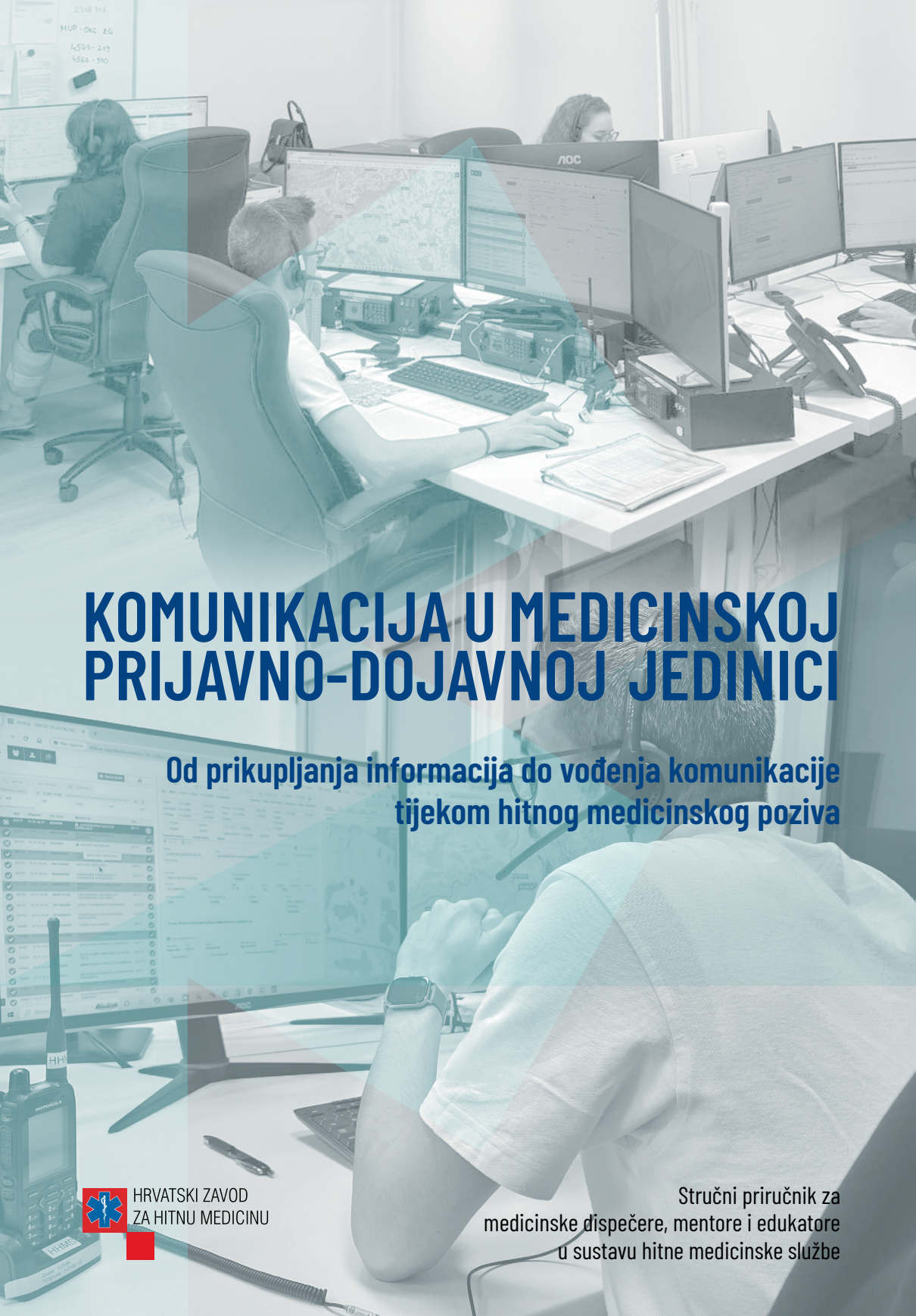




KOMUNIKACIJA U MEDICINSKOJ PRIJAVNO-DOJAVNOJ JEDINICI

Od prikupljanja informacija do vođenja komunikacije
tijekom hitnog medicinskog poziva



HRVATSKI ZAVOD
ZA HITNU MEDICINU

Stručni priručnik za
medicinske dispečere, mentore i edukatore
u sustavu hitne medicinske službe

KOMUNIKACIJA U MEDICINSKOJ PRIJAVNO-DOJAVNOJ JEDINICI

Od prikupljanja informacija do vođenja komunikacije tijekom hitnog medicinskog poziva

Stručni priručnik za medicinske dispečere, mentore i edukatore
u sustavu hitne medicinske službe

Zagreb, 2026.

Izdavač:

HRVATSKI ZAVOD ZA HITNU MEDICINU

Planinska 13, 10 000 Zagreb

Autori:

dr. sc. Stjepan Petričević, mag. med. techn.

Igor Pelaić, mag. med. techn.

Recenzentice:

Prof. dr. sc. Irena Sever Globan

Prim. dr. sc. Ingrid Bošan-Kilibarda, dr. med. spec. hitne medicine

Lektura:

LingLab

Grafička priprema i tisak:

Alfacommerce d.o.o.

ISBN 978-953-46476-0-8

SADRŽAJ

Predgovor	5
Uvod	7
1. Normativni, organizacijski i terminološki okvir MPDJ-a	11
1.1. MPDJ kao ulazna točka hitnog medicinskog sustava	11
1.2. Standardizirani prijem poziva, komunikacijska infrastruktura i dokumentiranje	12
1.3. Terminološka disciplina i granice vođenja komunikacije	13
2. Odnos komunikacije i Hrvatskog indeksa	15
2.1. Hrvatski indeks kao stručni okvir prijema hitnog medicinskog poziva	15
2.2. Od pitanja do kriterijski relevantnog podatka	17
2.3. Granice vođenja komunikacije u odnosu na trijažnu odluku	18
3. Struktura hitnog medicinskog poziva	21
3.1. Struktura kao sigurnosni okvir razgovora	21
3.2. Svijest, disanje i dodatna pitanja prema glavnom problemu	22
3.3. Prilagodba strukture, prijelaz na uputu i završetak poziva	23
4. Jezik MPDJ-a: pitanja, objašnjenja, upute i provjera razumijevanja	27
4.1. Pitanje kao stručni alat	27
4.2. Od objašnjenja do upute	29
4.3. Provjera razumijevanja i zatvaranje komunikacijske petlje	30
5. Glas, slušanje i kontrola razgovora	35
5.1. Glas kao alat u vođenju komunikacije	35
5.2. Aktivno slušanje u MPDJ-u	36
5.3. Kontrola razgovora bez gubitka suradnje	37
6. Vođenje pozivatelja pod emocionalnim i komunikacijskim opterećenjem	41
6.1. Utjecaj emocionalnog stanja pozivatelja na tijek komunikacije	41
6.2. Persuazivno vođenje bez manipulacije	42
6.3. Otežana suradnja i minimalni cilj komunikacije	43
7. Telefonske upute: od protokola do provedive radnje	47
7.1. Telefonska uputa kao radnja na daljinu	47
7.2. Oblikovanje uputa u vremenski i sigurnosno kritičnim situacijama	49
7.3. Provjera, korekcija i granice upute	50
8. VODI model: okvir za vođenje komunikacije tijekom hitnog poziva	53
8.1. Status i svrha VODI modela	53
8.2. Četiri funkcije VODI modela	54
8.3. Primjena VODI modela u edukaciji, simulaciji i auditu	56
9. Visokorizični pozivi i komunikacijske crvene zastavice	59
9.1. Visokorizični poziv: postupanje prema Hrvatskom indeksu i komunikacijska disciplina	59
9.2. Stanja u kojima ključni podatci ne smiju ostati nejasni	60
9.3. Primjena istog obrasca u različitim visokorizičnim situacijama	62
10. Otežana suradnja, sigurnost mjesta događaja i pristupačnost komunikacije	65
10.1. Otežana suradnja kao ograničenje, a ne osobina pozivatelja	65
10.2. Prilagodba komunikacije u posebnim okolnostima: jezik, dob, sluh, govor i pristup	65
10.3. Sigurnost mjesta događaja i granice pristupa pozivatelja	67
11. Komunikacija s timovima HMS-a, drugim službama i bolničkim ustanovama	71
11.1. Predaja poziva timu HMS-a	71
11.2. Komunikacija s drugim službama i bolničkim ustanovama	72
11.3. Ažuriranje i dokumentiranje informacija u komunikacijskom lancu	74
12. Komunikacijske pogreške, edukacija, audit i profesionalna odgovornost	77
12.1. Komunikacijska pogreška kao sigurnosni rizik	77
12.2. Edukacija, simulacija i audit komunikacije	78
12.3. Profesionalna, etička i pravna odgovornost komunikacije	80
Zaključak	85
Popis literature	87

Popis kratica

KRATICA	ZNAČENJE
MPDJ	medicinska prijavno-dojavna jedinica
HMS	hitna medicinska služba
HZHM	Hrvatski zavod za hitnu medicinu
OHBP	objedinjeni hitni bolnički prijam
KPR	kardiopulmonalna reanimacija
AVD	automatski vanjski defibrilator
AT-MIST	strukturirani obrazac za prijenos podataka (engl. <i>Age, Time, Mechanism of injury/ Medical complaint, Injuries/Information, Signs and symptoms, Treatment</i>)
TETRA	TETRA radio-komunikacijski sustav (engl. <i>Terrestrial Trunked Radio</i>)
VODI	Verificiraj – Ograniči – Dirigiraj – Instruiraj

PREDGOVOR

Medicinska prijavno-dojavna jedinica (u daljnjem tekstu: MPDJ) mjesto je na kojem započinje organizirani odgovor izvanbolničke hitne medicinske službe na hitni medicinski poziv. Za pozivatelja se prvi kontakt s hitnom medicinskom službom (HMS) najčešće ostvaruje telefonskim razgovorom, a ne neposrednim susretom sa zdravstvenim djelatnikom. Pozivatelj pritom najčešće nije pripremljen za razgovor, ne govori stručnim jezikom, ne zna koje su informacije važne, često je emocionalno opterećen i može se nalaziti u okolnostima koje se brzo mijenjaju. Upravo zato komunikacija u MPDJ-u ne može biti prepuštena osobnom dojamu, rutini ili dobroj namjeri pojedinog dispečera.

Komunikacija u MPDJ-u sastavni je dio stručnog postupanja tijekom prijema hitnog medicinskog poziva. Njome se utvrđuje lokacija, razjašnjavaju podatci o stanju pacijenta, prikupljaju informacije važne za prepoznavanje životne ugroženosti i postupanje prema Hrvatskom indeksu prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu (u daljnjem tekstu: Hrvatski indeks), daju telefonske upute, usmjeravaju prisutne osobe i prenose informacije timovima HMS-a. Pogrešno postavljeno pitanje, nejasna uputa, nedovoljno razjašnjen podatak ili neprepoznata promjena stanja mogu utjecati na daljnje postupanje i sigurnost pacijenta, pozivatelja ili tima.

Ovaj priručnik nastao je iz potrebe da se komunikacija u MPDJ-u prikaže kao konkretan i strukturiran dio dispečerskog rada. Postojeći stručni i edukacijski materijali uređuju važna područja rada MPDJ-a, osobito postupanje prema Hrvatskom indeksu i organizaciju prijema hitnog medicinskog poziva. Međutim, u stvarnom razgovoru dispečer ne mora znati samo koje pitanje treba postaviti nego i na koji ga način postaviti pozivatelju koji plače, viče, teško razumije pitanje, nije uz pacijenta, opisuje disanje nejasnim riječima ili se nalazi na mjestu događaja na kojem postoji opasnost.

Središnja ideja priručnika jest komunikacija kao intervencija. To ne znači da komunikacija zamjenjuje medicinski postupak, Hrvatski indeks ili intervenciju tima HMS-a. Dobro strukturirana komunikacija može pomoći da se pravodobno dobije važan podatak, jasno prenese potrebna telefonska uputa, održi suradnja pozivatelja, ograniči komunikacijski šum te timu prenese jasna i za daljnje postupanje relevantna informacija. U MPDJ-u riječ nije dodatak poslu. Riječ je sredstvo rada.

U ovom priručniku autori uvode VODI model, koji su razvili kao edukacijsko-praktični okvir za vođenje komunikacije tijekom hitnog medicinskog poziva. VODI označava četiri komunikacijske funkcije: Verificiraj, Ograniči, Dirigiraj i Instruiraj. Model ne predstavlja medicinski algoritam i ne zamjenjuje Hrvatski indeks, važeće stručne smjernice, protokole rada, algoritme postupanja ni edukacijske programe. Njegova je svrha pomoći medicinskim dispečerima, mentorima i edukatorima da lakše prepoznaju i analiziraju što se tijekom poziva komunikacijski događa: koji podatak treba provjeriti, koju komunikacijsku smetnju treba ograničiti, koga ili što treba usmjeriti te koju uputu treba dati i provjeriti.

Priručnik je namijenjen medicinskim dispečerima, voditeljima MPDJ-a, mentorima, edukatorima i drugim zdravstvenim djelatnicima koji sudjeluju u organizaciji, provedbi i unaprjeđenju prijema hitnih medicinskih poziva. Može se koristiti u početnoj i trajnoj edukaciji, mentorskom radu, simulacijama, analizi stvarnih poziva, sustavnoj stručnoj analizi poziva odnosno auditu komunikacije te razvoju lokalnih komunikacijskih standarda.

Ovaj priručnik nije zamišljen kao zamjena za Hrvatski indeks, važeće stručne smjernice, protokole rada, algoritme postupanja, propise ili interne akte ustanove. Primjeri pitanja, formulacija i uputa imaju komunikacijsku i edukacijsku svrhu. Stručni sadržaj postupanja mora ostati usklađen s važećim stručnim okvirom, a komunikacijska vještina ne proširuje kompetencije ni ovlasti medicinskog dispečera.

Ako ovaj priručnik pomogne medicinskom dispečeru da jasnije postavi pitanje, pravodobnije razjasni nejasan opis disanja, učinkovitije vodi komunikaciju s emocionalno opterećenim pozivateljem, jasnije i preciznije prenese informaciju timu ili objektivnije analizira vlastiti poziv, njegova je svrha ispunjena. Komunikacijske vještine u MPDJ-u ne razvijaju se slučajno, tj. uče se, vježbaju, analiziraju, provjeravaju i sustavno unaprjeđuju.

Autori



UVOD

U medicinskoj prijavno-dojavnoj jedinici dispečer mora laički opis zdravstvenog problema brzo razjasniti i oblikovati u stručnu, operativno korisnu te dokumentiranu informaciju. Pozivatelj najčešće ne zove zato što želi razgovarati sa zdravstvenim sustavom, nego zato što se pred njim nalazi problem koji ne zna sam riješiti. Takav problem ne mora uvijek zahtijevati hitni medicinski odgovor, dio poziva odnosi se na zdravstvene tegobe koje zahtijevaju savjet, pregled ili drugi oblik zdravstvene skrbi. Zadaća dispečera zato nije samo prepoznati hitnost nego i postupanjem prema Hrvatskom indeksu utvrditi kada hitni medicinski odgovor nije potreban te pozivatelja usmjeriti prema odgovarajućem dijelu zdravstvenog sustava. Opis koji pozivatelj daje može biti netočan, nepotpun, emocionalno obojen, zakašnjelo prenesen ili posredovan. Dispečer zato mora razgovor voditi tako da iz početno nejasnog, nepotpunog ili posredovanog opisa dobije podatke potrebne za procjenu hitnosti i organizaciju odgovora. U MPDJ-u komunikacija nije slobodan razgovor. Hitni medicinski poziv mora biti strukturiran prema profesionalnim ciljevima: utvrditi gdje je potrebna pomoć, što se dogodilo, tko treba pomoć, je li pacijent pri svijesti, diše li normalno, postoji li neposredna opasnost, jesu li potrebne telefonske upute, koji tim treba aktivirati i koje informacije treba prenijeti timu izvanbolničke hitne medicinske službe radi sigurnog pristupa mjestu događaja. Hrvatski indeks daje stručni okvir za prijem poziva, ali njegova se primjena u stvarnom razgovoru ostvaruje jezikom, glasom, slušanjem, usmjeravanjem i provjerom razumijevanja.

Dispečer ne vidi pacijenta. Ne vidi boju kože, položaj tijela, okolinu, količinu krvi, kvalitetu disanja ni ponašanje prisutnih osoba. Sve što zna u početku proizlazi iz informacija koje prenosi pozivatelj, iz pozadinskih zvukova, dostupnih tehničkih podataka i ranije dokumentacije te odgovora dobivenih dodatnim pitanjima i zbog toga se komunikacijska pogreška u MPDJ-u ne može promatrati samo kao stilski problem. Ako nakon pozivateljeva odgovora „diše“ nije razjašnjeno diše li pacijent normalno, ako lokacija ostane neprecizna, ako se ne utvrdi je li pozivatelj uz pacijenta ili ako se timu ne prenese podatak o opasnosti na mjestu događaja, takvi komunikacijski propusti mogu utjecati na sigurnost daljnjeg postupanja.

U priručniku se komunikacija promatra kroz nekoliko povezanih razina. Prva razina odnosi se na normativni i organizacijski okvir MPDJ-a. Dispečer radi unutar organizacijskog i stručnog okvira izvanbolničke hitne medicine, koristi propisane komunikacijske kanale, primjenjuje Hrvatski indeks, dokumentira poziv i prenosi podatke timovima HMS-a i drugim službama. Druga razina odnosi se na strukturu samog poziva: početak razgovora, lokaciju, glavni problem, provjeru svijesti i disanja, dodatna pitanja, telefonske upute, praćenje promjene stanja i prijenos relevantnih informacija. Treća razina odnosi se na komunikacijsku izvedbu: izbor riječi, glas, aktivno slušanje, kontrolu razgovora, vođenje komunikacije s emocionalno opterećenim pozivateljem i provjeru razumijevanja. Četvrta razina odnosi se na edukaciju, sustavnu stručnu analizu poziva radi procjene komunikacijske izvedbe i mogućnosti unaprjeđenja rada (u daljnjem tekstu: audit), profesionalnu odgovornost i trajno unaprjeđenje komunikacije.

Posebna pozornost posvećena je razlikovanju komunikacijske tehnike od medicinske odluke. Dispečer može prilagoditi način na koji postavlja pitanje, ali ne smije promijeniti stručni smisao pitanja. Može pozivatelju reći: „Glasno ga pozovite. Odgovara li vam?“ jer time pitanje o svijesti usmjerava na reakciju koju pozivatelj može neposredno provjeriti. Može pitati: „Diše li normalno, pravilno kao inače?“ jer time razjašnjava diše li pacijent normalno. Međutim, komunikacijska prilagodba ne smije stvoriti novi kriterij, novi algoritam ili uputu izvan važećeg stručnog okvira.

Priručnik polazi od praktične činjenice da pozivatelji često govore jezikom svakodnevnog iskustva. Izrazi „spava“, „ne javlja se“, „čudno diše“, „guši se“, „ima napadaj“, „pao je“, „nije svoj“, „ima moždani“ ili „srce ga je“ ne smiju se automatski prihvatiti kao stručni zaključci. Oni su početne informacije koje treba razjasniti. Dispečer mora laički opis razjasniti do konkretnih i provjerljivih podataka: reagira li pacijent, otvara li oči, govori li smisleno, diše li normalno, može li govoriti cijelu rečenicu, krvari li jako, postoji li opasnost na mjestu događaja i mijenja li se stanje tijekom razgovora.

Visokorizični pozivi obrađeni su posebno zato što u njima komunikacijske crvene zastavice (upozoravajući izrazi, zvukovi ili promjene tijekom poziva koji zahtijevaju dodatno razjašnjavanje) mogu biti prikrivene nejasnim ili umirujućim opisima. Za osobu koja „hrče“ može se zahtijevati dodatno razjašnjenje disanja. Osoba koja „spava“ možda ne reagira. Pozivatelj koji kaže da pacijent „diše“ možda opisuje povremene udahe. Poziv iz javnog prostora može uključivati istodobni govor više osoba, proturječne informacije i nepreciznu lokaciju. Opasnost na mjestu događaja može promijeniti redoslijed komunikacijskih prioriteta jer se uz prikupljanje potrebnih podataka mora voditi računa o sigurnosti pozivatelja, pacijenta i tima. U svim tim situacijama dispečer mora zadržati strukturu, ali istodobno prilagoditi komunikacijski pristup.

Telefonske upute u priručniku prikazane su kao vođenje postupka na daljinu. Dispečer ne daje samo informaciju nego vodi pozivatelja kroz postupak koji pozivatelj možda nikada nije izveo. Zato telefonska uputa mora biti kratka, jasna, provediva, provjerljiva i u skladu s važećim protokolom. Jedna uputa treba sadržavati jednu radnju. Nakon ključne upute treba provjeriti izvršenje. Ako pozivatelj ne razumije ili ne može provesti uputu, dispečer mora razjasniti prepreku, prilagoditi način davanja upute, uključiti drugu osobu ili ne usmjeravati pozivatelja prema radnji koja bi ga izložila dodatnoj opasnosti.

VODI model uveden je kao praktičan alat za razumijevanje tih procesa. Funkcija Verificiraj podsjeća da se ključni podatci ne smiju pretpostaviti. Funkcija Ograniči usmjerava dispečera na ograničavanje komunikacijskog šuma, poput digresija, istodobnog govora više osoba i drugih smetnji koje otežavaju dobivanje potrebnog podatka. Funkcija Dirigiraj odnosi se na organiziranje i usmjeravanje prisutnih osoba, pristupa mjestu događaja i drugih potrebnih radnji. Funkcija Instruiraj odnosi se na davanje telefonske upute te provjeru njezina razumijevanja i provedbe. Model je posebno koristan u edukaciji, simulaciji i auditu jer vođenje komunikacije raščlanjuje na konkretne elemente koje je moguće uvježbavati i analizirati.

Završna poglavlja priručnika usmjerena su na primjenu komunikacijskih načela u visokorizičnim pozivima, otežanoj suradnji, komunikaciji s timovima HMS-a i drugim službama te u edukaciji, auditu i profesionalnoj odgovornosti. Takva struktura omogućuje da se komunikacija ne promatra samo kao vještina razgovora nego kao dio stručnog, dokumentiranog i provjerljivog rada MPDJ-a.

Priručnik je pisan kao stručni, edukacijski i praktični tekst. Teorijski i znanstveni izvori koriste se ondje gdje podupiru temeljne tvrdnje: važnost ranog prepoznavanja srčanog zastoja, problem abnormalnog disanja, vrijednost kratkih i jasnih uputa, značenje strukturiranog prijenosa informacija, potrebu za simulacijom, auditom i sustavnim učenjem. Domaći pravni propisi, Hrvatski indeks i materijali Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu koriste se kao primarni izvori za opis organizacijskog i stručnog okvira MPDJ-a u Hrvatskoj.

Cilj priručnika nije stvoriti dodatni administrativni teret za dispečere. Cilj je dati jezik, strukturu i alate za ono što dispečeri svakodnevno već rade u zahtjevnim uvjetima. Dobar dispečerski razgovor ne nastaje samo iz smirenosti ili iskustva. Nastaje iz jasne strukture, stručnog znanja, jezične preciznosti, sposobnosti slušanja, kontrole razgovora, etičke odgovornosti i stalnog učenja iz vlastite prakse.

1

NORMATIVNI, ORGANIZACIJSKI I TERMINOLOŠKI OKVIR MPDJ-A

Rad medicinske prijavno-dojavne jedinice ne može se razumjeti samo kao komunikacijska djelatnost. MPDJ djeluje unutar propisanog zdravstvenog, organizacijskog i dokumentacijskog okvira, a svaki razgovor s pozivateljem povezan je profesionalnom odgovornošću medicinskog dispečera i MPDJ-a (1,2). Razumijevanje MPDJ-a kao stručne jedinice, a ne kao opće telefonske službe, preduvjet je za pravilno tumačenje komunikacijskih postupaka. Uloga Hrvatskog indeksa, komunikacijska infrastruktura, dokumentiranje i terminološke granice između prijema poziva, savjeta, telefonske upute, predaje poziva timu HMS-a i koordinacije određuju prostor u kojem se komunikacija smije i mora odvijati. Komunikacijske tehnike imaju stručnu vrijednost samo ako su usklađene sa službenim postupcima, dokumentacijom i ovlastima dispečera.

1.1. MPDJ kao ulazna točka hitnog medicinskog sustava

MPDJ je dispečerska služba izvanbolničke hitne medicine u kojoj se provodi standardizirani prijem hitnog medicinskog poziva. Poziv na broj 194 ne započinje neformalnim razgovorom, nego prijemom hitnog medicinskog poziva u okviru izvanbolničke hitne medicinske službe, koji ima propisanu organizaciju, radne postupke, komunikacijsku infrastrukturu, dokumentaciju i stručne kriterije postupanja (1,3).

Dispečer u MPDJ-u nema neposredan uvid u pacijenta. Klinička procjena tima HMS-a još nije započela na mjestu događaja, a MPDJ u tom trenutku raspolaže informacijama koje prenosi pozivatelj pozadinskim zvukovima i dostupnim podacima u informacijskom sustavu. Komunikacija zato nije uvodni ili pomoćni dio rada, nego osnovni način na koji MPDJ u prvoj fazi događaja prikuplja podatke, procjenjuje hitnost prema propisanom okviru, upućuje timove, daje upute i prenosi informacije.

Hrvatski pravni i stručni okvir smješta MPDJ unutar izvanbolničke hitne medicine, a ne izvan nje. MPDJ nije administrativna telefonska služba, pozivni centar (engl. *call center*) u općem smislu ni tehnička točka za prosljeđivanje poziva. MPDJ je organizacijska i stručna jedinica u kojoj se prijem poziva, standardizirano određivanje hitnosti, upućivanje timova, koordinacija rada i dokumentiranje događaja provode u okviru izvanbolničke hitne medicine (1,3,4).

Komunikacija u MPDJ-u mora se razumjeti u tom okviru. Dispečer razgovorom ne „razgovara o problemu“, nego oblikuje podatke koji su potrebni za pravilnu primjenu Hrvatskog indeksa, aktivaciju odgovarajućih resursa i prijenos bitnih informacija timu HMS-a. Pozivatelj često opisuje događaj laičkim, emocionalnim ili nepotpunim jezikom. Dispečer mora taj opis pretvoriti u stručnu informaciju bez proizvoljnog tumačenja i bez preskakivanja propisanog postupka.

Hrvatski indeks predstavlja smjernice za rad medicinskim dispečerima pri standardiziranom prijemu hitnog medicinskog poziva, usmjerava dispečera prema strukturiranom prikupljanju podataka, odabiru odgovarajućeg kriterija, davanju savjeta i uputa te odabiru odgovora MPDJ-a (3,4). Komunikacijska vještina dispečera ne zamjenjuje Hrvatski indeks, nego omogućuje da pitanja iz Hrvatskog indeksa budu postavljena jasno, da pozivatelj razumije što se od njega traži i da dispečer dobije podatke koji su potrebni za stručnu odluku.

Medicinski dispečer u istom pozivu obavlja više radnji: sluša, postavlja pitanja, razjašnjava nejasne izraze, prati emocionalno stanje pozivatelja, unosi podatke, procjenjuje hitnost unutar propisanog okvira, aktivira ili koordinira resurse, daje telefonske upute kada su indicirane i prenosi informacije timu HMS-a. Rad MPDJ-a zato se ne može opisati samo kao „javljanje na telefon“. Precizniji opis bio bi: strukturirani prijem hitnog medicinskog poziva, vođenje komunikacije s pozivateljem te koordinacija početnog odgovora izvanbolničke hitne medicinske službe.

Organizacijska uloga MPDJ-a posebno dolazi do izražaja u situacijama u kojima se stanje pacijenta mijenja tijekom poziva, kada pozivatelj nije uz pacijenta, kada postoji više sugovornika, kada postoji opasnost na mjestu događaja ili kada je potrebno uključiti druge žurne službe. Dispečer tada mora zadržati komunikacijsku kontrolu, ali ne smije prijeći granice svojih stručnih kompetencija, ovlasti i važećih postupaka. Komunikacijska kontrola znači jasno vođenje razgovora, a ne samostalno stvaranje medicinskog algoritma izvan okvira Hrvatskog indeksa.

1.2. Standardizirani prijem poziva, komunikacijska infrastruktura i dokumentiranje

Prijem hitnog medicinskog poziva u MPDJ-u odvija se unutar propisanog komunikacijskog i dokumentacijskog sustava. Važeći hrvatski okvir vezuje rad MPDJ-a uz broj 194, Hrvatski indeks, komunikaciju putem TETRA radio-komunikacijskog sustava, snimanje razgovora, obrasce prijema poziva, predaju poziva timu HMS-a i praćenje kretanja timova na terenu (1,5,6). Normativni okvir pokazuje da komunikacija u MPDJ-u nije prepuštena osobnom stilu pojedinog djelatnika, nego se odvija kao dio standardiziranog rada sustava.

Snimanje razgovora ima stručnu, sigurnosnu, edukacijsku i dokumentacijsku vrijednost. Snimka nije samo pravni trag nakon spornog događaja. Snimka omogućuje analizu tijeka poziva, provjeru razumljivosti pitanja, procjenu pravodobnosti uputa, analizu komunikacijskih zastoja i učenje iz stvarnih situacija (6--8). Dispečer zato mora govoriti tako da izgovorena riječ bude razumljiva pozivatelju, timu i naknadnoj stručnoj analizi. Nejasna, dvosmislena ili nepotpuna formulacija ostaje dio zapisa jednako kao i dobro postavljeno pitanje.

Dokumentiranje tijekom ili neposredno nakon poziva čini komunikaciju provjerljivom. Podatak koji je izgovoren, ali nije zabilježen na odgovarajućem mjestu, može biti izgubljen za daljnji tijek intervencije. Podatak koji je zabilježen neprecizno može stvoriti pogrešnu sliku o stanju pacijenta, lokaciji, sigurnosti mjesta događaja ili potrebi za dodatnim resursima. Dokumentiranje nije odvojeno od komunikacije; dokumentiranje je nastavak komunikacijskog postupka u operativni zapis.

MPDJ mora razlikovati podatke koji su potrebni za prijem poziva od podataka koji su potrebni za predaju poziva timu HMS-a. Prijem poziva usmjeren je na utvrđivanje lokacije, osnovnog problema, stanja pacijenta, hitnosti i potrebe za uputama. Predaja poziva timu HMS-a usmjerena je na ono što tim mora znati da bi se pripremio za dolazak na mjesto događaja: kamo se upućuje, što se dogodilo, kakvo je trenutačno stanje pacijenta, postoje li sigurnosni rizici, postoje li posebnosti pristupa i je li tijekom poziva došlo do promjene stanja.

Komunikacijska infrastruktura MPDJ-a uključuje više od telefonske linije. Telefonski sustav, komunikacija putem TETRA radio-komunikacijskog sustava, informacijski sustav, snimanje, praćenje timova, rezervna tehnička rješenja i obrasci čine radni okvir unutar kojega dispečer komunicira. Tehnička stabilnost sustava ima izravnu vezu s kvalitetom komunikacije. Prekid veze, loš zvuk, nejasan kanal, kašnjenje u unosu podataka ili nedostupnost informacija mogu promijeniti tijek poziva i otežati sigurnu reakciju sustava (3,5).

Hrvatski indeks daje stručnu logiku prijema poziva, ali Indeks ne uklanja potrebu za komunikacijskim vještinama. Dispečer mora znati postaviti pitanje tako da pozivatelj razumije što se traži. Pozivatelj često ne razlikuje stručni pojam od svakodnevnog opisa. Pitanje o svijesti, disanju, ozljedi, boli, krvarenju ili sigurnosti mjesta događaja mora biti postavljeno dovoljno jasno da odgovor bude upotrebljiv za daljnji postupak. Nejasan odgovor traži dodatno pitanje, a ne brzu pretpostavku.

Standardizacija rada ne znači mehaničko čitanje pitanja bez slušanja pozivatelja. Standardizacija znači da dispečer zna koje podatke mora prikupiti, kojim redoslijedom i s kojom svrhom, postupajući prema Hrvatskom indeksu. Komunikacijska prilagodba znači da dispečer isti stručni cilj zna postići različitim formulacijama, ovisno o razumijevanju, emocionalnom stanju i okolnostima pozivatelja. Granica prilagodbe nalazi se ondje gdje bi promjena formulacije mogla promijeniti stručni smisao pitanja ili upute.

1.3. Terminološka disciplina i granice vođenja komunikacije

Terminologija u komunikaciji i edukaciji MPDJ-a mora slijediti službeni jezik hrvatskog sustava hitne medicine. Neujednačeni pojmovi mogu stvoriti dojam da su komunikacijske kategorije isto što i službeni radni postupci. Pojmovi kao što su prijem poziva, predaja poziva timu HMS-a, davanje medicinskog savjeta, davanje telefonskih uputa za provođenje osnovnih mjera održavanja života, davanje telefonskih uputa za pružanje prve pomoći, upravljanje timovima na terenu i koordinacija u velikim nesrećama imaju različito značenje i ne bi ih trebalo koristiti kao zamjenjive izraze (3,4,9).

Prijem poziva označava postupak kojim MPDJ zaprima, strukturira i obrađuje hitni medicinski poziv prema Hrvatskom indeksu. Predaja poziva timu HMS-a označava prijenos relevantnih podataka timu koji se upućuje ili je upućen na intervenciju. Medicinski savjet nije isto što i telefonska uputa za osnovne mjere održavanja života ili uputa za pružanje prve pomoći. Upravljanje timovima na terenu nije isto što i razgovor s pozivateljem. Koordinacija u velikim nesrećama nije samo povećani broj pojedinačnih poziva nego poseban oblik operativne komunikacije i upravljanja informacijama u situacijama u kojima potrebe za zbrinjavanjem nadilaze raspoložive mogućnosti sustava.

Izraz „trijažni razgovor“ može se koristiti kao opisna stručna oznaka za razgovor u kojem se prikupljaju podatci važni za određivanje hitnosti. Službeni okvir ipak treba ostati vezan uz prijem poziva prema Hrvatskom indeksu, kriterije, prioritete i odgovor MPDJ-a. Dispečer ne vodi slobodnu telefonsku trijažu prema osobnom dojamu, nego primjenjuje standardizirani okvir. Komunikacijski dojam može upozoriti na rizik, ali kriterij se određuje prema Hrvatskom indeksu (2,4,10).

Izraz „persuazivno vođenje pozivatelja“, odnosno etički prihvatljivo uvjeravanje i usmjeravanje pozivatelja prema suradnji ili potrebnoj radnji, treba koristiti kao opisnu komunikacijsku kategoriju. Persuazivno vođenje ne označava novi službeni postupak, ne zamjenjuje Hrvatski indeks i ne daje dispečeru ovlast da mijenja stručni sadržaj postupanja. Persuazivno vođenje označava način na koji dispečer, u okviru dopuštenog i potrebnog postupanja, potiče pozivatelja na suradnju i izvršenje radnje koja je važna za sigurnost pacijenta. Primjer takvog vođenja može biti odlučna formulacija upute, kratko objašnjenje razloga pitanja ili ponavljanje zahtjeva kada pozivatelj zbog straha, panike ili otpora ne izvršava potrebnu radnju.

Komunikacijska tehnika i medicinska odluka moraju ostati jasno razdvojene. Komunikacijska tehnika odgovara na pitanje kako pitati, kako razjasniti, kako smiriti, kako usmjeriti, kako provjeriti razumijevanje i kako prenijeti informaciju. Medicinska ili trijažna odluka odgovara na pitanje koji kriterij, prioritet, odgovor ili uputa proizlaze iz Hrvatskog indeksa i važećih stručnih pravila. Dispečer može voditi komunikaciju s pozivateljem, ali ne smije komunikacijskom tehnikom nadomjestiti postupanje prema Hrvatskom indeksu (4,10,11).

Primjer razlike vidi se kod opisa disanja. Pozivatelj može reći da pacijent „diše“. Komunikacijska zadaća dispečera jest razjasniti što pozivatelj pod time misli jer svakodnevni opis disanja ne mora odgovarati stručno relevantnom podatku o normalnom disanju. Trijažna zadaća dispečera jest primijeniti odgovarajući dio Hrvatskog indeksa na temelju razjašnjenog odgovora. Komunikacija stvara uvjete za stručnu odluku, ali odluka ne proizlazi iz dojma da je pozivatelj zvučao uvjerljivo.

Terminološka disciplina štiti dispečera, pacijenta i sustav. Jasni pojmovi smanjuju rizik da se u edukaciji, dokumentaciji ili analizi poziva pomiješaju savjet, uputa, procjena, kriterij, predaja i koordinacija. Komunikacijske pojmove treba koristiti ondje gdje se objašnjava način vođenja razgovora, a službene pojmove ondje gdje se opisuje radni postupak MPDJ-a. Profesionalna komunikacija u MPDJ-u počinje jasnim riječima, ali ne završava na njima; svaka riječ mora biti povezana s odgovornošću, dokumentiranim postupkom i sigurnošću pacijenta.

2

ODNOS KOMUNIKACIJE I HRVATSKOG INDEKSA

Komunikacija u MPDJ-u nema svrhu stvarati usporedni sustav procjene, nego omogućiti pravilnu primjenu Hrvatskog indeksa u stvarnim okolnostima hitnog poziva. Pozivatelj najčešće ne govori jezikom kriterija, protokola i stručnih kategorija, već opisuje ono što vidi, čuje, osjeća ili pretpostavlja. Dispečer zato mora prevesti laički, emocionalan ili nejasan opis u podatak koji ima značenje unutar Hrvatskog indeksa i koji je dovoljno provjeren za daljnje postupanje. Takav prijevod nije medicinska improvizacija, nego komunikacijski rad unutar propisanog okvira. Komunikacijska tehnika pomaže dobivanju kriterijskih relevantnih podataka, ali ne smije mijenjati stručno postupanje prema Hrvatskom indeksu niti zamijeniti trijažnu odluku. Granica između vođenja komunikacije i postupanja prema Hrvatskom indeksu mora ostati jasna tijekom cijelog poziva (2,4,11). Osnovni odnos između pozivateljeva opisa, komunikacijskog razjašnjenja i odgovora MPDJ-a unutar stručnog okvira Hrvatskog indeksa prikazan je na Slici 1.



Slika 1. Od laičkog opisa do odgovora MPDJ-a

2.1. Hrvatski indeks kao stručni okvir prijema hitnog medicinskog poziva

Hrvatski indeks predstavlja smjernice za rad medicinskim dispečerima pri standardiziranom prijemu hitnog medicinskog poziva. Medicinski dispečer ne započinje razgovor kao slobodnu procjenu problema, nego kao strukturirani postupak u kojem mora prikupiti podatke potrebne za odabir odgovarajućeg kriterija, procjenu hitnosti, davanje savjeta ili uputa i odabir odgovora MPDJ-a (4).

U praksi se odnos komunikacije i Hrvatskog indeksa vidi već u početnim pitanjima. Dispečer mora razgovor voditi tako da dobije podatak koji ima značenje unutar Hrvatskog indeksa, ali

pritom ne smije pozivatelju sugerirati odgovor, stvarati novi kriterij niti stručnu odluku temeljiti na dojmu umjesto na provjerenom podatku.

Hrvatski indeks već u početnom dijelu poziva usmjerava dispečera prema podacima koji imaju neposrednu sigurnosnu i trijažnu vrijednost: gdje je potrebna pomoć, što se dogodilo, je li pacijent pri svijesti, diše li normalno, postoji li neposredna ugroza i treba li započeti crveni odgovor. Redoslijed tih pitanja nije samo pitanje organizacije razgovora nego ima stručnu i sigurnosnu svrhu. Rano utvrđivanje lokacije omogućuje pokretanje odgovora i u slučaju prekida veze. Rano razjašnjavanje svijesti i disanja omogućuje prepoznavanje stanja koja ne trpe odgodu, osobito stanja u kojima je potrebno započeti telefonski vođene mjere održavanja života (4,12,13).

Komunikacijska tehnika dolazi do izražaja upravo ondje gdje Hrvatski indeks traži jasan podatak, a pozivatelj daje nejasan odgovor. Pozivatelj može reći da je osoba „pala“, „srušila se“, „nešto joj je“, „spava“, „krklja“, „diše nekako čudno“ ili „nije pri sebi“. Takvi izrazi ne smiju se automatski pretvoriti u kriterij. Dispečer mora dodatnim pitanjem razjasniti značenje izraza i tek tada nastaviti s postupanjem prema Hrvatskom indeksu. Komunikacija u tom trenutku ne zamjenjuje Hrvatski indeks, nego sprječava njegovu pogrešnu primjenu na temelju nedovoljno razjašnjenog podatka.

Trijažna odluka mora ostati vezana uz Hrvatski indeks i važeći stručni okvir. Komunikacijski dojam, iskustvo dispečera i ton pozivatelja mogu upozoriti na rizik, ali ne mogu biti samostalna zamjena za kriterijski podatak. Dispečer može prepoznati da poziv „zvuči ozbiljno“, ali ozbiljnost mora provjeriti kroz pitanja koja vode prema relevantnom kriteriju. Sigurnost pacijenta ovisi o sposobnosti dispečera da istodobno sluša pozivatelja i zadrži strukturu Hrvatskog indeksa.

Medicinski dispečer zato mora razlikovati tri razine rada u istom razgovoru. Prva razina je komunikacijska: kako postaviti pitanje, kako zaustaviti digresiju, kako razjasniti nejasan odgovor i kako provjeriti razumijevanje. Druga razina je kriterijska: koji odgovor pozivatelja ima značenje unutar Hrvatskog indeksa. Treća razina je operativna: koji odgovor MPDJ-a, uputa, upućivanje tima na intervenciju ili predaja poziva timu HMS-a proizlaze iz odabranog kriterija i okolnosti događaja. Miješanje tih razina može stvoriti stručnu nejasnoću, dokumentacijski problem i odgovornost u naknadnoj analizi postupanja. Međusobni odnos tih triju razina u istom hitnom medicinskom pozivu prikazan je na Slici 2.



Slika 2. Komunikacijska, kriterijska i operativna razina u istom hitnom medicinskom pozivu

Primjeri komunikacijskih formulacija ne smiju biti shvaćeni kao zamjena za tekst Indeksa. Primjer pokazuje kako se pitanje ili uputa mogu komunikacijski oblikovati. Hrvatski indeks određuje stručni okvir postupanja. Kada se ponudi jasnija komunikacijska formulacija, cilj nije promijeniti sadržaj Hrvatskog indeksa, nego povećati vjerojatnost da pozivatelj razumije pitanje ili izvrši potrebnu radnju.

2.2. Od pitanja do kriterijski relevantnog podatka

Pitanje u MPDJ-u nije obično traženje informacije. Pitanje je usmjeren stručni alat kojim dispečer pokušava dobiti podatak potreban za daljnje postupanje prema Hrvatskom indeksu. Dobro pitanje mora biti kratko, razumljivo i dovoljno precizno da pozivatelj može odgovoriti bez dodatnog tumačenja. Predugo, višeznačno ili stručno opterećeno pitanje povećava rizik od pogrešnog odgovora.

Pitanje „Što se dogodilo?“ otvara razgovor i omogućuje početno usmjeravanje prema glavnom problemu. Pitanje o glavnom problemu ne smije zamijeniti provjeru svijesti i disanja kada okolnosti upućuju na moguću životnu ugroženost. Pozivatelj može započeti pričom o padu, bolovima, moždanom udaru, napadaju ili iznenadnom pogoršanju, ali dispečer mora dovoljno rano utvrditi reagira li pacijent i diše li normalno. Literatura o izvanbolničkom srčanom zastoju dosljedno upozorava da početni opis događaja može odgoditi prepoznavanje srčanog zastoja ako dispečer ostane vezan uz prvu laičku oznaku problema (13,14).

Cilj pitanja u MPDJ-u nije samo dobiti opis tegobe, nego subjektivan ili posredovan opis razjasniti do konkretnog podatka koji se može izmjeriti ili na drugi način provjeriti. Umjesto općih izraza poput „jako krvari“, „jako ga boli“, „teško diše“, „popio je tablete“ ili „ima temperaturu“, dispečer treba, kada je to važno za daljnje postupanje, tražiti konkretniji podatak: koliko je tableta uzeto i kada, kolika je izmjerena temperatura, natapa li krv odjeću ili zavoj, koliko je uložaka natopljeno kod ginekološkog krvarenja, krvari li u mlazu, može li pacijent govoriti cijelu rečenicu ili govori samo po nekoliko riječi. Takva pitanja ne služe opširnom ispitivanju, nego smanjenju nejasnoće i dobivanju podatka koji je relevantan za postupanje prema Hrvatskom indeksu, sigurnost pacijenta i prijenos informacije timu HMS-a. Jednostavne procjenske skale, primjerice procjena jačine boli od 0 do 10, mogu pomoći kada ih pozivatelj ili pacijent razumije i kada je takav podatak relevantan za daljnje postupanje, ali ne smiju zamijeniti opis stanja, prioritetne provjere i daljnje postupanje prema Hrvatskom indeksu.

Pitanje o svijesti mora biti postavljeno tako da pozivatelj zna što treba provjeriti. Izraz „Je li pri svijesti?“ nekim je pozivateljima razumljiv, ali dio pozivatelja može ga tumačiti neprecizno. Potrebno je pitanje usmjeriti na reakciju koju pozivatelj može neposredno provjeriti: reagira li osoba kada ju se glasno pozove, otvara li oči, odgovara li ili se pomiče na podražaj. Takav način pitanja ne uvodi novu medicinsku odluku, nego pomaže da podatak o svijesti bude jasniji i upotrebljiviji (4,15).

Pitanje o disanju jedno je od najosjetljivijih mjesta u hitnom medicinskom pozivu. Pozivatelj može reći da pacijent diše, iako se zapravo radi o povremenim, hroptavim, nepravilnim ili agonalnim udasima. Dispečer zato ne smije stati na podatku „diše“ ako postoji sumnja da disanje nije normalno. Provjera diše li pacijent normalno mora biti kratka i usmjerena: diše li pravilno, kao inače, podiže li se prsni koš, čuje li se hroptanje, uzima li zrak samo povremeno. Takva pitanja služe provjeri značenja laičkog odgovora, a odluka o daljnjem postupanju ostaje vezana uz Hrvatski indeks i važeće smjernice (12,13,16–18).

Dodatna pitanja u Hrvatskom indeksu imaju svrhu usmjeriti dispečera prema odgovarajućem kriteriju ili sigurnosno važnom podatku. Komunikacijska pogreška nastaje kada se dodatno pitanje postavi kao formalnost, bez stvarnog slušanja odgovora. Pozivateljev odgovor može otvoriti novi rizik: promjenu svijesti, pogoršanje disanja, krvarenje, opasnost na mjestu događaja, potrebu za drugim službama ili nemogućnost izvršenja upute. Dispečer mora odgovor povezati s Hrvatskim indeksom, a ne samo nastaviti prema unaprijed zamišljenom tijeku razgovora.

Razlika između podatka i interpretacije mora biti stalno prisutna. Podatak je ono što pozivatelj izravno navodi ili što se može dodatnim pitanjem provjeriti. Interpretacija je značenje koje dispečer

pridaje tom podatku unutar stručnog okvira. Pozivatelj kaže: „On samo hrče.“ Dispečer ne smije automatski zaključiti da pacijent spava niti da je riječ o normalnom disanju. Dispečer mora razjasniti reagira li pacijent i diše li normalno. Podatak postaje kriterijski relevantan tek nakon potrebnog razjašnjavanja i provjere.

Komunikacijska tehnika korisna je samo ako čuva stručni smisao pitanja. Dispečer smije pojednostaviti pitanje, podijeliti ga na kraće dijelove ili ga preformulirati običnim jezikom. Dispečer ne smije promijeniti smisao pitanja tako da odgovor više ne odgovara onome što Hrvatski indeks traži. Primjerice, pitanje o normalnom disanju ne treba zamijeniti pitanjem „Čuje li se nešto?“ jer zvuk sam po sebi ne potvrđuje da pacijent diše normalno. Preciznije pitanje mora ostati usmjereno na to diše li pacijent normalno i na ono što pozivatelj o disanju može neposredno provjeriti.

Provjera razumijevanja zatvara komunikacijsku petlju između pitanja, odgovora i postupka. Pozivatelj može potvrditi da je razumio, a ipak izvesti pogrešnu radnju ili gledati pogrešnu osobu, govoriti o ranijem stanju, a ne sadašnjem ili odgovarati prema pretpostavci. Dispečer zato u ključnim trenucima mora provjeriti što pozivatelj stvarno vidi ili radi. Provjera razumijevanja nije dodatno opterećenje poziva, nego smanjuje rizik da se odluka donese na temelju pogrešno shvaćenog odgovora (11,19,20).

2.3. Granice vođenja komunikacije u odnosu na trijažnu odluku

Vođenje komunikacije s pozivateljem potrebno je kada pomaže prikupljanju podataka, smanjenju komunikacijskog šuma, izvršenju upute ili jasnom prijenosu informacije. Dispečer može prekinuti predug opis, zatražiti da govori jedna osoba, usmjeriti pozivatelja prema pacijentu, tražiti provjeru disanja, usmjeriti prisutne osobe prema potrebnim radnjama i dati jasnu uputu kada je uputa predviđena stručnim okvirom. Takvo vođenje komunikacije pripada profesionalnoj ulozi dispečera (20–22).

Trijažna odluka ne smije biti prikazana kao rezultat komunikacijske tehnike. Tehnika može povećati kvalitetu podatka, ali ne smije stvoriti dojam da dispečer ima slobodu odlučivati izvan okvira Hrvatskog indeksa. Primjerice, odlučan ton glasa može pomoći da pozivatelj provjeri disanje. Odlučan ton ne određuje kriterij. Kriterij se odabire na temelju odgovora dobivenih tijekom postupanja prema Hrvatskom indeksu.

Persuazivno vođenje mora ostati unutar etičke i stručne granice. Dispečer može koristiti jezik neposredne radnje kada je radnja potrebna i utemeljena u važećem stručnom okviru. Kada je otpor prisutan, dispečer ga može pokušati smanjiti kratkim objašnjenjem i jasnim zahtjevom. Dispečer ne smije manipulirati pozivateljem, davati lažno umirujuće tvrdnje, prikrivati važnu informaciju ili obećavati ishod koji ne može znati. Hitnost situacije opravdava jasnoću i odlučnost, ali ne opravdava neistinitost (23–25).

Telefonska uputa posebno zahtijeva preciznu granicu. Uputa je komunikacijski oblikovana radnja na daljinu. Sadržaj upute mora biti utemeljen na Hrvatskom indeksu, važećim protokolima i stručnim smjernicama. Dispečer može uputu izgovoriti kraće, jasnije i razumljivije. Dispečer ne smije mijenjati stručni sadržaj upute niti uvoditi radnje koje nisu predviđene važećim okvirom.

Sigurnost mjesta događaja, također, pokazuje razliku između vođenja komunikacije i medicinske odluke. Dispečer može pozivatelja usmjeriti da ne prilazi ako postoji opasnost, da se udalji na sigurno mjesto, da omogućiti pristup timu ili da odgovori samo na najnužnija pitanja ako nije sigurno govoriti. Dispečer pritom ne rješava opasnost komunikacijom, nego sprječava dodatno ugrožavanje i prikuplja podatke potrebne za uključivanje odgovarajućih službi.

Pozivatelj koji odbija uputu ne smije biti tretiran samo kao „težak pozivatelj“. Odbijanje može proizlaziti iz straha, nerazumijevanja, fizičke nemogućnosti, opasnosti na mjestu događaja, kulturne ili jezične prepreke, emocionalnog šoka ili nepovjerenja. Dispečer smije ponoviti zahtjev, objasniti razlog, pojednostaviti zadatak i pokušati uključiti drugu osobu. Dispečer ne smije zaključiti da je uputa provedena ako nije provjerio izvršenje ili ako pozivatelj jasno kaže da radnju ne može učiniti.

Dokumentiranje tijeka poziva i okolnosti koje su ograničile vođenje komunikacije važno je za kontinuitet skrbi i naknadnu stručnu analizu. U skladu s važećim pravilima dokumentiranja, zapis treba jasno pokazati relevantne podatke iz razgovora, dane upute, njihovu provedbu, moguće prepreke i informacije prenesene timu. Takav zapis podupire kontinuitet informacija prema timu HMS-a te omogućuje naknadnu stručnu analizu i učenje iz stvarnih poziva (6,8,26).

Hrvatski indeks, komunikacijska vještina i profesionalna odgovornost dispečera čine povezanu cjelinu. Hrvatski indeks daje stručni okvir, a komunikacija omogućuje njegovu primjenu u stvarnom razgovoru. Profesionalna odgovornost zahtijeva da dispečer razlikuje vođenje komunikacije s pozivateljem od stručnih odluka koje se donose prema Hrvatskom indeksu i važećem stručnom okviru.

3

STRUKTURA HITNOG MEDICINSKOG POZIVA

Struktura hitnog medicinskog poziva čini sigurnosni okvir razgovora. Pozivatelj može započeti razgovor nepovezano, emocionalno, iz druge ruke ili s opisom koji ne pokazuje odmah najveći rizik. Dispečer zato mora zadržati redoslijed koji omogućuje rano utvrđivanje lokacije, osnovnog problema, odnosa pozivatelja prema pacijentu, svijesti, disanja, sigurnosti mjesta događaja i potrebe za telefonskim uputama. Strukturirani razgovor ne znači mehaničko postavljanje pitanja, nego vođenje poziva prema podacima koji su potrebni za sigurnu i operativno upotrebljivu odluku (2–4).

3.1. Struktura kao sigurnosni okvir razgovora

Hitni medicinski poziv u MPDJ-u mora imati jasnu strukturu jer dispečer u kratkom vremenu mora povezati lokaciju, glavni problem, trenutno stanje pacijenta, sigurnost mjesta događaja, potrebu za uputama i odgovor MPDJ-a. Struktura ne služi administrativnom redu, nego sigurnosti pacijenta, pozivatelja i tima HMS-a. Razgovor bez strukture lako postaje niz nepovezanih informacija, osobito kada pozivatelj govori pod stresom, opisuje događaj iz druge ruke ili preskače između ranijih i trenutanih okolnosti.

Medicinski dispečer razgovor vodi prema stručnom okviru Hrvatskog indeksa. Hrvatski indeks usmjerava prijem poziva prema podacima koji su potrebni za određivanje odgovarajućeg kriterija i odgovora MPDJ-a. Komunikacijska zadaća dispečera jest postaviti pitanja tako da pozivatelj razumije što treba odgovoriti, a ne dopustiti da poziv ostane na razini općeg opisa: „loše mu je“, „pao je“, „nešto nije u redu“, „čudno diše“ ili „ne javlja se“.

Osnovni tijek hitnog medicinskog poziva može se prikazati kao slijed: lokacija, broj za ponovni kontakt, glavni problem, odnos pozivatelja prema pacijentu, svijest, disanje, dodatna pitanja prema glavnom problemu, telefonske upute kada su potrebne, praćenje promjene stanja, predaja poziva timu HMS-a i završetak razgovora (3,4,12). Pojedini pozivi mogu zahtijevati prilagodbu redoslijeda, ali prilagodba nije isto što i napuštanje strukture. Dispečer može privremeno promijeniti prioritet samo ako time štiti životno ugroženog pacijenta, sigurnost mjesta događaja, razumijevanje pozivatelja ili izvršenje nužne upute.

Lokacija je prvi sigurnosni podatak. Telefonska se veza može prekinuti, baterija se može isprazniti, pozivatelj može napustiti telefon ili se stanje na mjestu događaja može naglo promijeniti. MPDJ zato mora što ranije utvrditi gdje je potrebna pomoć. Lokacija ne znači samo naziv ulice. Lokacija obuhvaća mjesto, adresu, kućni broj, kat, ulaz, orijentir, pristup, naziv ustanove, položaj u javnom prostoru ili bilo koji podatak koji timu omogućuje dolazak do pacijenta (3,4).

Dispečer ne bi trebao prihvatiti neodređen odgovor kao dovršen podatak. Pozivatelj može reći: „kod trgovine“, „na cesti“, „u domu“, „u parku“, „kod škole“ ili „na stanicu“. Takvi odgovori mogu pomoći u orijentaciji, ali nisu dovoljni ako ne vode tim na točno mjesto. Dispečer treba mirno suziti lokaciju: „Koja trgovina?“, „Koja ulica?“, „Vidite li kućni broj?“, „U kojem ste mjestu?“, „Koji je ulaz?“, „Na kojem ste katu?“, „Kako tim najbrže dolazi do vas?“

Broj za ponovni kontakt omogućuje ponovno uspostavljanje veze ako se poziv prekine, ako broj pozivatelja nije prikazan ili ako je poziv zaprimljen preko drugog komunikacijskog kanala. Dispečer ne bi trebao samo zapisati broj nego provjeriti postoji li broj na koji se pozivatelja može ponovno nazvati. Broj za ponovni kontakt nije formalnost, nego sigurnosna rezerva. Pozivatelj se može udaljiti od pacijenta, predati telefon drugoj osobi, izgubiti signal ili ne čuti daljnje pitanje. MPDJ mora imati mogućnost ponovnog kontakta, osobito kod poziva u kojima se daju upute, prati promjena stanja ili usmjerava tim prema teško dostupnoj lokaciji.

Glavni problem usmjerava razgovor, ali ne smije ograničiti razgovor samo na početni opis problema. Pozivatelj često iznosi ono što mu je emocionalno najizraženije, a ne ono što je

medicinski najrizičnije. Poziv može početi rečenicom „pao je“, iako je osoba prije pada imala bol u prsima. Pozivatelj može reći „ima napadaj“, a zapravo opisivati osobu koja nakon kratkog grčenja ne reagira i ne diše normalno. Pozivatelj može reći „moždani je“, a dispečer i dalje mora provjeriti svijest, disanje i trenutačno stanje. Početni opis treba prihvatiti kao ulaznu informaciju, a ne kao zaključak.

Pitanje o tome je li pozivatelj uz pacijenta određuje vrijednost podataka koje dispečer dobiva. Pozivatelj koji je uz pacijenta može provjeriti svijest, disanje, krvarenje, položaj tijela, boju kože ili promjenu stanja. Pozivatelj koji nije uz pacijenta prenosi informacije iz druge ruke, često zakašnjele ili nepotpune. Dispečer zato mora rano utvrditi: „Jeste li sada uz pacijenta?“, „Vidite li osobu?“, „Tko je uz pacijenta?“, „Možete li dati telefon osobi koja je uz pacijenta?“ Posredovana informacija zahtijeva kraća pitanja, ponavljanje ključnog podatka i češću provjeru razumijevanja.

Ako je pacijent pri svijesti i može govoriti, a izravan razgovor s njim ne odgađa hitno postupanje, kontakt s pacijentom može pomoći razjašnjavanju tegoba i smanjenju posredovanog tumačenja. Pacijent može neposredno opisati bol, osjećaj gušenja, slabost, vrtoglavicu, smetnje govora, početak tegoba ili promjenu stanja. Takav kontakt može pomoći dispečeru da subjektivan ili posredovan opis pretvori u konkretne i provjerljive podatke, ali ne smije odgoditi prioritetne provjere i daljnje postupanje prema Hrvatskom indeksu. Ako pacijent ne može govoriti, govori otežano, ne odgovara smisleno ili se stanje pogoršava, dispečer se mora vratiti osobi koja je uz pacijenta i može provjeriti svijest, disanje, sigurnost mjesta događaja i druge podatke.

Struktura poziva mora ostaviti prostor za pozivateljev kratak opis, ali ne smije dopustiti da opis odgodi ključne provjere. Pozivatelj mora osjetiti da ga se čuje, no dispečer mora zadržati ritam razgovora. Korisna formulacija može biti: „Razumijem. Sada moram brzo provjeriti nekoliko stvari.“ Takva rečenica ne objašnjava sve razloge postupka, ali vraća razgovor na operativni tijek.

3.2. Svijest, disanje i dodatna pitanja prema glavnom problemu

Procjena stanja svijesti i disanja nalazi se među najosjetljivijim dijelovima hitnog medicinskog poziva. Dispečer ne vidi pacijenta i ne može se osloniti na vlastiti pregled. Pozivatelj mora postati oči i ruke sustava, ali pozivatelj često ne zna što treba gledati. Komunikacija zato mora voditi pozivatelja prema znakovima koje može neposredno provjeriti: reagira li osoba, odgovara li, otvara li oči, pomiče li se na glas ili dodir, diše li normalno, pravilno i dostatno (12,13,15,16).

Pitanje o svijesti ne smije ostati samo na izrazu „pri svijesti“ ako odgovor nije jasan. Pozivatelj može reći da je osoba „budna“, „spava“, „ne javlja se“, „čudno gleda“, „kao da je odsutna“ ili „nešto mumlja“. Dispečer mora tražiti ponašanje koje se može provjeriti. Primjer takve provjere glasi: „Glasno ga pozovite. Odgovara li vam?“ Ako osoba ne odgovara, dodatno pitanje može biti: „Otvara li oči ili se pomiče kada ga pozovete?“ Dispečer time ne mijenja kriterij, nego razjašnjava podatak koji je potreban za primjenu Hrvatskog indeksa.

Pitanje o disanju mora biti još preciznije. Izraz „diše“ u svakodnevnom govoru može značiti da se nešto čuje, da se prsa povremeno pomaknu, da osoba hropće, da uzima rijetke udahe ili da pozivatelj pretpostavlja da diše jer je još topla ili se pomaknula. Dispečer zato mora provjeriti diše li osoba normalno. Kod osobe koja ne reagira, podatak „diše“ nije dovoljan ako nije razjašnjeno diše li normalno. Literatura o telefonski vođenoj kardiopulmonalnoj reanimaciji (KPR) i dispečerskom prepoznavanju izvanbolničkog srčanog zastoja naglašava da abnormalno i agonalno disanje mogu odgoditi prepoznavanje srčanog zastoja i početak davanja uputa (12,13).

Dispečer treba koristiti kratka pitanja usmjerena na ono što pozivatelj može provjeriti: „Diše li normalno?“, „Jesu li udisaji redoviti?“, „Diše li kao inače?“, „Čujete li samo hroptanje ili povremene udahe?“, „Podiže li se prsni koš pravilno?“ Pitanja ne bi trebala biti postavljena sva odjednom. Postavljanje jednog pitanja odjednom smanjuje mogućnost da pozivatelj odgovori samo na dio pitanja ili potvrdi nešto što nije provjerio.

Agonalno disanje predstavlja posebno rizičnu komunikacijsku zamku. Pozivatelj može opisati hroptanje, krkljanje, povremeno hvatanje zraka, „kao da hrče“, „kao da stenje“ ili „kao da pokušava udahnuti“. Dispečer u takvoj situaciji ne smije prihvatiti odgovor kao normalno disanje bez razjašnjenja. Pitanje treba vratiti pozivatelja na ritam i učinkovitost disanja: „Jesu li udisaji pravilni ili samo povremeni?“ Ako osoba ne reagira i ne diše normalno, daljnje postupanje mora biti u skladu s Hrvatskim indeksom i važećim uputama (13,16–18).

Dodatna pitanja prema glavnom problemu dolaze nakon osnovnih sigurnosnih provjera, osim kada već prvi podatci upućuju na neposrednu životnu ugroženost. Dodatna pitanja nisu popis koji se mehanički izgovara. Dodatna pitanja služe dobivanju podataka koji mogu utjecati na odabir kriterija, odgovor MPDJ-a, sigurnost tima ili vrstu upute. Dispečer mora razlikovati pitanje koje je potrebno za odluku od pitanja koje samo proširuje opis, a nije relevantno za daljnje postupanje.

Kod boli u prsima korisno je razjasniti početak, trajanje, širenje boli, znojenje, mučninu, slabost, disanje i trenutačnu svijest. Kod otežanog disanja korisno je čuti može li osoba govoriti u punim rečenicama, postoje li znakovi cijanoze, gušenje, alergijska reakcija, bol u prsima ili pogoršanje svijesti. Kod sumnje na moždani udar korisno je razjasniti govor, asimetriju lica, slabost ruke ili noge, vrijeme početka i razinu svijesti. Kod ozljeda korisno je razjasniti mehanizam, broj ozlijeđenih, krvarenje, svijest, disanje i sigurnost mjesta događaja (27–32). Detalji moraju biti usklađeni s Hrvatskim indeksom i ne smiju odgoditi postupanje kod očite životne ugroženosti. Navedeni primjeri ne određuju redoslijed ili sadržaj postupanja izvan Hrvatskog indeksa, nego pokazuju koje vrste podataka u praksi mogu biti važne za komunikaciju i daljnje postupanje.

Komunikacijske crvene zastavice moraju biti prepoznate tijekom cijelog razgovora. Izrazi poput „prestao je govoriti“, „sad se ne miče“, „počeo je hroptati“, „ne mogu ga probuditi“, „jako krvari“, „sav je plav“, „ne može izgovoriti rečenicu“, „ima nož“, „ima struje“, „dim je u sobi“ ili „više ih je ozlijeđeno“ zahtijevaju promjenu tijeka razgovora. Dispečer ne čeka kraj planiranog niza pitanja ako se pojavi podatak koji mijenja sigurnost, hitnost ili potrebu za uputom.

Slušanje kontradikcija važan je dio strukturiranog poziva. Pozivatelj može reći da je osoba pri svijesti, a zatim navesti da ne odgovara. Pozivatelj može reći da diše, a zatim opisati hroptanje i rijetke udahe. Pozivatelj može reći da je pacijent dobro, a u pozadini se čuje panika ili netko govori da se stanje pogoršava. Dispečer ne smije birati informaciju koja zvuči najvjerojatnije. Dispečer mora razjasniti proturječje: „Samo da budemo sigurni: kada ga glasno pozovete, odgovara li vam?“ ili „Recite mi što sada vidite, ne što je bilo prije nekoliko minuta.“

Struktura razgovora povezuje komunikaciju i odluku, ali ih ne izjednačava. Način na koji dispečer pita utječe na kvalitetu odgovora. Kvaliteta odgovora utječe na sigurnost primjene Hrvatskog indeksa. Kriterij ipak ne proizlazi iz same komunikacijske vještine, nego iz podataka dobivenih i razjašnjenih prema stručnom okviru. Dispečer mora stalno čuvati tu razliku.

3.3. Prilagodba strukture, prijelaz na uputu i završetak poziva

Struktura hitnog poziva mora biti jasna i dosljedna, ali prilagodljiva okolnostima. Stvarni poziv rijetko teče uredno. Pozivatelj može odmah izgovoriti podatak koji upućuje na životnu ugroženost. Pozivatelj može biti dijete, starija osoba, osoba s jezičnom preprekom, osoba koja nije neposredno prisutna uz pacijenta ili osoba koja pacijentu ne može sigurno prići. Na mjestu događaja može postojati opasnost. Više osoba može govoriti istodobno. Stanje pacijenta može se promijeniti tijekom razgovora. Dispečer u takvim okolnostima ne napušta strukturu, nego privremeno mijenja prioritet.

Poziv u kojem pozivatelj odmah kaže da osoba ne reagira i ne diše normalno ne smije se voditi kao opsežno prikupljanje opće anamneze. Dispečer mora brzo utvrditi lokaciju i prijeći na provjeru koja omogućuje odgovarajuće postupanje. Primjer: „Recite mi adresu. Sada odmah provjeravamo disanje. Odgovara li vam kada ga glasno pozovete? Diše li normalno?“ Takva prilagodba ne preskače strukturu, nego čuva njezinu svrhu.

Poziv u kojem postoji opasnost na mjestu događaja zahtijeva drukčiji prioritet. Dispečer ne smije pozivatelja voditi prema pacijentu ako bi time pozivatelj bio dodatno ugrožen. Sigurnost pozivatelja i tima postaje dio komunikacijske strukture. Pitanja moraju biti kratka: „Jeste li vi sada na sigurnom?“, „Možete li sigurno govoriti?“, „Postoji li opasnost za tim?“, „Je li potrebna policija ili vatrogasci?“ Medicinska pitanja ostaju važna, ali se ne smiju postavljati na način koji povećava rizik na mjestu događaja.

Poziv u kojem pozivatelj nije uz pacijenta zahtijeva uspostavljanje najbližeg mogućeg izvora informacije. Dispečer treba pokušati doći do osobe koja vidi pacijenta. Ako prijenos telefona nije moguć, posredniku treba dati kratka i jasna pitanja koja će prenijeti osobi uz pacijenta. Složena uputa preko treće osobe lako se iskrivi. Dispečer treba govoriti u kratkim jedinicama: „Pitajte osobu uz pacijenta reagira li kada ga glasno pozove. Sada mi recite odgovor.“ Nakon odgovora slijedi sljedeće pitanje. Više pitanja odjednom povećava rizik gubitka značenja.

Prijelaz s pitanja na uputu mora biti jasan. Pozivatelj mora razumjeti da se razgovor više ne vodi samo radi prikupljanja podataka nego radi izvršenja radnje. Dispečer treba označiti prijelaz kratkom rečenicom: „Sada ćemo napraviti sljedeće.“ ili „Sada mi trebate učiniti točno kako kažem.“ Takva formulacija nije manipulacija, nego smanjuje neizvjesnost i daje pozivatelju jasnu ulogu (12,33,34).

Telefonska uputa mora biti u skladu s Hrvatskim indeksom i važećim protokolima te izgovorena tako da je pozivatelj može izvršiti. Uputa ne smije biti preduga. Jedna uputa treba sadržavati jednu radnju. Nakon upute slijedi provjera izvršenja. Pozivatelj može reći „dobro“, a da nije učinio radnju. Dispečer zato ne provjerava samo razumijevanje, nego i izvršenje: „Jeste li ga sada okrenuli?“, „Jesu li ruke na sredini prsnog koša?“, „Je li telefon na zvučniku?“, „Je li netko otvorio vrata timu?“ (12,16,33,35).

Promjenu stanja potrebno je pratiti tijekom razgovora sve dok je to važno za daljnje postupanje i vođenje pozivatelja. Pacijent koji je u početku bio pri svijesti može prestati reagirati. Disanje koje je u početku bilo uredno može postati nepravilno. Krvarenje se može pojačati. Pozivatelj se može udaljiti od pacijenta. Mjesto događaja može postati nesigurno. Dispečer mora slušati promjene i po potrebi se vratiti na ranije provjere. Struktura poziva nije linija koja se prelazi samo jednom. Struktura je sigurnosni okvir kojem se dispečer vraća kada se pojavi novi rizik.

Prijenos informacija timu HMS-a može započeti već tijekom poziva i nastavlja se kada dispečer sazna nove podatke ili kada se stanje promijeni. Dispečer ne prenosi timu samo kriterij ili opći opis događaja. Tim treba lokaciju, pristup, glavni problem, stanje svijesti i disanja, ključne rizične znakove, dane telefonske upute, podatak o njihovoj provedbi, sigurnosne rizike i promjene tijekom razgovora. Informacija treba biti sažeta, ali mora sadržavati podatke važne za pripremu i postupanje tima. Rečenica „muškarac, loše mu je“ nema istu vrijednost kao funkcionalni opis: „Muškarac, oko 60 godina, iznenada se srušio, ne reagira, pozivatelj opisuje nepravilno hroptavo disanje, upute započete, pristup kroz dvorište.“ (3,36,37).

Zatvaranje poziva ovisi o situaciji. Neki pozivi završavaju nakon što su prikupljeni potrebni podatci, upućen tim i pozivatelj je dobio jasne upute što učiniti do dolaska tima. Neki pozivi zahtijevaju ostanak na liniji jer pozivatelj provodi upute, stanje je nestabilno ili postoji potreba za daljnjim vođenjem komunikacije. Neki pozivi zahtijevaju ponovni kontakt ili prijenos dodatnih informacija timu. Dispečer ne bi trebao završiti poziv dok pozivatelj ne zna što treba raditi, što treba pratiti i kada se ponovno javiti ili ostati na liniji.

Kratka završna uputa može sadržavati tri elementa: što pozivatelj treba raditi, što treba pratiti i što mora odmah javiti ako se promijeni. Primjer: „Ostanite uz pacijenta. Ako prestane reagirati ili disanje postane čudno, odmah mi recite. Tim je upućen.“ Takva rečenica ne ponavlja cijeli poziv, nego pozivatelju jasno govori što treba činiti i pratiti do dolaska tima. „Tim je upućen“ smije se reći samo kada je tim stvarno upućen.

Najčešće pogreške u strukturi poziva nastaju kada se lokacija ne provjeri odmah, kada se glavni problem predugo opisuje bez provjere svijesti i disanja, kada se odgovor „diše“ prihvati bez provjere

diše li pacijent normalno, kada se ne utvrdi je li pozivatelj uz pacijenta, kada se postavi više pitanja odjednom, kada dispečer prihvati pozivateljevu interpretaciju umjesto konkretnog i provjerljivog podatka, kada se ne označi prijelaz na uputu, kada se promjena stanja ne prati i kada se poziv završi bez jasne upute. Takve pogreške nisu samo komunikacijski propusti, nego mogu promijeniti vrijeme prepoznavanja hitnosti, kvalitetu upute, spremnost tima i sigurnost pacijenta (11,38).

Struktura hitnog medicinskog poziva zato nije administrativna forma. Struktura je način da se neuredan, emocionalno opterećen i često nepotpun poziv pretvori u strukturirani profesionalni postupak. Dispečer koji vodi strukturirano ne govori hladno ni mehanički. Dispečer koji vodi strukturirano omogućuje da se bitni podatci dobiju na vrijeme, da se uputa izgovori kad je potrebna i da tim HMS-a dobije informaciju koja pomaže sigurnom zbrinjavanju pacijenta.

4

JEZIK MPDJ-A: PITANJA, OBJAŠNJENJA, UPUTE I PROVJERA RAZUMIJEVANJA

Jezik kojim se dispečer koristi u MPDJ-u mora biti prilagođen svrsi hitnog poziva. Pitanje, objašnjenje, uputa i provjera razumijevanja nemaju istu funkciju. Pitanje služi dobivanju podatka, objašnjenje održavanju suradnje, uputa pokretanju radnje, a provjera razumijevanja i izvršenja smanjenju rizika pogrešnog postupanja. Kratke, jasne i razumljive komunikacijske poruke moraju zadržati stručno značenje. Laički opis pozivatelja potrebno je razjasniti do konkretnih i provjerljivih podataka važnih za daljnje postupanje (11,20,39,40).

4.1. Pitanje kao stručni alat

Jezik medicinskog dispečera mora biti kratak, jasan i usmjeren prema podatku koji je važan za daljnje postupanje. Hitni medicinski poziv ne dopušta široko ispitivanje bez jasne svrhe. Svako pitanje treba imati funkciju: utvrditi lokaciju, razjasniti glavni problem, provjeriti stanje svijesti, provjeriti diše li pacijent normalno, utvrditi postoji li opasnost na mjestu događaja, pripremiti telefonsku uputu ili prenijeti bitan podatak timu HMS-a.

Dispečer ne postavlja pitanje samo zato da bi razgovor tekao. Pitanje u MPDJ-u mora pomoći dobivanju podataka potrebnih za postupanje prema Hrvatskom indeksu. U ranoj fazi poziva treba izbjegavati pitanja koja ne pridonose razjašnjavanju događaja, sigurnosti pacijenta, odabiru odgovora MPDJ-a ili pripremi potrebne upute. Preopširno ispitivanje može odgoditi prepoznavanje hitnosti, osobito kod stanja u kojima je važna rana provjera stanja svijesti i toga diše li pacijent normalno (11,22).

Jedno od osnovnih pravila jezika MPDJ-a jest postavljati jedno pitanje odjednom. Pozivatelj pod stresom teško obrađuje više zahtjeva odjednom. Pitanje poput: „Je li pri svijesti, diše li, koliko ima godina i što se dogodilo?“ može dovesti do nepotpunog odgovora jer pozivatelj najčešće odgovori samo na dio koji je zapamtio ili koji mu je emocionalno najvažniji. Jasnije je razdvojiti pitanja: „Reagira li kada ga glasno pozovete?“ Nakon odgovora slijedi: „Diše li normalno?“ Tek nakon toga dolazi dob, glavni problem ili dodatno pitanje, ovisno o tijeku poziva.

Otvorena pitanja korisna su na početku kada dispečer treba dobiti početni opis događaja. Rečenica „Recite mi što se dogodilo“ omogućuje pozivatelju da iznese početni opis. Otvoreno pitanje ne smije trajati predugo i ne smije zamijeniti kriterijska pitanja. Nakon početnog opisa dispečer mora prijeći na usmjerena i zatvorena pitanja koja razjašnjavaju ono što je važno za postupanje prema Hrvatskom indeksu i odabir odgovora MPDJ-a.

Zatvorena pitanja korisna su kada je potreban jasan podatak. Pitanja „Jeste li uz pacijenta?“, „Odgovara li vam?“, „Diše li normalno?“, „Krvari li jako?“ i „Je li mjesto sigurno?“ vode pozivatelja prema konkretnoj provjeri. Zatvoreno pitanje treba biti dovoljno razumljivo da odgovor „da“ ili „ne“ zaista ima značenje. Nejasno zatvoreno pitanje može stvoriti lažnu sigurnost. Primjerice, pitanje „Je li dobro?“ nema jasnu stručnu vrijednost jer pozivatelj i dispečer mogu potpuno različito razumjeti što znači „dobro“.

Usmjerena pitanja korisna su kada pozivatelj ne zna što treba gledati. Dispečer tada ne sugerira odgovor, nego usmjerava pozornost prema znaku koji pozivatelj može neposredno provjeriti. Umjesto pitanja „Je li u nesvijesti?“ jasnije je pitati: „Otvora li oči kada ga glasno pozovete?“ Umjesto „Je li disanje loše?“ preciznije je: „Diše li pravilno, kao inače, ili samo povremeno hropeće?“ Usmjereno pitanje mora pomoći pozivatelju da provjeri relevantan znak, a ne navoditi ga na željeni odgovor. Razlike u komunikacijskoj funkciji otvorenih, zatvorenih i usmjerenih pitanja sažeto su prikazane na Slici 3.



Slika 3. Otvorena, zatvorena i usmjerena pitanja u MPDJ-u

Stručne izraze u razgovoru s pozivateljem treba koristiti samo kada je jasno da ih pozivatelj razumije. Pozivatelj koji nije zdravstveni djelatnik ne mora razumjeti izraze poput „agonalno disanje“, „dispneja“, „sinkopa“, „hemipareza“, „konvulzije“, „opstrukcija dišnog puta“ ili „kardiorespiratorni arrest“. Dispečer mora stručni pojam objasniti kroz radnju ili znak koji pozivatelj može neposredno provjeriti: „Hvata li zrak?“, „Može li govoriti?“, „Trza li se cijelo tijelo?“, „Može li podići obje ruke?“, „Krvari li tako da se odjeća brzo natapa?“

Kratko objašnjenje razloga pitanja može povećati suradnju pozivatelja. Pozivatelj koji ne razumije zašto se nešto pita može doživjeti pitanje kao odgodu pomoći. Dispečer ne treba davati duga objašnjenja, ali jedna kratka rečenica može pomoći vratiti suradnju: „Pitam vas to jer moram znati koji tim i kakvu pomoć trebate.“ ili „Moram znati diše li normalno da vam mogu dati pravu uputu.“ Objašnjenje ne smije prekinuti tijekom hitnog postupka. Svrha objašnjenja jest održati ili ponovno uspostaviti suradnju i usmjeriti pozivatelja na odgovor (12,33,38).

Jezik MPDJ-a mora biti usmjeren prema sadašnjem stanju. Pozivatelj često opisuje što se dogodilo prije nekoliko minuta, kako je stanje počelo ili što je netko ranije rekao. Podatci o početku mogu biti važni, ali u hitnoj fazi dispečer mora znati što se događa sada. Korisne formulacije glase: „Što sada vidite?“, „Kako sada diše?“, „Odgovara li vam sada?“, „Krvari li sada jako?“ Sadašnje vrijeme smanjuje rizik da se odluka temelji na ranijem, a ne trenutačnom stanju.

Pozivateljeva interpretacija ne smije zamijeniti konkretan i provjerljiv podatak. Rečenice „mislim da je moždani.“, „Sigurno je srce.“, „Samo je pao.“, „Nije ništa strašno.“ ili „Vjerojatno je epilepsija.“ treba prihvatiti kao informaciju o doživljaju pozivatelja, ali ne kao završni podatak. Dispečer treba vratiti razgovor na ono što se može provjeriti: govor, lice, ruke, svijest, disanje, bol, krvarenje, sigurnost mjesta događaja i promjenu stanja. Takav način pitanja ne umanjuje pozivatelja; stručni postupak zahtijeva provjerljive podatke.

Prekidanje pozivatelja može biti potrebno kada njegovo opširno izlaganje odgađa dobivanje podatka koji može biti presudan za sigurnost pacijenta. Prekidanje ne smije zvučati kao odbacivanje. Dispečer može reći: „Prekinut ću vas jer prvo moram provjeriti disanje.“ ili „Razumijem, ali sada mi treba samo jedan podatak.“ Takvo prekidanje pomaže zadržati strukturu poziva. Grubo prekidanje može stvoriti otpor i pogoršati suradnju.

Ponavljanje pitanja ima smisla kada odgovor nije dobiven, nije razumljiv ili nije dovoljno precizan. Dispečer ne treba stalno mijenjati formulaciju ako pozivatelj zbog panike ne odgovara. Preveliko mijenjanje izraza može pojačati dojam nesigurnosti. Stabilniji pristup jest ponoviti kratko i jednako: „Gledajte prsa. Diže li se prsni koš pravilno?“ Ako pozivatelj i dalje ne može odgovoriti, dispečer može podijeliti zadatak: „Stavite ruku na prsa. Osjetite li da se prsni koš podiže?“

Jezik pitanja mora biti prilagođen situaciji, ali ne smije izgubiti stručni smisao. Kod smirenog pozivatelja pitanje može biti potpunije. Kod paničnog pozivatelja pitanje mora biti kraće. Kod jezične prepreke treba koristiti jednostavne riječi, kraće rečenice i potvrdu odgovora. Kod djeteta kao pozivatelja jezik treba prilagoditi njegovoj dobi i razumijevanju. Kod poziva iz javnog prostora treba brzo utvrditi tko je uz pacijenta i tko može izvršiti uputu. Različite formulacije mogu se koristiti dok čuvaju isti stručni smisao.

4.2. Od objašnjenja do upute

Pitanje, objašnjenje, zahtjev i uputa nisu isti komunikacijski postupci. Pitanje traži podatak. Objašnjenje daje razlog. Zahtjev traži suradnju. Uputa traži konkretnu radnju. Dispečer mora znati kada koristi koji oblik jer pozivatelj mora razumjeti svoju ulogu u svakom trenutku poziva (33,34,41).

Pitanje ima oblik: „Gdje se nalazite?“ ili „Diše li normalno?“ Objašnjenje ima oblik: „Moram znati adresu da tim može krenuti.“ Zahtjev ima oblik: „Ostanite na liniji.“ Uputa ima oblik: „Stavite telefon na zvučnik.“ Svaki oblik ima drukčiju funkciju. Miješanje tih oblika može zbuniti pozivatelja, osobito kada se razgovor brzo prebacuje s prikupljanja podataka na izvršenje radnje.

Uputa mora biti izgovorena kao radnja, a ne kao prijedlog. Rečenica „Možete li možda staviti telefon na zvučnik?“ zvuči kao mogućnost o kojoj pozivatelj može odlučiti. Rečenica „Sada stavite telefon na zvučnik“ jasnije označava da je radnja potrebna. Kada je potrebna neposredna radnja, neodređena formulacija može odgoditi izvršenje, dok jasna i izravna uputa pozivatelju pokazuje što treba učiniti (12,34).

Uputa treba sadržavati jednu radnju. Pozivatelj ne bi trebao istodobno dobiti niz: „Stavite telefon na zvučnik, provjerite disanje, otvorite vrata i recite nekome da dočeka tim.“ Takva rečenica može biti preduga u stresu. Jasniji slijed glasi: „Stavite telefon na zvučnik.“ Nakon potvrde: „Sada provjerite diše li normalno.“ Nakon toga: „Ako je netko s vama, neka otključa vrata.“ Jedna radnja po iskazu smanjuje kognitivno opterećenje pozivatelja i olakšava provjeru izvršenja.

Aktivni glagoli čine uputu jasnom i izravnom. „Pogledajte“, „stavite“, „okrenite“, „pritisnite“, „držite“, „recite“, „otključajte“, „udaljite se“ i „ostanite“ jasniji su od neodređenih formulacija: „bilo bi dobro“, „trebalo bi“, „probajte“, „možda možete“. Neodlučne formulacije imaju mjesto samo kada dispečer procjenjuje mogućnost radnje ili ne smije tražiti nešto što može ugroziti pozivatelja. Kada je radnja potrebna i može se provesti bez dodatnog ugrožavanja pozivatelja, uputa treba biti izravna.

Riječ „sada“ ima posebnu vrijednost u MPDJ-u jer prebacuje pozivatelja iz opisa u izvršenje, npr. „Sada pogledajte diše li normalno.“, „Sada stavite telefon na zvučnik.“, „Sada mi recite što vidite.“ Takva riječ ne smije se koristiti mehanički u svakoj rečenici, ali je korisna kada dispečer želi označiti neposrednu radnju. Opširno izlaganje može udaljiti razgovor od trenutnog zadatka, a riječ „sada“ može pomoći vratiti pozornost na potrebnu radnju.

Negacije treba koristiti oprezno. Pozivatelj u stresu može zapamtiti radnju, a ne zabranu. Rečenica „Nemojte ga micati ako nije sigurno“ može biti potrebna, ali ponekad je jasnije uputu oblikovati kao radnju koju pozivatelj treba učiniti: „Ostanite na sigurnoj udaljenosti“ ili „Ne prilazite

dok postoji opasnost“ Kod zabrana koje su sigurnosno važne negacija je nužna, ali mora biti kratka i nedvosmislena: „Ne ulazite u prostoriju s dimom.“, „Ne prilazite nasilnoj osobi.“, „Ne dirajte žice.“

U MPDJ-u empatija ima funkcionalnu ulogu: pomaže održati suradnju i omogućiti nastavak stručnog postupanja. Dispečer ne treba ignorirati strah pozivatelja, ali se ne smije zadržati u dugom emocionalnom razgovoru. Rečenica „Čujem da ste uplašeni“ može imati smisla ako odmah slijedi konkretno pitanje ili zahtjev: „Sada mi odgovorite diše li normalno.“ Empatija bez povratka na radnju može odgoditi postupak. Izravna uputa bez minimalnog priznavanja stanja može izazvati otpor. Funkcionalna empatija povezuje smirivanje i nastavak stručnog postupka.

Lažno umirivanje treba izbjegavati. Rečenice „Sve će biti dobro.“, „Nemate razloga za strah.“ ili „Nije to ništa.“ mogu zvučati smirujuće, ali nisu stručne i mogu biti netočne. Dispečer ne zna ishod. Ako je tim doista upućen, dispečer može reći: „Pomoć je upućena. Ostanite sa mnom na liniji i reći ću vam što trebate učiniti.“ Takva rečenica ne obećava ishod, nego pozivatelju jasno govori što slijedi.

Jezik zajedničkog djelovanja može povećati suradnju kada pozivatelj osjeća da je sam u situaciji. Rečenice „Radimo korak po korak“, „Ostat ću s vama na liniji“ ili „Sada ćemo zajedno provjeriti disanje“ korisne su ako vode prema konkretnoj radnji. Takve rečenice ne smiju zamijeniti uputu. Nakon kratkog povezivanja mora slijediti zadatak.

Pozivatelj koji se opire pitanju često ne odbija stručni postupak, nego ne razumije zašto se pitanje postavlja. Rečenica „Pošaljite hitnu, zašto me to pitate?“ česta je u MPDJ-u. Dispečer ne treba ulaziti u opširno opravdavanje postupka. Kratak odgovor može glasiti: „Ovo pitanje mi je potrebno da odredim što trebamo učiniti dalje.“ Nakon toga slijedi isto pitanje. Objašnjenje mora biti kratko jer duga rasprava može odgoditi dobivanje potrebnog odgovora i otežati suradnju.

Pozivatelj koji odbija uputu zahtijeva kombinaciju jasnog zahtjeva, razlaganja zadatka na jednostavnije korake i provjere prepreke. Dispečer može reći: „Razumijem da se bojite. Ne morate sve znati. Sada napravite samo prvi korak.“ Ako pozivatelj kaže da ne može, dispečer mora razjasniti zašto: fizički ne može, ne razumije, nije uz pacijenta, postoji opasnost na mjestu događaja ili, zbog straha ili uznemirenosti, ne može provesti radnju. Razlog odbijanja određuje sljedeći komunikacijski potez.

Upute koje se odnose na sigurnost mjesta događaja imaju prednost pred medicinskim zadatkom koji bi mogao ugroziti pozivatelja. Uputa mora biti izravna: „Udaljite se od opasnosti“, „Nemojte ulaziti“, „Čekajte tim na sigurnom mjestu“, „Ako možete sigurno, recite mi gdje je pacijent.“ Dispečer ne smije stvarati pritisak da pozivatelj učini radnju koja ga izlaže opasnosti. Vođenje komunikacije uključuje i prilagodbu onoga što se od pozivatelja traži kada okolnosti ograničavaju njegovu mogućnost suradnje.

Jezik kojim se informacije prenose timu HMS-a razlikuje se od jezika kojim dispečer komunicira s pozivateljem. Pozivatelju se govori jednostavno, kratko i usmjereno na radnju. Timu se prenosi strukturirana stručna informacija: lokacija, glavni problem, stanje svijesti i disanja, opasnosti na mjestu događaja, dane upute, promjene tijekom poziva, posebnosti pristupa. Dispečer mora znati prebaciti jezični registar bez gubitka sadržaja. Informacija za tim mora biti stručna, ali ne smije biti opterećena neprovjerenim interpretacijama.

4.3. Provjera razumijevanja i zatvaranje komunikacijske petlje

Provjera razumijevanja u MPDJ-u nije samo završno pitanje nego dio komunikacijskog postupka kojim dispečer provjerava je li pozivatelj razumio pitanje, uputu ili zadatak. Pozivatelj pod stresom može reći „da“ iako nije razumio. Pozivatelj može potvrditi da je razumio, a da radnju ipak nije proveo. Dispečer zato mora razlikovati verbalnu potvrdu od stvarnog izvršenja (19,35,42).

Jednostavno pitanje „Jeste li razumjeli?“ često nije dovoljno. Pozivatelj može odgovoriti potvrdno iz straha, žurbe ili želje da ne izgleda nesposobno. Umjesto same potvrde, dispečer

može tražiti odgovor koji pokazuje što je pozivatelj razumio ili provjeriti je li konkretna radnja provedena. Primjerice: „Recite mi što sada vidite.“, „Gdje su vam ruke?“, „Je li telefon sada na zvučniku?“, „Tko je otišao otvoriti vrata?“, „Kako sada diše?“. Takva provjera ne ispituje pozivatelja, nego zatvara komunikacijsku petlju.

Komunikacija zatvorene petlje (engl. *closed-loop communication*) temelji se na povratnoj potvrdi da je poruka pravilno primljena i shvaćena. Provjera ponavljanjem (engl. *check-back*) odvija se tako da pošiljatelj prenese poruku, primatelj potvrdi ili ponovi njezin sadržaj, a pošiljatelj provjeri je li poruka ispravno shvaćena i po potrebi je ispravi. Provjera razumijevanja vlastitim riječima (engl. *teach-back*) znači da pozivatelj vlastitim riječima objasni što je razumio ili što treba učiniti. Ti postupci imaju praktičnu vrijednost u MPDJ-u jer dispečer ne pretpostavlja da je poruka shvaćena samo zato što je izgovorena ili potvrdno prihvaćena (11,36).

Provjera izvršenja posebno je važna kod telefonskih uputa. Pozivatelj može staviti telefon na zvučnik, ali se udaljiti od pacijenta. Može početi radnju, ali na pogrešan način. Može reći da je pacijent okrenut, a zapravo nije. Može prestati s radnjom čim dispečer postavi novo pitanje. Provjera izvršenja nije isto što i provjera razumijevanja. Pozivatelj može razumjeti što treba učiniti, ali radnju ne započeti, prekinuti je ili je provesti drukčije od dobivene upute. Dispečer zato, kada je to moguće, dodatnim pitanjem provjerava je li radnja započeta ili provedena. Kada radnja traje, dispečer po potrebi nastavlja kratkim uputama i provjerama: „Nastavite.“, „Ne prekidajte.“, „Dobro, sada ponovite isto.“, „Recite mi ako se nešto promijeni.“

Korekcija pogrešno izvedene radnje mora biti kratka i bez optuživanja. Rečenica „Ne, ne tako, krivo radite“ može povećati paniku i otpor. Jasnija i neokrivljujuća formulacija može biti: „Stanite. Ponoviti ću uputu korak po korak.“ ili „Dobro, sada napravite ovako.“ Dispečer ne komentira osobu, nego ispravlja radnju. Takav jezik čuva suradnju i smanjuje osjećaj krivnje kod pozivatelja.

Kratko sažimanje ključnih podataka može pomoći pri prijelazu iz jedne faze poziva u drugu. Dispečer može kratko potvrditi ključni podatak: „Nalazite se u Ulici X, pacijent je pri svijesti i teško diše. Sada ću vas pitati još nekoliko pitanja.“ Takvo sažimanje treba ostati kratko, a njegova je svrha provjeriti razumiju li dispečer i pozivatelj jednako ključne podatke o situaciji.

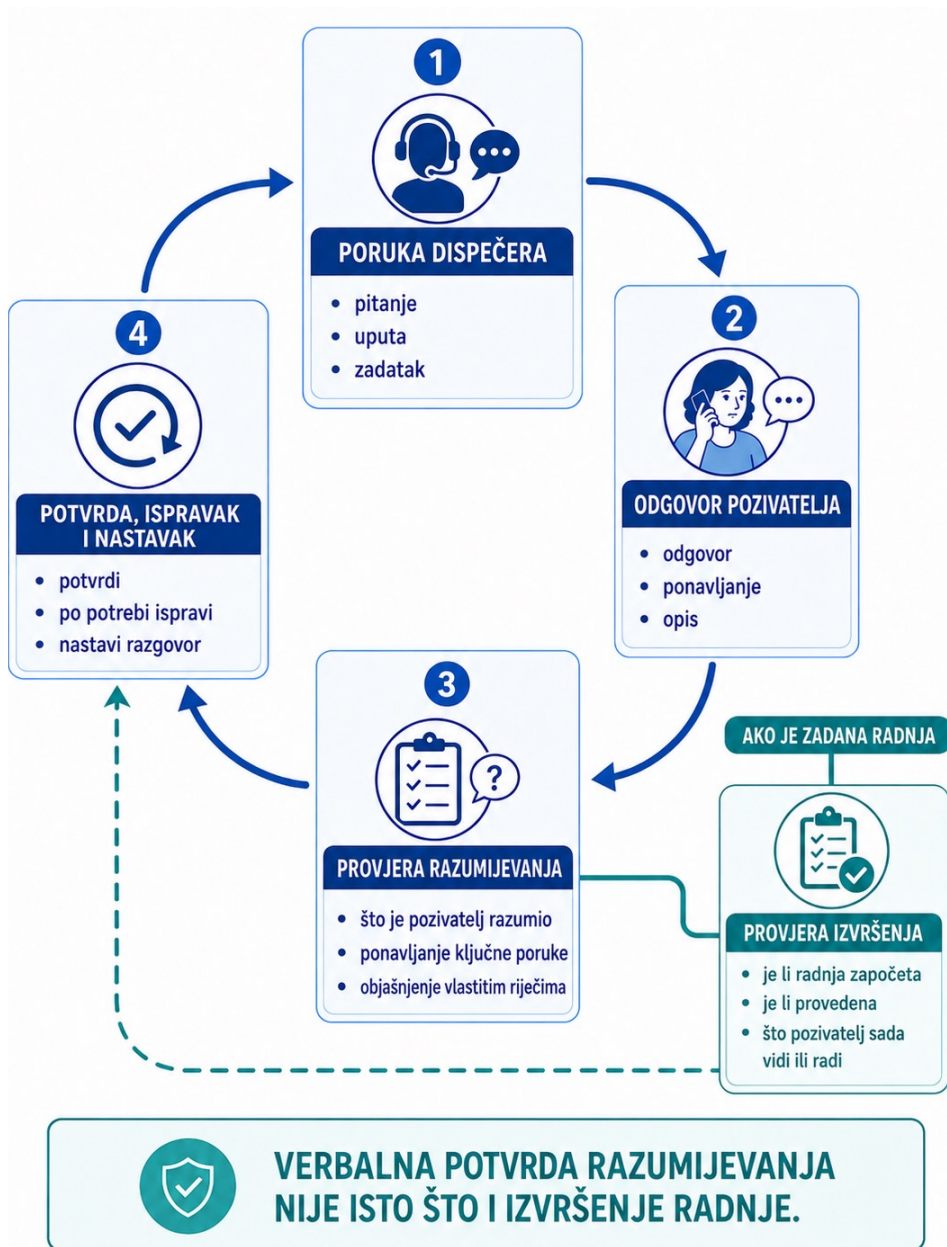
Zatvaranje komunikacijske petlje važno je i u komunikaciji s timom HMS-a. Dispečer ne bi trebao pretpostaviti da je poruka zaprimljena i shvaćena samo zato što je poslana. Kada pogrešno razumijevanje važne informacije može utjecati na daljnje postupanje, treba provjeriti njezin primitak i razumijevanje, osobito promjenu lokacije, promjenu stanja, sigurnosni rizik, potrebu za dodatnim resursima ili uputu o pristupu. Kod osobito važne promjene može se zatražiti da primatelj ponovi ključni podatak, nakon čega dispečer potvrđuje ili ispravlja sadržaj. Takva potvrda smanjuje rizik da važna informacija bude pogrešno shvaćena ili zanemarena. Odnos provjere razumijevanja i provjere izvršenja u zatvaranju komunikacijske petlje prikazan je na Slici 4.

Provjera razumijevanja ne smije postati suviše ponavljanje. Dispečer procjenjuje kada je dovoljna obična potvrda, a kada treba provjeriti sadržaj poruke ili izvršenje radnje. Posebnu pažnju zahtijevaju podatci čije bi pogrešno razumijevanje moglo utjecati na daljnje postupanje, primjerice lokacija, stanje svijesti i disanja, opasnost na mjestu događaja, promjena stanja ili izvršenje važne upute. Profesionalna komunikacija uključuje procjenu kada je potvrda potrebna, a kada razgovor treba nastaviti bez dodatnog ponavljanja.

Jezik MPDJ-a mora ostati precizan i nakon emocionalno teškog poziva. Dispečer može biti izložen vikanju, plaču, prijetnjama, smrti, neuspješnom pokušaju KPR-a ili osjećaju nemoći pozivatelja. Profesionalni jezik ne znači odsutnost ljudskosti. Profesionalni jezik znači da se i u takvim okolnostima čuva jasnoća, istinitost, struktura i granica odgovornosti. Pozivatelju treba jasno vođenje, a ne neproverjena obećanja; timu treba točna informacija, a ne dojam; MPDJ-u treba dokumentiran zapis, a ne pretpostavka.

Jezik MPDJ-a zbog toga se može svesti na nekoliko radnih pravila: pitati kratko, tražiti konkretan i provjerljiv podatak, izbjegavati žargon, objašnjavati samo kada objašnjenje pomaže

suradnji, davati jednu uputu odjednom, provjeravati razumijevanje i izvršenje, ne obećavati ishod, ne mijenjati stručni smisao Hrvatskog indeksa i ne nastavljati dalje dok ključni podatak nije dovoljno razjašnjen.



Slika 4. Zatvaranje komunikacijske petlje tijekom hitnog medicinskog poziva

5

GLAS, SLUŠANJE I KONTROLA RAZGOVORA

U telefonskom pozivu glas je jedan od glavnih radnih alata dispečera. Dispečer ne može koristiti neverbalne znakove, ne vidi pacijenta i ne može pogledom usmjeriti pozivatelja. Zato način govora, tempo, jasnoća, slušanje i sposobnost kontrole razgovora izravno utječu na tijek komunikacije. Glas nije pitanje osobnog stila, nego sredstvo kojim dispečer vodi komunikaciju prema potrebnom podatku ili radnji. Aktivno slušanje ne znači pasivno slušati sve što pozivatelj govori, nego prepoznati važne podatke, proturječja, promjene stanja i komunikacijske zapreke (11,20,21,39).

5.1. Glas kao alat u vođenju komunikacije

U telefonskom razgovoru glas medicinskog dispečera posebno je važan jer izostaju vizualni znakovi neposredne komunikacije. Pozivatelj ne vidi dispečera, ne vidi njegov izraz lica, držanje tijela ni neverbalne znakove smirenosti. Pozivatelj dojam o prisutnosti i načinu komunikacije dispečera stvara kroz glas, riječi, ritam pitanja i način na koji dispečer vodi razgovor (20,34).

Glas u MPDJ-u nije ukras komunikacije. Glas je radni alat kojim dispečer uspostavlja kontakt, smanjuje šum, održava strukturu poziva i vodi komunikaciju prema potrebnom podatku ili radnji. Pozivatelj koji je u strahu, panici ili ljutnji često ne može odmah obraditi složenu rečenicu. Dispečer zato mora govoriti jasno, dovoljno kratko i dovoljno odlučno da pozivatelj razumije što sada treba učiniti.

Smiren glas ne znači spor, pasivan ili neodlučan govor. Smiren glas znači da dispečer ne pojačava kaos u pozivu. Dispečer može govoriti mirno, jasno i odlučno bez vikanja. Kada je potrebna neposredna radnja, način govora treba biti odlučan, ali ne grub. Pozivatelj mora čuti da dispečer vodi razgovor, ali i da ga sluša.

Prebrz govor povećava mogućnost nerazumijevanja. Pozivatelj može propustiti ključnu riječ, osobito kada istodobno gleda pacijenta, pokušava nešto učiniti, sluša druge osobe u prostoru ili se boji ishoda. Prespor govor može stvoriti dojam nesigurnosti ili nepotrebnog odgađanja. Tempo treba prilagoditi zadatku: pitanje treba biti kratko, uputa izgovorena jasno i postupno, a provjera izvršenja dovoljno jasna da pozivatelj može odgovoriti bez dodatnog tumačenja.

Pauza u hitnom pozivu može biti korisna samo ako ima funkciju. Kratka pauza može pozivatelju dati prostor da pogleda, provjeri, posluša disanje ili izvrši uputu. Pauza može pomoći dispečeru da prekine preklapanje glasova i vrati razgovor na jedno pitanje. Duga, neobjašnjena ili neproduktivna tišina može zvučati kao nesigurnost, gubitak kontrole ili tehnički zastoj. Dispečer zato ne bi trebao šutjeti bez razloga u trenutku kada pozivatelj očekuje daljnju uputu ili odgovor.

Intonacija treba podupirati sadržaj rečenice. Pitanje mora zvučati kao pitanje, a uputa kao uputa. Rečenica „Sada stavite telefon na zvučnik.“ ne bi trebala zvučati kao neodlučna mogućnost. Rečenica „Diše li normalno?“ treba pozivatelja usmjeriti na provjeru, a ne na brz odgovor bez provjeravanja. Dispečer mora izgovarati ključne riječi tako da pozivatelj razumije gdje je fokus: sada, normalno, glasno, pogledajte, ostanite, ne prilazite.

Glas koji je povišen, nestrpljiv ili sarkastičan može brzo narušiti suradnju. Pozivatelj može prestati odgovarati, početi se braniti, vikati ili se usmjeriti na sukob s dispečerom umjesto na pacijenta. Glas koji je previše blag i neodlučan može stvoriti drugi problem: pozivatelj ne shvaća hitnost radnje ili misli da ima prostora za raspravu. Profesionalni glas u MPDJ-u nalazi se između ta dva rizika: dovoljno miran da ne pojača paniku, dovoljno čvrst da vodi postupak.

Način govora ne treba prikazivati kao precizno pravilo prema kojem određeni tempo, intonacija ili glasnoća imaju isti učinak u svakom pozivu. Istraživanja iz područja hitnog dispečerstva i telefonske trijaže snažnije podupiru važnost jasnih formulacija, kratkih pitanja, sekvencijalnih uputa i provjere razumijevanja nego izolirani učinak pojedinih akustičkih obilježja glasa (11,20). Način govora ipak ostaje važan jer može utjecati na to kako pozivatelj doživljava jasnoću, prisutnost i odlučnost dispečera.

Dispečer treba razvijati sposobnost slušanja vlastitog glasa. Snimke poziva mogu pokazati govori li dispečer prebrzo, prekida li pozivatelja prerano, mijenja li ton kada je pod pritiskom, zvuči li obrambeno kod ljutitog pozivatelja ili ne označava jasno prijelaz s pitanja na uputu. Analiza vlastitog načina govora može biti dio profesionalnog razvoja komunikacijskih vještina.

5.2. Aktivno slušanje u MPDJ-u

Slušanje u MPDJ-u nije pasivno čekanje da pozivatelj završi rečenicu. Aktivno slušanje u hitnom medicinskom pozivu znači ciljano prepoznavanje podataka, rizika, nejasnih izraza, kontradikcija, pozadinskih zvukova i promjena stanja. Dispečer sluša ono što pozivatelj govori, ali prepoznaje i nejasnoće, nedosljednosti i druge znakove koji zahtijevaju dodatno razjašnjavanje (39,43,44).

Pozivatelj često započinje poziv opisom koji je emocionalno, a ne medicinski strukturiran. U opisu se mogu miješati raniji događaji, trenutačno stanje, pretpostavke, komentari drugih osoba i strah od ishoda. Dispečer mora dopustiti dovoljno prostora da se čuje osnovni razlog poziva, ali ne smije dopustiti da opširno izlaganje odgodi pitanja važna za daljnje postupanje. Aktivno slušanje zato nije suprotnost vođenju razgovora, nego omogućuje njegovo bolje usmjeravanje.

Slušanje sadržaja usmjereno je na ono što se dogodilo i što se sada događa. Dispečer mora izdvojiti lokaciju, glavni problem, stanje pacijenta, prisutne osobe, sigurnost mjesta događaja i promjene tijekom poziva. Pozivatelj može dati te podatke neuredno. Dispečer ih mora prepoznati, provjeriti i po potrebi vratiti u jasan redoslijed.

Slušanje značenja usmjereno je na laičke izraze. Rečenica „On hrče.“ može opisivati spavanje, ali može opisivati i abnormalno disanje kod osobe koja ne reagira. Rečenica „Nije svoj.“ može značiti smetenost, moždani udar, hipoglikemiju, intoksikaciju, sinkopu ili postiktalno stanje. Rečenica „Samo se srušio.“ ne objašnjava svijest ni disanje. Dispečer ne smije takve izraze odbaciti kao neprecizne, nego ih mora razjasniti dodatnim, konkretnim pitanjima.

Prepoznavanje emocionalnog stanja pomaže dispečeru prilagoditi način komunikacije. Uplašenom ili paničnom pozivatelju mogu pomoći kratke i jasne rečenice te usmjeravanje prema prvom potrebnom pitanju ili radnji, dok je kod ljutitog pozivatelja važno ne ulaziti u sukob, nego razgovor vraćati na pacijenta i potrebne podatke. Pozivatelj koji plače može trebati kraća pitanja i više provjere razumijevanja. Emocionalno stanje samo po sebi ne mijenja kriterij, ali može utjecati na mogućnost dobivanja kriterijskih relevantnog podatka.

Pozadinski zvukovi mogu upozoriti na okolnosti koje pozivatelj nije naveo. Dispečer može čuti hroptanje, otežano disanje, plač djeteta, tišinu nakon pada, viku više osoba, promet, sirene, pucanje, prijetnje, lavež, buku strojeva, vodu, dimni alarm ili paniku u prostoru. Pozadinski zvuk nije dovoljan za zaključak, ali može biti razlog za dodatno pitanje. Dispečer ne bi trebao zanemariti ono što čuje samo zato što pozivatelj nije to sam naveo.

Prepoznavanje proturječnih podataka važan je dio aktivnog slušanja. Pozivatelj može reći da je pacijent dobro, a zatim navesti da ne odgovara. Pozivatelj može reći da pacijent diše, a zatim opisati rijetke i hroptave udahe. Pozivatelj može reći da na mjestu događaja nema opasnosti, dok se u pozadini čuje prijetnja. Dispečer mora zaustaviti takav nesklad i razjasniti ga: „Samo da provjerimo, rekli ste da odgovara, ali sada kažete da ne govori. Što se događa sada?“

Aktivno slušanje uključuje i prepoznavanje promjena tijekom poziva. Poziv nije statičan. Pacijent može prestati reagirati, disanje se može promijeniti, krvarenje se može pojačati, pozivatelj može izgubiti kontrolu nad situacijom, a sigurnost mjesta događaja može se pogoršati. Dispečer mora tijekom razgovora prepoznati promjenu i vratiti se na prethodno provjerene podatke ako se pojavi novi rizik.

Kratke potvrde mogu održati kontakt s pozivateljem, ali ne smiju zamijeniti pitanja. Izrazi poput „dobro“, „čujem vas“, „nastavite“, „razumijem“ korisni su kada pozivatelj daje važan podatak ili izvršava uputu. Prečesto umetanje takvih izraza može smetati, osobito ako prekida opis ili stvara dojam da je dispečer razumio i ono što nije razjašnjeno. Takve potvrde treba koristiti odmjereno.

Parafraziranje ima mjesto kada treba provjeriti zajedničko razumijevanje. Dispečer može reći: „Znači, pacijent je pao, sada ne odgovara i disanje vam izgleda nepravilno.“ Takva rečenica pomaže provjeriti ključne podatke, ali ne smije postati duga rekapitulacija. Parafraziranje u hitnom pozivu treba biti kratko i usmjereno na ključne podatke.

Reflektiranje emocije ima mjesto samo kada pomaže nastavku postupka. Rečenica „Čujem da ste uplašeni.“ može pomoći održati suradnju ako odmah slijedi usmjerenje: „Sada mi odgovorite na jedno pitanje.“ Reflektiranje koje se pretvori u razgovor o osjećajima može odgoditi prikupljanje podataka ili izvršenje upute. MPDJ nije mjesto za psihološko savjetovanje, iako dispečer mora komunicirati humano i profesionalno.

Dispečer mora biti svjestan i vlastitih pretpostavki te ih tijekom razgovora provjeravati. Iskusan dispečer brzo prepoznaje obrasce, ali iskustvo može dovesti i do preuranjenog zaključka. Poziv koji zvuči kao „uobičajena slabost“ može sadržavati znakove moždanog udara, sepse, poremećaja svijesti ili srčanog zastoja. Poziv koji zvuči kao panika može skrivati stvarnu životnu ugroženost. Aktivno slušanje zahtijeva stalnu provjeru, a ne oslanjanje samo na prvi dojam.

5.3. Kontrola razgovora bez gubitka suradnje

Kontrola razgovora u MPDJ-u znači da dispečer vodi tijekom poziva prema stručnom cilju. Kontrola ne znači dominaciju nad pozivateljem, prekidanje iz nestrpljenja ni zanemarivanje njegova straha. Kontrola znači održavanje strukture, smanjenje komunikacijskog šuma, zaustavljanje digresija, usmjeravanje pozivatelja prema potrebnim podacima i prelazak na radnju kada je ona potrebna (11,20–22).

Pozivatelj pod stresom često ne zna koji je podatak važan. Pozivatelj može govoriti o ranijim bolestima, obiteljskim odnosima, čekanju, ljutnji na sustav, prethodnim pregledima ili vlastitom strahu. Dio tih podataka može biti koristan, ali rana faza poziva traži prioritet: lokacija, glavni problem, stanje svijesti, disanje, sigurnost mjesta događaja i potreba za uputom. Dispečer mora znati prekinuti sporedni tijek bez stvaranja sukoba.

Kada je prekidanje potrebno, treba biti kratko i po mogućnosti obrazloženo. Rečenica „Prekinut ću vas jer prvo moram provjeriti diše li normalno.“ pokazuje razlog prekida i usmjerava pozivatelja na zadatak. Rečenica „Nemojte sad to.“ može zvučati odbacujuće. Razlika nije samo stilska. Objašnjenje razloga prekida može pomoći očuvanju suradnje i vratiti razgovor na potreban podatak ili radnju.

Kontrola razgovora posebno je važna kada govori više osoba. Istodobni govor više osoba povećava mogućnost preklapanja i proturječnih informacija te otežava utvrđivanje tko daje podatke. Dispečer treba odrediti jednu osobu s kojom će voditi razgovor. Korisna formulacija glasi: „Sada mi govori samo osoba koja je uz pacijenta.“ Ako osoba koja drži telefon nije uz pacijenta, dispečer treba zatražiti prijenos telefona ili kratku posredovanu provjeru. Cilj nije utišati druge osobe, nego dobiti podatke od osobe koja ih može neposredno provjeriti.

Pozivatelj koji stalno ponavlja „pošaljite hitnu“ zahtijeva potvrdu i preusmjerenje. Dispečer ne treba ulaziti u raspravu o tome zašto se postavljaju pitanja. Kratka rečenica može biti dovoljna: „Razumijem. Sada mi recite diše li normalno.“ Takva formulacija priznaje zahtjev pozivatelja i vraća razgovor na kriterijski relevantan podatak.

Pozivatelj koji više ili je izrazito uznemiren može teže pratiti dulje objašnjenje. Dispečer treba smanjiti duljinu rečenice i pojačati strukturu, ne glasnoću, npr. „Slušajte me. Sada samo jedno pitanje.“ Nakon toga slijedi konkretno pitanje. Način govora može biti odlučniji, ali ne smije prijeći u nadvikivanje. Nadvikivanje može pretvoriti poziv u sukob, a ne u suradnju.

Pozivatelj koji šuti ili plače zahtijeva drukčiju kontrolu. Dispečer ne može dobiti podatak ako pozivatelj nije u stanju odgovoriti. Može pomoći kratka i jasna rečenica: „Ostanite sa mnom. Recite samo da ili ne.“ Ako pozivatelj i dalje ne može odgovoriti, dispečer treba tražiti drugu

osobu ili pitanje prilagoditi tako da pozivatelj može dati što jednostavniji odgovor. Kontrola razgovora tada znači prilagoditi složenost pitanja i način traženja odgovora, a ne povećavati pritisak na pozivatelja.

Poziv u kojem postoji jezična prepreka traži kratke rečenice, jednostavne riječi i provjeru odgovora. Dispečer treba izbjegavati složene gramatičke konstrukcije, sinonime i apstraktne pojmove. Pitanja trebaju biti jednostavna: „Koja je adresa?“, „Je li pacijent budan?“, „Diše li normalno?“, „Krvari li jako?“ Takav način govora nije neprofesionalan, nego prilagođava komunikaciju mogućnosti razumijevanja pozivatelja.

Kontrola razgovora ne smije prikriti nesigurnost podatka. Ako pozivatelj nije uz pacijenta, ne može provjeriti disanje, ne razumije pitanje ili prenosi informaciju druge osobe, dispečer mora prepoznati ograničenje pouzdanosti podatka i, kada je relevantno, prenijeti ga timu. Preciznije je dokumentirati da pozivatelj „ne vidi pacijenta“ ili „prenosi informaciju druge osobe“, nego takav podatak prikazati kao neposredno provjeren.

Dispečer mora održavati suradnju s pozivateljem jer su ona i jasna kontrola razgovora međusobno povezane. Profesionalna komunikacija u MPDJ-u zahtijeva dovoljno suradnje da bi pozivatelj mogao dati potrebne podatke i provesti upute te dovoljno kontrole da razgovor ostane usmjeren prema stručnom cilju.

Prije završetka razgovora potrebno je provjeriti jesu li razjašnjeni ključni podatci, jesu li potrebne upute dane i provjerene te zna li pozivatelj što treba dalje činiti. Završetak ne smije biti nagli prekid nakon administrativnog prikupljanja podataka. Prije završetka razgovora pozivatelju treba biti jasno što treba činiti i pratiti, treba li ostati na liniji te kada se ponovno javiti. Glas, aktivno slušanje i kontrola razgovora kao povezane sastavnice vođenja komunikacije u MPDJ-u sažeto su prikazani na Slici 5.



Slika 5. Glas, aktivno slušanje i kontrola razgovora u MPDJ-u

6

VOĐENJE POZIVATELJA POD EMOCIONALNIM I KOMUNIKACIJSKIM OPTEREĆENJEM

Hitni poziv često se odvija u okolnostima straha, panike, ljutnje, plača, šoka, nepovjerenja ili nerazumijevanja. Takvo emocionalno i komunikacijsko opterećenje može usporiti prikupljanje podataka, otežati izvršenje upute i povećati rizik pogrešnog razumijevanja. Dispečer ne vodi pozivatelja radi emocionalnog savjetovanja, nego kako bi se stručni postupak mogao nastaviti. Komunikacijske zapreke treba prepoznati, suradnju održati ili ponovno uspostaviti, a pozivatelja usmjeriti prema potrebnjoj radnji bez manipulacije, lažnog umirivanja ili prekoračenja stručnih granica (34,44–46).

6.1. Utjecaj emocionalnog stanja pozivatelja na tijek komunikacije

Pozivatelj u hitnom medicinskom pozivu rijetko govori iz neutralne situacije. Strah, panika, ljutnja, plač, šok, krivnja ili nepovjerenje mogu promijeniti način na koji pozivatelj čuje pitanje, razumije uputu, opisuje pacijenta i izvršava radnju. Emocionalno stanje pozivatelja nije sporedna okolnost jer može utjecati na brzinu dolaska do ključnog podatka, točnost odgovora, mogućnost provjere disanja, provedbu telefonske upute i održavanje suradnje do dolaska tima HMS-a (34,38,41).

Medicinski dispečer ne vodi psihološko savjetovanje. Zadaća dispečera nije dugotrajno emocionalno rasterećenje pozivatelja, nego uspostavljanje dovoljno stabilne komunikacije da se mogu prikupiti potrebni podatci i provesti nužne radnje. Kratko priznavanje emocije ima smisla samo ako vraća razgovor prema stručnom cilju. Rečenica „Čujem da ste uplašeni.“ nije cilj sama po sebi. Nakon nje mora slijediti konkretno pitanje ili potrebna radnja: „Sada mi recite diše li normalno.“

Strah se u hitnom pozivu može očitovati ubrzanim govorom, nesigurnošću, pitanjima o ishodu, ponavljanjem iste informacije ili oklijevanjem prije izvršenja upute. Uplašenom pozivatelju obično više pomaže jasna prva radnja nego dugo objašnjenje. Dispečer može reći: „Ostanite uz pacijenta. Sada mi odgovorite na jedno pitanje.“ Takva formulacija pojednostavljuje ono što se od pozivatelja u tom trenutku traži.

Panika može dodatno otežati komunikaciju. Paničan pozivatelj često više, plače, govori isprekidano, ne čuje pitanje ili odgovara na ono što ga se nije pitalo. Dispečer tada treba jasnije usmjeravati tijekom razgovora. Način govora treba biti miran i odlučan, rečenice kraće, a pitanje po potrebi ponovljeno bez dodatnog objašnjavanja. Korisna formulacija glasi: „Stanite. Recite mi samo: reagira li?“ Ako pozivatelj ne može odgovoriti, dispečer može dodatno pojednostaviti: „Da ili ne – otvara li oči?“ Cilj nije smiriti pozivatelja općenito, nego dobiti jedan ključni podatak.

Ljutnja se često pojavljuje kada pozivatelj smatra da pomoć kasni, da dispečer postavlja „previše pitanja“ ili da pomoć ne dolazi dovoljno brzo. Ljutiti pozivatelj može napadati dispečera, prekidati pitanja ili ponavljati zahtjev za slanjem tima. Dispečer ne treba ulaziti u opširno opravdavanje postupka. Profesionalni odgovor treba kratko priznati zahtjev i odmah vratiti razgovor na pacijenta i potrebne podatke: „Razumijem. Sada moram znati može li pacijent govoriti.“ Dulja rasprava o opravdanosti pitanja može odgoditi dobivanje potrebnog podatka i otežati suradnju.

Plač i šok mogu otežati praćenje složene upute. Dispečer tada treba smanjiti duljinu rečenice i tražiti odgovore koje pozivatelj može dati, npr. „Recite mi gdje ste.“, „Jeste li uz pacijenta?“ „Diše li normalno?“ Ako pozivatelj ne može govoriti, dispečer mora pokušati uključiti drugu osobu ili pokušati dobiti podatke nužne za nastavak postupanja. Ako pozivatelj zbog izrazite uznemirenosti ne može odgovoriti, dodatni pritisak može još više otežati dobivanje potrebnog podatka.

Osjećaj krivnje može se pojaviti kada pozivatelj misli da je zakasnio, učinio nešto pogrešno ili nije znao pomoći. Dispečer ne treba ulaziti u procjenu krivnje. Korisniji je prijelaz na radnju: „Sada je važno što ćemo napraviti od ovog trenutka.“ Takva rečenica ne obećava ishod i ne umanjuje težinu situacije. Takva rečenica usmjerava pozivatelja na ono što sada može učiniti.

Otežana suradnja može imati različite uzroke. Pozivatelj može otežano surađivati jer je u panici, ne razumije pitanje, ne vjeruje službi, fizički ne može provesti uputu, nije uz pacijenta, boji se prići, postoji opasnost na mjestu događaja ili je pod utjecajem alkohola ili drugih sredstava. Dispečer ne bi smio odmah zaključiti da pozivatelj „ne želi surađivati“. Potrebno je najprije utvrditi prepreku: „Što vas sada sprječava da pridete pacijentu?“ ili „Ne možete prići, ne razumijete što trebate učiniti ili postoji opasnost?“ Razlog nesuradnje određuje sljedeći komunikacijski potez.

Pozivatelj koji traži samo dolazak tima ne mora biti protiv pitanja, nego možda ne razumije njihovu svrhu. Dispečer treba izbjeći nadmetanje. Korisna struktura ima tri dijela: potvrda, razlog, povratak na pitanje, npr. „Razumijem da želite da pomoć što prije stigne. Ovo pitanje mi je potrebno da odredim što trebamo učiniti dalje. Sada mi recite diše li normalno.“ Takva formulacija priznaje zahtjev pozivatelja, kratko objašnjava svrhu pitanja i vraća razgovor na potreban podatak.

Prilagodba komunikacije emocionalnom stanju pozivatelja ne smije zamijeniti postupanje prema Hrvatskom indeksu. Strah, panika ili ljutnja nisu kriterij sami po sebi. Emocionalno stanje može otežati dobivanje kriterijski relevantnog podatka, ali ne smije zamijeniti podatak o stanju svijesti, disanju, krvarenju, boli, neurološkom ispadu, ozljedi ili sigurnosti mjesta događaja. Emocionalnom stanju pozivatelja treba prilagoditi komunikaciju samo onoliko koliko je potrebno da bi se održala suradnja i nastavilo postupanje prema Hrvatskom indeksu.

6.2. Persuazivno vođenje bez manipulacije

Persuazivno vođenje u MPDJ-u označava profesionalno usmjeravanje pozivatelja prema radnji koja je potrebna, izvediva i utemeljena u stručnom okviru. Persuazija u tom smislu nije nagovaranje radi interesa dispečera, nego etički prihvatljivo uvjeravanje i usmjeravanje pozivatelja prema suradnji ili potrebnoj radnji, osobito kada strah, neodlučnost ili otpor otežavaju postupanje. Takvo vođenje mora biti otvoreno, ograničeno na ono što je potrebno u konkretnoj situaciji i bez obmane ili nepotrebnog pritiska (23–25,47).

Dispečer može koristiti odlučne formulacije kada je radnja potrebna i utemeljena u važećem stručnom okviru. Rečenica „Sada ćete mi pomoći da provjerimo disanje.“ jasnije usmjerava pozivatelja na neposrednu radnju od neodređene formulacije „Možete li možda provjeriti disanje?“ Izravna formulacija jasno pokazuje da se od pozivatelja traži konkretna radnja. Kada je potrebna neposredna radnja, neodređena formulacija ili traženje izbora može odgoditi njezino izvršenje, dok jasna i izravna uputa pozivatelju pokazuje što treba učiniti (12,34).

Persuazivno vođenje ne smije prijeći u manipulaciju. Manipulativnim postupanjem može se smatrati obmanjivanje pozivatelja, prikrivanje važne informacije, davanje lažnog obećanja, iskorištavanje njegove ranjivosti ili pritisak prema radnji koja nije utemeljena u važećem stručnom okviru. Rečenica „Sve će biti dobro.“ nije prihvatljiva jer dispečer ne zna ishod. Ako je tim doista upućen, dispečer može reći: „Pomoć je upućena, a sada je važno da napravite sljedeći korak.“ Takva formulacija daje jasnu informaciju o trenutačnom statusu bez obećavanja ishoda (23,24,36,48).

Pozivatelju koji se boji započeti potrebnu radnju treba je podijeliti na pojedinačne, izvedive korake. Umjesto opće formulacije „Morate mu pomoći dok ne dođe hitna.“, dispečer može započeti konkretnim prvim korakom: „Sada prvo stavite telefon na zvučnik.“ Nakon što pozivatelj izvrši prvi korak, slijedi sljedeći. Dispečer time ne umanjuje ozbiljnost situacije, nego pozivatelju omogućuje da potrebnu radnju provodi korak po korak.

Pozivatelj koji kaže „ne znam ja to“ često ne odbija pomoć, nego izražava strah od pogreške. Dispečer može odgovoriti: „Ne morate znati unaprijed. Ja ću reći jedan korak, vi ćete ga napraviti.“ Takva formulacija pozivatelju jasno pokazuje da će upute dobivati korak po korak i da ne mora unaprijed znati cijeli postupak. Osjećaj korisnosti može povećati suradnju, osobito kada pozivatelj osjeća nemoć.

Ponavljajući zahtjev koristan je kada pozivatelj zbog panike ili otpora izbjegava ključnu radnju. Dispečer tada ne mora stalno mijenjati rečenicu. Nije potrebno svaki put mijenjati formulaciju. Primjerice: „Sada pogledajte diše li normalno.“ Ako pozivatelj govori nešto drugo, dispečer se vraća istom zadatku: „Razumijem, ali sada mi treba odgovor diše li normalno.“ Ponavljanje nije tvrdoglavost ako je zahtjev opravdan i nužan za daljnji postupak.

Preusmjeravanje je potrebno kada pozivatelj odlazi u sporedne teme. Pozivatelj može govoriti o ranijim nalazima, obiteljskim odnosima, tome tko je kriv ili zašto se stanje dogodilo. Dispečer treba kratko priznati informaciju i vratiti razgovor na sadašnje stanje: „Taj podatak može biti važan za tim. Sada mi recite može li pacijent govoriti cijelu rečenicu.“ Takav odgovor priznaje informaciju, ali razgovor vraća na trenutačno stanje pacijenta i potreban podatak.

Strah ili panika mogu kod pozivatelja izazvati sumnju u vlastitu sposobnost da pomogne. Dispečer tada može kratko priznati njegovu emocionalnu reakciju i odmah ga usmjeriti prema sljedećoj radnji. Rečenica „Razumijem da ste uplašeni.“ može biti korisna samo ako odmah slijedi radnja: „Sada ćemo napraviti prvi korak.“ Takvo priznavanje emocionalne reakcije ne smije umanjiti ozbiljnost stanja. Dispečer ne govori da je stanje „normalno“, nego da je emocionalna reakcija razumljiva.

Davanje izbora treba koristiti oprezno. Izbor može pomoći kada postoje dvije jednako prihvatljive mogućnosti, primjerice tko će otvoriti vrata ili tko će dočekati tim. Izbor nije prikladan kada je prema važećem stručnom okviru potrebna konkretna radnja. Rečenica „Hoćete li provjeriti disanje?“ može oslabiti izvršenje. Jasnije je: „Sada provjerite disanje.“ Izbor se može ponuditi oko organizacije prisutnih osoba kada postoji više prihvatljivih mogućnosti, ali ne kao zamjena za potrebnu uputu.

Persuazivno vođenje posebno je osjetljivo kada pozivatelj odbija uputu. Dispečer treba najprije utvrditi razlog odbijanja. Pozivatelj može reći: „Ne mogu.“ Dispečer treba razjasniti: „Ne možete prići, ne razumijete ili se bojite?“ Ako je prepreka strah, koristi se vođenje korak po korak. Ako je prepreka fizička nemogućnost, traži se druga osoba. Ako je prepreka nesigurno mjesto događaja, uputa se ne forsira. Ako je prepreka nerazumijevanje, pitanje se pojednostavljuje.

Pozivatelj koji nije uz pacijenta ne može izvršiti uputu namijenjenu osobi uz pacijenta. Dispečer ga ne smije voditi kao da vidi pacijenta. Persuazivna tehnika tada nije „nagovoriti ga da odgovori“, nego uspostavljanje kontakta s osobom koja je uz pacijenta: „Dajte telefon osobi koja je sada uz pacijenta.“ Kada prijenos telefona nije moguć, posredniku se daju kratka i jasna pitanja koja može prenijeti osobi uz pacijenta. Ograničenje pouzdanosti podatka treba biti jasno iz dokumentacije i informacije koja se prenosi timu HMS-a.

Pozivatelj u javnom prostoru često nije jedina osoba koja može pomoći. Dispečer može prisutne osobe usmjeriti prema različitim zadacima, pritom zadržavajući jednu osobu kao glavnog sugovornika. Primjerice: „Vi ostanite sa mnom na telefonu. Zamolite nekoga da otključa ulaz i dočeka tim.“ Takvo vođenje zahtijeva jasne i kratke rečenice. Usmjeravanje više osoba ne smije dodatno otežati komunikaciju. Dispečer pritom treba zadržati jednu osobu kao glavnog sugovornika.

Persuazivno vođenje mora biti usklađeno s Hrvatskim indeksom. Dispečer ne koristi uvjeravanje da bi preskočio pitanje, zaobišao kriterij ili nametnuo vlastitu interpretaciju. Dispečer koristi uvjeravanje kako bi dobio potreban podatak, održao suradnju, potaknuo provedbu potrebne upute ili provjerio njezino izvršenje. Granica je jasna: vođenje komunikacije može povećati suradnju, ali ne smije promijeniti stručni sadržaj postupanja.

6.3. Otežana suradnja i minimalni cilj komunikacije

Otežana suradnja nastaje kada pozivatelj ne može, ne zna, ne želi ili ne smije sudjelovati u razgovoru na način koji bi bio potreban za uobičajen tijek poziva. Dispečer tada mora odrediti minimalni cilj

komunikacije. Minimalni cilj nije sniženje stručnog standarda, nego prilagodba realnim uvjetima. U uobičajenom tijeku poziva dispečer dobiva jasne odgovore, vodi uputu i provjerava izvršenje. U otežanom tijeku možda će biti moguće dobiti samo dio potrebnih podataka, primjerice lokaciju, osnovni problem, podatke o stanju pacijenta i opasnosti na mjestu događaja (11,34,38,49).

Ograničenje suradnje može proizlaziti iz različitih komunikacijskih, funkcionalnih, tehničkih i sigurnosnih okolnosti. Dispečer tada prilagođava složenost pitanja, način traženja odgovora i opseg komunikacije onome što je u konkretnim okolnostima moguće pouzdano utvrditi, uz postupanje prema Hrvatskom indeksu i očuvanje sigurnosti. Prilagodba komunikacije povezana s jezikom, dobi, razumijevanjem, sluhom, govorom, pristupom pacijentu i sigurnošću mjesta događaja detaljnije je obrađena u poglavlju 10.

Više sugovornika stvara komunikacijski šum. Dispečer treba što prije odrediti glavnog sugovornika. Kada je moguće, to treba biti osoba koja je uz pacijenta, koja može neposredno provjeriti njegovo stanje i provesti uputu. Ako osoba na telefonu nije uz pacijenta, dispečer treba zatražiti prijenos telefona. Ako prijenos telefona nije moguć, pozivatelj može posredovati u komunikaciji, uz ograničenje da se informacija tijekom prijenosa može izgubiti ili promijeniti.

Pozivatelj pod utjecajem alkohola ili drugih sredstava može davati nepouz dane, proturječne ili emocionalno obojene informacije. Dispečer ne treba komentirati stanje pozivatelja osim ako je relevantno za sigurnost. Pitanja trebaju biti kraća, provjere češće, a podatci oprezno interpretirani. Ako postoji druga osoba na lokaciji, dispečer treba pokušati razgovarati s njom. Ograničenja pouzdanosti podataka treba uzeti u obzir pri prijenosu informacije timu HMS-a.

Ograničenja u prikupljanju podataka treba jasno dokumentirati. Ako dispečer nije mogao dobiti podatak o disanju jer pozivatelj nije uz pacijenta, zapis treba jasno pokazati da podatak nije neposredno provjeren. Ako pozivatelj nije mogao izvršiti uputu zbog opasnosti na mjestu događaja, zapis treba sadržavati razlog. Ako je informacija posredovana preko treće osobe, zapis treba naznačiti posredovanje. Neprovjereni podatak ne smije se prikazati kao pouzdano utvrđen.

Otežana suradnja zahtijeva profesionalnu smirenost, ali i odlučnost. Dispečer mora prihvatiti da u nekim pozivima neće biti moguće ostvariti uobičajenu strukturu razgovora. Profesionalnost se tada ne mjeri time je li poziv savršeno vođen, nego je li dispečer u postojećim okolnostima prikupio najvažnije dostupne podatke, zaštitio pozivatelja, postupao prema Hrvatskom indeksu te timu HMS-a prenio relevantna ograničenja u dostupnim informacijama.

Komunikacija pod opterećenjem završava istim pravilom kao i svaki drugi hitni poziv: dispečer ne smije zamijeniti stručni okvir osobnim dojmom, ali mora znati prilagoditi jezik stvarnom čovjeku na drugoj strani linije. Pozivatelj može biti u panici, ljutit, nejasan, ograničen, udaljen od pacijenta ili izložen opasnosti. Zadaća MPDJ-a ostaje ista: dobiti potreban podatak, voditi komunikaciju s pozivateljem unutar stručnih granica, voditi računa o sigurnosti i omogućiti pravodobno daljnje postupanje (10,21,22).



7

TELEFONSKE UPUTE: OD PROTOKOLA DO PROVEDIVE RADNJE

Telefonska uputa jedan je od najosjetljivijih oblika komunikacije u MPDJ-u. Dispečer tada ne prikuplja samo podatke, nego pozivatelja vodi kroz radnju koju pozivatelj možda ne poznaje, ne razumije ili se boji izvršiti. Sadržaj upute mora ostati utemeljen na Hrvatskom indeksu, važećim protokolima, kompetencijama i ovlastima dispečera. Komunikacijska zadaća dispečera jest taj sadržaj oblikovati tako da bude kratak, jasan, provediv i provjerljiv. Oblikovanje telefonske upute zahtijeva jasno razlikovanje komunikacijske formulacije od stručnog sadržaja upute (12,16,33,35).

7.1. Telefonska uputa kao radnja na daljinu

Telefonska uputa u MPDJ-u posebna je vrsta komunikacije jer dispečer ne daje samo informaciju, nego vodi pozivatelja prema konkretnoj radnji. Pozivatelj često nema stručno znanje ni iskustvo u provođenju radnje koju treba izvršiti, ne nalazi se u kontroliranim uvjetima i može je izvoditi prvi put. Dispečer pritom nema vizualni nadzor nad izvedbom i mora se osloniti na glas, opis, potvrdu pozivatelja i povratne informacije iz razgovora (12,38,42).

Uputa se razlikuje od savjeta. Savjet može sadržavati preporuku ili objašnjenje. Uputa traži izvršenje određene radnje u određenom trenutku. U hitnom medicinskom pozivu ta razlika nije samo jezična. Pozivatelj koji čuje savjet može pomisliti da ima prostor za odgodu, procjenu ili izbor. Pozivatelj koji čuje jasnu uputu lakše razumije da se od njega očekuje neposredna radnja.

Sadržaj telefonske upute mora biti u skladu s Hrvatskim indeksom, važećim protokolima i stručnim okvirom rada MPDJ-a. Komunikacijska vještina dispečera određuje kako će uputa biti izrečena, ali ne daje mu ovlast da uvodi radnje izvan važećeg stručnog okvira. Dispečer može uputu izgovoriti kraće, jasnije, razumljivije i podijeliti je na pojedinačne korake. Dispečer ne smije mijenjati stručni sadržaj upute, dodavati radnje koje nisu predviđene ili izostaviti bitan sigurnosni uvjet (3,4).

Telefonska uputa mora biti kratka jer pozivatelj u stresu teško pamti više elemenata. Pravilo „jedna uputa – jedna radnja“ jedno je od temeljnih pravila davanja telefonskih uputa. Rečenica koja sadrži tri ili četiri zahtjeva povećava mogućnost da pozivatelj izvrši samo prvi ili zadnji dio, a ostalo previdi. Dispečer treba postupak podijeliti na pojedinačne, izvedive korake i nakon važnih koraka provjeriti izvršenje.

Nije dobro više radnji spojiti u jednu uputu: „Stavite telefon na zvučnik, provjerite diše li i neka netko otvori vrata.“ Jasniji slijed glasi: „Stavite telefon na zvučnik.“ Nakon potvrde slijedi: „Sada pogledajte diše li normalno.“ Nakon toga: „Ako je netko uz vas, neka otključa vrata timu.“ Dispečer time ne usporava postupak, nego smanjuje rizik da se radnja ne izvrši ili da se izvrši pogrešno.

Uputa treba biti jasna i izravna te sadržavati glagol koji označava potrebnu radnju. Glagoli poput „stavite“, „pogledajte“, „pritisnite“, „držite“, „okrenite“, „maknite se“, „ostanite“, „otključajte“ i „recite“ daju pozivatelju jasnu sliku radnje. Neodređene formulacije poput „probajte“, „možda biste mogli“, „bilo bi dobro“ ili „ako možete“ treba izbjegavati kada je potrebna jasna i neposredna uputa. Kada je radnja potrebna i može se provesti bez dodatnog ugrožavanja pozivatelja, uputa treba biti izravna.

Riječ „sada“ može jasno označiti prijelaz na neposrednu radnju, npr. „Sada stavite telefon na zvučnik.“ „Sada pogledajte prsa.“ „Sada mi recite diše li normalno.“ Riječ usmjerava pozornost na trenutačni zadatak i može pomoći vratiti razgovor s opširnog izlaganja ili rasprave na potrebnu radnju. Prečesta uporaba riječi „sada“ može izgubiti učinak, ali kod prijelaza s pitanja na radnju izraz je koristan jer jasno označava početak izvršenja.

Telefonska uputa mora biti izvediva u stvarnim uvjetima pozivatelja. Dispečer mora znati je li pozivatelj uz pacijenta, može li mu fizički prići, je li sam, je li uključen zvučnik na telefonu, postoji li opasnost na mjestu događaja te može li razumjeti i provesti uputu. Uputa koja je stručna, ali neizvediva

u okolnostima poziva, neće pomoći pacijentu. Prije davanja složenije upute dispečer zato mora utvrditi može li je pozivatelj u postojećim okolnostima razumjeti i provesti.

Pozivatelj koji nije uz pacijenta ne može provoditi uputu kao da stoji pokraj pacijenta. Dispečer tada mora pokušati dobiti osobu koja je uz pacijenta ili pozivatelju dati vrlo kratku posredovanu uputu. Posredovana uputa mora biti jednostavna i doslovna: „Recite osobi uz pacijenta da ga glasno pozove. Sada mi recite je li reagirao.“ Složena uputa preko posrednika povećava rizik gubitka značenja.

Pri davanju telefonske upute dispečer mora voditi računa o opasnostima kojima bi pozivatelj mogao biti izložen. Dispečer ne smije tražiti od pozivatelja da pride pacijentu ako postoji opasnost od nasilja, požara, dima, struje, prometa, urušavanja, kemikalija, vode, oružja ili druge neposredne ugroze. U takvim okolnostima uputa može biti: „Ne prilazite. Ostanite na sigurnom. Recite mi gdje je pacijent ako ga možete vidjeti.“ Sigurnosna uputa nije odgoda medicinske pomoći, nego zaštita pozivatelja i tima.

Uputa mora biti provjerljiva. Dispečer ne može pretpostaviti da je pozivatelj učinio ono što je rečeno samo zato što je odgovorio „dobro“. Nakon upute dispečer treba, kada je to moguće, provjeriti je li pozivatelj radnju započeo ili proveo: „Je li sada uključen zvučnik na telefonu?“, „Jesu li vrata otključana?“, „Nastavljate li pritiskati?“ Takva provjera omogućuje dispečeru da utvrdi je li radnja provedena i, prema potrebi, ponovi ili prilagodi uputu. Temeljni komunikacijski postupak davanja i provjere telefonske upute sažeto je prikazan na Slici 6.



Slika 6. Telefonska uputa kao komunikacijski postupak u MPDJ-u

7.2. Oblikovanje uputa u vremenski i sigurnosno kritičnim situacijama

Telefonske upute osobito su važne u situacijama u kojima je potrebna radnja prije dolaska tima HMS-a. Kod sumnje na izvanbolnički srčani zastoj, gušenje, jako krvarenje, teško disanje, opasnost na mjestu događaja ili naglu promjenu stanja, dispečer mora govoriti tako da pozivatelj razumije što treba učiniti, kojim redoslijedom i kada treba nastaviti. Literatura o telefonski vođenoj KPR pokazuje da jasno prepoznavanje srčanog zastoja, brzo započinjanje telefonskih uputa i kratke formulacije imaju izravnu kliničku važnost (12,16,33,35,41).

Kod telefonski vođene KPR dispečer mora razlikovati dvije razine: stručni sadržaj postupka i način na koji se upute prenose pozivatelju. Stručni sadržaj proizlazi iz Hrvatskog indeksa i važećih smjernica. Komunikacijski način odnosi se na redoslijed, duljinu rečenice, provjeru izvršenja, održavanje ritma i ispravljanje pogrešaka. Dispečer ne uvodi vlastiti algoritam niti mijenja stručni sadržaj postupka, nego ga pozivatelju prenosi kroz kratke, jasne i provedive upute.

Pozivatelju koji se boji započeti KPR postupak treba predstaviti kroz pojedinačne, izvedive korake. Rečenica „Morate ga reanimirati.“ može zvučati preteško. Rečenica „Sada ćemo raditi korak po korak.“ lakše uvodi pozivatelja u postupak. Nakon toga slijedi prva konkretna uputa. Takav način vođenja ne umanjuje ozbiljnost stanja, nego pozivatelju omogućuje da postupak prati korak po korak.

U vremenski kritičnim situacijama uputa treba biti jasna i izravna. Pitanje „Hoćete li započeti pritiske na prsni koš?“ može otvoriti prostor za odbijanje, pregovaranje ili odgodu. Jasnija i izravnija formulacija, kada je radnja indicirana prema stručnom okviru, glasi: „Sada ćemo započeti pritiske na prsni koš.“ Takva formulacija jasno označava početak potrebne radnje. Dispečer pritom ostaje unutar važećeg stručnog okvira.

Kod gušenja uputa mora biti vezana uz razliku između djelomične i potpune opstrukcije dišnog puta prema Hrvatskom indeksu. Dispečer ne smije samo čuti riječ „guši se“ i odmah davati upute bez razjašnjenja može li osoba govoriti, kašljati ili disati. Komunikacijski zadatak jest brzo dobiti podatak koji određuje daljnje postupanje. Uputa zatim mora biti kratka i provjerljiva, bez opširnog objašnjavanja anatomije ili mehanizma gušenja.

Kod jakog krvarenja uputa mora biti izravna i usmjerena na zaustavljanje gubitka krvi, u skladu s važećim postupkom. Pozivatelj može biti uplašen količinom krvi i nesklon dodirnuti ozlijeđeno mjesto. Dispečer mora govoriti kratko: „Uzmite čistu tkaninu.“, „Pritisnite izravno na mjesto krvarenja.“, „Držite pritisak.“, „Ne puštajte dok vam ne kažem.“ Svaka od tih rečenica predstavlja jednu radnju. Nakon upute slijedi provjera: „Držite li pritisak sada?“

Kod otežanog disanja uputa pozivatelju ne smije uključivati radnje koje bi pacijenta nepotrebno opteretile. Dispečer mora znati može li pacijent govoriti, kakav je položaj, postoji li pogoršanje stanja svijesti, znakovi cijanoze, bol u prsima, alergijska reakcija ili drugi rizični znak. Komunikacijski cilj nije samo opisati disanje, nego spriječiti dodatno opterećenje i usmjeriti pozivatelja prema promatranju promjene. Uputa mora biti jednostavna: omogućiti položaj koji olakšava disanje ako je sigurno i prema protokolu, ne davati hranu ili piće ako nije indicirano, pratiti pogoršanje i javiti promjenu.

Kod sumnje na moždani udar dispečer ne smije pretvoriti poziv u opširno neurološko ispitivanje izvan okvira Hrvatskog indeksa. Komunikacijski cilj jest brzo razjasniti znakove koji su relevantni za odabir kriterija i odgovor MPDJ-a: govor, lice, slabost ruke ili noge, vrijeme početka, stanje svijesti i disanje. Uputa pozivatelju mora biti usmjerena na sigurnost pacijenta i praćenje stanja do dolaska tima. Dispečer ne treba davati preporuke koje nisu utemeljene u važećem stručnom okviru.

Kod boli u prsima i drugih potencijalno vremenski kritičnih stanja dispečer mora izbjeći duga umirujuća objašnjenja. Pozivatelj ili pacijent mogu umanjivati simptome, kretati se, tražiti osobne stvari ili se spremati sami otići u bolnicu. Upute pozivatelju moraju biti kratke, jasne i ostati u granicama Hrvatskog indeksa te važećeg stručnog okvira: ostati u položaju koji ne pogoršava stanje, ne naprezati se, pratiti disanje i svijest, javiti svaku promjenu, prema protokolu i Indeksu. Dispečer ne smije davati terapijske savjete koji nisu predviđeni važećim okvirom.

Kada postoji opasnost na mjestu događaja, uputa može biti prvenstveno usmjerena na zaštitu pozivatelja, npr. „Udaljite se.“, „Ne prilazite.“, „Ako možete, recite mi što vidite s udaljenosti.“ Takve upute moraju biti jednako jasne kao i medicinske upute. Pozivatelj pod pritiskom može pokušati pomoći i time ugroziti sebe. Dispečer mora jasno dati do znanja da sigurnost prethodi približavanju pacijentu.

Kada je prisutno više osoba, dispečer može raspodijeliti zadatke među njima. Jedna osoba treba ostati na liniji, druga može otvoriti vrata, treća može donijeti automatski vanjski defibrilator (AVD) ako je dostupan, četvrta može dočekati tim. Dispečer mora izbjegavati opću rečenicu „Neka netko nešto napravi.“ Bolja formulacija glasi: „Vi ostanite na telefonu. Druga osoba neka odmah otključa vrata. Treća osoba neka pogleda postoji li AVD.“ U javnom prostoru uloge se moraju dodjeljivati kratko i jasno.

Neke telefonske upute zahtijevaju daljnje vođenje pozivatelja tijekom izvođenja radnje. Pozivatelj može započeti radnju, a zatim stati jer se uplašio, umorio, misli da je dovoljno učinio ili je netko u prostoru prekinuo postupak. Dispečer tada prema potrebi daje kratke upute i provjerava nastavak radnje: „Nastavite.“, „Dobro, ne prekidajte.“, „Još uvijek radite isto.“, „Recite mi ako se disanje promijenilo.“ Takvo daljnje vođenje dio je provedbe telefonske upute, a ne samo njezina početnog davanja.

7.3. Provjera, korekcija i granice upute

Provjera izvršenja upute jednako je važna kao i davanje upute. Dispečer ne vidi radnju i zato njezino izvršenje mora provjeravati kroz odgovore pozivatelja. Pozivatelj može pogrešno razumjeti položaj, snagu, redoslijed, trajanje ili cilj radnje. Provjera mora biti konkretna i vezana uz ono što pozivatelj može opisati ili potvrditi (19,35,42).

Pitanje „Jeste li napravili?“ često nije dovoljno. Pozivatelj može misliti da jest, iako radnja nije izvedena kako je potrebno. Bolje je tražiti konkretnu potvrdu: „Je li telefon na zvučniku?“, „Vidite li prsa?“, „Jesu li ruke na sredini prsnog koša?“, „Držite li pritisak bez puštanja?“, „Je li netko krenuo otvoriti vrata?“ Takva pitanja omogućuju korekciju prije nego što se pogreška nastavi.

Korekcija mora biti kratka, smirena i usmjerena na radnju. Dispečer ne smije posramiti pozivatelja. Posramljivanje ili okrivljavanje može otežati daljnju suradnju. Umjesto „ne radite dobro“ korisnije je reći: „Stanite. Ponoviti ću uputu.“ ili „Dobro, sada pomaknite ruke na sredinu prsnog koša.“ Korekcija treba pomoći zadržati suradnju i odmah jasno pokazati što pozivatelj treba učiniti dalje.

Pogrešno izvedena radnja ne znači da pozivatelj nije suradljiv. Pozivatelj može biti u stresu, fizički ograničen, ne razumjeti pojam, imati slab signal, čuti druge osobe ili istodobno držati telefon i pokušavati pomoći. Dispečer treba prvo pojednostaviti uputu. Ako pojednostavljenje ne pomaže, treba uključiti drugu osobu ako je dostupna. Ako druga osoba nije dostupna, dispečer treba prilagoditi uputu onome što pozivatelj u postojećim okolnostima može provesti.

Uputu treba prekinuti ili prilagoditi kada bi njezina provedba mogla dodatno ugroziti pozivatelja. Pozivatelj može naknadno reći da je prostor zadimljen, da je osoba nasilna, da je pacijent na cesti među vozilima, da postoji struja ili da ne može fizički prići. Dispečer tada mora prekinuti takvu uputu i komunikaciju usmjeriti na zaštitu pozivatelja. Promjena upute mora biti jasna: „Prestanite prilaziti. Udaljite se na sigurno.“

Granice upute odnose se i na stručni sadržaj. Dispečer ne smije davati terapijske preporuke, savjete o lijekovima, premještanju, uzimanju hrane i tekućine, prijevozu ili drugim postupcima ako nisu u skladu s Hrvatskim indeksom, važećim protokolima i stručnim smjernicama. Pozivatelj može tražiti: „Da mu dam lijek?“, „Da ga vozim sam?“, „Da ga podignem?“, „Da mu dam vode?“ Dispečer mora odgovoriti u okviru svojih kompetencija, ovlasti i važećeg stručnog okvira, bez improvizacije.

Kada je telefonska uputa relevantna za daljnje postupanje, potrebno ju je dokumentirati u skladu s važećim pravilima. Iz zapisa treba biti jasno koja je relevantna uputa dana, je li provedena, je li

postojala prepreka ili promjena stanja te jesu li važne informacije prenesene timu. Timu HMS-a treba prenijeti podatke o danim uputama i njihovoj provedbi kada su relevantni za daljnje postupanje, kao i važna ograničenja ili opasnosti na mjestu događaja. Dokumentiranje upute nije birokratski dodatak, nego dio kontinuiteta skrbi.

Pozivatelj ponekad traži potvrdu da radi „dobro“. Dispečer ne može vidjeti izvedbu, ali može podržati ono što je provjereno. Umjesto opće pohvale „sve radite dobro“, preciznije je reći: „Dobro, nastavite držati pritisak.“ ili „Dobro, ostanite na zvučniku i slušajte sljedeću uputu.“ Takva podrška održava suradnju bez neprovjerene ocjene cijelog postupka.

Telefonska uputa može biti emocionalno teška za pozivatelja. Pozivatelj može čuti zvukove pacijenta, vidjeti krv, držati člana obitelji, biti dijete ili biti sam u prostoru. Dispečer mora voditi radnju bez nepotrebnog emocionalnog komentiranja. Kratka podrška može pomoći: „Ostanite sa mnom.“, „Radimo korak po korak.“, „Nastavite dok vam ne kažem.“ Podrška mora biti povezana s radnjom.

Telefonska uputa završava tek kada više nema potrebe za vođenjem, kada je tim preuzeo pacijenta, kada je pozivatelj dobio jasnu sigurnosnu uputu do dolaska tima ili kada okolnosti onemogućuju nastavak. Dispečer ne bi trebao završiti razgovor odmah nakon davanja upute bez provjere razumijevanja ili izvršenja, osobito kod stanja koja se mogu brzo promijeniti.

Telefonska uputa u MPDJ-u zato je spoj stručnog sadržaja i komunikacijske izvedbe. Stručni sadržaj određuju Hrvatski indeks, protokoli i važeće smjernice. Komunikacijska izvedba utječe na to hoće li pozivatelj uputu razumjeti, započeti i nastaviti radnju te je po potrebi ispraviti.

8

VODI MODEL: OKVIR ZA VOĐENJE KOMUNIKACIJE TIJEKOM HITNOG POZIVA

VODI model razvili su autori ovog priručnika kao edukacijsko-praktični okvir za analizu i uvježbavanje vođenja komunikacije tijekom hitnog medicinskog poziva. Model ne zamjenjuje Hrvatski indeks, važeće protokole ni stručne upute, nego pomaže razumjeti komunikacijske funkcije koje se tijekom poziva izmjenjuju. Dispečer u istom razgovoru mora provjeravati podatke, ograničavati šum, usmjeravati osobe i davati upute. VODI zato ne opisuje novi medicinski postupak, nego komunikacijsku razinu rada MPDJ-a. Njegova je vrijednost u jasnom imenovanju komunikacijskih funkcija koje dispečer provodi tijekom poziva (4,11,20).

8.1. Status i svrha VODI modela

VODI model predstavlja edukacijsko-praktični okvir za razumijevanje i uvježbavanje vođenja komunikacije tijekom hitnog medicinskog poziva u MPDJ-u. Model ne zamjenjuje Hrvatski indeks, službene protokole, edukacijske programe, interne akte ustanove ni stručne smjernice. VODI model pomaže dispečeru razumjeti koje komunikacijske funkcije provodi unutar važećeg stručnog okvira: provjerava ključne podatke, ograničava komunikacijski šum, usmjerava pozivatelja i prisutne osobe te daje jasne i provjerljive upute.

Naziv VODI označava četiri funkcije: Verificiraj, Ograniči, Dirigiraj i Instruiraj. Svaka funkcija opisuje jednu skupinu komunikacijskih postupaka koji se u stvarnom pozivu često odvijaju istodobno. Ovisno o tijeku poziva, dispečer provjerava ono što se ne smije pretpostaviti, ograničava ono što ometa komunikaciju, usmjerava pozivatelja i prisutne osobe te, kada je potrebno, daje i provjerava uputu. Model je praktičan jer dispečeru, mentoru i edukatoru daje jednostavan jezik za analizu poziva, simulaciju i povratnu informaciju.

VODI model nije medicinski protokol niti ga treba prikazivati kao međunarodno validirani komunikacijski model. Pojedine sastavnice modela oslanjaju se na spoznaje iz područja standardiziranog prijema hitnog medicinskog poziva, telefonski vođene KPR, istraživanja agonalnog disanja, telefonske trijaže, analize hitnih poziva, edukacije dispečera, simulacijskog učenja i trajnog unaprjeđenja kvalitete (12,13,20). Autori ovog priručnika razvili su VODI model kao sintezu tih spoznaja i iskustava iz prakse MPDJ-a, a ne kao novi medicinski algoritam.

Vrijednost modela nalazi se u njegovoj primjenjivosti. Medicinski dispečer u stvarnom pozivu nema vremena razmišljati o velikom broju teorijskih kategorija. Poziv može biti bučan, pozivatelj paničan, pacijent životno ugrožen, lokacija nejasna, a timu su potrebne relevantne informacije. Dispečer tada treba jednostavan komunikacijski okvir koji ga vraća na pitanje: što moram provjeriti, što moram zaustaviti, koga ili što moram usmjeriti i koju uputu moram dati.

VODI model posebno je koristan u edukaciji novih dispečera jer razdvaja komunikacijske funkcije od medicinske odluke. Novi dispečer često uči kriterije, rad u informacijskom sustavu, komunikaciju s timovima i razgovor s pozivateljem istodobno. VODI mu pomaže razumjeti da različite rečenice u razgovoru imaju različite komunikacijske funkcije. Jedna rečenica služi provjeri, druga ograničavanju, treća organiziranju, četvrta davanju upute. Takva razlika olakšava učenje i smanjuje dojam da je komunikacija samo pitanje osobnog stila.

Iskusnom dispečeru VODI model može pomoći u analizi vlastitih poziva. Poziv se ne procjenjuje samo prema tome je li ishod bio povoljan ili nepovoljan, nego prema tome jesu li ključne komunikacijske funkcije provedene. Je li lokacija verificirana? Je li razjašnjeno diše li pacijent normalno? Je li ograničen istodobni govor više osoba? Je li netko usmjeren da otvori vrata timu? Je li uputa dana kratko i jasno te je li njezino izvršenje provjereno? Takva pitanja pretvaraju dojam o komunikaciji u predmet stručne analize.

VODI model treba koristiti kao komunikacijski okvir za razumijevanje, edukaciju, analizu i audit, a ne kao obvezni slijed koraka. U stvarnom pozivu dispečer ne mora izgovarati niti mentalno nabrajati četiri funkcije. Treba razviti sposobnost njihove prirodne i pravodobne primjene u skladu s Hrvatskim indeksom.

8.2. Četiri funkcije VODI modela

Funkcija Verificiraj odnosi se na provjeru podataka koji ne smiju ostati pretpostavljeni. U MPDJ-u se ne smiju pretpostaviti točna lokacija mjesta događaja, odnos pozivatelja prema pacijentu, stanje svijesti, podatak o tome diše li pacijent normalno, sigurnost mjesta događaja, mogućnost provedbe upute ni promjena stanja. Verifikacija znači da dispečer traži konkretan i provjerljiv podatak o trenutnom stanju koji je dovoljno jasan za daljnje postupanje (13–15).

Verificiranje ne znači beskonačno ispitivanje. Verificiranje znači provjeru onoga što može utjecati na sigurnost, odabir kriterija, odgovor MPDJ-a, potrebu za uputom ili informacije koje se prenose timu HMS-a. Pitanje „Diše li normalno?“ nije isto što i opće zanimanje za stanje pacijenta. Pitanje „Diše li normalno?“ usmjereno je na podatak koji može biti presudan kod osobe koja ne reagira. Pitanje „Jeste li sada uz pacijenta?“ nije formalnost, nego procjena pouzdanosti daljnjih odgovora.

Verificirati treba i ono što pozivatelj izgovara uvjerljivo. Pozivatelj može reći da pacijent „spava“, ali osoba možda ne reagira. Pozivatelj može reći da pacijent „diše“, ali opisivati hroptanje ili povremene udahe. Pozivatelj može reći da je lokacija „kod škole“, ali tim ne može krenuti na neodređeno mjesto. Dispečer ne dovodi pozivatelja u pitanje kao osobu; dispečer provjerava značenje podatka.

Funkcija Ograniči odnosi se na smanjenje onoga što ometa dolazak do ključnih podataka ili izvršenje upute. Ometati mogu opširno izlaganje, istodobni govor više osoba, pozadinska buka, panika, ljutnja, ponavljanje istog zahtjeva, rasprava o postupanju službe, nejasan izvor informacije ili vraćanje na ranije okolnosti umjesto na trenutno stanje. Ograničavanje nije nepristojnost, nego način da razgovor ostane usmjeren prema potrebnim podacima i radnjama (20,34,49).

Ograničavanje mora biti kratko i obrazloženo samo onoliko koliko je potrebno. Rečenica „Prekinut ću vas jer sada moram provjeriti disanje“ dovoljno jasno pokazuje zašto se opširno izlaganje prekida. Rečenica „Sada mi treba samo odgovor da ili ne.“ pozivatelju jasno pokazuje da se od njega traži samo jedan odgovor. Rečenica „Neka govori samo osoba koja je uz pacijenta.“ smanjuje istodobni govor više osoba. Dispečer ograničava ono što ometa razgovor kako bi dobio jasan i pouzdan podatak, a ne kako bi potisnuo pozivatelja.

Ograničavanje je posebno važno kod paničnog pozivatelja. Panika može dovesti do opširnog govora i otežati dobivanje jasnih odgovora. Dispečer tada ne treba dodavati duga objašnjenja. Kratka i jasna pitanja ili upute, jedno pitanje odjednom te, kada je potrebno, tehnika ponavljajućih zahtjeva mogu pomoći vratiti razgovor na potreban podatak ili radnju. Ograničavanje se provodi glasom, izborom riječi i redoslijedom pitanja.

Funkcija Dirigiraj odnosi se na usmjeravanje pozivatelja i prisutnih osoba te organiziranje zadataka i pristupa mjestu događaja. Dispečer putem komunikacije može raspodijeliti zadatke među prisutnim osobama kada je to potrebno i izvedivo. Jedna osoba može ostati na telefonu, druga otključati ulaz ili dočekati tim, a kada je prema stručnom postupku potrebno, druga prisutna osoba može donijeti dostupni AVD. Dirigiranje omogućuje da prisutne osobe dobiju jasne i međusobno usklađene zadatke (12,38,41).

Dirigiranje nije medicinska odluka, nego usmjeravanje pozivatelja i prisutnih osoba prema potrebnim zadacima. Dispečer ne može vidjeti prostor, ali može postavljati zadatke koji povećavaju mogućnost pravodobne pomoći. Rečenica „Vi ostanite na telefonu.“ zadržava komunikacijski kanal. Rečenica „Druga osoba neka otključa vrata.“ olakšava pristup timu. Rečenica „Netko neka dočeka tim na ulazu.“ smanjuje gubitak vremena na lokaciji. Rečenica „Ne prilazite. Udaljite se od opasnosti.“ štiti pozivatelja.

Kada postoji opasnost na mjestu događaja, dispečer ne smije usmjeravati pozivatelja prema radnji koja bi ga dodatno ugrozila. Dispečer ne smije organizirati radnje koje pozivatelja izlažu opasnosti. Ako postoji nasilje, dim, promet, struja, kemikalije, voda, oružje ili druga ugroza, dirigirajuća funkcija mijenja smjer: dispečer ne raspoređuje ljude prema pacijentu, nego prema sigurnosti. U takvim pozivima „Udaljite se od opasnosti.“, „Ostanite na sigurnom mjestu.“ ili „Recite mi što možete vidjeti bez približavanja.“ mogu biti najvažnije upute.

Funkcija Instruiraj odnosi se na davanje kratke, konkretne i provjerljive upute. Funkcija Instruiraj primjenjuje se kada je prema stručnom okviru potrebna telefonska uputa i kada su dostupni podatci potrebni za njezino davanje. Instruiranje nije savjetovanje u općem smislu. Instruiranje je vođenje pozivatelja kroz radnju: jedna uputa – jedna radnja, provjera izvršenja, korekcija kada je potrebna i daljnje vođenje tijekom izvođenja radnje (16,33,35).

Instruiranje mora biti usklađeno s Hrvatskim indeksom i važećim stručnim okvirom. Dispečer može uputu oblikovati jednostavnijim i razumljivijim jezikom, ali ne smije mijenjati njezin stručni sadržaj. Upute kod KPR-a, gušenja, jakog krvarenja, opasnosti na mjestu događaja i drugih hitnih stanja moraju ostati u skladu s Hrvatskim indeksom i važećim stručnim okvirom. VODI model pritom pomaže oblikovati način davanja i provjere upute, a ne stvarati novi medicinski postupak. Četiri komunikacijske funkcije VODI modela sažeto su prikazane na Slici 7.



Slika 7. Četiri komunikacijske funkcije VODI modela

Četiri funkcije često se izmjenjuju vrlo brzo. Kod poziva u kojem osoba ne reagira dispečer može verificirati lokaciju i disanje, ograničiti komunikacijski šum, kroz funkciju Dirigiraj usmjeriti prisutne osobe prema potrebnim zadacima te kroz funkciju Instruiraj dati potrebnu telefonsku uputu. Kod poziva s više prisutnih osoba dispečer može ograničiti istodobni govor, kroz funkciju Dirigiraj odrediti jednu osobu kao glavnog sugovornika, verificirati stanje pacijenta i prema potrebi dati uputu.

Redoslijed i intenzitet primjene funkcija ovise o okolnostima poziva, dok stručni sadržaj postupanja ostaje vezan uz Hrvatski indeks i važeći stručni okvir.

VODI model pomaže i u prepoznavanju propusta. Ako tijekom poziva nisu dobiveni potrebni podatci, može se pitati što nije verificirano. Ako je poziv bio kaotičan, moguće je pitati: „Što nije ograničeno?“ Ako su prisutne osobe ostale neorganizirane, moguće je pitati: „Što nije dirigitirano?“ Ako je uputa ostala nejasna ili neizvršena, moguće je pitati: „Što nije dobro instruirano?“ Takva pitanja korisna su u mentorskom radu i auditu.

8.3. Primjena VODI modela u edukaciji, simulaciji i auditu

VODI model najkorisniji je kada se koristi za konkretne pozive, a ne kao teorijska shema. U edukaciji treba polaziti od simulacijskih scenarija, uključujući scenarije sa zvučnim elementima, u kojima se može pratiti kako se funkcije VODI modela izmjenjuju. Simulacija osobe koja se srušila i „čudno diše“ ne treba se analizirati samo prema konačnom odabiru kriterija nego i prema tome je li dispečer dovoljno rano verificirao stanje svijesti i razjasnio diše li pacijent normalno, ograničio ono što je ometalo razgovor, usmjerio pozivatelja prema potrebnim zadacima i dao uputu kada je ona bila potrebna prema stručnom okviru (8,50,51).

U ovom se priručniku mentorom smatra osoba koja u edukaciji, uvođenju u rad ili nadziranom radu prati komunikacijsku izvedbu dispečera i daje strukturiranu povratnu informaciju. Mentor može koristiti VODI model kao neutralan jezik povratne informacije. Umjesto opće ocjene „bio si nesiguran“ korisnije je reći: „Lokacija je verificirana, ali nije dovoljno razjašnjeno diše li pacijent normalno.“ Umjesto „pustio si pozivatelja da previše govori“ preciznije je: „Funkcija Ograniči nije primijenjena u trenutku kada je pozivatelj počeo ponavljati ranije podatke.“ Takva povratna informacija usmjerena je na konkretnu komunikacijsku izvedbu, a ne na osobinu dispečera te jasnije pokazuje što treba unaprijediti.

VODI model može se koristiti u analizi snimki stvarnih poziva kada je takva analiza organizacijski i pravno uređena. Analiza ne treba tražiti idealnu komunikaciju, nego ključne točke komunikacijske izvedbe. Kod svakog poziva može se procijeniti: jesu li ključni podatci verificirani; je li komunikacijski šum ograničen; jesu li pozivatelj i prisutne osobe usmjereni prema potrebnim zadacima; jesu li upute bile jasne i izvedive te je li njihovo izvršenje provjereno. Takav audit ne zamjenjuje stručnu analizu postupanja prema Hrvatskom indeksu, nego joj dodaje komunikacijsku dimenziju.

Simulacijski scenariji mogu biti osmišljeni tako da posebno naglašavaju uvježbavanje pojedine funkcije VODI modela. Scenarij može imati pozivatelja koji daje nejasne odgovore pa se vježba Verificiraj. Drugi scenarij može imati više osoba koje govore istodobno pa se vježba Ograniči. Treći scenarij može imati javni prostor s više prisutnih osoba pa se vježba Dirigitiraj. Četvrti scenarij može imati pozivatelja koji se boji započeti radnju pa se vježba Instruiraj. Takav pristup omogućuje ciljanu edukaciju, a ne samo ponavljanje cijelih poziva.

VODI model može pomoći i kod samoprocjene dispečera. Nakon zahtjevnog poziva dispečer može kratko procijeniti: jesam li provjerio ono što nisam smio pretpostaviti; jesam li dopustio da šum predugo traje; jesam li prisutne osobe usmjerio prema potrebnim zadacima; jesam li uputu dao dovoljno jasno i provjerio izvršenje. Samoprocjena ne bi trebala služiti samookrivljavanju, nego prepoznavanju ponavljajućih obrazaca.

Granice VODI modela moraju ostati jasne. Model ne određuje kriterij, prioritet, vrstu tima, medicinski postupak ni sadržaj službene upute. Model ne može nadomjestiti poznavanje i primjenu Hrvatskog indeksa, edukaciju, radno iskustvo, važeće protokole, informacijski sustav ni organizacijska pravila. VODI model opisuje komunikacijsku izvedbu unutar tih okvira.

VODI model ne može ukloniti sva ograničenja komunikacije. Neki pozivi ostaju ograničeni zbog prekida veze, nepoznate lokacije, jezične prepreke, nasilja, činjenice da nitko od dostupnih sugovornika nije uz pacijenta, tehničkog problema ili nedostatka informacija. U takvim situacijama

VODI može pomoći usmjeriti komunikaciju prema onome što je moguće pouzdano provjeriti, ograničiti komunikacijski šum, usmjeriti prisutne osobe prema potrebnim i izvedivim zadacima te dati samo one upute koje su u skladu s važećim stručnim okvirom.

VODI model ne zamjenjuje profesionalnu prosudbu. Dispečer ne smije mehanički pokušavati provesti sve četiri funkcije jednakim redoslijedom u svakom pozivu. Poziv s jasnom lokacijom, smirenim pozivateljem i stabilnim pacijentom ne traži isti stupanj ograničavanja kao poziv s izrazito uznemirenim pozivateljem i istodobnim govorom više osoba. Kada postoji opasnost na mjestu događaja, funkcija Dirigiraj može dobiti prednost kako bi se pozivatelj i prisutne osobe usmjerili prema zaštiti od dodatne opasnosti. Model služi orijentaciji, a ne automatizmu.

VODI model ima vrijednost samo ako ostane povezan s praksom MPDJ-a. Model treba koristiti u strukturiranoj analizi, simulacijskim scenarijima, mentorskom radu i analizi komunikacijskih pogrešaka.

Najkraća radna primjena VODI modela može se izraziti kroz četiri pitanja: Što moram provjeriti? Što moram zaustaviti ili smanjiti? Koga ili što moram usmjeriti? Koju uputu moram dati i provjeriti? Ta četiri pitanja vraćaju komunikaciju u MPDJ-u njezinoj osnovnoj svrsi: prikupljanju potrebnih podataka, vođenju komunikacije s pozivateljem i pravodobnom daljnjem postupanju.

9

VISOKORIZIČNI POZIVI I KOMUNIKACIJSKE CRVENE ZASTAVICE

Visokorizični pozivi zahtijevaju posebno discipliniranu komunikaciju jer se ozbiljno stanje može prikriti nejasnim, umirujućim ili proturječnim opisima. Pozivatelj može reći da pacijent „spava“, „diše“, „hrče“, „pao je“ ili „nije svoj“, a iza takvih izraza mogu stajati stanja koja ne trpe odgodu. Komunikacijske crvene zastavice ne uvode nove algoritme, nego upozoravaju dispečera da određeni opis ne smije ostati nerazjašnjen. Poseban značaj imaju stanje svijesti, podatak o tome diše li pacijent normalno, sigurnost mjesta događaja, promjena stanja i ograničenja pouzdanosti podataka (13,14,27,29).

9.1. Visokorizični poziv: postupanje prema Hrvatskom indeksu i komunikacijska disciplina

U ovom se priručniku izraz visokorizični hitni medicinski poziv koristi za situaciju u kojoj zakašnjelo prepoznavanje stanja, nejasan odgovor pozivatelja, pogrešno tumačenje simptoma ili odgođena telefonska uputa mogu imati neposredne posljedice za sigurnost pacijenta. Medicinski dispečer u takvim pozivima ne smije početni opis pozivatelja prihvatiti bez potrebnog razjašnjavanja. Početni opis često je laički, emocionalan i nepotpun. Daljnje postupanje mora zato ostati vezano uz Hrvatski indeks, provjeru stanja svijesti, razjašnjavanje diše li pacijent normalno, sigurnost mjesta događaja i potrebna dodatna pitanja.

Visokorizični poziv nije uvijek prepoznatljiv po dramatičnom početku. Pozivatelj može mirno reći da osoba „spava“, „ne javlja se“, „samo čudno diše“, „pala je“, „ima napadaj“, „nije svoja“ ili „teško govori“. Takvi izrazi mogu opisivati blaže stanje, ali mogu biti i ulaz u životno ugrožavajuću situaciju. Dispečer zato ne smije zaključivati prema dojmu, nego mora razjasniti konkretne i provjerljive znakove relevantne za postupanje prema Hrvatskom indeksu.

Komunikacijska crvena zastava jest riječ, zvuk, promjena ili okolnost tijekom poziva koja upozorava da određeni podatak zahtijeva dodatno i pravodobno razjašnjavanje jer može upućivati na veći rizik nego što početni opis pokazuje. Takve se crvene zastavice mogu pojaviti, primjerice, u opisima osobe koja ne reagira, nepravilnog ili hroptavog disanja, nemogućnosti govora zbog otežanog disanja, nagle slabosti jedne strane tijela, iznenadne jake boli u prsima, obilnog krvarenja, gušenja bez učinkovitog kašlja, djeteta koje ne diše normalno, više ozlijeđenih osoba, nasilja, opasnosti na mjestu događaja ili nagle promjene stanja tijekom poziva.

Dispečer mora razlikovati komunikacijsku crvenu zastavicu od konačne medicinske odluke. Izraz „čudno diše“ nije dijagnoza, nego razlog za dodatno usmjereno pitanje. Izraz „ne može govoriti“ nije sam po sebi potpuna procjena disanja, ali može biti važan znak težine stanja. Izraz „srušio se“ ne određuje kriterij bez dodatne provjere stanja svijesti i disanja. Komunikacijska crvena zastava potiče dodatno razjašnjavanje, a daljnje postupanje vodi Hrvatski indeks. Tipični primjeri komunikacijskih crvenih zastavica koje zahtijevaju dodatno i pravodobno razjašnjavanje sažeto su prikazani na Slici 8.



Slika 8. Komunikacijske crvene zastavice u visokorizičnom hitnom medicinskom pozivu

U visokorizičnim pozivima komunikacija treba biti posebno kratka i usmjerena na podatke koji ne mogu čekati. Dispečer ne treba dopustiti da opširno objašnjavanje ranijih bolesti i okolnosti odgodi razjašnjavanje stanja svijesti ili disanja. Pozivatelj može vjerovati da su ranije bolesti, lijekovi ili osobna povijest najvažniji podatak. Posebnu prednost imaju podatci koji ne mogu ostati nerazjašnjeni, poput lokacije, stanja svijesti, disanja i sigurnosti mjesta događaja te potrebe za neposrednom uputom. Dodatni se podatci prikupljaju u skladu s Hrvatskim indeksom nakon razjašnjavanja neposredno važnih podataka.

VODI model u visokorizičnim pozivima ima praktičnu funkciju. Dispečer može verificirati ono što ne smije ostati pretpostavljeno, ograničiti komunikacijski šum i opširno izlaganje koje ometa razgovor, kroz funkciju Dirigiraj usmjeriti pozivatelja ili prisutne osobe prema potrebnim zadacima te primijeniti funkciju Instruiraj kada je prema stručnom okviru potrebna telefonska uputa. Model ne određuje kriterij i ne zamjenjuje Hrvatski indeks. Model pomaže da komunikacijski postupak bude kratak, usmjeren i provjerljiv.

Za edukacijsku i analitičku obradu visokorizičnih situacija može se koristiti ista radna matrica: koji je početni opis, koja je moguća komunikacijska crvena zastavica, što treba razjasniti, što se ne smije pretpostaviti, koja pitanja mogu pomoći, kada je prema stručnom okviru potrebna uputa, koje informacije treba prenijeti timu i što treba dokumentirati. Takva matrica sprječava da prikaz visokorizičnih poziva ostane na razini općih fraza. Visokorizični poziv zahtijeva postupanje prema Hrvatskom indeksu i discipliniranu komunikaciju, a ne improvizirano umirivanje.

9.2. Stanja u kojima ključni podatci ne smiju ostati nejasni

Osoba bez svijesti ili osoba koja ne reagira predstavlja jednu od najvažnijih komunikacijskih i trijažnih situacija u MPDJ-u. Pozivatelj rijetko započinje poziv stručnom formulacijom. Češće govori

da osoba „spava“, „srušila se“, „ne može doći k sebi“, „ne javlja se“, „pala je“, „onesvijestila se“ ili „samo leži“. Dispečer takav opis mora odmah razjasniti provjerom reakcije i disanja.

Pitanje o stanju svijesti treba usmjeriti na reakciju koju pozivatelj može neposredno provjeriti. „Glasno ga pozovite. Odgovara li vam?“ korisnije je od pitanja koje pretpostavlja da pozivatelj razumije pojam svijesti. Ako pozivatelj kaže da osoba ne odgovara, dispečer mora prijeći na disanje. „Diše li normalno?“ mora biti postavljeno jasno i dovoljno rano. Kod osobe koja ne reagira, odgovor „da, diše“ nije dovoljan ako nije razjašnjeno diše li osoba normalno.

Abnormalno, osobito agonalno disanje, jedna je od najvažnijih komunikacijskih zamki kod sumnje na srčani zastoj. Pozivatelj može čuti hroptanje, povremeno hvatanje zraka, krkljanje, hrkanje ili stenanje pri disanju i zaključiti da pacijent diše. Dispečer mora razjasniti radi li se o pravilnom, uobičajenom disanju ili o nepravilnim, rijetkim ili hroptavim pokušajima udaha. Literatura o telefonski vođenoj KPR i dispečerskom prepoznavanju izvanbolničkog srčanog zastoja naglašava da abnormalno disanje može odgoditi prepoznavanje srčanog zastoja i početak uputa (12,13,17,18).

Kod sumnje na srčani zastoj komunikacijski cilj nije dobiti potpunu anamnezu, nego brzo potvrditi lokaciju, provjeriti reakciju i razjasniti diše li osoba normalno te, kada je prema Hrvatskom indeksu i važećem stručnom okviru potrebno, prijeći na telefonske upute. Dispečer ne smije dopustiti da razgovor ostane na objašnjavanju zašto se osoba srušila, što je ranije bolovala ili tko je kriv što se to dogodilo. Ti podatci mogu biti korisni kasnije, ali ne prije razjašnjavanja podataka važnih za hitnost daljnjeg postupanja.

Kod djeteta bez svijesti komunikacijski teret često je još veći. Pozivatelj može biti roditelj, član obitelji, odgajatelj, nastavnik ili prolaznik. Emocionalna uznemirenost može biti izrazita, a pozivatelj može teško pratiti upute. Dispečer treba govoriti kratko, jasno i odlučno, bez dugih objašnjenja. Provjera reakcije i disanja mora biti jasna, a telefonske upute moraju ostati u okviru Hrvatskog indeksa i važećih smjernica.

Gušenje zahtijeva brzo razlikovanje djelomične i potpune opstrukcije dišnog puta, bez pretvaranja poziva u opširno ispitivanje. Pozivatelj može reći „guši se“ za različite situacije: kašalj, otežano disanje, alergijsku reakciju, napadaj panike ili potpunu opstrukciju stranim tijelom. Dispečer mora dobiti podatak može li osoba govoriti, kašljati ili disati. Opis da osoba ne može govoriti ili učinkovito kašljati predstavlja komunikacijsku crvenu zastavicu koja zahtijeva brzo razjašnjavanje. Daljnje postupanje mora biti u skladu s Hrvatskim indeksom i važećim stručnim uputama.

Otežano disanje može biti glavni problem ili znak pogoršanja drugog stanja. Dispečer mora razjasniti može li pacijent govoriti u punim rečenicama, hvata li zrak, mijenja li se boja, postoji li bol u prsima, alergijska reakcija, gušenje, pogoršanje stanja svijesti ili izrazita slabost. Pitanje „Teško diše?“ često nije dovoljno. Korisnije je pitati: „Može li izgovoriti cijelu rečenicu?“ ili „Diše li toliko teško da ne može govoriti?“ Takva pitanja usmjeravaju pozivatelja na znakove koje može neposredno provjeriti.

Bol u prsima može biti opisana kao pritisak, pečenje, stezanje, nelagoda, bol u želucu, bol u leđima, slabost, znojenje ili mučnina. Dispečer ne smije umanjiti poziv zato što pozivatelj ne koristi izraz „bol u prsima“. Komunikacijska zadaća jest razjasniti mjesto, karakter, početak, trajanje, širenje tegobe, disanje, stanje svijesti i opće stanje, u skladu s Hrvatskim indeksom. Dispečer ne smije davati terapijske savjete izvan svojih kompetencija, ovlasti i važećeg stručnog okvira.

Sumnja na moždani udar često počinje laičkim opisima: „čudno govori“, „pala mu je jedna strana lica“, „ne može ruku“, „zbunjena je“, „ne može ustati“, „nije svoj“. Komunikacijski cilj jest brzo razjasniti govor, asimetriju lica, slabost ruke ili noge, vrijeme početka, stanje svijesti i disanje. Dispečer ne treba potvrđivati dijagnozu moždanog udara. Dispečer treba prikupiti podatke potrebne za postupanje prema Hrvatskom indeksu i odabir odgovora MPDJ-a.

Konvulzije stvaraju dodatnu zamku jer pozivatelj može nastaviti opisivati „napadaj“ i nakon što je aktivno trzanje prestalo. Dispečer mora znati što se događa sada: traje li napadaj, reagira li osoba

nakon napadaja, diše li normalno, postoji li ozljeda, je li riječ o djetetu ili trudnici te ponavlja li se napadaj. Početna oznaka „ima napadaj“ ne smije odgoditi provjeru stanja nakon prestanka trzanja.

Jako krvarenje pozivatelj često opisuje emocionalno: „sve je krvavo“, „puno krvi“, „ne mogu gledati“. Dispečer mora razjasniti je li krvarenje obilno, istječe li stalno, natapa li odjeću ili podlogu, može li se pritisnuti mjesto krvarenja i postoji li opasnost na mjestu događaja. Uputa mora biti kratka i u skladu s važećim stručnim postupkom. Komunikacijski cilj nije detaljno opisivanje rane, nego brzo usmjeravanje prema radnji koja može smanjiti gubitak krvi.

Prometna nesreća i drugi traumatski događaji zahtijevaju istodobno razmišljanje o broju ozlijeđenih, mehanizmu ozljede, stanju svijesti, disanju, krvarenju, mogućem zaglavljivanju osobe, mogućnosti sigurnog pristupa ozlijeđenoj osobi te opasnosti od prometa, požara, goriva, struje ili nasilja. Pozivatelj često prvo opisuje sliku događaja. Dispečer treba što ranije izdvojiti podatke važne za sigurnost i procjenu potrebnih resursa: koliko je ozlijeđenih, tko ne reagira, tko ne diše normalno, tko jako krvari i postoji li opasnost na mjestu događaja.

Poziv iz javnog prostora može biti komunikacijski složen jer više osoba može istodobno govoriti, a nije uvijek jasno tko može dati najpouzdanije podatke o pacijentu. Više ljudi može govoriti, nitko ne zna pacijenta, a lokacija može biti opisana neprecizno. Dispečer treba što prije odrediti glavnog sugovornika, utvrditi točnu lokaciju i usmjeriti prisutne osobe prema potrebnim zadacima. Jedna osoba ostaje uz pacijenta, druga dočekuje tim, treća traži defibrilator ako je dostupan, četvrta uklanja prepreke samo ako je sigurno. Takvo usmjeravanje može pomoći uspostaviti jasniju podjelu zadataka i održati strukturu razgovora.

Poziv iz ustanove ima posebnu dinamiku. Pozivatelj može biti zdravstveni ili nezdravstveni djelatnik, njegovatelj, recepcionar, nastavnik ili član osoblja. Dispečer ne smije pretpostaviti razinu stručnosti prema nazivu ustanove. Podatke treba provjeriti jednako jasno: stanje svijesti, disanje, glavni problem, dob, promjena stanja, dostupnost osoblja, provedene mjere, pristup timu i kontakt osoba. Ako je pozivatelj zdravstveni djelatnik, komunikacija može biti stručnija, ali i dalje mora ostati strukturirana.

Opasnost na mjestu događaja i nasilje mijenjaju komunikacijske prioritete. Dispečer ne smije pozivatelja usmjeravati prema pacijentu ako bi ga time izložio dodatnoj opasnosti. Pitanja moraju biti kratka: „Jeste li na sigurnom?“, „Možete li sigurno govoriti?“, „Postoji li opasnost za tim?“, „Je li potrebna policija ili vatrogasci?“ Medicinski se podatci prikupljaju u opsegu koji ne povećava opasnost za pozivatelja. Informacije o opasnosti na mjestu događaja moraju se jasno prenijeti timu HMS-a i drugim uključenim službama.

9.3. Primjena istog obrasca u različitim visokorizičnim situacijama

Visokorizične situacije razlikuju se po medicinskom problemu, ali komunikacijski obrazac ostaje sličan. Dispečer pritom mora pravodobno prikupiti podatke koji ne smiju ostati nejasni. To uključuje, prema okolnostima poziva, lokaciju, broj za ponovni kontakt, odnos pozivatelja prema pacijentu, stanje svijesti, disanje i sigurnost mjesta događaja. Daljnja pitanja postavljaju se prema glavnom problemu i Hrvatskom indeksu (15,27–32).

Kod svake visokorizične situacije dispečer treba odvojiti ono što pozivatelj tvrdi od onoga što je provjereno. Pozivatelj tvrdi: „Imao je moždani.“ Provjeren podatak može biti: govori nerazumljivo, ne može podići desnu ruku, početak prije 20 minuta, reagira i diše normalno. Pozivatelj tvrdi: „Umire.“ Provjeren podatak može biti: ne reagira, disanje je nepravilno i hroptavo. Timu treba prenijeti provjerene podatke, a ne samo dojam pozivatelja.

Pitanja u visokorizičnom pozivu trebaju biti kratka i usmjerena na podatke potrebne za postupanje prema Hrvatskom indeksu, davanje upute, sigurnost ili prijenos relevantne informacije timu HMS-a. Kod osobe koja ne reagira, pitanje o ranijim dijagnozama ne smije doći prije pitanja o disanju. Kod prometne nesreće, opis štete na vozilu ne smije odgoditi pitanje koliko je ozlijeđenih i tko ne reagira.

Kod jakog krvarenja, dodatni opis okolnosti ne smije odgoditi telefonsku uputu kada je ona potrebna prema Hrvatskom indeksu i važećem stručnom okviru.

Komunikacijska pogreška u visokorizičnom pozivu često nastaje kada dispečer prihvati prvu laičku oznaku problema. „Napadaj“, „moždani“, „srce“, „gušenje“, „pao je“ i „loše mu je“ nisu dovoljni kao završni podatak. Takve izraze treba shvatiti kao početnu informaciju koju je potrebno dodatno razjasniti, a ne kao stručni zaključak. Dispečer treba nastaviti razjašnjavanje dok ne dobije podatke potrebne za daljnje postupanje.

Druga česta pogreška nastaje kada dispečer nastavi niz pitanja, iako se tijekom poziva pojavila promjena stanja. Pozivatelj može usred razgovora reći: „Sad više ne odgovara“ ili „Sad drugačije diše.“ Takva promjena zahtijeva ponovno usmjeravanje razgovora na trenutačno stanje. Dispečer tada ponovno provjerava podatke koji su relevantni za promijenjeno stanje i nastavlja postupanje prema Hrvatskom indeksu. Struktura poziva nije kruta lista pitanja, nego okvir koji omogućuje da se promjena stanja pravodobno prepozna.

Treća pogreška nastaje kada se uputa daje bez provjere uvjeta za njezinu provedbu. Pozivatelj možda nije uz pacijenta, ne može istodobno držati telefon i provoditi radnju, postoji opasnost na mjestu događaja, fizički ne može provesti radnju ili ne razumije uputu. Prije davanja upute dispečer treba provjeriti može li je pozivatelj u postojećim okolnostima razumjeti i provesti. Uputa koja nije prilagođena stvarnim okolnostima može ostati neprovedena ili pozivatelja izložiti dodatnoj opasnosti.

Četvrta pogreška nastaje kada se timu HMS-a ne prenese važna promjena ili ograničenje u dostupnim informacijama. Timu HMS-a treba prenijeti relevantna ograničenja, primjerice da disanje nije neposredno provjereno, da je informacija dobivena preko treće osobe, da pozivatelj nije mogao provesti važnu uputu, da postoji opasnost na mjestu događaja ili da se stanje promijenilo tijekom poziva. Nepotpun prijenos relevantnih informacija može otežati pripremu tima za dolazak na mjesto događaja.

Visokorizični pozivi zahtijevaju i emocionalnu disciplinu dispečera. Težina situacije, plač pozivatelja, zvukovi u pozadini ili vlastita zabrinutost mogu ubrzati govor, skratiti slušanje ili potaknuti preuranjeni zaključak. Dispečer treba ostati dovoljno smiren da provjeri ključne podatke i dovoljno odlučan da komunikaciju zadrži usmjerenom na ono što je trenutačno važno.

Primjeri u ovom poglavlju služe prepoznavanju komunikacijskih rizika i načina razjašnjavanja. Primjeri nisu zamjena za Hrvatski indeks, važeće protokole, stručne smjernice ni službene upute. Njihova je svrha prikazati način komunikacije, dok stručni sadržaj postupanja ostaje određen važećim stručnim okvirom.

Relevantne informacije iz visokorizičnog poziva potrebno je pravodobno prenijeti timu HMS-a i ažurirati kada se stanje ili okolnosti promijene. Ovisno o situaciji, relevantni podatci mogu uključivati ono što je početno prijavljeno i naknadno provjereno, promjene stanja, važne dane upute i njihovu provedbu, opasnosti na mjestu događaja te ograničenja pouzdanosti dostupnih informacija. Takav prijenos omogućuje timu da se bolje pripremi za dolazak na mjesto događaja.

Komunikacijska kvaliteta visokorizičnog poziva ne mjeri se brojem postavljenih pitanja, nego sposobnošću dispečera da pravodobno prikupi najvažnije podatke, prepozna komunikacijske crvene zastavice, ne prihvati nejasan odgovor kao pouzdano utvrđen podatak, da potrebnu uputu u skladu sa stručnim okvirom, zaštiti pozivatelja od dodatne opasnosti i timu HMS-a prenese informacije važne za daljnje postupanje.

10

OTEŽANA SURADNJA, SIGURNOST MJESTA DOGAĐAJA I PRISTUPAČNOST KOMUNIKACIJE

Otežana suradnja u hitnom medicinskom pozivu ne smije se pojednostavljeno tumačiti kao osobina pozivatelja. U pozadini mogu biti strah, nerazumijevanje, jezična prepreka, ograničenja povezana s razumijevanjem ili komunikacijskim sposobnostima, oštećenje sluha ili govora, udaljenost od pacijenta, opasnost na mjestu događaja ili istodobni govor više osoba. Dispečer mora prepoznati koja prepreka ograničava komunikaciju i prilagoditi način vođenja komunikacije bez napuštanja stručnog okvira. Otežana suradnja, pristupačnost komunikacije i sigurnost mjesta događaja povezana su područja u kojima komunikacija mora ostati jasna i usmjerena na potrebne podatke i radnje (10,11,49).

10.1. Otežana suradnja kao ograničenje, a ne osobina pozivatelja

Otežana suradnja u hitnom medicinskom pozivu nastaje kada pozivatelj ne može, ne zna, ne želi ili ne smije sudjelovati u razgovoru na način koji omogućuje uobičajeni tijek prijema poziva. Medicinski dispečer ne bi trebao takav poziv odmah tumačiti kao problematično ponašanje pozivatelja. Otežana suradnja može biti posljedica straha, panike, boli, šoka, nerazumijevanja stručnih pojmova, jezične prepreke, udaljenosti od pacijenta, istodobnog govora više osoba, opasnosti na mjestu događaja ili nemogućnosti provedbe potrebne radnje.

Pozivatelj koji ne odgovara na pitanje ne mora odbijati suradnju. Pozivatelj možda ne razumije pitanje, ne vidi pacijenta, ne čuje dispečera, govori preko druge osobe, pokušava istodobno pomoći pacijentu, nalazi se u opasnosti ili emocionalno ne može obraditi više informacija. Dispečer treba najprije razjasniti što ograničava suradnju, a zatim prilagoditi način komunikacije. Važno je razlikovati odbijanje suradnje od situacije u kojoj pozivatelj objektivno ne može surađivati na očekivani način. Kada zbog takvih ograničenja nije moguće ostvariti uobičajeni tijek poziva, dispečer komunikaciju prilagođava onome što je u danim okolnostima moguće pouzdano utvrditi. Ograničeni opseg dobivenih podataka ne znači nužno pogrešno vođen poziv ako dodatne podatke objektivno nije bilo moguće dobiti.

Relevantna ograničenja u prikupljanju podataka treba dokumentirati. Podatak koji nije neposredno provjeren ne smije se prikazati kao pouzdano utvrđen. Ako pozivatelj nije uz pacijenta, iz zapisa treba biti jasno da je informacija posredovana. Ako je prikupljanje podataka ograničeno jezičnom ili drugom komunikacijskom preprekom, potrebno je zabilježiti relevantno ograničenje. Ako pozivatelj odbija ili ne može provesti uputu, potrebno je, kada je to relevantno, razlikovati odbijanje od nerazumijevanja, fizičke nemogućnosti ili opasnosti na mjestu događaja. Takvo dokumentiranje omogućuje jasnije razumijevanje pouzdanosti i ograničenja dostupnih informacija u daljnjem postupanju.

10.2. Prilagodba komunikacije u posebnim okolnostima: jezik, dob, sluh, govor i pristup

Posebne okolnosti mogu zahtijevati prilagodbu načina komunikacije s pozivateljem ili pacijentom. Razlog može biti nedovoljno poznavanje hrvatskog jezika, dob i razina razumijevanja pozivatelja, oštećenje sluha ili govora, kognitivne teškoće, psihičko stanje, udaljenost pozivatelja od pacijenta, tehničko ograničenje ili otežan pristup pacijentu. Komunikaciju treba prilagoditi tako da se, unatoč ograničenjima, pouzdano dobiju podatci potrebni za postupanje prema Hrvatskom indeksu, sigurnost i dolazak tima HMS-a do pacijenta (3,52–58).

Jezična prepreka zahtijeva kratke rečenice, jednostavne riječi i pitanja na koja se može kratko i nedvosmisleno odgovoriti. Dispečer treba izbjegavati duge rečenice, stručne izraze, sinonime i višestruka pitanja. Jednostavne riječi, sadašnje vrijeme i kratki odgovori često su jedini način

dobivanja osnovnih podataka, npr. „Koja je adresa?“, „Je li pacijent budan?“, „Diše li normalno?“, „Krvari li jako?“, „Jeste li sada na sigurnom?“ Složene rečenice, stručni izrazi i nepotrebno mijenjanje formulacija mogu dodatno otežati razumijevanje.

Dispečer treba izbjegavati nepotrebne stručne izraze i usmjeriti se na podatke koje je moguće pouzdano dobiti. Ako pozivatelj ne razumije pitanje, treba ga preoblikovati kraće i konkretnije, bez nizanjanja novih stručnih izraza ili sinonima. Pitanje „Ima li poremećaj svijesti?“ nema vrijednost ako pozivatelj ne razumije izraz. Pitanje „Odgovara li kada ga zovete?“ pozivatelju je konkretnije i lakše razumljivo.

Komunikaciju s djetetom pozivateljem treba prilagoditi njegovoj dobi i razumijevanju, uz kratke i konkretne rečenice te jedan zahtjev odjednom. Dijete može biti jedini izvor informacije, osobito u kući, školi, dvorištu ili javnom prostoru. Važno je što ranije utvrditi lokaciju, je li dijete samo, postoji li odrasla osoba u blizini i nalazi li se dijete uz pacijenta. Pitanja trebaju biti kratka: „Kako se zove ulica?“, „Vidiš li broj kuće?“, „Odgovara li ti osoba kada je zoveš?“, „Diše li?“, „Možeš li otvoriti vrata?“ Djetetu ne treba davati složene zadatke ako je moguće uključiti odraslu osobu koja ih može razumjeti i provesti.

Starija životna dob sama po sebi nije komunikacijska prepreka. Kada su prisutne smetnje sluha, sporije procesiranje informacija ili poteškoće s razumijevanjem, dispečer treba način govora prilagoditi stvarnim potrebama pozivatelja. Treba govoriti jasno, ne nužno glasno, postavljati jedno pitanje odjednom i prema potrebi ponoviti ključni podatak. Povišen ton nije isto što i jasnoća. Ako pozivatelj ne može navesti točnu adresu, dispečer može tražiti orijentire, naziv ustanove, broj stana, susjednu osobu ili drugi podatak koji može pomoći lociranju.

Kod osobe s oštećenjem sluha ili govora glasovni telefonski poziv može biti nedostatan ili neprikladan način komunikacije. Dispečer tada koristi komunikacijske kanale i dodatne izvore podataka koji su u konkretnom sustavu organizacijski, tehnički i pravno dostupni, primjerice službeni tekstualni kanal, posrednika ili drugi uređeni način komunikacije i dojave. Ne smije se pretpostaviti da su takvi kanali dostupni u svim MPDJ-ima na jednak način. Pristupačnost hitne komunikacije pritom ostaje važna za osobe koje standardni glasovni telefonski poziv ne mogu koristiti na uobičajen način.

Pozivatelj s otežanim govorom može biti pacijent. Govor može biti otežan ili nejasan zbog mogućeg neurološkog poremećaja, otežanog disanja, ozljede, intoksikacije, straha ili jezične prepreke. Dispečer ne smije pretpostaviti uzrok. Komunikacijska je zadaća pouzdano dobiti podatke koje je osoba u stanju dati te, prema potrebi, uključiti drugu osobu. Ako je govor ograničen otežanim disanjem, pitanja treba prilagoditi tako da osoba može odgovarati kratko i bez nepotrebnog govornog opterećenja. Nagla promjena ili nerazumljivost govora može biti relevantan podatak za postupanje prema Hrvatskom indeksu i ne smije se automatski pripisati samo komunikacijskoj teškoći.

Pozivatelj iz ustanove nije automatski pouzdan stručni izvor. Ustanova može biti škola, vrtić, dom za starije, trgovački centar, sportski objekt, radno mjesto ili zdravstvena ustanova. Osoba koja zove može biti zdravstveni djelatnik, njegovatelj, odgajatelj, zaštitar, nastavnik, recepcionar ili slučajni prolaznik. Dispečer treba utvrditi tko zove, je li uz pacijenta i koje podatke može neposredno provjeriti. Razina stručnosti ne smije se pretpostaviti prema mjestu poziva.

Poziv iz javnog prostora može zahtijevati brzo određivanje glavnog sugovornika i usmjeravanje prisutnih osoba prema potrebnim zadacima. Zadatci trebaju biti jasni i upućeni konkretnoj osobi kada je to moguće; općenita formulacija poput „neka netko pomogne“ ne daje jasan zadatak.

Kada pozivatelj ne može navesti točnu lokaciju, potrebno ju je razjasniti drugim dostupnim podatcima. To mogu biti naziv ulice ili objekta, raskrižje, javna ustanova ili trgovina, kat i ulaz, prepoznatljiv orijentir, podatak iz navigacije na telefonu ili osoba u blizini koja može pomoći u lociranju. Točna lokacija nužna je kako bi se tim mogao uputiti na mjesto događaja. Razjašnjavanje lokacije ne smije biti odgođeno opširnijim opisom događaja, uz istodobno postupanje prema Hrvatskom indeksu i davanje hitnih uputa kada su potrebne.

Kada pozivatelj ne može ostati na liniji, raspoloživo vrijeme za prikupljanje podataka može biti ograničeno. Pozivatelj može biti u opasnosti, može imati slabu bateriju, mora otvoriti vrata ili mora predati telefon. Dispečer tada nastoji prije prekida dobiti podatke potrebne za nastavak postupanja i mogućnost ponovnog kontakta, u opsegu koji okolnosti dopuštaju. Ako se veza prekine prije završetka razgovora, iz zapisa treba biti jasno koji su podatci dobiveni, a koji nisu provjereni.

10.3. Sigurnost mjesta događaja i granice pristupa pozivatelja

Sigurnost mjesta događaja postavlja granice svim drugim komunikacijskim ciljevima. Dispečer ne smije usmjeravati pozivatelja prema radnji koja bi ga mogla dodatno ugroziti. Želja pozivatelja da pomogne pacijentu razumljiva je, ali sigurnost pozivatelja, pacijenta, tima HMS-a i drugih uključenih službi mora se uzeti u obzir tijekom cijelog vođenja komunikacije (3,4,48).

Opasnost na mjestu događaja može uključivati nasilje, oružje, agresivnu osobu, požar, dim, plin, struju, promet, vodu, visinu, ruševine, kemikalije, životinje, velik broj ljudi ili druge izvore opasnosti. Pozivatelj ponekad ne navede opasnost izravno. Dispečer može čuti viku, prijetnje, promet, pucanje, alarm ili druge zvukove koji upućuju na potrebu dodatnog razjašnjavanja. Pozadinski zvuk nije dovoljan za zaključak, ali jest razlog za pitanje: „Jeste li sada na sigurnom?“ „Postoji li opasnost za vas ili tim?“

Kada pozivatelj možda ne može slobodno govoriti zbog prisutnosti nasilne osobe ili druge opasnosti, način komunikacije treba prilagoditi sigurnosnim okolnostima. Rano u razgovoru treba provjeriti je li pozivatelj u mogućnosti govoriti bez dodatnog ugrožavanja: „Možete li sada sigurno govoriti?“ Ako ne može, komunikaciju treba prilagoditi kratkim odgovorima, potvrdi lokacije i uključivanju odgovarajućih službi prema važećem postupku. Opseg i način postavljanja pitanja tada se prilagođavaju mogućnosti sigurne komunikacije, uz postupanje prema Hrvatskom indeksu koliko okolnosti dopuštaju.

Pozivatelj na prometnici često želi prići ozlijeđenom ili ostati uz vozilo. Dispečer treba razjasniti postoji li opasnost od prometa, požara, goriva, električnih vozila, slabe vidljivosti ili dodatnog naleta. Uputa: „Ne prilazite. Ostanite izvan opasnosti.“ mora biti jasna i izravna. Ako pozivatelj može bez dodatnog ugrožavanja promatrati mjesto događaja s udaljenosti, dispečer može prikupljati dostupne podatke o broju ozlijeđenih, stanju svijesti, disanju i krvarenju, ali ne smije tražiti radnju koja bi pozivatelja izložila prometnoj opasnosti.

U slučaju nasilja ili prijetnje komunikaciju treba prilagoditi tako da prikupljanje medicinskih podataka ne povećava opasnost za pozivatelja. Dispečer treba razjasniti nalazi li se pozivatelj na sigurnom, gdje se nalazi izvor opasnosti, može li pozivatelj govoriti ili se udaljiti bez dodatnog ugrožavanja te postoji li potreba za uključivanjem policije prema važećem postupku. Medicinska pitanja ostaju važna, ali njihova dubina ovisi o sigurnosti komunikacije. Informaciju o opasnosti potrebno je jasno prenijeti timu HMS-a i drugim uključenim službama.

Pozivatelja se ne smije usmjeravati u prostor u kojem postoji opasnost od požara, dima, plina, struje ili drugog izvora ugroze. Uputa tada treba biti usmjerena na zaštitu pozivatelja, primjerice: „Ne ulazite.“ „Udaljite se.“ „Pričekajte službe na sigurnom.“ Ako pozivatelj može vidjeti pacijenta bez približavanja opasnosti, dispečer može pitati što vidi. Ako ga ne može vidjeti, podatak ostaje nepoznat. Dispečer ne smije pritisnuti pozivatelja da „samo provjeri“ ako provjera znači ulazak u opasnost.

Na javnom događaju s velikim brojem prisutnih pozivatelj može biti okružen bukom, drugim osobama, zaštitarima, policijom, vatrogascima ili drugim službama. Dispečer treba što prije odrediti glavnog sugovornika i prikupiti podatke potrebne za daljnje postupanje, primjerice točnu lokaciju unutar prostora, broj ozlijeđenih ili oboljelih, podatke o najteže ugroženim osobama, pristupni put, postojeće opasnosti i osobu za kontakt. Opis „ovdje je kaos“ potrebno je razjasniti u konkretne podatke koje MPDJ može koristiti za daljnje postupanje.

Informaciju o opasnosti na mjestu događaja treba jasno dokumentirati i pravodobno prenijeti timu HMS-a. Iskazi „moguće nasilje na mjestu događaja“, „pozivatelj ne može sigurno prići“, „osoba s nožem u prostoru“, „dim u objektu“, „promet nije zaustavljen“ ili „lokacija nije potpuno potvrđena“

imaju neposrednu vrijednost za tim HMS-a. Takve informacije mogu biti važne za planiranje pristupa mjestu događaja, zaštitu tima i koordinaciju s policijom, vatrogascima ili drugim službama.

Granica pristupa pozivatelja mora biti jasna. Dispečer može od pozivatelja tražiti samo radnju koja je u konkretnim okolnostima razumljiva, izvediva i ne izlaže ga dodatnoj opasnosti. Dispečer ne smije stvarati moralni pritisak da pozivatelj riskira vlastitu sigurnost. Rečenica „Ako možete sigurno, recite mi što vidite.“ ostavlja sigurnosnu granicu. Rečenica „Morate odmah otići do njega.“ može biti neprihvatljiva ako bi približavanje pozivatelja izložilo dodatnoj opasnosti.

Odbijanje suradnje ili vrlo kratki odgovori mogu imati sigurnosni razlog. Pozivatelj može biti uz nasilnu osobu ili opažati opasnost koju dispečer ne vidi pa prije tumačenja ponašanja kao odbijanja suradnje treba razjasniti postoji li sigurnosna prepreka.



11

KOMUNIKACIJA S TIMOVIMA HMS-A, DRUGIM SLUŽBAMA I BOLNIČKIM USTANOVAMA

Komunikacija u MPDJ-u ne završava razgovorom s pozivateljem. Podatke prikupljene tijekom poziva potrebno je jasno, kratko i svrhovito prenijeti timu HMS-a, drugim žurnim službama ili, prema potrebi, bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Svaki prijenos informacije može dovesti do gubitka značenja ako se jasno ne razlikuju provjereni podatci, navodi pozivatelja, informacije o opasnosti, dane upute i promjene stanja. MPDJ pritom povezuje pozivatelja, timove HMS-a, druge uključene službe i daljnji tijek zbrinjavanja. Strukturirana predaja poziva, pravodoban prijenos naknadnih informacija, potvrda primitka i dokumentiranje komunikacije smanjuju rizik pogrešnog razumijevanja (36,37,59).

11.1. Predaja poziva timu HMS-a

Komunikacija dispečera s timom HMS-a nastavak je hitnog medicinskog poziva. Podatke koje MPDJ prikupi od pozivatelja potrebno je strukturirano prenijeti timu koji se upućuje na intervenciju, uz jasno razlikovanje provjerenih podataka od navoda i ograničenja u njihovoj pouzdanosti. Predaja poziva timu HMS-a nije prepričavanje cijelog razgovora, nego prijenos podataka potrebnih za pripremu tima, dolazak na mjesto događaja i početno postupanje (3,36,37).

Predaja poziva treba sadržavati podatke relevantne za konkretan događaj, uključujući lokaciju i pristup, razlog upućivanja tima, trenutačno stanje pacijenta, važna ograničenja pouzdanosti podataka, opasnosti na mjestu događaja, relevantne telefonske upute i promjene stanja tijekom poziva. Nepotpuna ili nejasna predaja može otežati pripremu tima, dolazak do pacijenta, procjenu opasnosti i kontinuitet daljnjeg postupanja.

U predaji poziva treba jasno razlikovati provjereni podatak od pozivateljeve interpretacije. Pozivatelj može reći: „ima moždani“, „srce je“, „ne diše“, „guši se“ ili „umire“. Dispečer timu ne bi trebao prenijeti samo tu oznaku ako su tijekom poziva dobiveni konkretniji podatci. Preciznija formulacija glasi: „Pozivatelj navodi sumnju na moždani udar; provjereno je da pacijent otežano govori i ne može podići desnu ruku; pacijent reagira; disanje opisano kao normalno.“ Takva formulacija odjeljuje laičku procjenu od provjerenih znakova.

Lokacija mora biti prenesena tako da tim može doći do pacijenta, ne samo do adrese. U višestambenim zgradama važne su informacije o ulazu, katu, stanu, liftu, šifri, prezimenu na „portafonu“ i osobi koja dočekuje tim. U javnom prostoru važni su orijentiri, najbliži pristup, sektor, tribina, dvorana, parkiralište, ulaz ili osoba za kontakt. U prometnoj nesreći važan je smjer vožnje, strana ceste, kilometarska oznaka, izlaz, most, benzinska postaja ili druga prepoznatljiva točka. Adresa može biti točna, ali bez podataka potrebnih za pristup tim ipak može imati poteškoća u dolasku do pacijenta.

Stanje svijesti i disanja treba prenijeti kao aktualni podatak. Timu nije dovoljno reći da je pacijentu „loše“. Korisnija je informacija: „Pacijent ne reagira na glasni poziv.“ ili „Pacijent reagira, ali teško govori zbog otežanog disanja.“ Kod disanja treba razlikovati normalno disanje od nejasnog, nepravilnog, hroptavog ili neposredno neprovjerenog disanja. Ako disanje nije moglo biti neposredno provjereno jer pozivatelj nije uz pacijenta, to ograničenje treba jasno prenijeti timu.

Informacije o opasnosti na mjestu događaja treba prenijeti jasno i nedvosmisleno. Tim treba znati ako postoji nasilje, oružje, agresivna osoba, požar, dim, struja, promet, životinja, kemijski rizik, velik broj ljudi, otežan pristup, nepoznata lokacija ili potreba za policijom ili vatrogascima. Iskaz „možda je malo problematično“ nije dovoljno jasna. Preciznija predaja glasi: „Pozivatelj navodi agresivnu osobu u stanu. Zatražen je izlazak policije.“ Daljnje informacije o opasnosti i statusu drugih službi potrebno je ažurirati čim postanu dostupne.

Informacija o telefonskim uputama važna je za kontinuitet skrbi. Kada je relevantno za daljnje postupanje, timu treba prenijeti koje su telefonske upute dane i jesu li provedene. Važno je razlikovati je li pozivatelj uputu proveo, odbio, nije razumio ili je nije mogao provesti. Razlika između podatka da je telefonska uputa dana i podatka da je uputa provedena ne smije ostati nejasna.

Promjena stanja tijekom poziva mora biti posebno naglašena. Pacijent koji je u početku razgovarao može prestati odgovarati. Disanje se može pogoršati. Krvarenje se može pojačati. Lokacija se može promijeniti. Pozivatelj može izgubiti mogućnost daljnje komunikacije. Tim treba pravodobno obavijestiti o promjeni koja je relevantna za njegovo daljnje postupanje. Opću informaciju „stanje se promijenilo“ treba konkretizirati: što se promijenilo, kada je promjena uočena i je li podatak neposredno provjeren.

Komunikacija s timom treba biti kratka, jasna i sadržajno dovoljna. Prekratka poruka može izostaviti važan podatak, dok preduga poruka može otežati razumijevanje i nepotrebno zauzeti komunikacijski kanal. Dobar prijenos sadrži samo ono što tim treba znati za sljedeći korak. Predaja poziva treba slijediti važeći obrazac i organizacijski uređen način rada, dok se dodatne informacije prenose prema njihovoj važnosti za konkretan događaj.

Primjer sažete predaje glasi: „Adresa Ulica X 12, drugi kat, stan desno, prezime Horvat. Muškarac oko 60 godina, iznenada se srušio, ne reagira na poziv. Pozivatelj opisuje nepravilno hroptavo disanje. Telefonske upute su započete; supruga ih provodi. Ulaz otključava susjed, nema prijavljene opasnosti.“ Takva predaja timu daje sažetu i konkretnu sliku događaja bez nepotrebnog prepričavanja razgovora.

Komunikacija zatvorene petlje smanjuje rizik da važna informacija ne bude primljena ili pravilno shvaćena. Kod važnih promjena dispečer treba zatražiti potvrdu primitka: „Potvrdite da ste zaprimili: pacijent više ne reagira i disanje je opisano kao nepravilno.“ Potvrda je osobito važna kod promjene lokacije, sigurnosnog rizika, promjene stanja, potrebe za dodatnim resursom ili najave prema bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Kod važnih promjena potvrda primitka i razumijevanja smanjuje mogućnost da informacija ostane neprimijećena ili bude pogrešno protumačena.

Komunikacija s timom mora poštovati radno opterećenje tima. Tim može biti u vožnji, na terenu, u bučnom prostoru ili u istodobnoj komunikaciji s drugim sudionicima. Dispečer ne bi trebao slati duga objašnjenja kada je dovoljna kratka i jasna poruka. Istodobno, dispečer ne smije pretpostaviti da je informacija „jasna sama po sebi“. Informacije koje mogu bitno utjecati na daljnje postupanje treba prenijeti jasno i, kada je potrebno, potvrditi njihov primitak.

11.2. Komunikacija s drugim službama i bolničkim ustanovama

Rad MPDJ-a često zahtijeva suradnju s policijom, vatrogascima, civilnom zaštitom, zaštitarskim službama, ustanovama, organizatorima događaja i bolničkim zdravstvenim ustanovama. Komunikacija s drugim službama ne smije se svesti na općenito obavješćavanje. Potrebno je prenijeti podatke koji drugoj službi omogućuju procjenu, pripremu i postupanje u okviru njezine uloge (1,3).

Uključivanje policije može biti potrebno kod nasilja, prijetnje, oružja, opasne osobe, narušavanja javnog reda, potrebe za osiguranjem mjesta događaja ili drugih okolnosti predviđenih važećim postupkom. Dispečer mora jasno razlikovati medicinski razlog poziva od sigurnosnog razloga uključivanja policije. Relevantni podatci mogu uključivati lokaciju, prirodu prijetnje, trenutno postojanje opasnosti, ugrožene osobe, položaj pacijenta i moguću opasnost za tim HMS-a.

Uključivanje vatrogasaca može biti potrebno kod požara, dima, tehničke intervencije, zaglavljenih osobe, opasnih tvari, urušavanja, nepristupačnog mjesta događaja ili drugih okolnosti koje zahtijevaju njihove nadležnosti. Dispečer ne treba tehnički tumačiti ono što nije provjereno, nego jasno prenijeti ono što pozivatelj navodi ili što je drugim putem potvrđeno. Formulacija „Pozivatelj navodi dim u stanu; pacijent je prema navodu unutra; postoji moguća opasnost pri pristupu.“ jasnija je od općeg iskaza „trebaju vatrogasci“.

Civilna zaštita i druge službe mogu biti važne u velikim nesrećama, kriznim događajima, vremenskim nepogodama, evakuacijama, masovnim okupljanjima i situacijama u kojima medicinski odgovor ovisi o

širem upravljanju prostorom i resursima. MPDJ u takvim okolnostima postaje komunikacijski čvor koji prima informacije, filtrira ih, prioritzira medicinske potrebe i prenosi ih prema odgovarajućim akterima. Dispečer mora znati koji kanal, koja grupa, koja kontaktna točka i koji redoslijed komunikacije vrijede u lokalnom sustavu.

Velike nesreće i izvanredni događaji zahtijevaju posebno discipliniranu komunikaciju. Višak nepotvrđenih informacija može stvoriti jednaku štetu kao i manjak informacija. MPDJ treba razlikovati broj prijavljenih ozlijeđenih, broj potvrđeno pregledanih pacijenata, broj timova na lokaciji, potrebu za dodatnim resursima, sigurnosne rizike, pristupne rute i zapovjednu strukturu. U takvim događajima komunikacija treba biti kratka, organizacijski jasna i dokumentirana.

Jedna od zadaća MPDJ-a jest obavješćavanje bolničke hitne medicinske službe o dolasku hitnog pacijenta. U ovom se priručniku za tu komunikaciju koristi izraz najava dolaska pacijenta (engl. *pre-alert*). Najava dolaska pacijenta razlikuje se od predaje poziva timu HMS-a. Predaja poziva usmjerena je na upućivanje i pripremu tima za intervenciju, dok najava dolaska pacijenta omogućuje bolničkoj hitnoj medicinskoj službi pripremu za njegov prihvata. Sadržaj najave dolaska pacijenta ovisi o stanju pacijenta i dogovorenom načinu komunikacije, a može uključivati glavni problem, trenutačno stanje i dostupne vitalne pokazatelje, vrijeme početka događaja ili simptoma, provedene postupke i odgovor na njih, procijenjeno vrijeme dolaska te druge podatke relevantne za pripremu ustanove (1,36,37,60–62). Najava dolaska pacijenta treba biti usklađena s dogovorenim obrascem, važećim protokolima i organizacijski uređenim načinom komunikacije.

U najavi dolaska pacijenta sumnja se ne smije prikazati kao potvrđena dijagnoza. Preciznija formulacija glasi: „Sumnja na moždani udar prema nalazu tima: smetnje govora, slabost desne strane, početak simptoma oko 14:20; pacijent reagira i diše normalno.“ Takva poruka daje bolničkoj ustanovi podatke za pripremu, ali ne prikazuje sumnju kao konačnu dijagnozu.

Najava dolaska pacijenta ne treba biti improvizirani opis događaja, nego strukturirana poruka usklađena s vrstom pacijenta, važećim protokolom i dogovorenim načinom najave. U komunikaciji s OHBP-om često se koristi strukturirani pristup koji omogućuje kratko prenošenje ključnih podataka o pacijentu, razlogu najave, stanju, vitalnim znakovima, provedenim postupcima i očekivanom vremenu dolaska. Kada je u sustavu prihvaćen AT-MIST, najava dolaska pacijenta može se strukturirati prema njegovim elementima: dob, vrijeme nastanka događaja ili početka simptoma, mehanizam ozljede ili glavni medicinski problem, ozljede, odnosno podatci o kliničkom stanju, znakovi i simptomi te provedeni postupci (engl. *Age, Time, Mechanism of injury/Medical complaint, Injuries/Information, Signs and symptoms, Treatment*). Takav obrazac smanjuje rizik da se u najavi izostavi podatak koji bolničkoj ustanovi treba za pripremu prostora, osoblja, opreme i daljnjeg zbrinjavanja (60,61).

Kod sumnje na moždani udar najava dolaska pacijenta treba slijediti važeći dogovoreni protokol za moždani udar i organizacijski uređen način najave. U takvoj najavi posebnu vrijednost imaju vrijeme početka simptoma ili vrijeme kada je pacijent zadnji put viđen bez neurološkog ispada, vodeći neurološki znakovi, stanje svijesti, disanje, vitalni pokazatelji ako su dostupni, provedeni postupci i procijenjeno vrijeme dolaska. U najavi se prenose dostupni nalazi i podatci relevantni za aktivaciju odgovarajućeg bolničkog protokola, bez prikazivanja sumnje kao potvrđene dijagnoze (29,60).

Komunikacija s drugim službama mora čuvati povjerljivost i svrhovitost podataka. Druga služba treba dobiti informacije koje su potrebne za njezinu ulogu, sigurnost i koordinaciju. Nije svaka medicinska informacija potrebna policiji, vatrogascima, zaštitarima ili organizatoru događaja. Dispečer treba prenositi podatke potrebne za ulogu, koordinaciju i zaštitu uključenih osoba, bez nepotrebnog širenja zdravstvenih podataka (47,63,64).

Ponavljanje primljene informacije radi provjere (engl. *read-back*) i potvrda primitka osobito su važni pri prijenosu lokacije, informacije o opasnosti, promjene stanja, broja pacijenata ili drugih podataka čije bi pogrešno razumijevanje moglo utjecati na daljnje postupanje. Kod složenih događaja poruka može proći kroz više osoba i sustava. Svako dodatno prepričavanje povećava rizik promjene značenja. Potvrda ključnog podatka smanjuje taj rizik (36,37,59).

Rezervni komunikacijski kanali moraju biti unaprijed poznati. Telefonske linije, odgovarajuće govorne grupe u TETRA radio-komunikacijskom sustavu, alternativni kontakti, dežurne osobe i komunikacijski planovi trebaju biti unaprijed organizacijski definirani. U izvanrednim okolnostima komunikacija se oslanja na prethodno dogovorene kanale, a ne na improvizirano uspostavljanje veza tijekom događaja.

Komunikacija s drugim službama zahtijeva jasnu razliku između potvrđene informacije i dojave. Pozivatelj može navesti „deset ozlijeđenih“, ali prvi tim može potvrditi drukčiji broj. MPDJ treba prenositi informacije s oznakom izvora: „prema prvoj dojavi“, „prema pozivatelju“, „prema timu na mjestu događaja“, „potvrđeno od policije“, „nije potvrđeno“. Takvo označavanje izvora smanjuje mogućnost da se početna, nepotvrđena informacija tijekom daljnjeg prijenosa počne prikazivati kao potvrđena činjenica.

11.3. Ažuriranje i dokumentiranje informacija u komunikacijskom lancu

Komunikacijski lanac u hitnoj medicini ne završava upućivanjem tima. Stanje pacijenta, sigurnost mjesta događaja, mogućnost pristupa i broj pacijenata ili drugih uključenih osoba mogu se mijenjati tijekom intervencije. Relevantne promjene ne smiju ostati samo u razgovoru s pozivateljem, nego ih treba pravodobno prenijeti timu HMS-a i dokumentirati.

Ažuriranje informacija treba biti pravodobno i selektivno. Nije svaka nova informacija relevantna za daljnje postupanje tima. Promjene relevantne za daljnje postupanje treba pravodobno prenijeti timu HMS-a, primjerice kada pacijent prestane reagirati, promijeni se disanje ili krvarenje, pozivatelj započne ili prekine provedbu važne upute, ispravi se lokacija, promijeni pristup mjestu događaja, pojavi se nova opasnost, utvrdi veći broj pacijenata ili se uključi druga služba. Dispečer treba razlikovati promjenu relevantnu za daljnje postupanje od dodatnog opisa koji ne utječe na postupanje. Razlika između predaje poziva timu HMS-a i naknadnog ažuriranja informacija relevantnih za daljnje postupanje prikazana je na Slici 9.



Slika 9. Predaja poziva timu HMS-a i naknadno ažuriranje relevantnih informacija

Dokumentiranje treba omogućiti praćenje relevantnih podataka, danih uputa, prijenosa informacija timu i drugim službama te važnih promjena tijekom poziva i intervencije. Dokumentacija ne zamjenjuje pravodoban prijenos informacije, nego omogućuje naknadnu provjeru tijeka komunikacije.

Ograničenja pouzdanosti podataka također treba jasno dokumentirati i, kada su relevantna za daljnje postupanje, prenijeti timu HMS-a. To se može odnositi na posredovane informacije, podatke dobivene kada pozivatelj nije uz pacijenta, komunikacijsku ili jezičnu prepreku te situacije u kojima je prikupljanje podataka bilo ograničeno opasnošću na mjestu događaja.

Komunikacijske pogreške često nastaju pri prijenosu informacije između sudionika: od pozivatelja prema dispečeru, od dispečera prema timu HMS-a, od tima HMS-a prema MPDJ-u, od MPDJ-a prema bolničkoj hitnoj medicinskoj službi ili drugoj službi te između prve dojave i kasnijih ažuriranja. Svaki dodatni prijenos može dovesti do gubitka ili promjene dijela značenja. Strukturirani prijenos, kratke i jasne poruke, potvrda primitka važnih informacija i dokumentiranje relevantnih promjena smanjuju taj rizik (36,59,65).

Pri prijenosu informacija treba izbjegavati neprovjerene zaključke. Iskaz „vjerojatno je infarkt“ bez navođenja podataka manje je korisna od informacije: „Bol u prsima traje 30 minuta, prisutni su znojenje, mučnina i otežano disanje; pacijent reagira.“ Timu HMS-a i bolničkoj ustanovi potrebni su relevantni podatci, a ne samo dojam. Kada je sumnju važno prenijeti, treba je jasno označiti kao sumnju i navesti podatke na kojima se temelji.

Komunikacija s timom mora ostati profesionalna i u uvjetima velikog radnog opterećenja. Napetost, umor, neslaganje, buka u kanalu ili različita očekivanja ne smiju narušiti jasnoću poruke. U komunikaciju s timom ne treba unositi neformalne komentare, frustraciju prema pozivatelju ni neprovjerene pretpostavke o ponašanju pacijenta. Poruka treba ostati usmjerena na podatke relevantne za daljnje postupanje i sigurnost.

Povratne informacije tima HMS-a o nejasnoj lokaciji, otežanom pristupu, nedostajućim informacijama ili drugim komunikacijskim poteškoćama mogu biti važan izvor za naknadnu stručnu analizu i audit komunikacije.

Zajednički je cilj komunikacijskog lanca da relevantan podatak bude jasno i pravodobno prenesen onome kome je potreban za daljnje postupanje. MPDJ u tom lancu povezuje pozivatelja, tim HMS-a, druge uključene službe i, kada je potrebno, bolničku hitnu medicinsku službu. Komunikacija s timovima, drugim službama i bolničkim ustanovama zato treba biti jasna, strukturirana, pravodobna i dokumentirana. Pravodoban prijenos i ažuriranje relevantnih informacija omogućuju kontinuitet postupanja od prijema poziva do dolaska tima, a u složenijim događajima i tijekom daljnje koordinacije.

12

KOMUNIKACIJSKE POGREŠKE, EDUKACIJA, AUDIT I PROFESIONALNA ODGOVORNOST

Komunikacijska pogreška u MPDJ-u može utjecati na prepoznavanje hitnosti, izvršenje telefonske upute, sigurnost mjesta događaja, prijenos informacija i naknadnu analizu događaja. Komunikaciju zato treba promatrati kao područje koje se sustavno uči, provjerava i unapređuje. Analiza pogrešaka ne treba polaziti od traženja krivnje, nego od razumijevanja kako pogreške nastaju, kako se prepoznaju i kako se smanjuju edukacijom, simulacijom, auditom i jasnim dokumentiranjem. Profesionalna odgovornost uključuje kvalitetnu komunikacijsku izvedbu dispečera, ali i organizacijsku spremnost da se iz stvarnih poziva sustavno uči (8,10,26,65).

12.1. Komunikacijska pogreška kao sigurnosni rizik

Komunikacijska pogreška u MPDJ-u nije samo neprimjerena rečenica, neljubazan ton ili nespretan izraz. Komunikacijska pogreška može promijeniti tijek hitnog medicinskog poziva, odgoditi prepoznavanje hitnosti, otežati davanje telefonske upute, dovesti do nepotpune predaje poziva ili prijenosa važnih informacija timu HMS-a, ili stvoriti nejasan dokumentacijski trag. Pogreška u komunikaciji postaje sigurnosni rizik kada utječe na podatak, odluku, uputu, dolazak tima, sigurnost mjesta događaja ili kontinuitet skrbi.

Medicinski dispečer u MPDJ-u radi u uvjetima u kojima se velik dio stručnog postupka temelji na onome što je izgovoreno, shvaćeno, zabilježeno i preneseno. Pozivatelj ne mora razumjeti medicinske pojmove, ne mora biti uz pacijenta, može govoriti pod stresom, može davati proturječne podatke ili može pogrešno opisati disanje, stanje svijesti, bol, slabost, krvarenje ili opasnost na mjestu događaja. Dispečer zato mora računati na mogućnost komunikacijske pogreške i primjenjivati postupke koji smanjuju njezinu vjerojatnost.

Pogreške prikupljanja podataka nastaju kada dispečer ne dobije, ne provjeri ili ne razjasni podatak koji je potreban za daljnji postupak. Neproverjena lokacija, nepotpun pristup, nejasan broj za ponovni kontakt, neproverjena prisutnost pozivatelja uz pacijenta, nedovoljno razjašnjeno stanje svijesti ili prihvaćanje odgovora „diše“ bez razjašnjenja diše li pacijent normalno tipični su primjeri. Takve pogreške često ne izgledaju dramatično u trenutku poziva, ali mogu imati ozbiljne posljedice.

Pogreške interpretacije nastaju kada dispečer podatku pridaje značenje koje nije dovoljno provjereno. Pozivateljeva rečenica „samo spava“ ne dokazuje očuvanu svijest. Rečenica „hrče“ ne dokazuje normalno disanje. Rečenica „ima moždani“ nije dijagnoza. Rečenica „nije ništa strašno“ nije dokaz stabilnog stanja. Dispečer mora razlikovati pozivateljev opis od stručnog značenja koje se može utvrditi tek nakon potrebnog razjašnjavanja prema Hrvatskom indeksu.

Pogreške vođenja razgovora nastaju kada dispečer izgubi strukturu poziva, predugo dopušta opširno izlaganje koje ometa razgovor, ne ograniči komunikacijski šum, ne odredi glavnog sugovornika ili razgovor ne vrati na potreban podatak. Takva pogreška osobito je rizična kod paničnog pozivatelja, više sugovornika, poziva iz javnog prostora, poziva preko posrednika ili poziva u kojem se stanje pacijenta mijenja tijekom razgovora. Dispečer tada može imati mnogo izgovorenih informacija, ali malo pouzdano utvrđenih podataka.

Pogreške u davanju telefonskih uputa nastaju kada je uputa preduga ili nejasna, nije prilagođena uvjetima provedbe, nije provjereno njezino razumijevanje ili izvršenje ili je formulirana neodređeno kada je potrebna jasna i neposredna radnja. Pozivatelj može reći „dobro“, a da nije učinio ono što je traženo. Pozivatelj može započeti radnju pa stati. Pozivatelj može uputu pogrešno razumjeti ili je ne može izvršiti zbog straha, fizičke nemogućnosti ili opasnosti na mjestu događaja. Dispečer zato treba uputu oblikovati kratko i jasno, provjeriti njezino izvršenje i prema potrebi je korigirati bez okrivljavanja pozivatelja.

Pogreške u prijenosu informacija timu HMS-a nastaju kada tim ne dobije relevantan podatak koji je MPDJ već prikupio ili ga dobije nejasno, prekasno ili bez potrebne potvrde primitka. Posebno su važni podatci o promjeni stanja, nejasnom ili abnormalnom disanju, opasnosti na mjestu događaja, otežanom pristupu, danim telefonskim uputama i njihovoj provedbi te ograničenjima pouzdanosti informacija. Tim ne može postupati prema informaciji koja nije prenesena ili nije jasno prenesena.

Pogreške dokumentiranja nastaju kada zapis ne odražava relevantne dijelove poziva i komunikacije. Dokumentacija treba omogućiti naknadno razumijevanje važnih dobivenih i provjerenih podataka, danih uputa, prijenosa informacija, ograničenja njihove pouzdanosti i promjena tijekom poziva. Nedostatno dokumentirana relevantna informacija može otežati kontinuitet skrbi, naknadnu stručnu analizu, edukaciju i, kada je potrebno, pravnu analizu događaja.

Sustavne pogreške nastaju kada organizacija rada, oprema, edukacija, komunikacijski kanali, opterećenje poslom, nejasni lokalni postupci ili nedostatak povratne informacije pogoduju ponavljanju istih propusta. Dispečer može pogriješiti kao pojedinac, ali sustav može stvarati uvjete u kojima je pogreška vjerojatnija. Sigurnosna kultura ne smije tražiti samo „tko je pogriješio“, nego i „zašto je takva pogreška bila moguća“ (36,65).

Podcjenjivanje hitnosti (engl. *undertriage*) i precjenjivanje hitnosti (engl. *overtriage*) treba promatrati oprezno. Podcjenjivanje hitnosti može značiti da stvarna hitnost nije prepoznata ili da odgovor nije bio dovoljno visokog prioriteta. Precjenjivanje hitnosti može značiti da se aktivira viši odgovor nego što se naknadno pokaže potrebnim. Oba mogu imati komunikacijsku komponentu, ali nisu isključivo komunikacijske pogreške. Na njih utječu dostupni podatci, Hrvatski indeks i stručni okvir postupanja, organizacija rada, iskustvo dispečera, dostupni resursi i promjenjivost hitnih stanja. Komunikacijska analiza može pokazati je li relevantan podatak bio prikupljen, razjašnjen i prenesen, ali konačna procjena mora obuhvatiti širi kontekst postupanja.

Analiza komunikacijske pogreške mora biti konkretna. Opća ocjena „loša komunikacija“ ne pomaže edukaciji. Korisnija analiza glasi: lokacija nije dodatno razjašnjena; nije razjašnjeno diše li pacijent normalno; pozivatelj nije bio uz pacijenta, ali je podatak prikazan kao neposredan; uputa je sadržavala tri radnje odjednom; promjena stanja nije prenesena timu; opasnost na mjestu događaja nije dokumentirana. Takva analiza omogućuje korekciju.

Kultura sigurnosti zahtijeva neokrivljujući, ali odgovoran pristup. Neokrivljujući pristup ne znači da pogreške nemaju posljedice ili da se odgovornost briše. Neokrivljujući pristup znači da se pogreška analizira stručno, s ciljem učenja i smanjenja ponavljanja. Odgovoran pristup znači da se jasno razlikuje ljudska pogreška, nedostatak znanja, nepridržavanje postupka, tehnički problem, organizacijski propust i ponašanje koje odstupa od profesionalnih standarda.

VODI model može pomoći u prevenciji i analizi komunikacijskih pogrešaka. Pitanje „što nije verificirano“ usmjerava analizu na neprovjerene podatke. Pitanje „Što nije ograničeno?“ pokazuje gdje je šum preuzeo poziv. Pitanje „Što nije dirigitirano?“ pokazuje jesu li pozivatelj i prisutne osobe bili usmjereni prema potrebnim zadacima. Pitanje „što nije instruirano ili provjereno“ usmjerava analizu na to je li potrebna uputa jasno dana i je li njezino izvršenje provjereno. Model ne zamjenjuje stručnu analizu postupanja prema Hrvatskom indeksu, nego daje praktičan okvir za komunikacijski audit.

12.2. Edukacija, simulacija i audit komunikacije

Komunikacijska kompetencija dispečera ne razvija se samo čitanjem priručnika. Komunikacijska kompetencija u MPDJ-u razvija se kroz početnu edukaciju, mentorstvo, simulaciju, nadzirani rad, analizu stvarnih poziva, povratnu informaciju i ponovljenu procjenu kompetencija. Početna edukacija može uvesti temeljna pravila, dok održavanje i razvoj komunikacijskih vještina zahtijevaju njihovo redovito uvježbavanje i provjeru (8,20,26,50,51,66–68).

Početna edukacija treba jasno razlikovati poznavanje Hrvatskog indeksa od komunikacijske izvedbe. Dispečer može znati koji podatak treba dobiti, ali ne mora odmah znati kako ga dobiti od izrazito uznemirenog ili ljutitog pozivatelja, osobe koja nije uz pacijenta ili pozivatelja s jezičnom preprekom. Edukacija zato treba obuhvatiti i stručni sadržaj i komunikacijsku izvedbu: kako postaviti pitanje, ograničiti opširno izlaganje koje ometa razgovor, razjasniti disanje, dati telefonsku uputu, provjeriti njezino izvršenje i prenijeti relevantnu informaciju timu HMS-a.

Mentorski rad u MPDJ-u treba biti strukturiran. Mentor ne bi trebao novom dispečeru davati samo opće komentare poput „moraš biti sigurniji“ ili „moraš bolje slušati“. Korisnija je povratna informacija vezana uz konkretne dijelove poziva: „Lokacija je provjerena dobro, ali pristup nije razjašnjen.“, „Pitanje o disanju bilo je preopćenito.“, „Pozivatelj nije bio uz pacijenta, a to ograničenje pouzdanosti informacije nije preneseno timu.“, „Uputa je dana jasno, ali izvršenje nije provjereno.“

Simulacija je korisna jer dispečeru omogućuje uvježbavanje komunikacije u kontroliranim uvjetima. Ovisno o cilju scenarija, može uključivati zvučne elemente, prekidanje, emocionalnu reakciju pozivatelja, nejasne izraze, promjenu stanja, istodobni govor više osoba, poteškoće s utvrđivanjem lokacije ili opasnost na mjestu događaja. Stvarni pozivi često uključuju više istodobnih komunikacijskih zahtjeva pa edukacija treba pripremiti dispečera i za takve okolnosti.

Scenariji za simulaciju trebaju biti povezani s rizičnim točkama rada MPDJ-a. Osoba bez svijesti, abnormalno disanje, gušenje, jako krvarenje, bol u prsima, moždani udar, dijete koje ne diše normalno, prometna nesreća, jezična prepreka, nasilje i poziv iz javnog prostora trebaju se vježbati s jasno definiranim komunikacijskim ciljem. Svaki scenarij treba imati jasno definiran stručni i komunikacijski cilj. Stručni cilj odnosi se na odgovarajuće postupanje prema Hrvatskom indeksu i drugim relevantnim stručnim postupcima, a komunikacijski cilj na način dobivanja potrebnih podataka i vođenja komunikacije s pozivateljem.

Simulacija sa zvučnim elementima ima posebnu vrijednost jer se komunikacija u MPDJ-u primarno oslanja na ono što dispečer čuje tijekom poziva. Zvuk disanja, hroptanje, pozadinska buka, plač, vika, tišina, prekid veze ili istodobni govor više osoba mogu utjecati na tijek komunikacije. Dispečer treba učiti slušati i ono što pozivatelj govori i relevantne zvukove u pozadini. Zvučni elementi ne smiju se tumačiti kao samostalni zaključci, nego kao mogući razlog za dodatno razjašnjavanje.

Strukturirana analiza i rasprava nakon simulacije (engl. *debriefing*) treba biti usmjerena na učenje i konkretne mogućnosti poboljšanja. Treba prepoznati što je bilo dobro provedeno, što zahtijeva poboljšanje i koje konkretne promjene sudionik može primijeniti u sljedećoj simulaciji ili stvarnom pozivu. Nakon takve analize dispečeru treba biti jasno što konkretno može unaprijediti, primjerice razjašnjavanje disanja, ograničavanje opširnog izlaganja, provjeru izvršenja upute, prijenos informacije o opasnosti ili dokumentiranje relevantnog ograničenja.

Kada je uporaba snimki stvarnih poziva u stručne i edukacijske svrhe organizacijski i pravno uređena, analiza treba biti strukturirana prema unaprijed definiranim kriterijima. Slušanje snimke bez strukture lako se pretvara u subjektivni dojam. Kriteriji analize mogu uključivati: je li lokacija utvrđena pravodobno; je li razjašnjeno nalazi li se pozivatelj uz pacijenta; je li stanje svijesti odgovarajuće razjašnjeno; je li razjašnjeno diše li pacijent normalno; jesu li dodatna pitanja bila usklađena s glavnim problemom; je li primijenjeno načelo „jedna uputa – jedna radnja“; je li izvršenje upute provjereno; jesu li relevantne promjene prenesene timu HMS-a; jesu li važna ograničenja dokumentirana.

Audit komunikacije treba razlikovati pojedinačni propust od ponavljajućeg obrasca. Pojedinačni propust može biti povezan sa specifičnim okolnostima poziva, dok ponavljanje istog problema kroz više poziva može upućivati na potrebu za dodatnom edukacijom, prilagodbom radnog postupka, dokumentacije ili tehničkog rješenja. Ako se kod više dispečera ponavlja nedovoljno razjašnjavanje disanja, problem možda nije samo individualan. Ako se informacije o opasnosti

na mjestu događaja opetovano ne prenose timu HMS-a, potrebno je analizirati i organizacijski način prijenosa tih informacija.

Za potrebe audita mogu se unaprijed definirati mjerljivi pokazatelji komunikacijskog procesa, ovisno o cilju analize. Primjerice, mogu se pratiti vrijeme do utvrđivanja lokacije ili razjašnjavanja stanja svijesti i disanja, pravodobnost početka telefonske upute kada je ona potrebna prema stručnom okviru, provjera izvršenja upute, dokumentiranje relevantnih ograničenja, jasnoća prijenosa informacija timu te uporaba komunikacije zatvorene petlje kod važnih poruka. Odabir pokazatelja i način njihova vrednovanja trebaju biti unaprijed definirani prema svrsi audita; navedeni primjeri sami po sebi ne predstavljaju normativne standarde niti validirani mjerni instrument. Pokazatelji pritom ne trebaju služiti samo nadzoru pojedinca nego i prepoznavanju mogućnosti za organizacijsko učenje i unaprjeđenje rada.

Povratna informacija treba biti pravodobna, konkretna i profesionalna. Što je vremenski udaljenija od analiziranog poziva i što je općenitija, to je teže povezati je s konkretnom komunikacijskom izvedbom. Ponižavajuća ili osobno usmjerena povratna informacija može potaknuti obrambenu reakciju umjesto učenja. Korisna povratna informacija povezuje konkretan dio poziva, postupanje prema Hrvatskom indeksu, komunikacijsku izvedbu i jasnu preporuku za budući rad.

Uvođenje promjena Hrvatskog indeksa, protokola, informacijskog sustava ili organizacije rada treba uključivati i odgovarajuću edukaciju. Dispečer treba razumjeti ne samo što se promijenilo nego i kako se promjena odražava na komunikaciju s pozivateljem i dokumentiranje. Uvježbavanje komunikacijske primjene promjene može olakšati njezino uvođenje u stvarni rad.

Timska edukacija korisna je jer MPDJ ne radi izolirano. Dispečeri, timovi HMS-a, edukatori, voditelji i drugi sudionici komunikacijskog lanca trebaju biti usklađeni u tome koji se podatci prenose, kada ih treba prenijeti i kako se potvrđuje primitak važnih informacija. Simulacije koje uključuju predaju poziva timu HMS-a, naknadni prijenos promjene stanja, informacije o opasnosti na mjestu događaja ili najavu dolaska pacijenta mogu uvježbavati cijeli komunikacijski lanac, a ne samo pojedinačnu vještinu dispečera.

Učenje iz dobre prakse jednako je važno kao i učenje iz pogreške. Analiza dobro vođenog poziva može pokazati kako dispečer kratko razjašnjava nejasan odgovor, održava suradnju uz emocionalno opterećenog pozivatelja, dalje vodi tijekom provedbe upute, pravodobno prenosi promjenu timu i dokumentira relevantno ograničenje. Analiza samo problematičnih poziva ograničava mogućnost učenja iz dobre prakse. Uključivanje dobro vođenih poziva u edukaciju i audit omogućuje prepoznavanje i širenje komunikacijskih postupaka koji se u praksi pokazuju korisnima.

12.3. Profesionalna, etička i pravna odgovornost komunikacije

Profesionalna odgovornost dispečera počinje sviješću da je svaka izgovorena rečenica dio stručnog postupka. Pozivatelj može biti u najtežem trenutku života, pacijent može biti životno ugrožen, a tim HMS-a može se oslanjati na podatke koje je dispečer prikupio i prenio. Profesionalna komunikacija ne znači samo pristojnost. Profesionalna komunikacija podrazumijeva jasnoću, istinitost, suzdržanost, provjerljivost, poštovanje stručnih granica i postupanje unutar važećeg stručnog i organizacijskog okvira (7,47,48,63).

Etička načela u MPDJ-u moraju biti praktična. Dostojanstvo pozivatelja i pacijenta čuva se tako da dispečer ne vrijeđa, ne ponižava, ne ismijava, ne okrivljuje i ne koristi emocionalnu ranjivost osobe. Istinitost se čuva tako da dispečer ne daje lažna jamstva. Profesionalna suzdržanost čuva se tako da dispečer ne iznosi osobne komentare, ne ulazi u rasprave koje nisu potrebne za postupak i ne prenosi zdravstvene i druge osobne podatke izvan opsega potrebnog za stručnu i organizacijsku svrhu komunikacije.

Lažno umirivanje posebno je rizično. Rečenice poput „Sve će biti dobro.“, „Nije to ništa.“ ili „Ne brinite.“ mogu kratkotrajno zvučati utješno, ali nisu profesionalno primjerene jer dispečer

ne može znati ishod. Kada je pomoć stvarno upućena, dispečer može reći: „Pomoć je upućena. Ja ću vas voditi kroz ono što sada trebate napraviti.“ Takva formulacija ne obećava ishod, nego pozivatelju daje jasnu informaciju o trenutnom postupanju i njegovoj ulozi.

Etička granica persuzivnog vođenja mora ostati jasna. Dispečer može koristiti odlučne formulacije, tehniku ponavljajućih zahtjeva, kratko objašnjenje razloga i vođenje korak po korak kada time potiče potrebnu radnju koja je u skladu sa stručnim okvirom i ne izlaže pozivatelja dodatnoj opasnosti. Dispečer ne smije manipulirati, prijetiti, posramljivati, lagati ili prebacivati krivnju na pozivatelja. Rečenica „Ako to ne napravite, bit ćete krivi.“ nije prihvatljiva. Rečenica „Vaša pomoć sada može biti važna, ja ću vas voditi korak po korak.“ čuva suradnju bez prijetnje (23–25,47).

Povjerljivost i zaštita osobnih podataka dio su profesionalne komunikacije. Dispečer tijekom poziva može dobiti zdravstvene, osobne, obiteljske, socijalne i druge osjetljive informacije. Takve podatke treba koristiti i prenositi samo u opsegu potrebnom za stručno postupanje, koordinaciju uključenih službi, dokumentiranje i druge organizacijski i pravno uređene svrhe. Drugim službama prenose se podatci potrebni za njihovu ulogu, a ne cjelokupan sadržaj medicinske komunikacije (7,63,64).

Snimke poziva imaju edukacijsku i sigurnosnu vrijednost, ali njihovo korištenje mora biti uređeno. Snimka stvarnog poziva nije materijal za neformalno komentiranje. Snimka sadrži glasove, osobne podatke, zdravstvene informacije i često emocionalno vrlo teške trenutke. Korištenje snimki u edukaciji, auditu ili analizi mora biti u skladu s propisima, internim aktima, pravilima zaštite podataka i profesionalnom etikom.

Dokumentiranje ima stručnu, organizacijsku i pravnu važnost kada je točno, jasno i pravodobno. Nejasan zapis može stvoriti dojam da nešto nije učinjeno ili da je učinjeno drukčije nego što se dogodilo. Dokumentacija ne smije naknadno uljepšavati poziv, prikrivati ograničenja ili prikazivati pretpostavke kao provjerene činjenice. Dokumentacija treba biti jasna, činjenična i usmjerena na relevantne elemente poziva.

Granice savjeta i uputa moraju biti poznate svakom dispečeru. Dispečer ne smije davati savjete ili upute izvan svojih kompetencija i ovlasti te važećeg stručnog okvira. Pozivatelji često traže konkretne odgovore: koji lijek dati, treba li pacijenta voziti osobnim vozilom, treba li ga podizati, premještati, dati mu hranu ili tekućinu ili čekati. Dispečer mora ostati unutar svojih kompetencija, ovlasti i važećeg stručnog okvira te telefonskom komunikacijom ne smije nadomještati kliničku procjenu koja zahtijeva neposredan pregled pacijenta.

Odbijanje pomoći ili upute zahtijeva posebno opreznu komunikaciju i dokumentiranje. Pozivatelj ili pacijent mogu odbijati radnju, suradnju, dolazak tima ili preporučeni postupak. Dispečer treba ostati profesionalan, razjasniti razlog odbijanja koliko je moguće, dati informacije unutar svojih kompetencija i ovlasti, ne prijetiti te dokumentirati relevantne okolnosti komunikacije. Daljnje postupanje provodi se prema važećim stručnim i organizacijskim postupcima.

Komunikacija u situacijama smrti ili izrazito teških ishoda zahtijeva suzdržanost i preciznost. Dispečer ne treba telefonski izricati zaključke koji izlaze izvan njegovih kompetencija i ovlasti ili za koje nema dovoljno pouzdanih podataka. Komunikacija s pozivateljem treba ostati jasna, suzdržana i dostojanstvena, uz postupanje prema važećem stručnom okviru. Neprimjerene fraze, brzoplete izjave ili neproverene tvrdnje mogu dodatno povrijediti pozivatelja i stvoriti stručni rizik.

Profesionalna komunikacija unutar tima jednako je važna kao i komunikacija s pozivateljem. U komunikaciji s kolegama, timovima HMS-a i drugim službama treba izbjegavati omalovažavanje, etiketiranje pozivatelja i neformalne vrijednosne komentare. Podatak o izrazitoj uznemirenosti, agresivnom ponašanju ili stanju pozivatelja može biti relevantan ako utječe na sigurnost, mogućnost suradnje ili pouzdanost dostupnih informacija. Vrijednosni komentar o pozivatelju nije potreban.

Individualnu i organizacijsku odgovornost treba promatrati zajedno. Dispečer je odgovoran za profesionalno postupanje unutar svoje uloge, kompetencija i ovlasti. Organizacija je odgovorna za stvaranje uvjeta za takav rad edukacijom, jasne radne postupke, odgovarajuću opremu, stručnu podršku, audit i razvoj kulture sigurnosti. Komunikacijski standardi imaju praktičnu vrijednost kada su povezani s edukacijom, uvježbavanjem, povratnom informacijom i stručnom provjerom.

Profesionalni integritet dispečera očituje se u sposobnosti da pod pritiskom ostane stručan, jasan i istinit. Pozivatelj može vikati, vrijeđati, plakati ili odbijati. Situacija može biti nejasna, teška ili emocionalno opterećujuća. Dispečer ne mora biti emocionalno neosjetljiv, ali mora zadržati profesionalni oblik komunikacije. U takvim okolnostima osobito su važni jasnoća, istinitost, profesionalna suzdržanost i poštovanje stručnih granica.

Komunikacija u MPDJ-u zato je područje trajnog stručnog učenja, provjere i profesionalne odgovornosti. Njezina se kvaliteta razvija edukacijom, uvježbavanjem, analizom stvarnih poziva, dokumentiranjem i sustavnim unaprjeđenjem rada.





ZAKLJUČAK

Komunikacija u medicinskoj prijavno-dojavnoj jedinici sastavni je dio stručnog postupanja u izvanbolničkoj hitnoj medicini. Prijem hitnog medicinskog poziva ne počinje neposrednim kliničkim pregledom pacijenta, nego razgovorom u kojem se laički, često emocionalan i nepotpun opis treba razjasniti i oblikovati u stručnu, dokumentiranu i za daljnje postupanje uporabivu informaciju. Zbog toga komunikacija u MPDJ-u ne može biti prepuštena osobnom stilu, rutini ili općem osjećaju za razgovor. Ona treba biti strukturirana, svrhovita i usklađena s Hrvatskim indeksom, važećim protokolima, kompetencijama i ovlastima dispečera te organizacijskim pravilima.

Hrvatski indeks daje temeljne stručne smjernice za standardizirani prijem hitnog medicinskog poziva. Komunikacijska vještina dispečera ne zamjenjuje postupanje prema Hrvatskom indeksu, nego omogućuje njegovu primjenu u stvarnim okolnostima poziva. Pozivatelj ne govori stručnim jezikom, ne razlikuje uvijek normalno od abnormalnog disanja, ne zna koji je podatak važan za daljnje postupanje, ne mora biti uz pacijenta i ne mora razumjeti zašto dispečer postavlja određeno pitanje. Zadaća dispečera jest takav razgovor usmjeriti prema konkretnim i provjerljivim podacima relevantnima za daljnje postupanje, bez proizvoljnog tumačenja i bez mijenjanja stručnog smisla pitanja ili upute.

Hitni medicinski poziv zahtijeva jasnu, ali prilagodljivu strukturu. Utvrđivanje lokacije i mogućnosti ponovnog kontakta, razjašnjavanje glavnog problema, stanja svijesti i disanja, procjena sigurnosti mjesta događaja, potrebna dodatna pitanja, telefonske upute, praćenje promjene stanja te pravodoban prijenos relevantnih informacija međusobno su povezani dijelovi komunikacije. Struktura ne znači mehaničko postavljanje pitanja, nego održavanje stručne usmjerenosti razgovora koji se često odvija u panici, neizvjesnosti, buci, opasnosti ili pod pritiskom vremena.

Posebna odgovornost dispečera vidljiva je u visokorizičnim pozivima. Izrazi poput „diše“, „spava“, „hrče“, „pao je“, „nije svoj“ ili „ne javlja se“ ne smiju ostati na razini početnog opisa. Takvi izrazi mogu biti komunikacijske crvene zastavice kada zahtijevaju dodatno i pravodobno razjašnjavanje. Profesionalna komunikacija zato traži razjašnjenje, usmjeravanje i provjeru. Nije dovoljno čuti odgovor; potrebno je razumjeti što odgovor znači u stvarnoj situaciji i unutar stručnog okvira.

Telefonske upute predstavljaju posebno osjetljiv oblik rada na daljinu. Dispečer pozivatelja vodi kroz radnju koju pozivatelj možda ne poznaje, ne želi izvršiti, boji se izvršiti ili je ne može izvršiti zbog okolnosti na mjestu događaja. Uputa treba biti kratka, jasna, izvediva i provjerljiva. Načelo „jedna uputa – jedna radnja“ pomaže pozivatelju usmjeriti se na pojedinačnu radnju, a nakon važnih uputa potrebno je, kada je to moguće, provjeriti njihovo izvršenje, a ne samo dobiti verbalnu potvrdu razumijevanja. Granica je pritom jasna: dispečer može prilagoditi način davanja upute, ali ne smije mijenjati njezin stručni sadržaj izvan važećeg stručnog okvira.

VODI model daje praktičan okvir za razumijevanje vođenja komunikacije tijekom hitnog medicinskog poziva. Verificiraj, Ograniči, Dirigiraj i Instruiraj opisuju četiri komunikacijske funkcije koje se tijekom poziva izmjenjuju i mogu preklapati. Model ne uvodi novi medicinski algoritam i ne zamjenjuje Hrvatski indeks. Njegova je vrijednost u tome što dispečerima, mentorima i edukatorima omogućuje jasnije analizirati što se tijekom poziva događa: koji podatak nije provjeren, što ometa komunikaciju, koga treba usmjeriti prema potrebnom zadatku te je li potrebna uputa jasno dana i njezino izvršenje provjereno.

Komunikacija u MPDJ-u ne završava razgovorom s pozivateljem. Relevantne podatke potrebno je pravodobno prenijeti timu HMS-a, drugim uključenim službama i, kada je potrebno, bolničkoj hitnoj medicinskoj službi. Predaja poziva timu HMS-a, naknadno ažuriranje informacija i najava dolaska pacijenta trebaju jasno razlikovati provjerene podatke od navoda pozivatelja, ograničena pouzdanost informacija, opasnosti na mjestu događaja, dane telefonske upute i promjene stanja. Strukturirana komunikacija smanjuje mogućnost gubitka ili promjene važnih informacija tijekom njihova daljnjeg prijenosa.

Komunikacijske pogreške treba promatrati kao priliku za učenje, a ne isključivo kao individualni propust. Nejasno pitanje, prihvatanje neprovjerene pretpostavke, uputa čije razumijevanje ili izvršenje nije provjereno, nedovoljno dokumentirana promjena stanja ili nepotpun prijenos relevantne informacije mogu utjecati na daljnje postupanje. Sustavno učenje iz stvarnih poziva, simulacija, mentorske povratne informacije i audita komunikacije važno je za razvoj komunikacijske kompetencije i unaprjeđenje rada MPDJ-a.

Kvaliteta komunikacije u MPDJ-u razvija se kroz znanje, edukaciju, vježbu, iskustvo, analizu i jasno definirane stručne okvire. Dispečer tijekom hitnog medicinskog poziva ne „razgovara samo“ s pozivateljem: prikuplja i razjašnjava podatke, održava strukturu razgovora i suradnju, daje i provjerava upute, prenosi relevantne informacije i dokumentira tijekom događaja. Komunikacija je zato sastavni dio stručnog i profesionalnog rada MPDJ-a te važan sigurnosni alat hitne medicinske službe.

POPIS LITERATURE

1. Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine i sanitetskog prijevoza. Narodne novine [Internet]. 2024 May 29. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2024_05_64_1135.html
2. National Association of EMS Physicians. Emergency medical dispatch. Prehosp Emerg Care. 2008;12(2):217. doi:10.1080/10903120801906754
3. Bašić M, Janeš Kovačević J, Muškardin D, Petričević S, Štrbo S. Medicinska prijavno-dojavna jedinica: priručnik [Internet]. Car M, editor. Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2018 [cited 2026 Aug 18]. Available from: https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2024/07/01_HZHM-Prirucnik_MPDJ.pdf
4. Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Hrvatski indeks prijema hitnog poziva za medicinsku prijavno-dojavnu jedinicu [Internet]. 3. hrvatsko izdanje. Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2024 [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2025/01/Novi-Index.pdf>
5. Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o standardima i normativima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine i djelatnosti sanitetskog prijevoza. Narodne novine [Internet]. 2024 May 29. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2024_05_64_1136.html
6. Ruklić M, Friganović A. Analiza vremena u prijavno-dojavnoj jedinici hitne medicinske službe. Croat Nurs J. 2021;5(1):41–50. doi:10.24141/2/5/1/4
7. European Data Protection Board. FAQ: Can I Record Telephone Conversations With Clients in Order to Improve Quality of Service and Do I Need Consent for This? [Internet]. Brussels: European Data Protection Board; [cited 2026 Aug 18]. Available from: https://www.edpb.europa.eu/sme-data-protection-guide/faq-frequently-asked-questions/answer/can-i-record-telephone_en
8. Clawson JJ, Cady GA, Martin RL, Sinclair R. Effect of a comprehensive quality management process on compliance with protocol in an emergency medical dispatch center. Ann Emerg Med. 1998;32(5):578–84. doi:10.1016/S0196-0644(98)70036-8
9. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Odluka o izmjenama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine [Internet]. 2024 Oct 14. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2024_10_118_1960.html
10. Lake R, Georgiou A, Li J, Li L, Byrne M, Robinson M, et al. The quality, safety and governance of telephone triage and advice services—an overview of evidence from systematic reviews. BMC Health Serv Res. 2017;17:614. doi:10.1186/s12913-017-2564-x
11. Fotland SLS, Midtbø V, Vik E, Zakariassen E, Johansen IH. Factors affecting communication during telephone triage in medical call centres: A mixed methods systematic review. Syst Rev. 2024;13:162. doi:10.1186/s13643-024-02580-7
12. Kurz MC, Bobrow BJ, Buckingham J, Cabanas JG, Eisenberg M, Fromm P, et al. Telecommunicator cardiopulmonary resuscitation: A policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;141(12):e686–700. doi:10.1161/CIR.0000000000000744
13. Drennan IR, Geri G, Brooks S, Couper K, Hatanaka T, Kudenchuk P, et al. Diagnosis of out-of-hospital cardiac arrest by emergency medical dispatch: A diagnostic systematic review. Resuscitation. 2021;159:85–96. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.11.025
14. Stangenes SR, Painter IS, Rea TD, Meischke H. Delays in recognition of the need for telephone-assisted CPR due to caller descriptions of chief complaint. Resuscitation. 2020;149:82–6. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.02.013
15. Gibson JME, Bullock M, Ford GA, Jones SP, Leathley MJ, McAdam JJ. “Is he awake?”: Dialogues between callers and call handlers about consciousness during emergency calls for suspected acute stroke. Emerg Med J. 2013;30:414–8. doi:10.1136/emered-2012-201195
16. Olasveengen TM, Mancini ME, Perkins GD, Avis S, Brooks S, Castrén M. Adult Basic Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(16_suppl_1):S41–91. doi:10.1161/CIR.0000000000000892

17. Bohm K, Stålhandske B, Rosenqvist M, Ulfvarson J, Hollenberg J, Svensson L. Tuition of emergency medical dispatchers in the recognition of agonal respiration increases the use of telephone assisted CPR. *Resuscitation*. 2009;80(9):1025–8. doi:10.1016/j.resuscitation.2009.06.004
18. Perkins GD, Walker G, Christensen K, Hulme J, Monsieurs KG. Teaching recognition of agonal breathing improves accuracy of diagnosing cardiac arrest. *Resuscitation*. 2006;70(3):432–7. doi:10.1016/j.resuscitation.2006.01.015
19. Graversen DS, Huibers L, Christensen MB, Bro F, Christensen HC, Vestergaard CH. Communication quality in telephone triage conducted by general practitioners, nurses or physicians: A quasi-experimental study using the AQTT to assess audio-recorded telephone calls to out-of-hours primary care in Denmark. *BMJ Open*. 2020;10(3):e033528. doi:10.1136/bmjopen-2019-033528
20. Møller TP, Jensen HG, Viereck S, Lippert F, Østergaard D. Medical dispatchers' perception of the interaction with the caller during emergency calls: A qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29(1):45. doi:10.1186/s13049-021-00860-y
21. Wennlund KT, Kurland L, Olanders K, Khoshegir A, Kamil HA, Castrén M, et al. Emergency medical dispatchers' experiences of managing emergency calls: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2022 Apr 13;12(4):e059803. doi:10.1136/bmjopen-2021-059803
22. Lindström V, Heikkilä K, Bohm K, Castrén M, Falk AC. Barriers and opportunities in assessing calls to emergency medical communication centre - a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014 Nov 11;22(1):61. doi:10.1186/s13049-014-0061-3
23. Reach G, Jarl G, Lundqvist LO, Thomé B, Wolpert H, Hansson SO. Patient education, nudge, and manipulation: Defining the ethical conditions of the person-centered model of care. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:459–68. doi:10.2147/PPA.S99627
24. Brown RCH. "Sneaky" Persuasion in Public Health Risk Communication. *Ratio*. 2025;38(4):208–18. doi:10.1111/rati.12428
25. Shang H, Xiong L, Chen K, Tian R, Tu J, Shang X. Ethical dimensions of healthcare nudges: a PRISMA-ScR-guided scoping review and framework for responsible behavioral governance. *Front Public Health*. 2025 Nov 26;13:1716466. doi:10.3389/fpubh.2025.1716466
26. Christensen EF, Berlac PA, Nielsen H, Christiansen CF. The Danish quality database for prehospital emergency medical services. *Clin Epidemiol*. 2016;8:667–71. doi:10.2147/CLEP.S100919
27. Wibring K, Herlitz J, Lingman M, Bång A. Symptom description in patients with chest pain: A qualitative analysis of emergency medical calls involving high-risk conditions. *J Clin Nurs*. 2019;28(15–16):2844–57. doi:10.1111/jocn.14867
28. Rawshani A, Rawshani N, Gelang C, Andersson JO, Larsson A, Bång A, et al. Emergency medical dispatch priority in chest pain patients due to life threatening conditions: A cohort study examining circadian variations and impact of the education. *Int J Cardiol*. 2017;236:43–8. doi:10.1016/j.ijcard.2017.02.047
29. Jamtli B, Hov MR, Jørgensen TM, Kramer-Johansen J, Ihle-Hansen H, Sandset EC, et al. Telephone triage and dispatch of ambulances to patients with suspected and verified acute stroke: A descriptive study. *BMC Emerg Med*. 2024;24:43. doi:10.1186/s12873-024-00962-7
30. Wenstrup J, Hestoy BH, Sagar MV, Blomberg SNF, Christensen H, Christensen HC, et al. Emergency Medical Services dispatcher recognition of stroke: A systematic review. *Eur Stroke J*. 2024 Jun 1;9(2):283–94. doi:10.1177/23969873231223339
31. Balen F, Lamy S, Fraisse S, Trinari J, Bounes V, Dubucs X. Predictive factors for early requirement of respiratory support through phone call to emergency medical call centre for dyspnoea: A retrospective cohort study. *Eur J Emerg Med*. 2023;30:432–7. doi:10.1097/MEJ.0000000000001066
32. Sonne A, Egholm S, Elgaard L, Breindahl N, Jensen AH, Eskesen V, et al. Symptoms presented during emergency telephone calls for patients with spontaneous subarachnoid haemorrhage. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2021;29:118. doi:10.1186/s13049-021-00934-x
33. Riou M, Ball S, Whiteside A, Bray J, Perkins GD, Smith K, et al. 'We're going to do CPR': A linguistic study of the words used to initiate dispatcher-assisted CPR and their association with caller agreement. *Resuscitation*. 2018 Dec;133:95–100. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.10.011

34. Chien CY, Chien WC, Tsai LH, Tsai SL, Chen CB, Seak CJ. Impact of the caller's emotional state and cooperation on out-of-hospital cardiac arrest recognition and dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation. *Emerg Med J*. 2019;36(10):595–600. doi:10.1136/emmermed-2018-208353
35. Dameff C, Vadeboncoeur T, Tully J, Panczyk M, Dunham A, Murphy R. A standardized template for measuring and reporting telephone pre-arrival cardiopulmonary resuscitation instructions. *Resuscitation*. 2014;85(7):869–73. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.02.023
36. World Health Organization, WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication During Patient Hand-Overs [Internet]. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2026 Aug 18]. (Patient Safety Solutions). Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>
37. Troyer L, Brady WJ. Barriers to effective EMS to emergency department information transfer at patient handover: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38(7):1494–503. doi:10.1016/j.ajem.2020.04.036
38. Missel AL, Dowker SR, Chiola M, Platt J, Tsutsui J, Kasten K, et al. Barriers to the Initiation of Telecommunicator-CPR during 9-1-1 Out-of-Hospital Cardiac Arrest Calls: A Qualitative Study. *Prehosp Emerg Care*. 2024 Jan 2;28(1):118–25. doi:10.1080/10903127.2023.2183533
39. Keleminić D, Đorđević V, Braš M. Komunikacijske vještine u medicini. *Soc Psihijatr* [Internet]. 2016 [cited 2026 Aug 18];44(4):291–309. Available from: <https://hrcak.srce.hr/174629>
40. Greenberg ME. A comprehensive model of the process of telephone nursing. *J Adv Nurs*. 2009;65(12):2621–9. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x
41. Aldridge ES, Ball S, Birnie T, Perera N, Whiteside A, Bray J, et al. The association of out-of-hospital cardiac arrest barriers to cardiopulmonary resuscitation initiation and continuation during the emergency call: A retrospective cohort study. *Resusc Plus*. 2024;19:100702. doi:10.1016/j.resplu.2024.100702
42. Pek JH, de Korne DF, Hannawa AF, Leong BSH, Ng YY, Arulanandam S, et al. Dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation for paediatric out-of-hospital cardiac arrest: A structured evaluation of communication issues using the SACCIA safe communication typology. *Resuscitation*. 2019;139:144–51. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.04.009
43. King G. Central yet overlooked: Engaged and person-centred listening in rehabilitation and healthcare conversations. *Disabil Rehabil*. 2022;44(24):7664–76. doi:10.1080/09638288.2021.1982026
44. Spjeldnæs TB, Nilsen KAV, Myrmet L, Sørnes JO, Brattebø G. "Calling for help: I need you to listen" - A qualitative study of callers' experience of calls to the emergency medical communication centre. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2023 Dec 7;31(1):94. doi:10.1186/s13049-023-01161-2
45. Svensson M, Pesämaa O. How does a caller's anger, fear and sadness affect operators' decisions in emergency calls? *Int Rev Soc Psychol*. 2018;31(1):7. doi:10.5334/irsp.89
46. Clawson JJ, Sinclair R. The emotional content and cooperation score in emergency medical dispatching. *Prehosp Emerg Care*. 2001;5(1):29–35. doi:10.1080/10903120190940290
47. World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics [Internet]. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2022 [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
48. Becker TK, Gausche-Hill M, Aswegan AL, Baker EF, Bookman KJ, Bradley RN, et al. Ethical challenges in emergency medical services: Controversies and recommendations. *Prehospital Disaster Med*. 2013;28(5):488–97. doi:10.1017/S1049023X13008728
49. Holmström IK, Blomberg H, Winblad U, Spangler D. Difficult calls to emergency medical dispatch centres: A mixed method study. *BMC Emerg Med*. 2025;25:179. doi:10.1186/s12873-025-01343-4
50. Hardeland C, Skåre C, Kramer-Johansen J, Birkenes TS, Myklebust H, Hansen AE, et al. Targeted simulation and education to improve cardiac arrest recognition and telephone assisted CPR in an emergency medical communication centre. *Resuscitation*. 2017;114:21–6. doi:10.1016/j.resuscitation.2017.02.013
51. Meischke H, Painter IS, Stangenes SR, Weaver MR, Fahrenbruch CE, Rea T, et al. Simulation training to improve 9-1-1 dispatcher identification of cardiac arrest: A randomized controlled trial. *Resuscitation*. 2017;119:21–6. doi:10.1016/j.resuscitation.2017.07.025

52. Meischke H, Chavez D, Bradley S, Rea T, Eisenberg M. Emergency communications with limited-English-proficiency populations. *Prehosp Emerg Care*. 2010;14(2):265–71. doi:10.3109/10903120903524948
53. Meischke HW, Calhoun RE, Yip MP, Tu SP, Painter IS. The effect of language barriers on dispatching EMS response. *Prehosp Emerg Care*. 2013;17(4):475–80. doi:10.3109/10903127.2013.811565
54. European Union. Directive (EU) 2018/1972 establishing the European Electronic Communications Code. Official Journal of the European Union [Internet]. 2018. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2018/1972/oj>
55. Meischke H, Ike B, Painter I, Chavez D, Yip MP, Bradley SM, et al. Delivering 9-1-1 CPR Instructions to Limited English Proficient Callers: A Simulation Experiment. *J Immigr Minor Health*. 2015 Aug;17(4):1049–54. doi:10.1007/s10903-014-0017-8
56. Sanko S, Feng S, Lane C, Eckstein M. Comparison of Emergency Medical Dispatch Systems for Performance of Telecommunicator-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation Among 9-1-1 Callers With Limited English Proficiency. *JAMA Netw Open*. 2021 Jun 1;4(6):e216827. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.6827
57. Perera N, Birnie T, Ngo H, Ball S, Whiteside A, Bray J, et al. “I’m sorry, my English not very good”: Tracking differences between language-barrier and non-language-barrier emergency ambulance calls for out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2021;169:105–12. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.10.035
58. Perera N, Riou M, Birnie T, Whiteside A, Ball S, Finn J. Language barriers in emergency ambulance calls for cardiac arrest: Cases of missing vital information. *Soc Sci Med*. 2025;365:117623. doi:10.1016/j.socscimed.2024.117623
59. Greenwood MJ, Heninger JR. Structured communication for patient safety in emergency medical services: A legal case report. *Prehosp Emerg Care*. 2010;14(3):345–8. doi:10.3109/10903121003760788
60. Ivanišević K, Miklić Vitez L, Mikšaj M, Neseć-Adam V, Pavletić M. Objedinjeni hitni bolnički prijam: priručnik za medicinske sestre - medicinske tehničare [Internet]. Važanić D, editor. Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2018 [cited 2026 Aug 18]. Available from: https://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2024/07/06_HZHM-Prirucnik_OHBP-MS-MT.pdf
61. Association of Ambulance Chief Executives, National Ambulance Service Medical Directors, Royal College of Emergency Medicine. UK NHS Ambulance Services pre-alert guideline for the deteriorating adult patient [Internet]. London: Royal College of Emergency Medicine; 2020 Sep [cited 2026 Aug 18]. Available from: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/NHS_Ambulance_Services_Pre_Alert_Criteria_Guideline.pdf
62. Boyd A, Sampson FC, Bell F, Spaight R, Rosser A, Coster J, et al. How consistent are pre-alert guidelines? A review of UK ambulance service guidelines. *Br Paramed J*. 2024 Mar 1;8(4):30–7. doi:10.29045/14784726.2024.3.8.4.30
63. European Union. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 — General Data Protection Regulation. Official Journal of the European Union [Internet]. 2016. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
64. European Data Protection Board. Secure Personal Data [Internet]. Brussels: European Data Protection Board; [cited 2026 Aug 18]. Available from: https://www.edpb.europa.eu/sme-data-protection-guide/secure-personal-data_en
65. The Joint Commission. Sentinel Event Data 2024 Annual Review [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2025 [cited 2026 Aug 18]. Available from: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/eac7511986c0442a9c1ae04b1aa02cc0?v=ad34daa0>
66. Gram KH, Praest M, Laulund O, Mikkelsen S. Assessment of a quality improvement programme to improve telephone dispatchers’ accuracy in identifying out-of-hospital cardiac arrest. *Resusc Plus*. 2021;6:100096. doi:10.1016/j.resplu.2021.100096
67. Van Der Net W, Makkink A, Hodgkinson P, Stassen W. The competency requirements for emergency medical services call takers and dispatchers: A scoping review. *Afr J Emerg Med*. 2026;16(1):100933. doi:10.1016/j.afjem.2025.100933
68. Balija S, Važanić D. Edukacija medicinskih sestara i medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicine. *Acta Med Croatica* [Internet]. 2020 [cited 2026 Aug 18];74(Suppl 1):101–8. Available from: <https://hrcak.srce.hr/236589>

ISBN 978-953-46476-0-8



HRVATSKI ZAVOD
ZA HITNU MEDICINU