svědci události jsou ve stresu a je těžké výtěžit důležité informace.“* R2 odpověděl, že je pro něj největší problém dokumentace, kdy nechává pacienta na místě události. *„Nejtěžší je vyplnit dokumentaci kdy pacient odmítá transport a měl by zůstat na místě, tak v tom okamžiku je to spíše kancelářská práce, jak si odůvodnit, že ho tam nechávám a zajistit si, že se mi nic nestane, když ho tam nechám.“*

Sedmá otázka zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda za svoji praxi na ZZS použily papírovou verzi záznamu o výjezdu. Tady byly odpovědi jednoznačné, všichni respondenti se již s papírovou verzí záznamu o výjezdu v praxi setkali.

Poslední otázka této kategorie zobrazuje odpovědi na otázku, jak moc je pro respondenty důležitá dokumentace v rámci přednemocniční neodkladné péče. Všichni respondenti se shodují, že důležitá je, ale každý to charakterizoval trochu jinak. Nejobsáhlejší odpověď poskytl R5 „*Dokumentace je všeobecně důležitá, slouží k naší ochraně. Stěžejní je dobře napsaná dokumentace. Napsat to dobře do dokumentace, abych následně dobře předala pacienta. Může se stát, že na místě je pacient při vědomí a na ambulanci ho předáváme již v bezvědomí. Dále je důležitá i pro nás, protože dobře napsaná dokumentace nám kryje záda.*“ R1 k tomu dodává „*Neměla by se stavět nad potřeby pacienta a neměla by předcházet ošetření pacienta. První by měl být pacient až pak dokumentace.*“ R2 potvrzuje „*Určitě je důležitá, musí se někde zaznamenat co s tím pacientem je, akorát se na to strašně moc sází.*“ R3 přidává názor „*Je důležitá v tom, že nás z části může ochránit proti právním věcem nebo sporem s pacientem. Zároveň pak obsahuje léky a léčbu, kterou jsme provedli, takže v nemocnici pak vědí, na co navázat. Ale spíše ji píšeme tak aby nás chránila.*“ R4 taktéž uvedl, že je dokumentace důležitá v rámci soudního sporu. „*Je to hlavní dokument v soudním sporu, my nikde jinou evidenci nevedeme.*“ R6 tuto myšlenku potvrzuje „*Je velmi důležitá, chrání nás jako zdravotnické pracovníky před případným stěžováním pacienta na kvalitu poskytnuté péče.*“

3.3.3 Kategorie III. Předání slovních informací



Obr. 3 Kategorie předání slovních informací (Zdroj: autor)

V poslední kategorii bylo stanoveno celkem šest otázek. Tato kategorie se zabývala problematikou předání slovních informací na oddělení urgentního příjmu. První otázka se zaměřovala na první informaci, kterou zdravotnický záchranář podá o zdravotním stavu pacienta. R1, R2 a R5 uvedli, že nejprve řeknou jméno pacienta a ročník. R1 *„Po příjezdu na oddělení většinou jako první řeknu jméno pacienta, kterého vezu a ročník.“* R2 doplňuje *„Snažím se prvně uvést jméno pacienta a pak ročník, vadí mi, když se o pacientovi mluví jako o zlomené noze.“* R5 potvrzuje *„Vždycky prvně uvádím jméno a ročník pacienta. Je hloupé mluvit o pacientovi jako o problému.“* R6 a R3 se v odpovědi na otázku shodují, že nejprve uvedou, co se stalo. R6 udává *„Jako první informaci, kterou řeknu je proč si pacient volal záchranou službu.“* R3 potvrzuje *„Řeknu, co se stalo.“* R4 jako první informaci uvede jakého pohlaví pacient je.

Druhá otázka ukazuje odpovědi respondentů, podle jaké struktury, nebo systému předávají informace o pacientovi. R1, R3, R5 a R6 se shodují na tom, že informace o zdravotním stavu pacienta předávají podle dokumentace, kterou předávají v nemocnici. R1 uvedl *„Předávám podle dokumentace, je potřeba vědět koho vezeme, s čím ho vezeme a v jakém stavu.“* R5 k tomu doplňuje *„Jméno a ročník, pak začnu, proč si volal záchranku, jakou jsme stanovili diferenciální diagnostiku, dále s čím se léčí, když to má vliv na to proč si zavolal záchranku.“* R6 odpověděl stručně *„Podle dokumentace, kterou předávám v nemocnici.“* R3 udává *„Snažím se říct to co mám napsané v papírech, ale trochu více stručněji.“* R2 informace o zdravotním stavu předává pomocí kroků ABCDE. *„Předávám podle kroků ABCDE a pak řeknu, že nejdůležitější je třeba v C tohle a tohle si přečtete.“* R4 odpověděl, že si není vědom podle, kterého systému nebo struktury by předával nejčastěji, jeho předání je pokaždé jiné. *„Je to hodně individuální, nepředávám podle žádné struktury v současné době.“*

Třetí otázka zobrazuje odpovědi respondentů na to, jaké informace podají respondenti slovně o podané medikaci přebírajícímu personálu. Všichni respondenti uvedli, že slovně předají název léku a jakou dávku podali. Dále se odpovědi liší v dodatkových informacích k podané medikaci. R1, R3, R4 a R5 ještě uvádějí jakou cestou lék podali. R2 a R6 následně dodávají, jak na podanou medikaci pacient reagoval. Všechny odpovědi respondentů byly velmi stručné, proto zde uvádíme pro příklad odpovědi tří respondentů. R1 *„Název léku, popřípadě účinnou látku, pokud to daná osoba nezná, dávku a jakou cestou byl lék podat.“* R3 *„Název léku, dávku a jakou cestou jsme lék podali.“* R6 *„Název léku, který byl podán, dávku a jak na lék pacient reagoval.“*

Ve čtvrté otázce této kategorie jsme se respondentů ptali, zda informují slovně přebírající zdravotnický personál o přidružených onemocněních pacienta. R1, R2 a R6 uvedli, že personál o přidružených onemocněních pacienta informují pouze pokud jim to přijde ve vztahu k současnému zdravotnímu stavu důležité. R1 *„Pokud se to vztahuje k tomu jeho onemocnění nebo nynějšímu stavu tak ano.“* R6 potvrzuje *„Pokud mi to přijde důležité se současným stavem tak ano.“* R2 souhlasí *„Pokud to souvisí se současným stavem, tak ano.“* R3 uvedl, že personál o přidružených onemocněních neinformuje. *„V anamnéze je to napsané, slovně informuji spíš současný stav a problémy proč si pacient záchrannou službu volal.“* R4 a R5 informují o přidružených onemocněních vždycky.

V předposlední otázce, nás zajímalo, zdali respondenti během slovního předání používají odborné termíny. Všichni respondenti uvedli, že běžné odborné termíny během předávání používají. R2 odpověděl *„Uvádím takové ty klasické, běžně používané.“* R1 k tomu ještě dodává *„U lékařů je to s výhodou, ale asi si to už ani neuvědomujeme, že nějaké termíny používáme.“* R3 souhlasí *„Myslím, že takové klasické používám, ale že bych za každým slovem cpal odborný termín, to ne.“*

Poslední otázka této kategorie zobrazuje odpovědi respondentů, zdali informují přebírající zdravotnický personál o situaci na místě zásahu. Zde se opět respondenti shodují v odpovědích a to tak, že personál informují, pokud jim to přijde ve vztahu k současnému stavu pacienta důležité nebo to oni sami za důležité považují. R2 uvedl *„Ano, záleží na charakteru toho zásahu, pokud to jsou třeba úrazy nebo nějaká sociální situace.“* R3 dodává *„Občas ano, když je to na výjezdu divné a přijde mi, že by o tom měli v nemocnici vědět.“* R5 odpověděl *„Informuji, ne v každém případě, spíše pokud se jedná o staré pacienty, traumata nebo děti a přijde mi to důležité.“* R6 odpovědi potvrzuje *„Pokud si myslím, že je to důležité a bude to mít vliv na další postup léčby tak ano.“*

3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek

Na základě práce s odbornou literaturou byly stanoveny celkem tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu. Druhým cílem bylo zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně. Třetí cíl se zabýval, jaké informace o pacientovi se předávají při předání slově. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla, **Jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu?** Pro její vyhodnocení byly použity otázky z rozhovoru č.4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Z analýzy jednotlivých rozhovorů s respondenty vyplývá, že před příjezdem posádky do zdravotnického zařízení se nejprve avizují přes ZOS do zdravotnického zařízení. Následně se ohlásí na příjmovém okénku urgentního příjmu a poté ve spolupráci se středním zdravotnickým personálem přesunou pacienta z nosítek ZZS na lůžko urgentního příjmu. Během přesunu pacienta na lůžko, může již zaznít základní informace o zdravotním stavu pacienta. Během předávání mohou vznikat rušivé elementy, které průběh předávání ztěžují. Respondenti si nejvíce stěžovali na nepozornost přebírajícího personálu a ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta ze stran přebírajícího personálu. Pokud má pacient s sebou nějaké osobní věci a je při vědomí tak si za ně zodpovídá sám. U pacienta v bezvědomí předají osobní věci prostřednictvím dokumentace tři respondenti, zbylí tři předají slovně. Dále bylo zjištěno, že respondenti nevyžadují striktně přítomnost lékaře u předání, vyžadují ho pouze tehdy pokud jim to přijde důležité ohledně zdravotního stavu pacienta.

Druhá výzkumná otázka zněla, **Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta písemně v dokumentaci?** K jejímu vyhodnocení byly použity otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti do zdravotnické dokumentace pacienta ohledně jeho zdravotního stavu uvádějí nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Dále do dokumentace uvádějí informace o podané medikaci, konkrétně všichni respondenti uvedou název léku, cestu podání a gramáž. Respondenti R1 a R4 uvedou kolik ampulí bylo použito, R2 dále uvádí čas podání a R5 uvede s jakým lékařem konzultoval podání léku. Informace u aktuálně vzniklých úrazů uvádějí všichni respondenti stejné, a to mechanismus vzniku úrazu, objektivní nález, čas vzniku a další informace které se k danému úrazu vztahují. Informace u úrazů z minulosti uvedou pouze čtyři respondenti, a to pouze pokud to dále souvisí se současným zdravotním stavem pacienta. Zbylí dva respondenti informace

o úrazech z minulosti uvedou vždy. Respondenti dále uvedli, jaká část dokumentace jim přijde na vyplnění nejtěžší. Respondenti zde uváděli chronickou farmakologickou léčbu pacienta, pracovní diagnózu, nynější onemocnění a dokumentaci o ponechání pacienta na místě. Zároveň respondenti vnímají dokumentaci jako velmi důležitou v rámci ochrany a kontinuity péče. Poté všichni respondenti uvedli, že se za svoji praxi již setkali s papírovou verzí záznamu o výjezdu.

Třetí výzkumná otázka zněla, **Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně?** K jejímu vyhodnocení byly použity otázky č. 19, 20, 21, 22, 23 a 24. Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že tři respondenti uvedou jako prvotní informaci při předávání pacienta jeho jméno a ročník. Dále bylo zjištěno, že čtyři respondenti předávají informace o pacientovi podle dokumentace. Dále respondenti uvedli, že slovně informují přebírající personál o podané medikaci a to tak, že slovně informují o názvu podaného léku a podané dávce. Čtyři respondenti k tomu dále doplňují ještě cestu podání léku. Tři respondenti také slovně informují o přidružených onemocněních pacienta, ale pouze pokud je to důležité a souvisí to se současným zdravotním stavem. R4 a R5 informují vždy. Dále všichni respondenti uvedli, že během předávání používají odborné termíny a pokud je to důležité informují přebírající zdravotnický personál o situaci na místě zásahu.

4 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou úlohy zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu. Pro analýzu byly stanoveny tři výzkumné cíle, pro jejichž dosažení byla stanovena kvalitativní metoda formou nestandardizovaného rozhovoru. Jako respondenti byli zvoleni zdravotničtí záchranáři pracující na výjezdových základnách zdravotnické záchranné služby. Celkem bylo zvoleno šest respondentů s různou délkou praxe. Všechny rozhovory byly zcela anonymní s předešlým souhlasem dotazovaných respondentů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu a následně přepsány do textového programu. Rozhovory jsme zpracovali ve výše uvedené výzkumné části této práce.

Prvním cílem bylo **zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu.** V této oblasti bylo pokládáno respondentům celkem sedm otázek týkající se této problematiky. Průběh předávání popisovali respondenti téměř totožně. Nejprve se nahlásí přes ZOS na urgentní příjem, poté přímo ve zdravotnickém zařízení na příjmovém okénku urgentního příjmu a následně dojde k fyzickému předávání pacienta ve spolupráci se zdravotním personálem urgentního příjmu. Franěk uvádí, že kontaktní místo pro spolupráci zdravotnického zařízení společně se zdravotnickou záchrannou službou je velice důležité. Posádky tak dostávají jasnou informaci, zda zdravotnické zařízení má pro daného pacienta místo (Franěk, 2014). Kontaktování zdravotnického zařízení a předání základních informací o zdravotním stavu pacienta, kterého posádka veze, zajistí kontinuální pokračování léčebné péče (Šeblová, 2015). Samotné fyzické předání pacienta z lůžka ZZS na lůžko urgentního příjmu záleží vždy na celkovém zdravotním stavu pacienta, jak uvedl R5 ve své odpovědi. Konkrétně uvedl „*Samotné fyzické předání pacienta, hlavně záleží, v jakém stavu pacient je, v lepším případě si pacient přeje z nosítek na lůžko, pacientovi v závažném stavu dopomůžeme.*“ Během předávání mohou vznikat různé rušivé elementy, které průběh předávání mohou výrazně zhoršit. Respondenti uváděli různé typy podle nich rušivých elementů. Jako příklad uváděli nepříjemnost přebírajícího personálu, hádky před pacientem, komplikace sehnat lékaře, komentáře personálu nebo ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta. Právě nepozornost a nesoustředění na průběh předávání může vyústit v ztrátu důležitých informací důležitých pro správnou návaznost péče o pacienta. Nepozornost či nesprávnost komunikace mezi zdravotnickými pracovníky jako rušivý element během předávání uvádí ve svém článku i Matlochová s Matlochem

(Matlochová a Matloch 2014). Další výzkumné otázky zjišťovaly výhrady nebo připomínky k průběhu předávání pacienta. Z analýzy vyplývá, že největší výhrada je k ukvapeným závěrům přebírajícího personálu ohledně zdravotního stavu pacienta. Kdy R5 odpověděl „*Střední zdravotnický personál, aniž by vyslechl celou naši zprávu tak nám již od dveří sděluje, že k nim pacient nepatří.*“ R6 k tomu doplnil „*Někdy by bylo fajn si nejprve vyslechnout proč a z jakého důvodu jsme pacienta přivezli.*“ Další zkoumaná oblast problematiky fyzického předání bylo předání osobních věcí pacienta. A to jak u pacienta při vědomí, tak u pacienta v bez vědomí. Všichni respondenti kromě R5 uvedli, že u pacienta při vědomí osobní věci předají slovně. Vždy ví buď pacient nebo přebírající personál kde se věci nacházejí. Což můžeme brát jako velice rizikové v ohledu ztráty věcí. R5 předává osobní věci rovněž tak, pouze doklady předá prostřednictvím dokumentace. U pacienta v bezvědomí předávají prostřednictvím dokumentace pouze tři respondenti a to R4, R5 a R6. Další tři respondenti předávají osobní věci slovně.

Druhým cílem bylo **zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně.** V této oblasti bylo pokládáno respondentům celkem osm otázek týkající se této problematiky. V rámci zdravotního stavu pacienta se respondenti shodují na tom, že uvedou nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Což ve své publikaci potvrzuje i Remeš s Trnovskou, kdy uvádějí, že záznam o výjezdu obsahuje informace o zdravotním stavu pacienta, poskytnutou zdravotní péči a pracovní diagnózu (Remeš a Trnovská, 2013). Bohužel v práci zdravotnického záchranáře není možné zajistit dostatečný čas a klid na odebrání kompletní anamnézy jako v prostorách zdravotnického zařízení (Navrátil, 2017). Osobní anamnéza nám pak zahrnuje anamnézu farmakologickou, alergickou, předchorobí pacienta, různé operace a úrazy z minulosti. (Dobiáš, 2013). V rámci informací o podané medikaci se respondenti shodovali pouze v tom, že uvedou název léku, cestu podání a jeho gramáž. Pouze R2 uvede dále i čas podání, R5 uvede, s jakým lékařem podání léku konzultoval a R1 s R4 dále uvedou kolik ampulí využili. Což je v rozporu s Marxem, který ve svém článku uvádí, že záznam o podané medikaci musí kromě výše uvedeného obsahovat také čas podání léku a jméno lékaře, který daný lék konzultoval (Marx, 2014). Zejména čas podání léku je velice důležité vědět pro další návaznost péče a další podání medikace. Další zkoumaná oblast byly úrazy. Jednalo se, zda zdravotníci záchranáři uvádějí informace o úrazech z minulosti do dokumentace a jaké informace uvedou u aktuálně vzniklých úrazů. Dobiáš ve své publikaci uvádí, že informace o úrazech z minulosti spadají do osobní anamnézy (Dobiáš, 2013). Čtyři z šesti respondentů uvedou

úrazy z minulosti pouze pokud by to mělo nějaký význam se současným zdravotním stavem pacienta, jinak nikoliv. R4 uvedl „*Uvádím, pokud by to mělo s tím současným stavem souviset.*“ Zbylí dva respondenti úrazy z minulosti uvádějí vždy. Což je v souladu s Dobiášem (2013). V rámci aktuálně vzniklých úrazů uvádějí respondenti mechanismus vzniku, objektivní nález, kdy k úrazu došlo a další informace ve spojení k úrazu. Jako je například stav vědomí. R4 k tomu dále doplňuje subjektivní pocit pacienta „*Uvedu informace od pacienta, jak to cítí.*“ Jelikož zdravotnická dokumentace podává informace zdravotnickým pracovníkům pracujícím na oddělení urgentního příjmu a zajišťuje kontinuitu poskytované péče, je vhodné uvést co nejvíce informací (Policar, 2010). Dobré a správné vyšetření v rámci přednemocniční péče je stejně tak důležité jako správně odebraná anamnéza (Remeš a Trnovská, 2013). V další oblasti byla zkoumána problematika uvádění osobních věcí do dokumentace. V akreditačních standardech zdravotnické záchranné služby popsala Spojená akreditační komise, o. p. s., že by měly osobní věci pacienta být chráněny před ztrátou nebo odcizením Dále uvedla, že „*ZZS má zpracován a dodržuje písemný postup upravující opatření zabráňující ztrátě a zcizení osobních věcí pacienta a způsob jejich předání v případě umístění pacienta do zdravotnického zařízení*“ (SAK, 2016, s. 27). Z čehož vyplývá, že by se osobní věci měly uvádět do dokumentace vždy. S tímto tvrzením souhlasí pouze R4 a R5. R1 a R3 uvede věci pacienta do dokumentace pouze během sekundárního výjezdu, R2 a R6 pouze u pacienta v bezvědomí. V rámci problematiky dokumentace měli respondenti připomínky k podle nich nejtěžší části dokumentace. R3, R4 a R6 uvedli jako podle nich nejtěžší část dokumentace chronickou medikaci pacienta. R6 uvedl „*Není úplně čas na to sepsat veškerou jejich užívanou medikaci.*“ Což může být následně problém v návaznosti péče, starší lidé si nepamatují, co užívají za léky a může to dále komplikovat poskytovanou péči. R1 vidí problém ve vymyšlení pracovní diagnózy. K této problematice uvedl „*Musíme myslet na to, abychom pacienta udali, protože někdy to není jednoznačné.*“ Bydžovský ve své publikaci označuje pracovní diagnózu jako výběr z možných dalších diagnóz na základě vyšetření, která bude dále upřesněna ve zdravotnickém zařízení (Bydžovský, 2010b). Z analýzy dále vyplynulo, že respondenti vnímají důležitost zdravotnické dokumentace v rámci kontinuity poskytované péče a v rámci své ochrany za velmi důležitou. Což se shoduje s publikací Policara (2010), který uvedl, že zdravotnická dokumentace je důležitá hlavně pro další potřeby zdravotnických pracovníků v rámci kontinuity péče a také je důležitým aspektem v rámci potvrzení o poskytnuté zdravotní péči (Policar, 2010). Dále bylo zmíněno, že by se

důležitost zdravotnické dokumentace neměla stavět nad potřeby pacienta. Což uvedl ve své odpovědi R1 „*Neměla by předcházet ošetření pacienta.*“ R2 tuto odpověď podpořil ve své „*Akorát se na to strašně moc sází.*“

Třetím a posledním cílem bylo **zjistit jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně.** V této oblasti bylo pokládáno respondentům celkem šest otázek týkající se této problematiky. Z analýzy vyplynulo, že tři respondenti R1, R2 a R5 uvedou jako prvotní informaci jméno a ročník pacienta. R2 svou odpověď odůvodnil „*Vadí mi, když se o pacientovi mluví jako o zlomené noze.*“ R5 tuto odpověď podpořil „*Je hloupé mluvit o pacientovi jako o problému.*“ Další dva respondenti R6 a R3 uvedou jako prvotní informaci, co se stalo a jeden respondent R4 uvede pohlaví pacienta. Můžeme zvažovat co je správné uvést jako prvotní informaci při příjezdu. Jelikož ZOS poskytne základní údaje o zdravotním stavu pacienta již před příjezdem posádky (Franěk, 2014). Dále jsme se respondentů ptali, jestli předávají informace o pacientovi podle nějaké struktury nebo systému. Bydžovský (2010a) ve své publikaci uvádí mnemotechnickou pomůcku MIST, kdy díky ní by nemělo dojít ke ztrátám informací nebo jejich nesdělení. Tato pomůcka je nejvíce využívána u pacienta s polytraumatem, může být však aplikována i na běžného pacienta (Bydžovský, 2010a). Remeš a Trnovská (2013) dále uvádějí strukturu ABCDE, která je hojně využívána pro prvotní vyšetření pacienta (Remeš a trnovská, 2013). R2 uvedl, že podle ABCDE struktury předává „*Pak řeknu, že nejdůležitější je třeba v C tohle a tohle.*“ Dále respondenti uváděli, že předávají podle vypracované dokumentace. U podané medikace respondenti uvádějí název léku a podanou dávku. Další čtyři respondenti R1, R3, R4 a R5 doplní ještě cestu podání léku. R2 a R6 doplňují reakci pacienta na podanou medikaci. Dále z analýzy vyplývá, že respondenti informují přebírající personál o přidružených onemocnění pacient pouze pokud to má vztah k současnému zdravotnímu stavu. R4 a R5 přebírající personál informují vždy. Další oblast se zabývala používáním odborné terminologie během předávání a informací z místa zásahu. Všichni respondenti uvedli, že odborné termíny během předávání používají. Může se však stát, že vlivem komunikačního šumu nebo ruchu oddělení dojde k přeslechnutí nebo neporozumění daného odborného termínu. Na nesprávnost komunikace upozorňuje i Matlochová a Matloch (2014) ve své publikaci. Uvádějí že nepozornost nebo nesprávnost komunikace může vést ke ztrátě důležitých informací (Matlochová a Matloch, 2014). Informace z místa zásahu podávají respondenti, pokud jim to přijde důležité ve vztahu k současnému zdravotnímu stavu pacienta. Informace o stavu domácnosti, ve které žije pacient nebo rodinném zázemí můžeme

zahrnout do sociální anamnézy, která může mít vliv na následnou léčbu chronicky nemocného pacienta (Nejedlá, 2015).

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků lze doporučit několik návrhů a doporučení pro praxi, jejichž cílem je zlepšení průběhu předávání, zamezit riziku ztráty informací nebo jen zachování respektu a důstojnosti. V první řadě by bylo dobré, aby k sobě zdravotní personál zachoval úctu a respekt. Během předávání nejsou na místě osobní neshody a hádky před pacientem. Zároveň by během předávání měl být, alespoň v rámci možností klid a maximální soustředěnost přebírajícího personálu. Nedojde tak ke ztrátám důležitých informací, které jsou důležité pro správnou návaznost péče. Respondenti doporučovali nedělat ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta a dovyslechnout si s čím byl pacient přivezen. Pro vedoucí pracovníky nelékařských i lékařských zdravotnických pracovníků lze tedy doporučit a realizovat odborná školení, popřípadě vzdělávací semináře ohledně efektivnosti komunikace, prevence stresu a řešení konfliktních situací. Dále je vhodné, aby aktivně podporovali proces sebevzdělání a rozšiřování obzorů při účasti na konferencích nebo pořádáním certifikovaných kurzů. Dále by bylo vhodné stanovit jednotnou strukturu nebo systém předávání, podle kterého by se informace o zdravotním stavu pacienta předávaly slovně. Nedošlo by tak vlivem stresu a časového faktoru k zapomenutí sdělení informací. Přebírající personál by již věděl, jaké základní informace během předávání uslyší. Dále pro bezproblémový průběh předání pacienta je důležitá správně odebraná anamnéza na místě zásahu a věnovat tak pozornost podrobnému vyšetření. Zrovna tak je důležité i správně vedená zdravotnická dokumentace, která v případě pochybení slouží jako důkazný materiál. Bylo zjištěno, že zdravotničtí záchranáři považují důležitost zdravotnické dokumentace za velmi důležitou v rámci kontinuity péče a vlastní ochrany. Proto zdravotnickým záchranářům doporučujeme vždycky uvádět i osobní věci pacienta do dokumentace. Ať už se jedná o pacienta při vědomí nebo v bezvědomí. Jednak chrání vlastní bezpečí před případným postihem ze ztráty věcí a jednak má i pacient doklad o tom, že měl během předávání do zdravotnického zařízení věci u sebe. Zabrání se tak nepříjemným komplikacím v následujících dnech.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá úlohou zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu. Toto téma bylo zvoleno z důvodu jeho stále aktuálnosti. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou část a praktickou část.

Informace použité v teoretické části jsou čerpané z odborné literatury, platné legislativy a dalších relevantních zdrojů. Zabývá se problematikou urgentních příjmů, tříděním pacientů na oddělení urgentního příjmu a způsobem předání pacienta. Během předávání mohou vznikat různé rušivé elementy, které průběh předávání mohou ztížit a zapříčinit ztrátu důležitých informací. Ztráta nebo nepochopení předávaných informací může velice narušit kontinuitu poskytované léčebné péče pacientovi. Dále se zabývá zdravotním stavem pacienta a jeho vyšetřením. V neposlední části je zde popsána zdravotnická dokumentace vedená zdravotnickou záchranou službou a legislativa s ní spojená.

Výzkumná část byla zpracována kvalitativní metodou a data byla sbírána formou nestandardizovaného rozhovoru s celkem šesti respondenty. Byly vytvořeny celkem tři cíle práce, kdy ke každému výzkumnému cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka.

Prvním cílem bylo zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu. Výzkum ukázal, že respondenti se nejprve před příjezdem do zdravotnického zařízení avizují přes ZOS, které je ohlásí. Následně po příjezdu do zdravotnického zařízení se ohlásí na příjmovém okénku urgentního příjmu a poté ve spolupráci s personálem urgentního příjmu přesunou pacienta z lůžka ZZS na lůžko urgentního příjmu. Během tohoto přesunu již můžou zaznít základní informace o zdravotním stavu pacienta. Během předávání mohou vznikat rušivé elementy, které průběh narušují a můžou způsobit ztrátu či špatné porozumění důležitých informací. Respondenti si nejvíce stěžovali na ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta ze stran přebírajícího personálu.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že respondenti do zdravotnické dokumentace pacienta ohledně jeho zdravotního stavu uvádějí nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Dále do dokumentace uvedou informace o podané medikaci, a to název léku, cestu podání a podanou gramáž.

Třetím cílem bylo zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání slovně. Respondenti uvedli, že informují o podané medikaci a to tak, že slovně informují přebírající personál o názvu léku a podané dávce. Dále respondenti uvádějí přidružená

onemocnění pacienta. Během předávání všichni respondenti používají odborné termíny a pokud je to důležité ve vztahu k pacientovi tak podají informaci o místě zásahu. Výzkumné cíle, které byly v bakalářské práci stanoveny byly splněny. Bakalářská práce uceluje problematiku předání pacienta na urgentním příjmu, zobrazuje možná rizika předání a navrhuje, jak těmto rizikům předcházet.

Seznam použité literatury

AKHU-ZAHEYA, L., R. AL-MAAITAH a S. BANY HANI. 2018. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*. **27**(3-4), 578 – 589. DOI 10.1111/jocn.14097.

ISSN 0962-1067. Dostupné také z:

https://www.researchgate.net/publication/320249477_Quality_of_Nursing_Documentation_Paper-Based_Health_Records_versus_Electronic-Based_Health_Records

BYDŽOVSKÝ, Jan. 2010a. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*.

Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-351-6.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2010b. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*.

Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-352-3.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2000. Zákon č. 239 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.

In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 73, s. 3461-3474. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011a. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Částka 131, s. 4839-4848. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011b. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. Vyhláška č. 98 ze dne 22. března 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2018. Vyhláška č. 137 ze dne 27. června 2018, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Částka 71, s. 1770–1775. ISSN 1211-1244.

- DOBIÁŠ, Viliam. 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.
- DOBIÁŠ, V., T. BULÍKOVÁ a P. HERMAN. 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vyd. Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5.
- FRANĚK, Ondřej. 2014. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 7. vyd. Praha: O. Franěk. ISBN 978-80-905651-0-4.
- KONEČNÁ, Jana. 2015. Vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací v pediatrické praxi. *Pediatric pro praxi*. **16**(4), s. 268–271. ISSN 1803-5264.
- MARX, David. 2014. Lékový management z pohledu spojené akreditační komise. *Klinická farmacie*. **2013**(6), s. 422-423. ISSN 2336-3541.
- MATLOCHOVÁ, Sylvie a Zdeněk MATLOCH. 2014. Bezpečné předání pacienta. *Zdravotnictví a medicína*. **14**(15), s. 30. ISSN 2336-2987.
- NAVRÁTIL, Leoš. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2., přepra. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.
- NEJEDLÁ, Marie. 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4402-5.
- POLÁK, Martin. 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 2. přepra. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3939-0.
- POLÁK, Martin. 2014 *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.
- POLICAR, Radek. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-587.
- PROŠKOVÁ, Eva. 2012. Zacházení s osobními údaji v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. *Interní medicína pro praxi*. **14**(4), s. 182-185. ISSN 1212-7299.
- REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SAK, 2016. Akreditační standardy pro zdravotnické záchranné služby. Spojená akreditační komise [online]. [cit. 04-05-2020]. Dostupné také z: <https://www.sakcr.cz/files/4570dfb99e6f5d20c4ab346d80270374/zzssak-standardy-zzs-2016-08final.pdf>

ŠEBLOVÁ, Jana. 2015. Urgentní medicína a urgentní příjmy v České republice. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. **18**(2), s. 54-55. ISSN 1212-1924.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠÍN, Robin. 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.

ŠTĚTINA, Jiří. 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.

THOMAS, James a Tanya MONAGHAN. 2018. *Klinické vyšetření: moderní propedeutika: rady, tipy, návody pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0108-5.

VILÁŠEK, J., M. FIALA, a D. VONDRÁŠEK. 2014. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2477-8.

Seznam příloh

Příloha A	Zkratka SOCRATES
Příloha B	Nestandardizovaný rozhovor
Příloha C	Protokol k provádění výzkumu
Příloha D	Předvýzkum
Příloha E	Příklad kódování dat
Příloha F	Článek připravený k publikaci

Příloha A Zkratka SOCRATES

Zkratka SOCRATES

S	Site	Místo bolesti
O	Onset	Začátek bolesti
C	Charakter	Jaký má bolest charakter
R	Radiation	Kam vyzařuje
A	Associated symptoms	Doprovodné symptomy
T	Timing	Načasování
E	Exacerbating and relieving factors	Zhoršující a ulevující faktory
S	Severity	Jak moc to bolí, stupnice 1-10

(Thomas a Monaghan, 2018)

Příloha B Nestandardizovaný rozhovor

Identifikační otázky

- 1) Jaký je Vás věk?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouhá je Vaše praxe na zdravotnické záchranné službě?

Kategorie:

I. Předání pacienta na urgentním příjmu

- 4) Jak probíhá fyzické předání pacienta?
- 5) Pociťujete během předávání nějaké rušivé elementy? Jaké například?
- 6) Máte nějaké výhrady, připomínky nebo návrhy k průběhu předávání pacienta?
- 7) Jak probíhá předání osobních věcí pacienta, který je při vědomí?
- 8) Jak probíhá předání osobních věcí u pacienta v bezvědomí?
- 9) Čeká na vás pokaždé zdravotnický pracovník? Stalo se vám, že o vás nikdo nevěděl?
- 10) Myslíte si, že záleží, aby u předání byl přítomný lékař? Předáte pacienta i bez přítomnosti lékaře?

II. Předání písemné dokumentace na urgentním příjmu


- 11) Jaké informace o zdravotním stavu pacienta uvádíte do dokumentace?
- 12) Jaké informace o podané medikaci uvádíte do dokumentace?
- 13) Uvádíte informace o úrazech, co se staly v minulosti?
- 14) Jaké informace uvedete u aktuálních úrazů?
- 15) Uvádíte do dokumentace i osobní věci, které má pacient s sebou?
- 16) Jaká část dokumentace pacienta vám přijde na vyplnění nejtěžší a proč?
- 17) Použili jste za svoji dosavadní praxi na ZZS papírovou verzi záznamu o výjezdu?
- 18) Jak moc důležitá je podle vás dokumentace v rámci přednemocniční neodkladné péče?

III. Předání slovních informací

- 19) Jaká je první informace, kterou řeknete o zdravotním stavu pacienta?
- 20) Podle jaké struktury, nebo systému předáváte informace o pacientovi?
- 21) Jaké informace řeknete o podané medikaci?
- 22) Informujete slovně přebírající zdravotnický personál o přidružených onemocněních pacienta?
- 23) Používáte během předávání odborné termíny?
- 24) Informujete přebírající personál o situaci na místě zásahu?

Příloha C Protokol k provádění výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

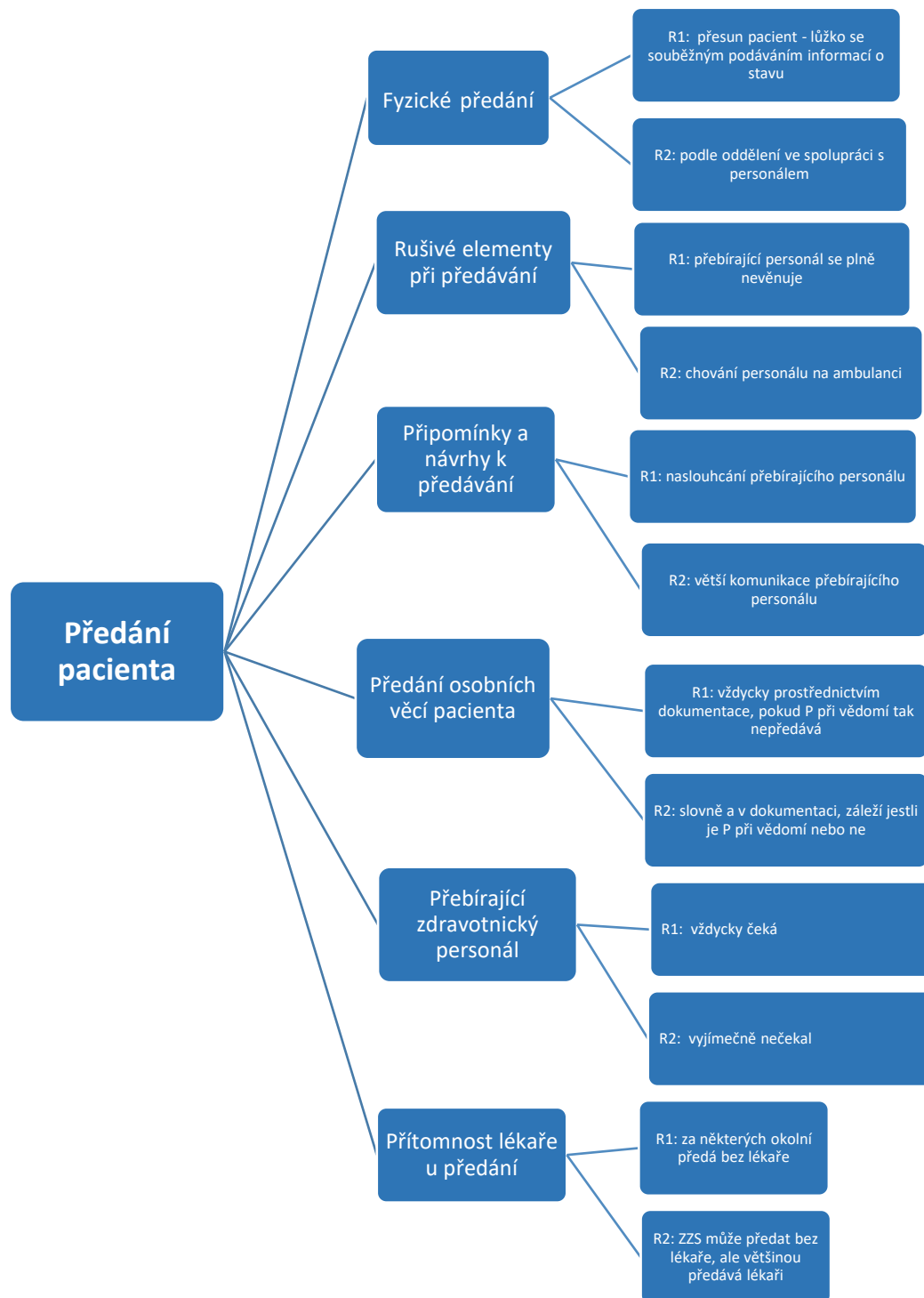
Příjmení a jméno studenta	ŠPÍČÁKOVÁ LUCIE	
Studijní program/obor SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ	Osobní číslo studenta D17000065	Ročník 3.
Téma práce	ULOHA ZDR. ZÁCHRANÁŘE PŘI PŘENÁŠÍ PACIENTA NA URGENCY	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	MgA. Marie Frouhlová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Te St	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)	6	
Počet oslovených respondentů (klientů)	/	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 2.3.2020

.....
podpis studenta

Příloha D Předvýzkum

Kategorie I. Předání pacienta

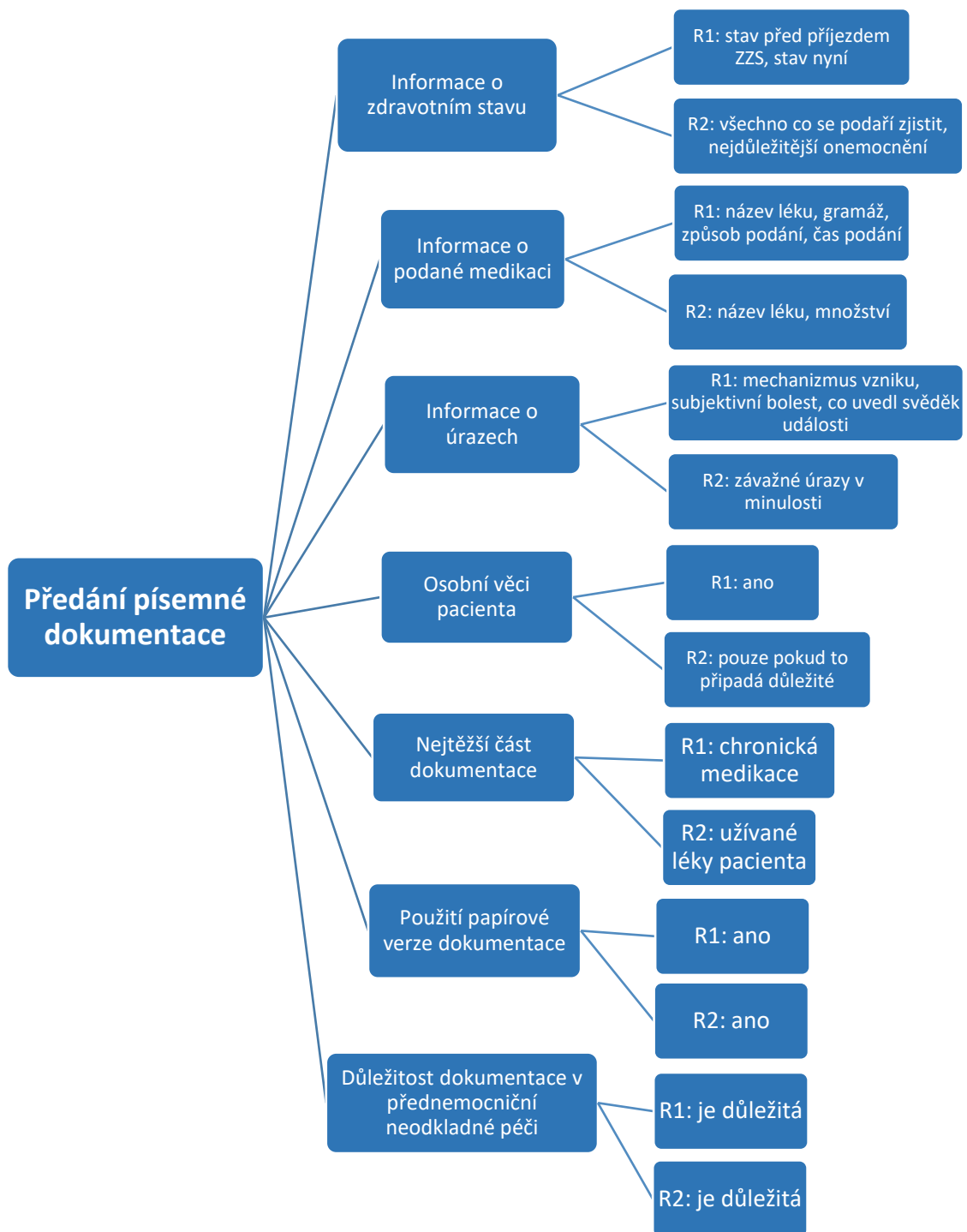


Obr. 1 Předání pacienta

První kategorie se zaměřovala na fyzické předání pacienta na urgentním příjmu. V první otázce jsme se zaměřili na samotný průběh fyzického předání. R1 fyzické předání charakterizoval jako přesun pacienta na lůžko se souběžným předáváním informací, R2 pak, že záleží na oddělení, kde probíhá předání, ale vždy se předává ve spolupráci

s personálem. Další otázka se zaměřovala na rušivé elementy během předávání. R1 i R2 se shodli na tom, že největší rušivý element je plně se nevěnující personál při přebírání. V otázce ohledně připomínek a návrhů k předávání se opět oba respondenti shodli na tom, že by chtěli zlepšit komunikaci a chování přebírajícího personálu, které není vždy vhodné. Čtvrtá otázka se týkala předání osobních věcí pacienta. R1 uvedl, že pokud je pacient při vědomí, tak osobní věci nepředává personálu, nýbrž je ale vždy uvede do dokumentace. R2 odpověděl velmi podobně. Na pátou otázku, která zjišťovala, zda přebírající zdravotnický personál vždy čeká na příjezd posádky R2 uvedla, že výjimečně nečekal. R1 poté, že vždy čekal. V poslední otázce této kategorie jsme se zaměřili na přítomnost lékaře u předání, zdali si zdravotníci záchranáři myslí, že je důležité, aby tam byl a jestli předají i bez jeho přítomnosti. R1 i R2 se shodli na tom, že většinou se předává lékaři, ale mohou předávat i bez lékaře.

Kategorie II. Předání písemné dokumentace

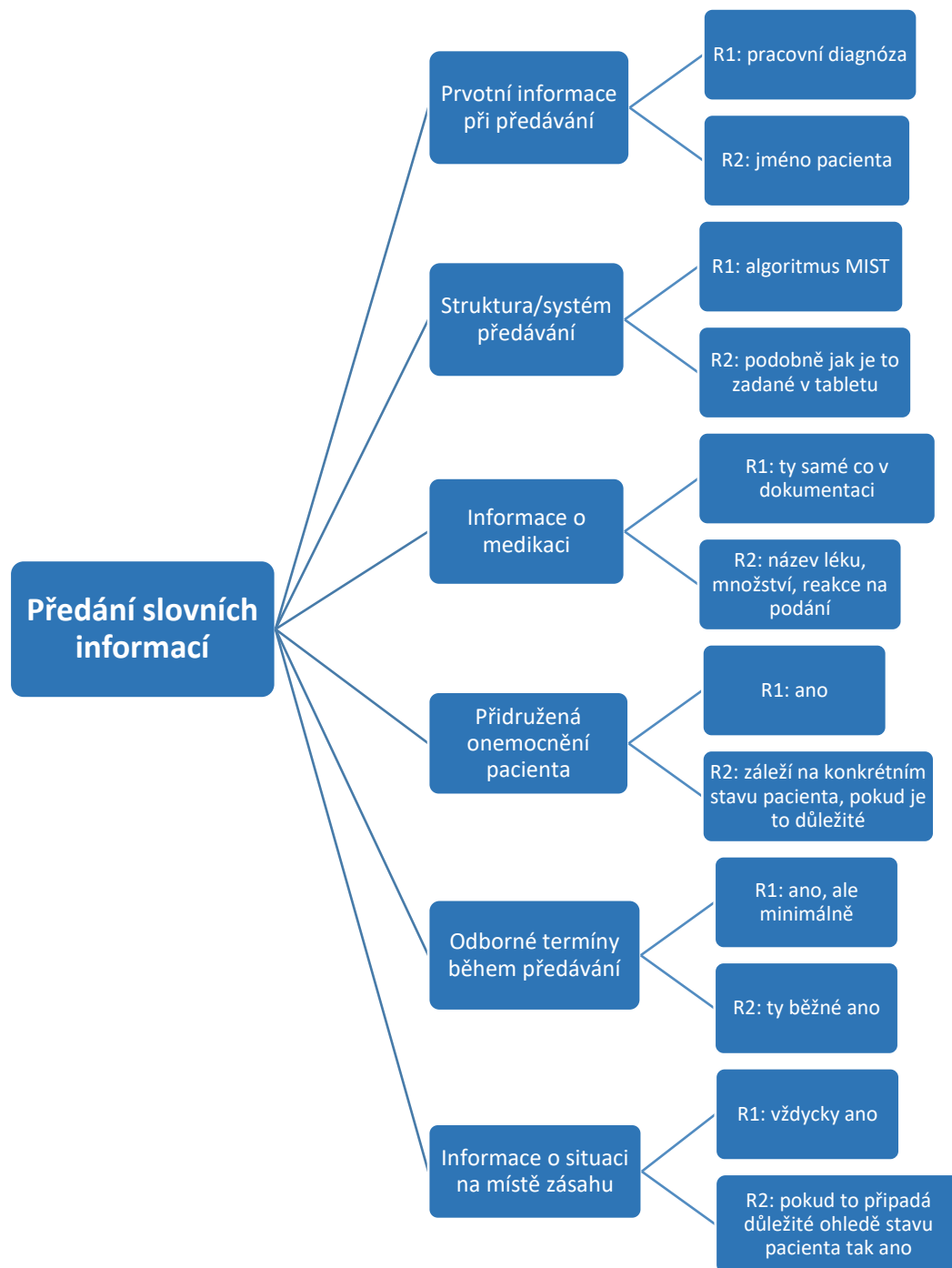


Obr. 2 Předání písemné dokumentace

Druhá kategorie se zaměřovala na předání písemné dokumentace. V první otázce byli respondenti dotazováni na to, jaké informace uvedou o zdravotním stavu pacienta. R1 odpověděl, že uvede stav před příjezdem ZZS a stav nyní. R2 to charakterizoval jako „Všechno, co se podaří zjistit“. Další otázka se zaměřovala na informace o podané medikaci. Oba respondenti uvedli název léku a jeho množství. R1 to doplnit ještě o čas

a způsob podání. Třetí otázka se zabývala informacemi o úrazech. Zde se odpovědi rozcházejí z důvodů špatné srozumitelnosti otázky. R1 uváděla informace o aktuálních úrazech, kde tedy uvedla mechanismus vzniku, subjektivní bolest pacienta a následně co uvede svědek události. R2 to pojal jako úrazy z minulosti. V otázce osobních věcí pacienta nás zajímalo, zdali zdravotničtí záchranáři uvádějí předáváme věci s pacientem do dokumentace. R1 uvedla, že ano. R2 uvedl, že zápis do dokumentace provede pouze pokud je to důležité. V páté otázce respondenti odpovídali na otázku, zda jim přijde nějaká část dokumentace na vyplnění nejtěžší. Zde se oba respondenti shodli na tom, že nejtěžší částí dokumentace pro ně jsou dlouhodobě užívané léky pacienta. Dále byli respondenti dotazováni na to, zda se během své praxe setkali s použitím papírového záznamu o výjezdu. Tady byla jednoznačná odpověď u obou respondentů, že ano. Poslední otázka této kategorie se zabývala důležitostí dokumentace v přednemocniční neodkladné péči i tady se oba respondenti shodli na tom, že je podle nich velmi důležitá.

Kategorie III. Předání slovních informací



Obr. 3 Předání slovních informací

Třetí kategorie je zabývala problematikou předání slovních informací přebírajícímu zdravotnickému personálu. V první otázce jsme se respondentů ptali na to, jaká je první informace, kterou řeknou při předávání. R1 uvedl, že poví jako první pracovní diagnózu, kdežto R2 uvedl, že řekne jméno pacienta. V druhé otázce jsme se respondentů dotazovali, zdali mají nějaký systém nebo strukturu, podle které pacienta a informace o něm předávají. R1 odpověděl, že používá algoritmus MIST, kdežto R2 uvedl, že

předává podle struktury psané v tabletu. Další otázka se zabývala informacemi o podané medikaci. R1 uvedl, že personálu řekne ty samé, co uvedl do dokumentace. R2 uvedl to stejné, ale ještě dodává, jaká byla reakce pacienta na podání. Ve čtvrté otázce jsme se ptali na to, jestli informují přebírající zdravotnický personál o přidružených onemocněním pacienta. R1 uvedl, že ano. R2, že záleží na dané situaci a pokud je to důležité pro další osud pacienta. Dále můžeme sledovat odpovědi na otázku, zda zdravotničtí záchranáři používají během předávání odborné termíny. Zde byla odpověď jednoznačná, oba respondenti uvedli, že používají. Poslední otázka se týkala informací z místa zásahu. Zajímalo nás, jestli respondenti tyto informace také podají přebírajícímu zdravotnickému personálu. R1 odpověděl, že vždycky tyto informace podá. R2 pouze pokud mu to přijde důležité v souvislosti se stavem pacienta.

Příloha E Příklad kódování dat

Otázky rozhovor – R1

1. Jaký je Váš věk?

30 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Vysokoškolské, bakalářské

3. Jak dlouhá je Vaše praxe na zdravotnické záchrané službě?

6 let

4. Jak probíhá fyzické předání pacienta na urgentním příjmu?

Nejprve se avizujeme přes dispečink, pak přijedeme na urgentní příjem KNL kde v okýnku sedí sestřička, té předáme kartičku pojištěnce, ohlásíme pracovní diagnózu, ona nás milostivě vpustí do traktu urgentního příjmu, kde si nás prvně chvíli nikdo nevšímá a pak si urveme nějakého doktora a zkusíme se ho zeptat jestli na nás má čas a pak se ujmeme předávání buď mezitím řidič společně se sestřičkami, které se jsou tedy mnohem více ochotné než lékaři, tak už pacienta skládají nebo předáme a pak pomůžeme s překladem pacienta na lůžko.

5. Pociťujete během předávání nějaké rušivé elementy? Jaké například?

Někdy si lékaři myslí, že bychom ty pacienty neměli vozit do špitálu. Nejvíce rušivý element je, když v průběhu předávání mě lékař přeruší a začne směrem k pacientovi nadávat hodnotit proč přijel a přitom si ani nedoposlechnul s čím ho vezeme.

6. Máte nějaké výhrady nebo připomínky k průběhu předávání pacienta?

Připomínky ano, chtěl bych aby přišel trošku profesionální přístup, že nás budou brát jako střední zdravotnický personál, že nás budou brát trošku jako více vyrovnaněji, že budou nějakým způsobem se spoléhat na to co nám ty školy předali a že budou schopni věřit tomu co říkáme, když pacient pak začne vykládat něco jiného.

7. Jak probíhá předání osobních věcí pacienta, který je při vědomí?

Oznámíme to sestřičce, oznámíme ji případně nějakou hotovost nebo cenu, kterou má pacient u sebe a hodíme to pod postel.

8. Jak probíhá předání osobních věcí u pacienta v bezvědomí?

Stejně, pokud má nějaké věci tak ty věci jdou taktéž pod postel, ale většinou pacienta nešacujeme, jestli má nějakou peněženku, hodinky nebo tak.

Příloha F Článek připravený k publikaci

Článek je zpracovaný podle náležitosti periodika Urgentní medicína

Úloha zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu

Autor 1: Lucie Špičáková, Technická univerzita v Liberci – Fakulta zdravotnických studií

Autor 2: Mgr. Marie Froňková, Technická univerzita v Liberci – Fakulta zdravotnických studií

Abstrakt

Tento článek se zabývá úlohou zdravotnického záchranáře při předání pacienta na urgentním příjmu. Během předávání pacienta mohou vznikat různé rušivé elementy, které průběh předávání mohou výrazně ztížit a narušit tak kontinuitu poskytované léčebné péče. Výzkumná část analyzuje výsledky získané z nestandardizovaných rozhovorů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně a jaké informace o pacientovi se předávají při předání slovně.

Klíčová slova: urgentní příjem, zdravotnická záchranná služba, předání pacienta, zdravotnická dokumentace, zdravotnický záchranář

Abstract

This article deals with the role of the paramedic in handing over a patient on an emergency. During the transfer of the patient, various disruptive elements may arise, which can significantly complicate the course of the transfer and thus disrupt the continuity of the provided medical care. The research part analyzes the results obtained from non-standardized interviews. The aim of the research was to find out how the patient is handed over at the emergency department, what information about the patient is passed on in the patient's documentation in writing and what information about the patient is passed on verbally during the handover.

Key words: urgent reception, emergency ambulance service, handing over a patient, ambulance patient records, paramedic

Úvod

Urgentní příjmy představují hlavní bránu vstupu do zdravotnického zařízení. Denně tudy projde řada pacientů, ať už dopravených posádkou zdravotnické záchranné služby nebo sami vlastní cestou. Předání pacienta do zdravotnického zařízení posádkou zdravotnické záchranné služby by mělo být rychlé a plynulé. Během předání pacienta by měl být naprostý klid, aby neunikly žádné důležité informace o zdravotním stavu pacienta. Dostatečné předání informací je pak klíčové v dalším postupu léčby. Jakékoliv nedorozumění během předávání mohou mít vážné následky. Zdravotnický záchranář jako nelékařský zdravotnický pracovník se podílí i na určení diagnózy k tomu mu slouží dobře odebraná anamnéza. Správně a včas odebraná anamnéza od pacienta a jeho okolí je pak důležitým krokem v určení správné diagnózy. Zdravotnický záchranář tak stanovuje diagnózu pracovní. Jelikož zdravotnický záchranář nemá přístup k moderním vyšetřovacím metodám jako zdravotnické zařízení, musí se spoléhat především na svoje vědomosti, smysly a praxi. Po předání pacienta do zdravotnického zařízení a jeho dalším důsledným vyšetření stanoví lékař tak finální diagnózu.

Metodika

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována kvalitativní metodou. Sběr dat byl zprostředkován technikou nestandardizovaného rozhovoru. Byly stanoveny tři kategorie. Ke každé kategorii byly následně vytvořeny otázky do rozhovoru. Výzkum probíhal s předchozím písemným souhlasem vedení organizace daného kraje. Rozhovory byly realizovány na výjezdových základnách Zdravotnické záchranné služby. Respondenti byli zdravotničtí záchranáři pracující na těchto výjezdových základnách. Všichni respondenti poskytli ústní souhlas s provedením rozhovoru a se zpracováním získaných informací. Celkem bylo osloveno 6 respondentů. Pro lepší identifikaci byli respondenti označováni R1 až R6. Rozhovory byly nahrávány pomocí aplikace diktafon a následně přepsány do programu Microsoft Office Word. Data z rozhovorů byly zpracovány pomocí techniky kódování metodou tužka – papír. Následně bylo ke každé kategorii vytvořeno schéma odpovědí respondentů.

Výsledky

Na základě práce s odbornou literaturou byly stanoveny celkem tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu. Druhým cílem bylo zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně. Třetí cíl se zabýval, jaké informace o pacientovi se předávají při předání slově. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla, **Jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu?** Z analýzy jednotlivých rozhovorů s respondenty vyplývá, že před příjezdem posádky do zdravotnického zařízení se nejprve avizují přes ZOS do zdravotnického zařízení. Následně se ohlásí na příjmovém okénku urgentního příjmu a poté ve spolupráci se středním zdravotnickým personálem přesunou pacienta z nosítek ZZS na lůžko urgentního příjmu. Během přesunu pacienta na lůžko, může již zaznít základní informace o zdravotním stavu pacienta. Během předávání mohou vznikat rušivé elementy, které průběh předávání ztěžují. Respondenti si nejvíce stěžovali na nepozornost přebírajícího personálu a ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta ze stran přebírajícího personálu. Pokud má pacient s sebou nějaké osobní věci a je při vědomí tak si za ně zodpovídá sám. U pacienta v bezvědomí předají osobní věci prostřednictvím dokumentace tři respondenti, zbylí tři předají slovně. Dále bylo zjištěno, že respondenti nevyžadují striktně přítomnost lékaře u předání, vyžadují ho pouze tehdy pokud jim to přijde důležité ohledně zdravotního stavu pacienta. Druhá výzkumná otázka zněla, **Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta písemně v dokumentaci?** Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že respondenti do zdravotnické dokumentace pacienta ohledně jeho zdravotního stavu uvádějí nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Dále do dokumentace uvádějí informace o podané medikaci, konkrétně všichni respondenti uvedou název léku, cestu podání a gramáž. Respondenti R1 a R4 uvedou kolik ampulí bylo použito, R2 dále uvádí čas podání a R5 uvede s jakým lékařem konzultoval podání léku. Informace u aktuálně vzniklých úrazů uvádějí všichni respondenti stejné, a to mechanismus vzniku úrazu, objektivní nález, čas vzniku a další informace které se k danému úrazu vztahují. Informace u úrazů z minulosti uvedou pouze čtyři respondenti, a to pouze pokud to dále souvisí se současným zdravotním stavem pacienta. Zbylí dva respondenti informace o úrazech z minulosti uvedou vždy. Respondenti dále uvedli, jaká část dokumentace jim přijde na vyplnění nejtěžší. Respondenti zde uváděli chronickou farmakologickou léčbu pacienta, pracovní

diagnózu, nynější onemocnění a dokumentaci o ponechání pacienta na místě. Zároveň respondenti vnímají dokumentaci jako velmi důležitou v rámci ochrany a kontinuity péče. Poté všichni respondenti uvedli, že se za svoji praxi již setkali s papírovou verzí záznamu o výjezdu. Třetí výzkumná otázka zněla, **Jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně?** Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že tři respondenti uvedou jako prvotní informaci při předávání pacienta jeho jméno a ročník. Dále bylo zjištěno, že čtyři respondenti předávají informace o pacientovi podle dokumentace. Dále respondenti uvedli, že slovně informují přebírající personál o podané medikaci a to tak, že slovně informují o názvu podaného léku a podané dávce. Čtyři respondenti k tomu dále doplňují ještě cestu podání léku. Tři respondenti také slovně informují o přidružených onemocněních pacienta, ale pouze pokud je to důležité a souvisí to se současným zdravotním stavem. R4 a R5 informují vždy. Dále všichni respondenti uvedli, že během předávání používají odborné termíny a pokud je to důležité informují přebírající zdravotnický personál o situaci na místě zásahu.

Diskuze

Prvním cílem bylo **zjistit, jak probíhá předání pacienta na urgentním příjmu.** Průběh předávání popisovali respondenti téměř totožně. Nejprve se nahlásí přes ZOS na urgentní příjem, poté přímo ve zdravotnickém zařízení na příjmovém okénku urgentního příjmu a následně dojde k fyzickému předávání pacienta ve spolupráci se zdravotním personálem urgentního příjmu. Franěk uvádí, že kontaktní místo pro spolupráci zdravotnického zařízení společně se zdravotnickou záchrannou službou je velice důležité. Posádky tak dostávají jasnou informaci, zda zdravotnické zařízení má pro daného pacienta místo [1]. Kontaktování zdravotnického zařízení a předání základních informací o zdravotním stavu pacienta, kterého posádka veze, zajistí kontinuální pokračování léčebné péče [2]. Samotné fyzické předání pacienta z lůžka ZZS na lůžko urgentního příjmu záleží vždy na celkovém zdravotním stavu pacienta, jak uvedl R5 ve své odpovědi. Konkrétně uvedl „*Samotné fyzické předání pacienta, hlavně záleží, v jakém stavu pacient je, v lepším případě si pacient přeje z nosítek na lůžko, pacientovi v závažném stavu dopomůžeme.*“ Během předávání mohou vznikat různé rušivé elementy, které průběh předávání mohou výrazně zhoršit. Respondenti uváděli různé typy podle nich rušivých elementů. Jako příklad uváděli nepříjemnost přebírajícího personálu, hádky před pacientem, komplikace sehnat lékaře, komentáře personálu nebo ukvapené závěry

ohledně zdravotního stavu pacienta. Právě nepozornost a nesoustředění na průběh předávání může vyústit v ztrátu důležitých informací důležitých pro správnou návaznost péče o pacienta. Nepozornost či nesprávnost komunikace mezi zdravotnickými pracovníky jako rušivý element během předávání uvádí ve svém článku i Matlochová s Matlochem [3]. Další otázky rozhovoru zjišťovaly výhrady nebo připomínky k průběhu předávání pacienta. Z analýzy vyplývá, že největší výhrada je k ukvapeným závěrům přebírajícího personálu ohledně zdravotního stavu pacienta. Kdy R5 odpověděl „*Střední zdravotnický personál, aniž by vyslechl celou naši zprávu tak nám již od dveří sděluje, že k nim pacient nepatří.*“ R6 k tomu doplnil „*Někdy by bylo fajn si nejprve vyslechnout proč a z jakého důvodu jsme pacienta přivezli.*“ Další zkoumaná oblast problematiky fyzického předání bylo předání osobních věcí pacienta. A to jak u pacienta při vědomí, tak u pacienta v bez vědomí. Všichni respondenti kromě R5 uvedli, že u pacienta při vědomí osobní věci předají slovně. Vždy ví buď pacient nebo přebírající personál kde se věci nacházejí. Což můžeme brát jako velice rizikové v ohledu ztráty věcí. R5 předává osobní věci rovněž tak, pouze doklady předá prostřednictvím dokumentace. U pacienta v bezvědomí předávají prostřednictvím dokumentace pouze tři respondenti a to R4, R5 a R6. Další tři respondenti předávají osobní věci slovně. Druhým cílem bylo **zjistit, jaké informace o pacientovi se předávají při předání v dokumentaci pacienta písemně.** V rámci zdravotního stavu pacienta se respondenti shodují na tom, že uvedou nynější onemocnění, osobní anamnézu a objektivní nález. Což ve své publikaci potvrzuje i Remeš s Trnovskou, kdy uvádějí, že záznam o výjezdu obsahuje informace o zdravotním stavu pacienta, poskytnutou zdravotní péči a pracovní diagnózu [4]. Bohužel v práci zdravotnického záchranáře není možné zajistit dostatečný čas a klid na odebrání kompletní anamnézy jako v prostorách zdravotnického zařízení [5]. Osobní anamnéza nám pak zahrnuje anamnézu farmakologickou, alergickou, předchorobí pacienta, různé operace a úrazy z minulosti [6]. V rámci informací o podané medikaci se respondenti shodovali pouze v tom, že uvedou název léku, cestu podání a jeho gramáž. Pouze R2 uvede dále i čas podání, R5 uvede, s jakým lékařem podání léku konzultoval a R1 s R4 dále uvedou kolik ampulí využili. Což je v rozporu s Marxem, který ve svém článku uvádí, že záznam o podané medikaci musí kromě výše uvedeného obsahovat také čas podání léku a jméno lékaře, který daný lék konzultoval [7]. Zejména čas podání léku je velice důležité vědět pro další návaznost péče a další podání medikace. Další zkoumaná oblast byly úrazy. Jednalo se, zda zdravotničtí záchranáři uvádějí informace o úrazech z minulosti do dokumentace a jaké informace uvedou u aktuálně vzniklých úrazů. Dobiáš

ve své publikaci uvádí, že informace o úrazech z minulosti spadají do osobní anamnézy [6]. Čtyři z šesti respondentů uvedou úrazy z minulosti pouze pokud by to mělo nějaký význam se současným zdravotním stavem pacienta, jinak nikoliv. R4 uvedl „*Uvádím, pokud by to mělo s tím současným stavem souviset.*“ Zbylý dva respondenti úrazy z minulosti uvádějí vždy. Což je v souladu s Dobiášem. V rámci aktuálně vzniklých úrazů uvádějí respondenti mechanismus vzniku, objektivní nález, kdy k úrazu došlo a další informace ve spojení k úrazu. Jako je například stav vědomí. R4 k tomu dále doplňuje subjektivní pocit pacienta „*Uvedu informace od pacienta, jak to cítí.*“ Jelikož zdravotnická dokumentace podává informace zdravotnickým pracovníkům pracujícím na oddělení urgentního příjmu a zajišťuje kontinuitu poskytované péče, je vhodné uvést co nejvíce informací [8]. Dobré a správné vyšetření v rámci přednemocniční péče je stejně tak důležité jako správně odebraná anamnéza [4]. V další oblasti byla zkoumána problematika uvádění osobních věcí do dokumentace. V akreditačních standardech zdravotnické záchranné služby popsala Spojená akreditační komise, o. p. s., že by měly osobní věci pacienta být chráněny před ztrátou nebo odcizením [9]. Z čehož vyplývá, že by se osobní věci měly uvádět do dokumentace vždy. S tímto tvrzením souhlasí pouze R4 a R5. R1 a R3 uvede věci pacienta do dokumentace pouze během sekundárního výjezdu, R2 a R6 pouze u pacienta v bezvědomí. V rámci problematiky dokumentace měli respondenti připomínky k podle nich nejtěžší části dokumentace. R3, R4 a R6 uvedli jako podle nich nejtěžší část dokumentace chronickou medikaci pacienta. R6 uvedl „*Není úplně čas na to sepsat veškerou jejich užívanou medikaci.*“ Což může být následně problémem v návaznosti péče, starší lidé si nepamatují, co užívají za léky a může to dále komplikovat poskytovanou péči. R1 vidí problém ve vymyšlení pracovní diagnózy. K této problematice uvedl „*Musíme myslet na to, abychom pacienta udali, protože někdy to není jednoznačné.*“ Bydžovský ve své publikaci označuje pracovní diagnózu jako výběr z možných dalších diagnóz na základě vyšetření, která bude dále upřesněna ve zdravotnickém zařízení [10]. Z analýzy dále vyplynulo, že respondenti vnímají důležitost zdravotnické dokumentace v rámci kontinuity poskytované péče a v rámci své ochrany za velmi důležitou. Což se shoduje s publikací Policara, který uvedl, že zdravotnická dokumentace je důležitá hlavně pro další potřeby zdravotnických pracovníků v rámci kontinuity péče a také je důležitým aspektem v rámci potvrzení o poskytnuté zdravotní péči [8]. Dále bylo zmíněno, že by se důležitost zdravotnické dokumentace neměla stavět nad potřeby pacienta. Což uvedl ve své odpovědi R1 „*Neměla by předcházet ošetření pacienta.*“

Třetím a posledním cílem bylo **zjistit jaké informace o pacientovi se předávají při předání pacienta slovně**. Z analýzy vyplynulo, že tři respondenti R1, R2 a R5 uvedou jako prvotní informaci jméno a ročník pacienta. R2 svou odpověď odůvodnil „*Vadí mi, když se o pacientovi mluví jako o zlomené noze.*“ R5 tuto odpověď podpořil „*Je hloupé mluvit o pacientovi jako o problému.*“ Další dva respondenti R6 a R3 uvedou jako prvotní informaci, co se stalo a jeden respondent R4 uvede pohlaví pacienta. Můžeme zvažovat co je správné uvést jako prvotní informaci při příjezdu. Jelikož ZOS poskytne základní údaje o zdravotním stavu pacienta již před příjezdem posádky [1]. Dále jsme se respondentů ptali, jestli předávají informace o pacientovi podle nějaké struktury nebo systému. Bydžovský ve své publikaci uvádí mnemotechnickou pomůcku MIST, kdy díky ní by nemělo dojít ke ztrátám informací nebo jejich nesdělení. Tato pomůcka je nejvíce využívána u pacienta s polytraumatem, může být však aplikovaná i na běžného pacienta [11]. Remeš a Trnovská dále uvádějí strukturu ABCDE, která je hojně využívána pro prvotní vyšetření pacienta [4]. R2 uvedl, že podle ABCDE struktury předává „*Pak řeknu, že nejdůležitější je třeba v C tohle a tohle*“. Dále respondenti uváděli, že předávají podle vypracované dokumentace. U podané medikace respondenti uvádějí název léku a podanou dávku. Další čtyři respondenti R1, R3, R4 a R5 doplní ještě cestu podání léku. R2 a R6 doplňují reakci pacienta na podanou medikaci. Dále z analýzy vyplývá, že respondenti informují přebírající personál o přidružených onemocněních pacienta pouze pokud to má vztah k současnému zdravotnímu stavu. R4 a R5 přebírající personál informují vždy. Další oblast se zabývala používáním odborné terminologie během předávání a informací z místa zásahu. Všichni respondenti uvedli, že odborné termíny během předávání používají. Může se však stát, že vlivem komunikačního šumu nebo ruchu oddělení dojde k přeslechnutí nebo nepochopení daného odborného termínu. Na nesprávnost komunikace upozorňuje i Matlochová a Matloch ve své publikaci. Uvádějí že nepozornost nebo nesprávnost komunikace může vést ke ztrátě důležitých informací [3]. Informace z místa zásahu podají respondenti, pokud jim to přijde důležité ve vztahu k současnému zdravotnímu stavu pacienta. Informace o stavu domácnosti, ve které žije pacient nebo rodinném zázemí můžeme zahrnout do sociální anamnézy, která může mít vliv na následnou léčbu chronicky nemocného pacienta [12].

Závěr

Na základě zjištěných výsledků lze doporučit několik návrhů a doporučení pro praxi, jejichž cílem je zlepšení průběhu předávání, zamezit riziku ztráty informací nebo jen zachování respektu a důstojnosti. Během předávání nejsou na místě osobní neshody a hádky před pacientem. Zároveň by během předávání měl být, alespoň v rámci možností klid a maximální soustředěnost přebírajícího personálu. Nedojde tak ke ztrátám důležitých informací, které jsou důležité pro správnou návaznost péče. Respondenti doporučovali nedělat ukvapené závěry ohledně zdravotního stavu pacienta a dovyslechnout si s čím byl pacient přivezen. Pro vedoucí pracovníky nelékařských i lékařských zdravotnických pracovníků lze tedy doporučit a realizovat odborná školení, popřípadě vzdělávací semináře ohledně efektivnosti komunikace, prevence stresu a řešení konfliktních situací. Bylo zjištěno, že zdravotničtí záchranáři považují důležitost zdravotnické dokumentace za velmi důležitou v rámci kontinuity péče a vlastní ochrany. Proto zdravotnickým záchranářům doporučujeme vždycky uvádět i osobní věci pacienta do dokumentace. Ať už se jedná o pacienta při vědomí nebo v bezvědomí. Jednak chrání vlastní bezpečí před případným postihem ze ztráty věcí a jednak má i pacient doklad o tom, že měl během předávání do zdravotnického zařízení věci u sebe. Zabrání se tak nepříjemným komplikacím v následujících dnech.

Literatura

1. FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 7. vyd. Praha: O. Franěk, 2014. ISBN 978-80-905651-0-4.
2. ŠEBLOVÁ, Jana. Urgentní medicína a urgentní příjmy v České republice. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2015, **18**(2), s. 54-55. ISSN 1212-1924.
3. MATLOCHOVÁ, Sylvie a Zdeněk MATLOCH. Bezpečné předání pacienta. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, **14**(15), s. 30. ISSN 2336-2987.
4. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
5. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., přepra. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
6. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.

7. MARX, David. Lékový management z pohledu spojené akreditační komise. *Klinická farmacie*. 2014, **2013**(6), s. 422-423. ISSN 2336-3541.
8. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Diferenciální diagnostika nejčastějších symptomů*. Praha: Triton, 2010b. ISBN 978-80-7387-352-3.
9. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4723-587.
10. SAK. Akreditační standardy pro zdravotnické záchranné služby. Spojená akreditační komise [online]. 2016. [cit. 04-05-2020]. Dostupné také z: <https://www.sakcr.cz/files/4570dfb99e6f5d20c4ab346d80270374/zzssak-standardy-zzs-2016-08final.pdf>
11. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010a. ISBN 978-80-7387-351-6.
12. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4402-5.