

UDK BROJEVI: 614.88(497.11)
COBISS.SR-ID 226958348

ISSN 1451-1053 (2016) br.2 p.21-24

DA LI UMEMO DA SLUŠAMO?

DO WE KNOW HOW TO LISTEN?

Ivana Milićević-Nešić

GRADSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ BEOGRAD

Sažetak: **Uvod:** Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd (GZZHMP) je specijalizovana ustanova koja vrši zbrinjavanje kritično obolelih i teško povređenih. Osnovna delatnost GZZHMP je primanje poziva za hitne medicinske intervencije na teritoriji Beograda, njihova obrada, izlazak lekarskih ekipa na teren i davanje saveta građanima preko broja 194. U modernizovanom dispečerskom centru GZZHMP rade operateri (lekari, medicinski tehničari) sa dugogodišnjim iskustvom. Oni su obučeni za vođenje razgovora sa pacijentom ili njegovom porodicom. Trijaža i prijem poziva obavlja se na osnovu evropskih standardizovanih protokola. Svi pozivi se na osnovu hitnosti dele na pozive prvog (crveni) i drugog (žuti) reda hitnosti. Za procenu hitnosti poziva nadležni su operateri. Dispečer vrši distribuciju poziva. Prehospitarna procena stanja pacijenata razlikuje se od procene koja se obavlja u bolničkim uslovima. Osoba koja zove hitnu pomoć često nije u stanju da jasno opiše svoje tegobe, neretko je agresivna prema operateru ili ne želi da odgovara na postavljena pitanja. Sve to otežava rad hitne službe.

Cilj rada: Cilj rada je ukazati na izazove i ograničenja koje ima lekar koji prima pozive, zatim, pokazati u kom procentu se slažu tegobe koje je naveo dispečer prilikom predaje poziva ekipi sa onim što kaže pacijent prilikom pregleda i u slučajevima gde nema podudaranja tegoba, utvrditi koliko je bilo neprepoznatih urgentnih stanja.

Materijal i metodologija: Obrada 223 poziva (pacijenta) praćenjem jedne lekarske ekipe u periodu od 3 meseca. Slaganje tegoba koje je pacijent naveo operateru sa stvarnim stanjem obeleženo je sa 1, a neslaganje sa 0. U pozivima gde nije bilo podudaranja (0) praćena je tačnost utvrđivanja hitnosti poziva.

Rezultati: Od 223 pacijenta kod 188 (84%) postoji slaganje tegoba. Neslaganje u navođenju simptoma je pronađeno kod 35 pacijenata (15,6%). Od tih 35, kod dvoje (5,7%) postoji netačnost u utvrđivanju hitnosti poziva.

Zaključak: I pored visokog procenta podudaranja u navođenju, postoji određen broj slučajeva gde pacijent nije imao tegobe koje su navedene u telefonskom razgovoru sa operaterom, ili je imao potpuno drugačije simptome. Ako se uzme u obzir mesečni ili godišnji broj poziva hitne medicinske pomoći, 15,6% je veliki procenat neadekvatno tretiranih slučajeva. Potrebna je kontinuirana edukacija i usavršavanje kako pojedinca tako i dispečerskog centra u celini

Ključne reči: hitna medicinska pomoć, dispečerski centar, urgentni pozivi

KORESPONDENCIJA/CORRESPONDENCE

Ivana Milićević-Nešić

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd, Beograd

Telefon: 064 25 83 218 E-pošta: milicevic.iv@gmail.com

Rad primljen: 05.03.2013. godine

Rad prihvaćen: 10.03.2013. godine

Objavljen u štampanoj i elektronskoj verziji: septembar, 2016. godine

UVOD

Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd (GZZHMP) je visoko specijalizovana ustanova koja vrši zbrinjavanje kritično obolelih i teško povređenih pacijenata. Osnovna delatnost GZZHMP je primanje poziva za hitne medicinske intervencije na teritoriji Beograda, njihova obrada, izlazak ekipa na teren i davanje saveta građanima preko broja 194 (1).

U modernizovanom dispečerskom centru GZZHMP rade operateri (lekari, medicinski tehničari) sa dugogodišnjim iskustvom. Oni su obučeni za vođenje razgovora sa pacijentom ili njegovom porodicom. Trijaža i prijem poziva obavlja se na osnovu evropskih standardizovanih protokola. Svi pozivi se na osnovu hitnosti dele na pozive prvog (crveni) i drugog (žuti) reda hitnosti. Za procenu hitnosti poziva nadležni su operateri u call centru, koji ih primaju. Dispečer vrši distribuciju poziva. Da bi se utvrdila hitnost poziva, lekar postavlja niz pitanja: Da li je pacijent pri svesti?; Da li diše?; Ima li bolove u grudima?; Da li krvari? . U skladu sa odgovorima određuje se da li je crveni poziv-pacijent je vitalno ugrožen ili je žuti- stanje nije opasno po život.

U urgentnim stanjima brzo, blagovremeno pružanje medicinske pomoći od ključnog je značaja za stanje pacijenta. Kvalitet rada hitne službe zasniva se na kvalitetnom, kratkom i jasnom razgovoru operatera i pozivaoca, brzom distribuciji poziva i adekvatnom intervencijom na licu mesta. Da bi se sve to postiglo, najpre pozivalac i operater na liniji 194 moraju biti krajnje efikasni u razmeni informacija (2). Penn (3) je pokazao da je početna rečenica sa obe strane izuzetno značajna, pa čak i da može skratiti vreme primanja poziva.

Za pozivaoce broja 194 kontakt sa hitnom službom izuzetno je stresan i frustrirajući. Oni pozivanje hitne pomoći povezuju sa potrebom za hitnom medicinskom intervencijom, savetom ili transportom do bolnice. Često nisu upoznati sa mogućnostima i domenima rada hitne službe, kao i njenom organizacijom (7).

Prehospitalna procena stanja pacijenta razlikuje se od procene koja se obavlja u bolničkim uslovima. Osoba koja zove broj 194 često nije u stanju da jasno opiše svoje tegobe telefonskim putem. Nekada ljudi zovu hitnu pomoć da bi dobili informacije koje uopšte nemaju veze sa tom službom ili da zakažu intervenciju zbog nekih hroničnih, lakših stanja, koja nisu u domenu rada HMP. Moller (4) je u jednoj studiji

praćenja hitnih poziva dispečerskom centru tokom dve godine uočio da postoje četiri najčešća razloga pozivanja hitne pomoći. To su nejasni problemi, urgentna stanja, intoksikacije i povrede. Kada su u pitanju hitna stanja, kao što je na primer srčani zastoj, od moći operatera da brzo prepozna stanje tokom razgovora sa pozivaocem zavisi i konačan ishod (6). Naravno da tu važnu ulogu ima i onaj koji je pozvao 194, koliko je on sposoban da objasni problem.

I pored toga što lekari na liniji 194 imaju iskustva sa psihijatrijskim pacijentima, nekada je teško proceniti da li se radi o pacijentu kome je potrebna medicinska pomoć zbog izmenjenog ponašanja ili je reč o zloupotrebi sistema (5). Neretko su pozivaoci i agresivni prema operateru na liniji 194, zbog situacije u kojoj se nalaze (strah, panika zbog bolesti bližnjeg) pa nerado daju informacije koje su operateru potrebne za procenu stanja. Tako da lekari koji rade na liniji 194 pored odgovarajućih protokola za primanje poziva, praćenja vitalnih znakova stanja pacijenta, treba da budu obučeni i za kontrolu i smanjenje nivoa stresa pozivaoca (7). Sve to otežava rad hitne službe, koja dnevno (za 24h) ima nekada i 2000 obavljenih telefonskih razgovora (1).

CILJ

Cilj rada je ukazati na izazove i ograničenja koje ima lekar koji prima pozive, zatim, pokazati u kom procentu se slažu tegobe koje je naveo dispečer prilikom predaje poziva ekipi sa onim što kaže pacijent prilikom pregleda i u slučajevima gde nema podudaranja tegoba, utvrditi koliko je bilo neprepoznatih urgentnih stanja.

METOD

Podaci su dobijeni praćenjem rada jedne ekipe u periodu od kraja februara do početka juna 2011. godine. Period je obuhvatio 223 pacijenata u 20,5 turnusa (turnus: dan 12h i sledeća noć 12h). Slaganje tegoba koje je pacijent naveo operateru sa onim što je utvrdio lekar na terenu obeleženo je sa 1, a neslaganje sa 0. U pozivima gde nije bilo podudaranja praćena je tačnost utvrđivanja hitnosti poziva, odnosno koji pozivi su bili prosledeni kao crveni, prvi red hitnosti, a lekar na terenu na kraju nije uvrđio urgentno stanje. I obrnuto, koji pozivi su označeni na centrali kao žuti, a na kraju su tretirani kao stanja prvog reda hitnosti.

REZULTATI

Od 223 pacijenata obuhvaćenih ovim radom, 110 su žene, a 113 muškarci. 135 pacijenata (oko 60%) je starije od 40 godina. 68 poziva je obavljeno na javnom mestu, od toga je 11 bilo lekarskih transporta. 105 pacijenata je bilo u stanju, koje je zahtevalo lekarski transport do dežurne klinike, zbog dalje dijagnostike i lečenja. Od 223 slučaja, kod 188 postoji slaganje tegoba koje je naveo dispečer prilikom predaje poziva (tegobe koje je utvrdio lekar na centrali) sa onim što kaže pacijent prilikom pregleda. Odnosno slaganje postoji u 84%. Neslaganje u navođenju tegoba postoji kod 35 pacijenata, odnosno u 15,6%. Kod ovih pacijenata najčešće dijagnoze su: kolaps, povrede, tahiaritmije i bez oboljenja. Od 35 pacijenata (15,6%) kod kojih postoji neslaganje u navođenju tegoba, kod dvoje pacijenata (5,7%) postoji netačnost u utvrđivanju hitnosti poziva. Kod jednog pacijenta poziv je predat od strane dispečera ekipi kao crveni, a lekar je utvrdio na terenu da nije hitno stanje. Dijagnoza je bila arterijska hipertenzija. Kod drugog pacijenta poziv je predat kao žuti, a definitivno je na terenu potvrđena teška uporna tahiaritmija, sa kolapsnim stanjem pacijenta, što je trebalo da bude označeno kao crveni poziv.

ZAKLJUČAK

I pored visokog procenta podudaranja u navođenju tegoba, postoji određen broj slučajeva gde pacijent nije imao tegobe koje su navedene u telefonskom razgovoru sa operaterom ili je imao potpuno drugačije simptome. Ipak ovaj rad je pratio pozive samo jedne ekipe, u određenom vremenskom period. Ako se uzme u obzir mesečni ili godišnji broj poziva hitnoj pomoći, 15,6% je veliki broj neadekvatno tretiranih slučajeva.

DISKUSIJA

U prehospitalnim uslovima procena stanja pacijenta veoma je teška, pogotovo putem telefona. I pored toga što su operateri na liniji 194 adekvatno obučeni i poštuju odgovarajuće protokole, oni ipak dobijaju informacije o kritično obolelom ili teško povređenom od nemedicinskog lica. Pozivaoci hitne pomoći često su uplašeni i ne sarađuju u davanju odgovora operateru na pitanja koja su od ključnog značaja za dalju organizaciju intervencije. Tako da i po red svih treninga i

obuka koje prođe, lekar na centrali 194 treba pre svega da bude dobar slušalac. U tome mu ceo zdravstveni sistem treba pomoći, u smislu bolje organizacije službe urgentne medicine.

Neke studije su pokazale da rezultate daje utvrđivanje pika smene (određeno doba dana sa najvećim brojem poziva hitnoj pomoći) i povećan broj ljudi na centrali u tom trenutku (8). Takođe, sastavni deo rada lekara treba da budu stalni, obavezni treninzi za rano prepoznavanje srčanog zastoja na primer i brzo davanje instrukcija za započinjanje KPCR-a na licu mesta do dolaska ekipe (9). Ti treninzi treba da budu prikazani i građanima, da bi se upoznali sa onim što ih očekuje kada pozovu 194 u urgentnoj situaciji.

Prehospitalnoj urgentnoj medicini treba posvetiti više pažnje tokom studija medicinskog fakulteta. Osim učenja o tretmanu urgentnih stanja, studente treba obučavati i veštinama komunikacije u stresnim situacijama, postavljanju adekvatnih pitanja i traženju ključnih odgovora. Svi oni će iako ne budu radili u hitnoj medicinskoj pomoći, na svom radnom mestu bar ponekad imati situaciju rešavanja urgentnog stanja.

Cela služba urgentne medicine treba da bude više uključena u nove edukacione sisteme, u smislu pravljenja vodiča dobre kliničke prakse za određena stanja i sindrome. Kako za ishemijski moždani udar postoji odgovarajuća paleta pitanja, koju postavlja operater, i za druga hitna stanja treba smisliti karakterističan skup pitanja.

Pope i sar. (10) su 2014. godine objavili studiju, koja je dve godine pratila rezultate primene kompjuterizovanih sistema za odlučivanje (CDSS) i njihovu namenu u prijemu i trijaži hitnih poziva. Sistemi su napravljeni tako da prate odgovarajuće zadate algoritme u odlučivanju. Iznenadeni su bili njihovom efikasnošću. Postavlja se pitanje da li će na centrali hitnih pomoći sedeti roboti uskoro ili je to i suviše daleko od nas? Ipak, treba imati u vidu da su i te sisteme napravili ljudi sa odgovarajućim znanjem i iskustvom.

Iz svega gore navedenog proizlazi potreba za kontinuiranim usavršavanjem kako pojedinca, tako i dispečerskog centra u celini.

LITERATURA

1. www.Cpu.rs> StudijeSlučaja> hitna_bg
2. Penn C, Watermeyer J, Nattrass R. J Health Psychol. 2016 Mar 21
3. Penn C, Koole T, Nattrass R. J Health Psychol. 2016 Feb

4. Moller TP, Ersboll AK, Tolstrup JS, Stergard D, Vieneck S, Overton J. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2015 Nov 4; 23:88
5. Prener C, Lincoln AK. Am J Orthopsychiatry . 2015 Nov;85(6):612-9
6. Travers S, Jost D, Gillard Y, Lanoe V, Bignand M, Damanski L et al. Resuscitation. 2014 Dec; 85(12): 1720-5
7. Turner J, O Cathain A, Knowles E, Nicholl J. BMJ Open. 2013 Nov 14; 3 (11)
8. Risavi BL, Mahwood S, Andryc K, Libonati J, Terrell MA. J Emerg Manag 2016 Jan-Feb;14(1):79-84
9. Meischke H, Painter I, Turner AM, Weaver MR, Fahrenbruch CE, Ike BR, Stangenes S. BMC Emerg Med. 2016 Feb 1; 16(1):9
10. Pope C, Turnbull J, Prichard J. Health Informatics J. 2014 Jun; 20(2):118-26

DO WE KNOW HOW TO LISTEN?

Summary: INTRODUCTION: City Institute for Emergency Medical Help Belgrade (CIEMHB) is a specialized institution that performs management of critically ill or severely injured. The main activity CIEMHB is receiving calls for emergency medical treatment in Belgrade, their processing, medical team out in the field and providing advice to citizens via the number of 194.

The modernized dispatching center CIEMHB work operators (doctors, nurses) with years of experience. They are trained to conduct the interview with the patient or his family. Triage and receiving calls is done on the basis of European standardized protocol. All calls are based on parts of urgency to calls first (red) and second (yellow) line emergency. For the evaluation of emergency calls are competent operators. The dispatcher distributes calls.

Prehospital assessment of the condition of patients is different from the evaluation that is done in a hospital setting. The person who called the emergency room is often not able to clearly describe their symptoms, often aggressive towards the operator or unwilling to answer questions. All this makes the work of the emergency services. more difficult.

OBJECTIVE: The aim of this paper is to highlight the challenges and the limitations of the doctor who receives the calls, then, to show what percentage agree ailments specified when submitting the dispatcher calls the team with what the patient says during the review in cases where there are no matching problems, determine how it was unrecognized emergencies.

METHODS: Processing of 223 calls (the patient) monitoring of a medical team during the 3 months period. Stacking of symptoms that the patient stated the operator with the actual situation is marked with 1, a disagreement with 0. Calls where there were no matches (0) followed by the accuracy establishing emergency calls.

RESULTS: Of 223 patients at 188 (84%) there is an agreement problems. Disagreement in the labeling of symptoms was found in 35 patients (15.6%). Of these 35, in two (5.7%), there is inaccuracy in determining the urgency of the call.

CONCLUSION: Despite the high percentage of matching the labeling, there are a number of cases where the patient did not have symptoms that are listed in the telephone conversation with the operator, or with the completely different symptoms.

DISCUSSION: If you take into account monthly or annual number of emergency calls, 15.6% are large percentage of inadequately treated cases. From the foregoing emerges the need for continuous improvement of the individuals and the dispatch center as a whole.

Key words: emergency medical service, dispatching center, emergency calls