
REŠEVALEC

SPLETNI ČASOPIS SEKCIJE REŠEVALCEV V ZDRAVSTVU - ZZBNS

STROKOVNI, RAZISKOVALNI, PREGLEDNI ČLANKI IN POROČILA O DOGODKIH IZ URGENTNE
MEDICINE, NUJNE MEDICINSKE POMOČI IN SORODNIH PODROČIJ

ISSN: 1581-7520

LETNIK: 1 (2006)

ŠTEVILKA: 4

VSEBINA

SPLOŠNE VSEBINE

Razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči

- Jože Prestor

71

Komunikacija z ogroženim starostnikom na terenu

- Branko Kešpert

76

<http://casopis.resevalci.org>



UREDNIŠTVO

Odgovorni urednik: Igor Crnić *(ZD Izola, Reševalna služba slovenske Istre)*

Uredniški odbor: Andrej Fink *(Klinični center Ljubljana, Reševalna postaja)*
Branko Kešpert *(ZD Celje, Predhospitalna enota)*
Jože Prestor *(ZD Kranj, Predhospitalna enota)*

Časopis izhaja izključno v spletni obliki štiri krat na leto.
Publikacija je brezplačno dostopna na spletnem portalu sekcije reševalcev v zdravstvu.

KONTAKT



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - ZDMSBZTS
Sekcija reševalcev v zdravstvu
Vidovdanska 9
1000 Ljubljana



<http://casopis.resevalci.org>



resevalci.org@gmail.com

OPOMBA:

Prosimo upoštevajte dejstvo, da časopis Reševalec ponuja tudi ponovno objavo nekaterih zanimivih člankov, ki so bili že objavljeni v zbornikih predavanj minulih strokovnih srečanj pri organizaciji katerih je sekcija sodelovala. Prispevki so objavljeni v nespremenjeni obliki zato nekateri lahko vsebujejo podatke, ki se nanašajo na takrat aktualne smernice ali priporočila.



RAZVOJ PREDBOLNIŠNIČNE NUJNE MEDICINSKE POMOČI

Jože Prestor

OZG ZD Kranj – Predbolnišnična enota nujne medicinske pomoči

UVOD

V zgodovini medicine so pogoste omembe nujnega reševanja življenja. Že zapisi iz antičnih časov opisujejo vpihovanje življenja nenadno umrlemu. V kasnejši zgodovini prevladujejo opisi nujnih ali urgentnih posegov s področja kirurgije. Iztekanje krvi je potrebno zaustaviti, tujek iz telesa odstraniti so bile le nekatere od doktrin medicine pri reševanju ranjencev. Antropologi so nedavno odkrili okostje vojščaka iz 15. stoletja, za katerega so ugotovili, da je preživel hudo poškodbo spodnje in zgornje čeljusti ter umrl deset let kasneje zaradi druge usodne poškodbe (1). Vendar se do poznega 19. stoletja urgentna medicina ni bistveno razvila v smislu organizacije in izobraževanja. Postopki za reševanje nenadno umrlih še vedno niso bili del doktrine uradne medicine.

URGENTNA MEDICINA

Po svetu se je urgentna medicina kot samostojna veja medicine pričela uveljavljati v 60-tih letih 20. stoletja, vendar je bila od države do države zelo različno organizirana. Ponekod izvajajo urgentno medicino zdravniki, specialisti urgentne medicine, drugod jo izvajajo anesteziologi, kirurgi, spet drugje pa v urgentni medicini na terenu zdravnikov sploh ne poznajo. Povsod pa so sestavni del timov urgentne medicine dobro usposobljeni zdravstveni tehniki ali ponekod tudi nemedicinski kader (2). Začetki urgentne medicine v bolnišnični dejavnosti so v tistem času prodirale v naš prostor iz razvitejšega zahoda z manjšo zamudo. Leta 1959 je izšla knjiga *Sudden Death*, ki je prva natančno opisovala nov način umetnega dihanja (usta na usta) in tudi zunanjo masažo srca. Knjiga je izšla v ZDA, kjer so že imeli organizirane prve *koronarne enote*, ki so predstavljale predhodnice intenzivnim internim oddelkom. Prva intenzivna enota je bila v Sloveniji organizirana devet let kasneje (1,3). Šele uveljavljanje urgentne medicine v bolnišnicah je omogočilo tudi razvoj urgentne medicine izven bolnišničnega okolja. Po prepričanju takrat nekaterih tudi vodilnih zdravnikov, je nujna medicinska pomoč (NMP) na terenu že obstajala. Vendar ob dejstvu, da sistem izvajanja ni bil nikoli opredeljen v organizacijskem smislu in da v ta namen tudi niso bila zagotovljena določljiva finančna sredstva njihovo prepričanje ni imelo posebne veljave (3). Za nujne primere v tistem obdobju namreč ni bilo ne posebnih ekip niti posebnih vozil. V primeru nujnega bolezenskega stanja se je iz zdravstvenega doma k bolniku odpravil dežurni zdravnik, ki se ja tja le izjemoma peljal v reševalnem vozilu. »Urgentno« zdravljenje je obsegalo le kakšno injekcijo zdravila in klic za hiter prevoz z reševalnim vozilom. Zgolj od srečnega naključja je bilo potem odvisno, če je bilo reševalno vozilo na razpolago, v nasprotnem primeru je moral bolnik čakati na prvo razpoložljivo vozilo, neredko uro ali več. Ob prihodu reševalnega vozila je reševalec bolnika spravil v reševalno vozilo tipa limuzine, ki je od opreme za NMP imelo le kisik, opornice in nekaj obvezilnega materiala ter ga prepeljal v bolnišnico. Usoda življenjsko ogroženih bolnikov in poškodovancev je bila tako do prihoda v bolnišnico odvisna predvsem od sreče oziroma od naravnega poteka bolezni. Zato in pa seveda tudi zaradi tega ker iz tistega obdobja podatkov ni, o nujnih ukrepih pred prihodom v bolnišnico ni bilo mogoče govoriti. Najbolj verjetno je, da pred letom 1986 na terenu ni bil nastavljen noben venski kanal, skoraj zanesljivo pa ni bilo nobene uspešne reanimacije srčnega zastoja, saj na terenu ni bilo niti enega defibrilatorja (4). Konec osemdesetih let se je začel pripravljati Pravilnik o nujni medicinski pomoči. Delno je bil prilagojen vzoru nekaterih lokalnih pravilnikov iz sedemdesetih let, ki spremembam na področju NMP niso več ustrezali in oplemeniten s pridobljenimi izkušnjami enot, ki so se že reorganizirale. V letu 1995 je skupina prodornih zdravnikov predstavila Zdravstvenemu svetu predlog projekta nujne medicinske pomoči. Zdravstveni svet

je določil rok dveh mesecev za pripravo projekta. V njem so morali biti določeni vsi osnovni elementi: organizacija, model, mreža, dispečerski sistem, prevozi bolnikov, dokumentacija, oprema, izobraževanje in financiranje (5).

PREBOLNIŠNIČNA NUJNA MEDICINSKA POMOČ

Organiziran razvoj prebolnišnične nujne medicinske pomoči v Sloveniji se je začel z uvedbo prve ekipe NMP v ZD Celje leta 1986. Leta 1990 se je v okviru Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ustanovila strokovna Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester reševalcev, ki so začrtali strategijo razvoja in usposabljanja negovalnega kadra na reševalnih postajah. Od leta 1995 dalje Sekcija reševalcev pripravlja vsako leto vsaj dva strokovna srečanja, na katerih skuša svojim članom ponuditi čim več uporabnega znanja (6). Leta 1994 je skupina zdravnikov na Medicinski fakulteti v Ljubljani organizirala prvi podiplomski seminar o urgentni medicini. Ista skupina zdravnikov je predstavljala ustanovitveni odbor leto dni kasneje ustanovljenega Slovenskega združenja za urgentno medicino, ki je nadaljevala s tradicijo pri nas najbolj odmevnega in obiskanega medicinskega simpozija o urgentni medicini, najprej v Ljubljani in od leta 1996 dalje v Portorožu. Leta 1995 je bila ustanovljena še druga strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgentni medicini. Že leta 1992 se je pri Razširjenem strokovnem kolegiju za intenzivno medicino izoblikovala Stalna strokovna skupina za urgentno medicino, ki si je za eno prvih nalog zadala izdelavo pravilnika, ki naj bi tudi formalno uokviril dejavnost NMP in ji zagotovil ustrezen status. Pravilnik je bil dokončan v sklopu Projekta NMP na Ministrstvu za zdravje in decembra leta 1996 stopil v veljavo in s tem tudi formalno začrtal novo nastajajočo stroko in dejavnost v Sloveniji (7).

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči

Služba NMP je sestavni del mreže javne zdravstvene službe, ki se veže na zdravstveni dom ali bolnišnico. Povsem na dlani je bila odločitev, da se služba NMP veže na zdravstvene domove in vključi v njihovo dejavnost. Takšna rešitev je hkrati pomenila tudi najbolj racionalno rešitev tako v pogledu stroškov, kot pri koriščenju obstoječega medicinskega kadra. Zato je predlagani model organizacije NMP v pravilniku upošteval vse značilnosti obstoječega zdravstvenega sistema. Nujno medicinsko pomoč je razdelil na prebolnišnični in bolnišnični del. Prebolnišnični del se deli na dve stopnji, na prvi stopnji so tako imenovane enote B (srednje veliki ZD, ki imajo reševalno postajo), B okrepljene (srednje veliki ZD, ki imajo reševalno postajo in so geografsko zelo odmaknjene, npr. Tolmin, Kočevje, Idrija) in A (manjši ZD in zdravstvene postaje, ki nimajo reševalne postaje). Skupno za prvo stopnjo prebolnišnične NMP je, da je kader, ki izvaja NMP istočasno že razporejen na neko drugo delo. Ob sprejemu nujnega klica ali prihodu življenjsko ogroženega pacienta pa zapustijo svoje delovne mesto in se organizirajo za delo v NMP. Na drugi stopnji pa se nujna medicinska pomoč organizira v obliki predhospitalne enote (PHE in C) in predstavljajo velike zdravstvene domove z reševalno postajo. Tam NMP izvajajo zdravniki, zdravstveni tehniki v obliki rednega dela, kar pomeni, da so stalni pripravljenosti da reagirajo na nujni dogodek. Razlika med obema stopnjama je poleg organiziranosti tudi v izobrazbi, usposobljenosti in opremljenosti (7,8,9). Zaradi uveljavljanja nove službe je bilo po nekaj letih spremljanja dela v NMP potrebno pripraviti posodobljeno verzijo pravilnika o delovanju službe NMP, ki je izšel letošnje poletje. V novem pravilniku izvaja NMP v Sloveniji 11 *prehospitalnih* enot in 4 C enota na drugi stopnji ter 12 B *okrepljenih* enot, 18 B in 16 A enot na prvi stopnji (9).

Pomembna novost, ki jo je uvedel Pravilnik o službi NMP je enotno dokumentiranje za vse izvajalce. Pri svojem delu so dolžni izpolnjevati tri obrazce – Nujni klic, Nujna intervencija in Oživljanje v prebolnišničnem okolju. Vsi izvajalci NMP morajo mesečno oddajati poročila na ministrstvo za zdravje, kjer delovna skupina za prebolnišnično dejavnost spremlja delovanje enot. V letu 2003 je Minister za zdravje imenoval prve komisije, ki so izvedle nadzor delovanja enot NMP, katere so po zbranih podatkih odstopale od povprečja. Prvi nadzori so bili predvsem

svetovalne narave. Enote, ki niso upoštevale priporočil nadzorne skupine, so bile deležne ponovnega obiska ali drugega ukrepa (10).

Usposabljanje je eden najpomembnejših delov v opredelitvah nove dejavnosti, saj je jasno, da bo kakovostno izvajanje nujne medicinske pomoči možno le tako, da je vsem, ki sodelujejo, zagotovljena čim boljša izobrazba. V okviru Projekta NMP deluje delovna skupina za izobraževanje na bolnišničnem in tudi pred bolnišničnem nivoju. V sodelovanju s strokovnimi združenji je delovna skupina že pripravila nacionalno poklicno kvalifikacijo za zdravstvene tehnike reševalce, v skorajšnji realizaciji pa sta še specializacije iz urgentne medicine za zdravnike (letos jeseni vpis prve generacije) in specializacija iz urgentne zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in zdravstvenike. Strokovna javnost pa je bila poleg formalnega izobraževanja v zadnjih letih deležna prave poplave seminarjev in drugih strokovnih srečanj s področja nujne medicinske pomoči. Vse več pozornosti se posveča tudi multidisciplinarnemu usposabljanju. Še vedno nagel razvoj urgentne medicina na terenu sili izvajalce vse bližje k pacientom na tudi manj varnih mestih. To pa pomeni potrebo po osvajanju dodatnih znanj tudi izven zdravstva (11).

S sprva zelo skromnim a sistemskim financiranjem so se povsod po Sloveniji pričele formirati enote NMP. Rezultati delovanja predbolnišničnega sistema NMP so kmalu postali jasno vidni. Vse pogosteje so nujni bolniki in poškodovanci prihajali v bolnišnice ustrezno oskrbljeni in v spremstvu ekip. Urgentno zdravljenje se je z vrat bolnišnic premaknilo na kraj dogodka, k bolniku, kar je odločujoče vplivalo na preživetje in končni izid zdravljenja težkih bolnikov in poškodovancev (2,4).

Pravilnik o službi NMP je predvidel tudi nadgraditev porajajočega sistema. Ekipe na terenu potrebujejo dobro podporo iz baze, ki jo lahko nudi le dobro usposobljen zdravstveni dispečer. Razvoj avtonomnega zdravstvenega komunikacijskega sistema med drugim zavira dejstvo, da ministrstvo za zdravje pred leti vstopilo v medresorski projekt številke za nujne klice 112, kot jo predvideva direktiva Evropske unije. Javno dostopna brezplačna klicna številka 112 je organizirana v okviru Uprave RS za zaščito in reševanje na 14 regijskih centrov za obveščanje. Regijski centri sprejmejo več kot polovico vseh nujnih klicev za potrebe nujne medicinske pomoči, ki jih preusmerijo na enoto NMP, ki pokriva področje nujnega dogodka. Triaža klicev in aktivacija ekipe NMP se tako izvaja šele po prevezavi v zdravstveni zavod. Projekt zdravstvenega dispečerstva je trenutno prioriteta v nadaljnjem razvoju predbolnišnične NMP (12). Prvi od že uspešno zaključenih nadgradenj sistema NMP je bil reševalec motorist, ki so ga poskusno v obliki projekta na reševalni postaji Kliničnega centra v Ljubljani začeli izvajati leta 1998, a so s projektom nadaljevali na reševalni postaji ZD Maribor. Leta 2001 je bil projekt uspešno zaključen in se danes odvija v obliki rednega dela na treh lokacijah, v PHE Maribor, PHE Ljubljana in PHE Obala. Motorist reševalec ima kar nekaj omejitev in dela le v poletnih mesecih, v svetlem delu dneva in v suhem vremenu, njegova poglobljena prednost pa je skrajšanje dostopnega časa do mesta nujnega dogodka, kar se je v projektu izkazalo koristno za urbana središča ob povečanem prometu (13). Drugi od uspešno zaključenih projektov v sistemu NMP je helikopterska nujna medicinska pomoč (HNMP). Medicinsko opremljen helikopter z ekipo zdravnika, zdravstvenega tehnika ter ekipo za upravljanje plovila skrbi za oskrbo in prevoz bolnikov in poškodovancev v bolnišnico. Ker HNMP predstavlja nadgradnjo obstoječega sistema, je sistem delovanja zastavljen tako, da ekipo HNMP lahko aktivira le zdravnik iz katere od lokalnih NMP. Helikopterski prevoz je smiseln, ko je mesto poškodbe ali bolezni težko dostopno z nujnim reševalnim vozilom ali pa je prevoz s helikopterjem hitrejši od prevoza z vozilom. HNMP se aktivira tudi v primerih, ko poškodba ali bolezen presega zmogljivost in opremo enote nujne medicinske pomoči na terenu ter ko je potreben hiter prevoz v bolnišnico. Poleg primarnih letov so ekipe HNMP v letih projekta (2003 - 2006) in tudi kasneje, v obdobju rednega delovanja opravile veliko transportov iz oddaljenih bolnišnic v KC Ljubljana, nekajkrat so posredovali tudi pri poškodbah na smučiščih. Kljub temu, da je HNMP že redna dejavnost v sistemu NMP, še ni rešena izbire prevoznika, o čemer se je pred kratkim veliko pisalo tudi v dnevnem časopisu (14).

PREDBOLNIŠNIČNA NUJNA MEDICINSKA POMOČ NA GORENJSKEM

Na Gorenjskem je predbolnišnična NMP organizirana po enakih načelih, kot je sistem zastavljen po celi državi. Največja enota je v ZD Kranj, ki pokriva 35 odstotkov celotne gorenjske populacije in deluje na drugi stopnji sistema kot prehospitarna enota. Po velikosti je na drugem mestu enota NMP ZD Jesenice, ki ima prav tako status druge stopnje v obliki enote C (to pomeni preko dneva kot PHE, ponoči kot B enota). Vse enote NMP ostalih gorenjskih zdravstvenih domov in postaj delujejo na prvi stopnji. Po velikosti in številu intervencij sledi enota NMP ZD Škofja Loka, ki ima status *okrepljene B* enote, ZD Bled in ZD Tržič pa navadne B enote. V sistem NMP kot oblika dela A enote vstopajo še ZD Radovljica ter zdravstveni postaji v Kranjski Gori in Bohinjski Bistrici. Posebnost NMP na Gorenjskem je ta, da vsi izvajalci pripadajo istemu javnemu zavodu – Osnovnemu zdravstvu Gorenjske. Za boljše sodelovanje med službami NMP in spremljanje kakovosti je strokovni direktor zavoda imenoval dva strokovna kolegija, kolegij za NMP in kolegij reševalnih postaj. Namen ustanovitve kolegijev, ki ju sestavljajo vodje služb, je izmenjava mnenj, usklajevanje ciljev in sodelovanje pri strokovnem vodenju zavoda (15).

Prehospitarna enota NMP ZD Kranj

Služba NMP ZD Kranj je ustanovila prehospitalno enoto tri mesece po sprejemu Pravilnika o službi NMP. Od februarja 1997 so za interveniranje ob nujnem dogodku 24 ur dnevno v pripravljenosti urgentni zdravnik in dva zdravstvena tehnika. Ker je PHE Kranj še vedno relativno majhna enota z le eno ekipo za posredovanje, je morala vzpostaviti tudi sistem za pokrivanje vzporednih, istočasnih nujnih dogodkov. V enem letu služba NMP obravnava v povprečju 1190 življenjsko ogroženih pacientov na 1132 nujnih intervencijah, od katerih jih je 732 nenadno obolelih, 177 poškodovanih v prometnih nesrečah in 135 poškodovanih izven prometa, 51 je akutno zastrupljenih, preko 40 pa je tudi lažnih klicev ali nepotrebnih intervencij. Po obravnavi na mestu dogodka je 190 pacientov prepeljeno na nadaljnjo kirurško obravnavo, 347 na internistično obravnavo, 133 pacientov pa ni potrebovalo nadaljnje obravnave in so bili prepeljeni domov. Ekipe NMP Kranj letno oživljajo 33 oseb, od katerih jih 15. povrne spontana cirkulacija (ROSC), 5 je živih odpuščenih iz bolnišnice. Med obravnavo pacientov letno ekipe izvedejo 48 endotrahealnih intubacij, vzpostavijo 522 perifernih venskih poti, 602 pacienta spremljajo z monitorjem in 17 oseb med oživljanjem defibrilirajo. Izmed vseh pacientov, ki jih obravnava služba NMP Kranj, jih je 133 pod vplivom alkohola in 42 pod vplivom mamil (statistika dela PHE Kranj za obdobje 2003 -2006). K službi NMP ZD Kranj spadata tudi reševalna postaja, ki letno prepelje okoli 6000 bolnikov in ambulanta za NMP, kjer zdravniki opravijo okoli 25 000 pregledov. Statistični podatki uvrščajo PHE med strokovno najboljše enote NMP v državi, poleg tega pa je PHE Kranj prva enota, ki je začela sodelovanje z KOIIM KC Ljubljana in od leta 2001 bolnike s svežim miokardnim infarktom s terena vozi direktno v katetrski laboratorij na primarno PTCA. Od leta 2004 ekipe PHE Kranj na terenu izvajajo tudi sedacijo in mišično relaksacijo v postopku hitre intubacije pri hudi poškodbe glave, kar je v slovenski predbolnišnični NMP še vedno redkost. Urgentna zdravnica PHE Kranj je v sklopu specializacije pripravila vprašalnik za merjenje zadovoljstva bolnikov s službo nujne medicinske pomoči. Po naključnem vzorcu je bilo izbranih 377 bolnikov, ki so bili leta 1998 oskrbljeni v PHE Kranj. Vprašalnik je vseboval podatke o bolnikih in bolnikove ocene oskrbe med nujno intervencijo. Bolniki so vrnil 239 (70,9%) poslanih vprašalnikov. 54,8% je bilo moških in 45,5% žensk, stari so bili od 18 do 91 let, v povprečju 52,4 leta. Zanesljivost lestvice za merjenje zadovoljstva bolnikov je bila visoka (Kronbachov alfa = 0,8243). Povprečna ocena zadovoljstva je bila od 38 do 100 odstotnih točk, v povprečju 88,7 točk (16).

POVZETEK

Poleg še ne povsem urejenega financiranja in nesistemskega izobraževanja, je trenutno neurejeno še področje zdravstvenega dispečerstva. To troje je razlog, da delovanjem NMP v celoti še ni povsem zadovoljivo. Razlike med posameznimi okolji v Sloveniji so namreč

prevelike. Že podatki enot tipa PHE, ki se ukvarjajo samo z NMP, jasno kažejo, da gre za zelo različen nivo oskrbe. Če služba v nekaterih okoljih dosega svetovno primerljive rezultate, pa žal v drugih okoljih niso prišli dosti dlje od stanja iz leta 1986. Doseči enoten nivo NMP v vsej državi je trenutno prva prioriteta v sistemu predbolnišnične NMP. Naslednji problem, ki je danes prisoten, je razdrobljenost izvajalcev. Po eni strani je to dobro, saj je z gosto mrežo enot NMP izven mestnih središč zagotovljen razmeroma kratek odzivni čas, po drugi strani pa številne periferne enote zaradi svoje majhnosti in s tem povezanega majhnega števila intervencij ne morejo zagotavljati takšnega nivoja NMP, kot ga lahko večje enote. Majhne enote težko vzdržujejo znanje, veščine in draga osnovna sredstva, zaradi majhnih kadrovskih virov pa je njihova razpoložljivost nenehno ogrožena.

LITERATURA

1. Horvat M. Razmišljanje o urgentni medicini V: Žmavc A. ur. *Simpozij o urgentni medicini, zbornik predavanj, ZD Celje, Celje 2006*; 7-12.
2. Žmavc A. Začetki službe NMP v Celju in Sloveniji V: Žmavc A. ur. *Simpozij o urgentni medicini, zbornik predavanj, ZD Celje, Celje 2006*; 12-6.
3. Armeni C. Kako smo v Sloveniji razvijali predbolnišnično urgentno medicino V: Bručan A. Gričar M. ur. *Urgentna medicina izbrana poglavja, Slovensko združenje za urgentno medicino, Portorož 2001*; 17-31.
4. Žmavc A. NMP včeraj in danes V: Posavec A. ur. *Nujni ukrepi v predbolnišnični NMP, ZZBNS-ZDMSBZTS Sekcija reševalcev v zdravstvu, Kranjska Gora, 2006*: 13-21.
5. Stok E. Projekt nujne medicinske pomoči v Sloveniji, *ISIS 1998*; 1; 5 – 8.
6. Prestor J. Delo reševalcev v timu predbolnišnične NMP V: Filej B. Kersnič P. *Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege, Tiskarna Povše, Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenie . ZDMSBZTS, 2007*; 105-11.
7. *Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 77/1996.*
8. Posavec A. Organizacija službe NMP v Sloveniji V: Lipovšek K. ur., *Delavnice urgentne medicine november 2005, Društvo študentov medicine Slovenije, Ljubljana 2005*; 114-20.
9. *Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 57/2007.*
10. *Pravilnik o izvajanju nadzora službe nujne medicinske pomoči. Uradni list RS št. 100/2003.*
11. Prestor J. Multidisciplinarno izobraževanje za reševanje V: Gričar M. Vajd R. ur. *Urgentna medicina izbrana poglavja, Slovensko združenje za urgentno medicino, Portorož 2007*; 373-8.
12. Fink A. Sprejem nujnega klica in aktivacija ekipe NMP V: Posavec A. ur. *Nujni ukrepi v predbolnišnični NMP, ZZBNS-ZDMSBZTS Sekcija reševalcev v zdravstvu, Kranjska Gora, 2006*: 23-49.
13. Polenčič B. Grmec Š. Novi pristopi k reševanju – motorist reševalec V: Bručan A. Gričar M. ur. *Urgentna medicina izbrana poglavja, Slovensko združenje za urgentno medicino, Portorož 2001*; 511-13.
14. Vencelj B. Tri leta delovanja helikopterske NMP V: Žmavc A. ur. *Simpozij o urgentni medicini, zbornik predavanj, ZD Celje, Celje 2006*; 155-9.
15. Gruenfeld ZM. Predstavitev služb NMP na Gorenjskem in PHE Kranj V: Mohor M. ur. *Oskrba poškodovancev na terenu, OZG ZD Kranj, Kranj 1999*, 5-9.
16. Kersnik J. Demšar M. Švab I. Izdelava vprašalnika za merjenje zadovoljstva bolnikov s službo NMP na terenu, *Zdrav Var 2003*; 42: 110-115.

KOMUNIKACIJA Z OGROŽENIM STAROSTNIKOM NA TERENU

COMMUNICATION WITH EMERGENCY GERIATRIC PATIENT IN PREHOSPITAL ENVIRONMENT

Branko Kešpert

Reševalna postaja, Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje

Izveček

Sposobnost zdravstvenih delavcev, da komunicirajo učinkovito in profesionalno je lahko izredno pomembno orodje za pridobitev bolnikovega zaupanja in sodelovanja. Nedvomno predstavlja uspešna komunikacija svojevrstno umetnost v medicini in pomaga izgrajevati pomembno povezavo med zdravstvenimi delavci in starostnikom. Komunikacija je posebej pomembna v predbolnišničnem okolju, kjer se ogrožen starostnik in ekipa nujne medicinske pomoči (NMP) običajno srečajo prvič, priložnostno, v posebno težkih okoliščinah bolnikovih zdravstvenih težav, ko je medsebojni odnos takoj težko vzpostaviti.

Namen tega članka je predstaviti enostavna priporočila za izboljšanje komunikacije med zdravstvenim delavcem in ogroženim starostnikom, z željo obojestransko izboljšati zadovoljstvo ter posledično končni izid zdravljenja.

Abstract

A medical staff's ability to communicate effectively and efficiently may be single most important tool in gaining the trust and cooperation of a sick geriatric patient. Without question, good communication represents the »art of medicine« and helps foster the building of a healthy alliance between medical team and geriatric patient. Certainly communication is very important in the prehospital environment where prehospital emergency team and life threatening geriatric patient usually meet for the first time, occasionally under crisis circumstances and where rapport is difficult to establish.

The purpose of this article is to present simple tips designed to refine communication skills of prehospital emergency team with the ultimate goal of improved geriatric patient outcome and satisfaction.

UVOD

Komunikacija s starostniki je sestavni del poklicnega delovanja zdravstvenih delavcev in predstavlja medsebojni vzajemni odnos. Ni vseeno kaj kdo od udeležencev reče, s kakšnim prizvokom je izrečeno povedal in ali je bilo to izrečeno pred množico slučajnih soudeležencev. Zaradi vseh besednih in nebesednih sporočil se lahko počutimo ohrabreni, lahko pa doživimo poraz in se počutimo prizadete, užaljene, razočarane in jezne. Ton s katerim sporočamo je lahko pomirjevalen, lahko pa se razbohoti v prisotno negotovost, skrb in napetost. Komunikacija je posebno pomembna v predbolnišničnem okolju, kjer se ogrožen starostnik in ekipa NMP običajno srečajo prvič, v posebno težkih okoliščinah bolnikovih zdravstvenih težav, ko je medsebojni odnos takoj težko vzpostaviti. Ekipa NMP lahko preko svoje nebesedne govorice vzbuja občutek varnosti ali nasprotno občutje nelagodja in nezaupanja.

Če hočemo kot osebnosti in kot duhovna bitja rasti ter napredovati, ustvarjati in se razvijati, je nujno, da se zavemo pomembnosti komuniciranja s starostniki, tako besednega kot nebesednega. Samo z nenehnim trudom ter vztrajno željo po kakovostnejši komunikaciji bomo sposobnejši iskrenejšega pogleda vase ter s tem spoznavanja sebe in drugih. Tako bomo

sposobni sprejemanja in dajanja – soustvarjati pristne medčloveške odnose. To pa nam bo prineslo tudi notranje zadovoljstvo.

MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU S STAROSTNIKOM

Motnje lahko nastanejo tako pri oddajniku kot pri sprejemniku ali v komunikacijskem kanalu. Posledice teh motenj so enake v vseh primerih, ne glede na to, kje se pojavijo, kajti sporočilo med prenosom izgublja svojo vsebino in svoj namen.

Najpogostejše motnje v komunikaciji pri zdravstvenih delavcih so: narobe razumljena navodila, brezbržnost, podcenjevanje informacij za bolnika, nejasno govorjenje, stereotipni odgovori, podcenjevanje pomena informacij za starostnika, pomanjkanje časa.

Najpogostejše motnje v komunikaciji pri starostnikih so: nezmožnost izražanja, strah, sram, jeza, depresija, okvara sluha, okvara vida, slaba pomičnost ali nepomičnost, socialna izoliranost, motnje kognitivnih funkcij ter neprijetno okolje.

Nekatere raziskave kažejo, da bolniki ne razumejo do 50 % tistega, kar jim zdravstveni delavci pripovedujejo. To prekinja stik in možnost sodelovanja. Zdravstveni delavci naj bi uporabljali njim razumljiv jezik (5).

RAZPRAVA

Pri delu in komunikaciji z bolniki se upošteva splošno načelo: »obravnavaj bolnika tako, kakor bi želel biti sam obravnavan, če bi potreboval zdravstveno pomoč.« Čeprav se na videz zdi, da za sporazumevanje ob obravnavi ogroženega starostnika ni časa, temu ni tako. Spodrseljaji pri sporazumevanju pri obravnavi nujnih stanj so celo hitreje opazni kot pri običajnih stikih z zdravstveno službo. Ustrezna komunikacija pa ni samo pomembna za pridobitev zaupanja in sodelovanja starostnika, ampak so študije pokazale, da je tudi odličen dejavnik preprečevanja konfliktov. Uspešna komunikacija pomaga izgrajevati medsebojni odnos med zdravstvenimi delavci in starostnikom, ki tudi zdravstvenim delavcem daje občutek zadovoljstva ter preprečuje nastanek stresa in sindroma izgorevanja.

Učinkovita komunikacija je več kot le navaden pogovor. Njeni temelji upoštevajo psihosocialna in čustvena dejstva, življenjske in delovne izkušnje. Mora biti uporabna in prilagodljiva glede na različne okoliščine in ne samo bolj ali manj prijazna. Vključuje različne dejavnike kot so: govor, jezik, pogled, dotik in empatični odnos. Zdravstveni delavci se lahko učinkovite komunikacije naučijo ali svoje prejšnje metode izboljšajo.

Zavedati se moramo, da naj bi vsak zdravstven problem pri starostniku v predbolnišničnem okolju obravnavali stopenjsko:

- Predstavitvev in vzpostavitev odnosa s starostnikom,
- razjasnitev zdravstvenih težav,
- reševanje zdravstvenih težav,
- predaja starostnika v nadaljnjo obravnavo.

Neustrezna komunikacija v le eni od teh stopenj obravnave starostnika lahko povzroči nezadovoljstvo in nezaupanje do zdravstvene ekipe ter posledično zdravstvenega sistema. Ne preseneča nas dejstvo, da čeprav se mnogih tehnik učinkovite komunikacije učimo skozi leta šolanja, se nanje še vedno pogosto pozabi ali se jih prezre.

Predstavitvev in vzpostavitev odnosa

Od pojavu zdravstvenega problema se starostnik in ekipa NMP običajno srečajo prvič. Že sam prihod uniformirane ekipe NMP na mesto dogodka običajno bolnika in svojce ali očividce

pomiri. Učinkovita komunikacija se prične s primerno predstavitvijo. Predstavitev lahko pomeni kratek verbalni pozdrav. Predstavitev mora biti besedna in kratka npr. »Pozdravljeni g. Novak, smo ekipa NMP... in tu smo zato, da vam pomagamo«. Izogibati se moramo klicanju bolnikov po imenih ali z različnimi nazivi. To je tudi priložnost, da se seznanimo z bolnikovimi svojci ali drugimi prisotnimi. Lahko jih pogledamo ali jim prikimamo ter starostnika vprašamo s frazo »Kdo je še tukaj z nami?«. Poskrbimo za čim boljše delovno okolje, vljudno odstranimo tiste, ki se v tej krizni situaciji ne morejo obvladovati ali so tam zgolj iz radovednosti.

Pomemben vpliv na bolnikov vtis o ekipi NMP pomeni njihov zunanji izgled. Člani ekipe morajo biti urejeni. Študije so dokazale, da urejenost zdravstvenega osebja daje vtis natančnosti, za razliko od neurejenosti, ki daje vtis površnosti in neorganiziranosti.

Člani ekipe morajo na oblačilih nositi identifikacijske priponke ali našitke, urejena oblačila in obutev. Nemalokrat srečamo člane ekipe NMP v civilnih oblačilih, coklah, razprtih delovnih oblačilih... Starostniku mora biti jasno, da ga obravnava ekipa NMP in ne ekipa vzdrževalcev ali drugega pomožnega osebja.

Razjasnitev zdravstvenih težav

Nebesedno sporočanje s položajem našega telesa, kretnjami, dotikom, stikom z očmi ter pozorno poslušanje starostnika ali svojcev olajša njegovo stisko. Dotik roke ali rame ni samo izraz vljudnosti. Je izraz prijateljstva, topline in pomaga utrditi zaupanje starostnika. Pridobivanje podatkov o težavah je za starostnika pogosto lahko težak in mučen trenutek. Upoštevati moramo ali starostnik sedi ali leži. K starostniku se približamo in usedemo ali nagnemo. Ta gesta povečuje občutek predanosti zdravstvenega delavca bolnikovemu problemu. Nikoli ne stojim in ga gledamo zviška. Pogleda po nepotrebem ne odvrčamo ob starostnika. Velik izziv predstavlja komunikacija s starostnikom, ki oteženo verbalno komunicira. V takšnem primeru je izredno težko pridobiti anamnezo. Edini način, ki omogoča članom ekipe NMP komunikacijo je, da se prilagodijo starostniku in njegovi nebesedni komunikaciji.

Mnogim zdravstvenim delavcem povzroča težave medicinska terminologija, ki jo je potrebno predstaviti na starostniku razumljiv način. Zelo pomembna sta barva in ton glasu ter stopnja samozavesti, ki jo izražamo pri delu. Ko starostniku postavljamo vprašanja, je zelo pomembno, da so ta kratka, razumljiva in enostavna npr. »Ali imate težave s srcem?« Starostniku še zahvalite za podane podatke, ter potrdite, da bodo zelo koristili nadaljnji obravnavi. Četudi so bili pridobljeni podatki pomanjkljivi, poskušajte dostojno ponovno pridobiti podatke in ob tem nikoli ne izražajte nejevolje ali prezira.

Reševanje zdravstvenih težav

Kot izredno močno komunikacijsko sredstvo je dotik, ki ga mnogi zdravstveni delavci pogosto prezremo. Starostnik bo pričakoval, da bo deležen pregleda in preiskav. Neodvisno od stopnje izobrazbe zdravstvenega delavca in različnih preiskav bolniki ne verjamejo, da je mogoče potrditi neko diagnozo brez kakršnegakoli direktnega kontakta z njim. Ko izvajamo preiskave moramo poskrbeti za zagotovitev zasebnosti in udobja. Med pregledom in izvedbo postopkov ter posegov bodimo nežni. Pripomočki naj bodo po možnosti ogreti, prav tako tudi roke. Starostnika nikoli ne pretipamo hitro in brez občutka. Brezbrižen in grob pregled in preiskave bodo starostniku dajale občutek nestrokovnega ravnanja članov ekipe NMP. Nikoli ne uporabljamo nepotrebnih komentarjev kot so: »To dihanje mi ni všeč! Nimam pojma, kaj bi to bilo. To ni dobro«. Zdravstveni delavec mora ostati ves čas pregleda zbran, sistematičen in skozi komunikacijo obvladati patološka dogajanja v zdravstvenem stanju starostnika. Zapomniti si moramo, da profesionalno opravljen pregled izraža spoštovanje, zasebnost, dostojanstvo in strokovnost.

Čeprav se mogoče zdi, da je starostnik tako prizadet, da ne more slediti dogajanju okoli sebe, je prav da mu povemo, kaj z njim počnemo. Mnogi se zavedajo, da so lahko določene preiskave, posegi in postopki boleči in zastrašujoči. Pred izvedbo le teh, jih je potrebno temeljito informirati. Informiran starostnik bo dosti bolje sodeloval, prenesel bolečino in nelagodje. Razložimo mu pomen monitoringa, aplikacije kisika, vzpostavitve proste venske poti, potrebe po terapevtskem položaju itd. Nikoli ne recite starostniku, da ne bo nič bolelo, da bo imel občutek, kot bi ga »pičil komar«. Tak bolnik bo ob nepričakovani bolečini zavpil, postal bo jezen in nezaupljiv. V primeru uporabe analgetikov ali drugih zdravil s hitrim učinkom je potrebno starostnika poučiti o vzrokih za njihovo aplikacijo in njihovih učinkih.

Starostnik pričakuje, ima pravico in si tudi zasluži, da se mu obrazloži, kakšna je prognoza njegovega zdravstvenega stanja. Včasih pomaga, da se pri obrazložitvi upošteva starostnikov način življenja ali poklic. Prav je, da to izve neposredno od zdravnika, ki ga obravnava in ne posredno preko negovalnega ali drugega osebja. Slabša kot je prognoza bolezni, večja je stiska in izmikanje zdravstvenih delavcev, ki se kaže v naslednjih oblikah nebesedne reakcije: sunkovit zasuk od bolnika, neopazen vdih, umik pogleda, molk in skomig z rameni. Besedno največkrat odgovorimo na neposredno vprašanje z izjavami: »Bomo videli. Vse je možno. Nič se ne ve. Nič ni dokončnega. Lahko je tako, lahko je drugače«. Pogosto nam starostniki postavijo, za večino zdravstvenih delavcev, nerešljivo vprašanje: »Ali bom umrl?«. Ali smo člani ekip NMP dovolj psihološko usposobljeni, da lahko starostnika motiviramo in mu spodbudimo novo upanje v življenje? Odgovor, ki se ga običajno poslužujemo »Saj ne bo nič hudega« v bistvu ne pomeni nič drugega kot znak, da nismo pripravljeni poslušati ali ne znamo odgovoriti. Samo informiran starostnik si lahko oblikuje ustrezna pričakovanja in hitreje ter trdneje vzpostavi porušeno duševno ravnovesje in premaga strah pred neznanim. Pomembno je, da se o bolnikovem zdravstvenem stanju informira tudi svojce, ki s starostnikom živijo ali zanj skrbijo. Starostnika oz. svojce seznanimo o potrebi po hospitalizaciji in nadaljnjih postopkih obravnave v bolnišnici.

Predaja starostnika v nadaljnjo obravnavo

Premestitev v bolnišnico mu predstavimo kot nadaljevanje zdravljenja, z namenom ozdravitve in ne kot to starostnik občuti pri sebi »smrtno obsodbo« ali »zadnjo pot«. Ko starostnik zapusti domače okolje, moramo biti ves čas ob njemu, če je mogoče se med transportom z njim pogovarjamo, pozorni smo na njegovo verbalno in neverbalno komunikacijo. Svojce spodbudimo, da čimprej pridejo za bolnikom v bolnišnico. Ob predaji starostnika v bolnišnici moramo sprejemno zdravstveno osebje opozoriti na morebitne komunikacijske posebnosti ali motnje.

ZAKLJUČEK

Komunikacija med ekipo NMP in starostnikom je večplastna. Izid oskrbe starostnika je v veliki meri odvisen od uspešnega komuniciranja in ne samo od vrhunske tehnične in strokovne usposobljenosti članov ekipe. Tisti, ki pri obravnavi ogroženega starostnika uspejo združiti učinkovito komunikacijo in strokovnost, naredijo manj napak in so pri delu bolj uspešni.

Pravila za komunikacijo s starostniki

- Ob pogovoru s starostnikom se pomaknite bližje in vzpostavite očesni stik,
- ne govorite pretiho ali preglasno,
- prostor obravnave starostnika naj bo čim bolj miren, odstranite morebiten hrup,
- preverite, če morebitni slušni pripomočki pri starostniku delujejo pravilno,
- uporabljajte enostavne in kratke stavke z nekaj besedami, po potrebi jih ponovite,
- govorite počasi,

- dajte starostniku dovolj časa za odgovor,
- bodite potrpežljivi,
- dodatne podatke o starostniku pridobite od oseb, ki ga poznajo ali z njim živijo.

Literatura

1. Arnold E, Boggs K. *Interpersonal relationship: profesional communication skills for nurses*. New York: W. B. Saunders, 1989.
2. Brečko D. *Kako se odrasli spreminjamo? Radovljica: Didakta, 1998.*
3. Brumec M. *Skupine za samopomoč – preseganje stisk in težav starih ljudi v domu*. *Obzor Zdrav N* 1997;31:65-9.
4. Črnečec M, Lahe M. *Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji*. *Obzor Zdrav N* 2001;35:51-5.
5. Filipčič I. *Komunikacija v zdravstveni negi*. *Obzor Zdr N* 1998;32:221-5.
6. Jelenc D. *Osnovna vedenja v komunikaciji*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, 1998:7-10.
7. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. *The effect of phisician empathy on patient satisfaction and compliance*. *Eval Health Prof.* 2004;27:237-251
8. Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinek L. *Komunikacija – komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki*. *Obzor Zdr N* 1996;30:13-9.
9. Mandić T. *Komunikologija: psihologija komunikacije*. Ljubljana: Glottova nova, 1998.
10. Pečjak V. *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: Samozaložba, 1998.
11. Pease A. *Govorica telesa*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1996.
12. Ramovš J. *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 2003.
13. Rhodes KV, Vieth T, He T, et al. *Rescutitating the physician-patient relationship: emergency department communication in academic medical center*. *Ann Emerg Med.* 2004;44:262-267
14. Skoberne M. *Razvijanje terapevtskega odnosa z ostarelim varovancem*. *Zdrav Obzor* 1993; 27: 113-122.
15. Zoppi K, Epstein RM. *Is communication a skill? Communication behaviour and being in relation*. *Fam Med.* 2002;34:319-324.