

Zdravstvena zaštita | Health care



Primopredaja i prijelaz bolesnika

Patient handover and transition

Marija Bakula^{1✉}, Nada Čikeš²¹Zavod za kliničku imunologiju i reumatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinički bolnički centar Zagreb²Centar za translacijska i klinička istraživanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Kliničkoga bolničkog centra Zagreb

Deskriptori

PRIMOPREDAJA BOLESNIKA – organizacija, standardi; PRIJELAZ BOLESNIKA – organizacija, standardi; KONTINUIRANA ZDRAVSTVENA SKRB – standardi; SIGURNOST BOLESNIKA; PRIJELAZ U ZDRAVSTVENU SKRB ZA ODRASLE; REUMATSKE BOLESTI – liječenje; MEDICINSKA EDUKACIJA – metode; KOMUNIKACIJA; KLINIČKA NADLEŽNOST; SMJERNICE

Descriptors

PATIENT HANDOFF – organization and administration, standards; PATIENT TRANSFER – organization and administration, standards; CONTINUITY OF PATIENT CARE – standards; PATIENT SAFETY; TRANSITION TO ADULT CARE; RHEUMATIC DISEASES – therapy; EDUCATION, MEDICAL – methods; COMMUNICATION; CLINICAL COMPETENCE; PRACTICE GUIDELINES AS TOPIC

SAŽETAK. Primopredaja bolesnika smatra se jednim od najdelikatnijih postupaka u medicini i najvažnijim sprječivim uzrokom medicinske pogreške. Ovaj se proces zbiva na svim razinama zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, od kojih svaka ima svoje specifičnosti. Unaprjeđenje kvalitete primopredaje na svakoj razini izrazito je važno. Prikladan i precizan prijenos informacija između medicinskog osoblja nuždan je za sigurnost bolesnika i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu. U ovom su članku opisane preporuke za uspješnu i kvalitetnu primopredaju bolesnika te su istaknute pogreške pri komunikaciji i postupku prijelaza u skrb drugom liječniku. Poseban je osvrt dan na primopredaju reumatološkog bolesnika i na prijelaz iz pedijatrijske skrbi u adultnu reumatološku skrb. Osobito je naglašena potreba poučavanja pri komunikaciji i prenošenju podataka tijekom prijelaza bolesnika od jednog liječnika drugomu, iz ustanove u ustanovu. Poučavanje komunikacijskih vještina danas se provodi na medicinskim fakultetima na diplomskoj i poslijediplomskoj razini. Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu uveli smo longitudinalni 6-godišnji predmet Temelji liječničkog umijeća u kojem studente poučavamo komunikaciji. Ipak, ističemo nedovoljan broj nastavnih sadržaja specijalističkog usavršavanja koji obuhvaćaju izobrazbu o primopredaji bolesnika i vještinama otpusta bolesnika.

SUMMARY. Patient handover is considered to be one of the most delicate medical procedures as well as the most preventable cause of medical error. It takes place at primary, secondary and tertiary healthcare, with specificities at every level of healthcare. Improvement in the quality of patient handover is therefore essential for good medical practice. Accurate and comprehensive communication between medical staff is required for patient safety and continuous adequate healthcare. In this article, we describe recommendations for successful and efficient patient handover and highlight communication errors during the process. Special attention is given to handover of rheumatological patients and transition from pediatric to adult healthcare. Also, we emphasize the necessity of education. Medical staff should be competent in sharing and exchanging relevant information when the patient transfers to another medical care provider. Teaching communication skills has been part of undergraduate and post-graduate curriculum in medical schools. At the University of Zagreb School of Medicine we have introduced a longitudinal six-year course *Fundamentals of Medical Skills* where special attention is given to communication skills. Nevertheless, medical specialty training still lacks educational contents specialized in patient handover and safe patient discharge.

Brigu za bolesnike, liječenje i pružanje različitih oblika zdravstvene zaštite provodi niz zdravstvenog (i nezdravstvenog) osoblja, zbog čega je dobra komunikacija između medicinskih timova prioritet u očuvanju kvalitetne skrbi za bolesnika.^{1,2} Primopredaja bolesnika smatra se jednim od najdelikatnijih postupaka u medicini i „najvažnijim sprječivim uzrokom medicinske pogreške“.³ Važnost kvalitetne komunikacije osobito se ističe u posljednje vrijeme, kada novi propisi skraćuju satnicu medicinskog osoblja u zdravstvenoj ustanovi i rad u smjenama pri čemu se povećava broj osoba koje se skrbe za bolesnika.⁴ Primopredaja bolesnika zbiva se na svim razinama zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, od kojih svaka ima svoje specifičnosti te je unaprjeđenje kvalitete primopredaje na svakoj razini izrazito važno.^{5–7} Površna,

nepropisno obavljena primopredaja može prekinuti kontinuitet kvalitetne skrbi za bolesnika i naškoditi mu, katkad i s fatalnim posljedicama.^{6,8,9} Potreba za unaprjeđivanjem kvalitete primopredaje prepoznata je u svijetu, s naglaskom na detaljno i egzaktno intradisciplinarno i interdisciplinarno informiranje suradnika te na aktivnu suradnju s bolesnikom i njegovom obitelji.

Prikladan i precizan prijenos informacija između medicinskog osoblja nuždan je za sigurnost bolesnika i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu. Primopredaja može

✉ Adresa za dopisivanje:

Dr. M. Bakula, Zavod za kliničku imunologiju i reumatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb; e-mail: marijaandrassy@gmail.com

Primljeno 15. svibnja 2018., prihvaćeno 5. ožujka 2019.

biti vrlo varijabilna i podložna je pogreškama. Često se zbiva u nepovoljnim uvjetima (gužva, užurbanost, buka) pa takvo okruženje otežava sažimanje velike količine informacija i kliničko prosuđivanje. U objavljenoj literaturi naglašava se nužnost standardiziranog postupka primopredaje, radi osiguravanja kvalitete tog postupka u svakom pogledu – od vodstva, mjesta i vremena sastanka do prenošenja svih važnih podataka o bolesniku. Inicijativa da se primopredaja bolesnika uvrsti u dobru kliničku praksu ističe njezinu važnost u kvaliteti zdravstvene skrbi kako bi se očuvala sigurnost bolesnika i snizio rizik od pogrešaka.^{5,8} U analizi 240 optužaba podnesenih tijekom 20 godina prema specijalizantima interne medicine petina grešaka obuhvaćala je nedostatak supervizije i loše provedenu primopredaju bolesnika.¹⁰

Cilj je ovog rada upoznati čitatelje Liječničkog vjesnika s vrlo aktualnom i važnom temom o primopredaji i prijelazu bolesnika, što uključuje odgovornosti u svim aspektima tog procesa kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvene skrbi za bolesnike.

Primopredaja bolesnika u specifičnim bolničkim uvjetima

Uvođenje smjenskog rada i izmjena regulative o radnom vremenu medicinskog osoblja rezultirali su i promjenom načina skrbi za bolesnika. U bolničkim se uvjetima tijekom 24 sata može izmijeniti i nekoliko medicinskih timova, a multidisciplinarni pristup bolesniku sve je češći. Stoga je vrlo važna kvalitetna komunikacija između timova, s definiranim (i po mogućnosti fiksnim) prostorom i vremenom održavanja sastanka. Osnovni cilj svake primopredaje jest prenijeti važne i točne medicinske informacije novom timu koji preuzima odgovornost za bolesnika, na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Očuvali se kontinuitet informacija, bit će osiguran i kontinuitet (kvalitetne) skrbi. Način rada pri kojem jedan liječnik vodi istog bolesnika tijekom cijelog boravka u bolnici u današnje je vrijeme teško održiv. S gledišta bolesnika, takav pristup ulijevao je povjerenje i sigurnost u pozitivan ishod, premda ne jamči optimalno liječenje. Između ostaloga, cilj kvalitetne komunikacije jest očuvati povjerenje bolesnika u medicinski tim, a ne samo u pojedinca koji trenutačno rješava nadolazeće zadatke. Pritom je važno da članovi tima vode računa o svim bitnim podacima i ne dopuste propuste u komunikaciji te tako očuvaju zajedničke informacije i skrb za bolesnika. Time se smanjuju ponavljanje i postavljanje istih pitanja bolesnicima, što negativno utječe na njihovo povjerenje u tim. Ako svaki član tima može nastaviti ondje gdje je prethodni završio, potvrđen je profesionalizam svih sudionika i opravdano povjerenje. Dobra komunikacija potiče daljnju kliničku izobrazbu članova tima, štiti liječnike od poten-

cijalne krivnje za pogreške te reducira stres na radnom mjestu.^{4,5,7,8,11}

Na razini bolničke zdravstvene zaštite primopredaja se zbiva svakodnevno: kod izmjene medicinskih timova (kraj radnog vremena, dnevna smjena – dežurstva), pri preuzimanju bolesnika od hitne službe ili ako postoji potreba upućivanja bolesnika drugom specijalistu radi rješavanja specifičnoga medicinskog problema (npr., prijelaz na drugi odjel, u zavod, u jedinicu intenzivne skrbi ili iz nje). U svakom slučaju nužno je voditi jasnu, čitljivu i točnu medicinsku dokumentaciju, ubilježiti sve promjene i planove za nastavak liječenja te u svakom trenutku znati tko je zadužen za nadolazeće zadatke i tko je odgovoran za bolesnika.^{4,5,7} Svakodnevni prijelaz bolesnika iz bolničke službe u primarnu zdravstvenu zaštitu nalaže kvalitetnu pripremu medicinske dokumentacije. Pri otpustu bolesnika iz bolnice često nedostaju prikladna komunikacija i prijenos informacija o nastavku liječenja, što može dovesti do pogreške u zdravstvenoj skrbi. Zato je potrebno inzistirati na izobrazbi studenata i liječnika u korektnom postupku otpusta bolesnika iz zdravstvene ustanove.^{10,12} Prošlih desetak godina programi izobrazbe stručnjaka u zdravstvu usmjereni su prema većoj sigurnosti bolesnika te netehničke vještine postaju znatno važnije.¹¹ Posebno se naglašava potreba poučavanja pri komunikaciji i prenošenju podataka tijekom prijelaza bolesnika od jednog liječnika drugomu, iz ustanove u ustanovu. Iako su prijelazi bolesnika sve češći, nedovoljan je broj programa specijalističkog usavršavanja koji obuhvaćaju nastavu o primopredaji bolesnika i vještinama otpusta bolesnika.^{11–13}

U praksi postoje standardni slučajevi primopredaje bolesnika koji se događaju na raznim razinama zdravstvene skrbi. Na razini primarne zdravstvene zaštite to su slučajevi u kojima liječnik odlazi na rad u drugu sredinu, na bolovanje ili u mirovinu pa bolesnik mora prijeći u skrb drugom liječniku. Ista je situacija moguća i na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, no ovdje se može dogoditi da sve bolesnike ne preuzima isti liječnik, već se oni raspoređuju i drugim specijalistima. U oba slučaja ključna je pomnjivo organizirana dokumentacija o bolesniku i terapijskim postupcima. Vrlo je važno podijeliti sve relevantne podatke s kolegama koji preuzimaju bolesnika, od kliničkih osobitosti do socijalnih pitanja. Katkad se primopredaja ne može obaviti odjedanput, primjerice, ako u specijalističkoj ambulanti veliku skupinu bolesnika preuzima više liječnika. Tada se preporučuje primopredaju obaviti postupno, kako koji bolesnik dolazi na pregled liječniku što odlazi. Jednako je važno samom bolesniku i članovima obitelji koji sudjeluju u skrbi objasniti razlog prijelaza novom liječniku uz osiguravanje povjerenja u novi tim.^{14–16}

Prijelaz djece s kroničnim bolestima u sustav zdravstvene skrbi za odrasle i specifičnosti u reumatologiji

Sljedeća je situacija odrastanje djece koja boluju od kronične bolesti i njihov prijelaz iz pedijatrijske ustanove u drugu instituciju, najčešće na specijalistički odjel za internu medicinu. U posljednjih dvadesetak godina postupno su se razvijali strategija i principi tranzicije djece s kroničnim bolestima iz zdravstvenog sustava usmjerenog prema djeci u sustav zdravstvene skrbi za odrasle bolesnike. Jasno su izrađene preporuke koje precizno opisuju način suradnje pedijatrijske i internističke službe te upoznavanje djeteta i roditelja s novim liječnikom i njegovim timom. Potrebno je točno prenijeti sve podatke o povijesti bolesti i njezinu tijeku, dijagnostičkim postupcima i rezultatima, provođenju terapije i uspješnosti liječenja, svim nuspojavama i ostalim kliničkim osobitostima te svakako i psihosocijalnim pitanjima. Pritom se očekuje da sve nejasnoće, teškoće i probleme zajednički rješavaju stari i novi tim.^{17–19} Svaka skupina kroničnih bolesnika ima svoje osobitosti pa je tako specifičan i pristup djeci koja su oboljela od reumatske bolesti. Prijelaz iz pedijatrijske skrbi u adultnu reumatološku skrb poseban je proces koji obuhvaća i roditelje. Britansko reumatološko društvo propisalo je preporuke o glatkom prijelazu bolesnika novom timu adultnih reumatologa, katkad i ortopeda.²⁰ Za uspješan prijelaz važni su pravodobni postupak pokretanja primopredaje i dobra komunikacija, a posebno spremnost bolesnika i psihosocijalna zrelost. Naglašava se važnost dobro pripremljene dokumentacije, dogovora uz nužnu nazočnost bolesnika i roditelja te aktivnog sudjelovanja svih članova tima, posebice specijalizirane reumatološke medicinske sestre. Tijekom procesa prijelaza mlade bolesnike treba poticati da postanu samostalni u prihvaćanju svoje reumatske bolesti i liječenja.^{21,22} U Hrvatskoj razvijamo tu praksu pa se specijalist reumatologije u Zavodu za kliničku imunologiju i reumatologiju Klinike za unutarnje bolesti KBC-a Zagreb uključuje u timove pedijatrijske reumatologije na odjelima za dječje bolesti. Tako reumatolog prati liječenje u pedijatrijskoj ustanovi prije nego što preuzme bolesnika ili bolesnicu u svoju ambulantu.

Gledano očima reumatologa, primopredaja bolesnika iznimno je važan proces. Za reumatske bolesti karakteristična je kroničnost; oboljeli su cijeli život u redovitoj skrbi specijalista reumatologa, u razdobljima remisije manje učestalo, a u fazi aktivnosti bolesti češće i intenzivno. Kao što je spomenuto, to mogu biti osobe koje su liječenje započele u djetinjstvu, u pedijatrijskoj ambulanti, a poslije prelaze na odjel za adultne reumatske bolesnike. Autoimunostne bolesti vezivnog tkiva mogu zahvatiti sve organe i sustave, katkad s teškim posljedicama. Terapija koju bolesnici primaju

može imati opasne učinke i teške nuspojave (imunosupresivi, imunomodulatori, citostatici) te biti vremenski zahtjevna (višesatne infuzije u dnevnoj bolnici). Stoga ove bolesti mogu uvelike utjecati na svakodnevni život bolesnika, mogućnost zasnivanja obitelji, profesionalnu orijentaciju, karijeru i na odabir hobija. Nakon postavljanja dijagnoze reumatolog bolesnika obično prati cijeli život, u kojem su medicinska i klinička zbivanja isprepletana s privatnima. Jasno je da se između liječnika i bolesnika uspostavlja specifičan profesionalni odnos u kojem liječnik nerijetko savjetuje i pruža potporu pri životnim izborima. Primopredaja takvih bolesnika najčešće se zbiva u ambulantnim uvjetima. Ako reumatolog iz bilo kojeg razloga ne može pratiti bolesnika (odlazi na drugo radno mjesto ili u mirovinu), to nalaže pomniju pripremu liječnika ordinarijusa, kao i specijalista koji preuzima bolesnika. Potrebno je skupiti svu važnu medicinsku dokumentaciju, upoznati novog liječnika sa svim kliničkim, terapijskim, ali i psihosocijalnim osobitostima, a poželjno je i biti na raspolaganju novom liječniku ako ima dodatna pitanja i eventualne dvojbe. Bolesniku (i obitelji, ako je potrebno) svakako treba objasniti zašto prelazi drugom liječniku. Kako bi se liječenje uspješno nastavilo, bitno je da reumatolog koji predaje svojeg bolesnika ima povjerenje u znanje i kompetencije novog specijalista – tako će i bolesnik biti siguran da je predan u dobre ruke. Ne smije se zaboraviti da je u ovaj proces uključen cijeli medicinski tim: medicinske sestre i tehničari imaju važnu ulogu u skrbi za bolesnike i dobro ih poznaju pa je kvalitetna komunikacija nužna za uspješnu primopredaju i nastavak liječenja.^{14,21–25}

Smjernice u procesu primopredaje

Dobra se primopredaja ne događa slučajno. Za kvalitetnu primopredaju bolesnika potreban je angažman na svim razinama, a uvjet za njezinu kvalitetu jesu dobra radna organizacija, koordiniranost smjena, osiguranje vremena, prostora i tehničke potpore te jasno definiran voditelj svakoga medicinskog tima. Zajednička skrb za bolesnika i primopredaja vrlo su odgovorni medicinski postupci koji se temelje na određenim principima. U dosad objavljenim preporukama za kvalitetnu primopredaju bolesnika naglašava se važnost ovih postupaka:^{9,15,16,26}

- Pažljivo sastavljanje dokumentacije o bolesniku, koja uključuje primjedbe i preporuke za nastavak dijagnostičkih i terapijskih postupaka, kako bi se izbjegli propusti i medicinske pogreške. Dokumentiranje jasnog plana liječenja osigurava proces primopredaje, a naglasak je uvijek na kvalitetnoj i učinkovitoj komunikaciji između medicinskog osoblja.

- Istaknuta je važnost preuzimanja odgovornosti za bolesnika. Nakon preuzimanja valja donijeti vlastitu prosudbu bolesnikova stanja, sve opservacije zabilježiti jasno i čitljivo, a preporučuje se i dokumentirati što je rečeno samom bolesniku i njegovoj obitelji.
- Važno je razlučiti klinički nestabilne bolesnike, osvijestiti dvojbe odlazećeg tima, osmisliti plan nastavka skrbi za bolesnika i postaviti prioritete u daljnjoj skrbi. Iziskuje li bolesnikovo zdravstveno stanje specifičnu skrb, tj. ako liječnik koji se skrbi za bolesnika nema potrebne kompetencije, potrebno ga je uputiti drugom stručnjaku.
- Ako je liječnik iz bilo kojeg razloga spriječen voditi bolesnika, preporučuje se provjeriti je li skrb adekvatno predana drugom liječniku i jesu li okolnosti razjašnjene bolesniku i njegovoj pratnji. Važno je da liječnik koji predaje bolesnika bude siguran u iskustvo, vještinu i stručnost liječnika što preuzima bolesnika.
- Valja osigurati da novi liječnik ili tim imaju na raspolaganju svu važnu medicinsku dokumentaciju te biti na raspolaganju ako su potrebna dodatna objašnjenja.
- Sve važne podatke o bolesniku treba podijeliti s kolegama u timu i s onima koji su angažirani izvan njega.
- Svaki problem u komunikaciji važno je što prije prepoznati i riješiti.
- U bolničkim uvjetima naglašava se važnost uspostavljanja standardizirane formalne procedure primopredaje pri prijmu bolesnika u bolnicu i između različitih odjela, osobito zbog trenda redukcije broja radnih sati liječnika u smjenama.
- Liječnik koji otpušta bolesnika odgovoran je za njegovo zdravstveno stanje pri otpustu te posljedice otpusta. Zbog toga je važno bolesniku objasniti eventualne zdravstvene rizike, situacije u kojima je potrebno zatražiti daljnju medicinsku pomoć i komu se obratiti.
- Posebno su zahtjevne izobrazba specijalizanata u komunikacijskim vještinama kojima se najavljuje teška vijest s raspravom o potrebi prijelaza bolesnika u palijativnu skrb i brižna priprema pacijenta u postupku primopredaje.²⁷

Uz predložene smjernice u objavljenoj literaturi mogu se naći i opisi češćih pogrešaka u procesu primopredaje. Tako se naglašava važnost lista za provjeru i epikriza, koje se često zanemaruju, a pružaju mnogo važnih podataka nadolazećem timu. Upisivanje novih podataka skraćuje razdoblje primopredaje i olakšava nastavak rada, jer se ne gubi vrijeme na traženje potrebnih informacija. Ističe se važnost multidisciplinarnog pristupa primopredaji; liječnici, medicinske sestre

i tehničari moraju biti upućeni u kritične točke skrbi za bolesnika.

Isto tako, vrlo je važno u najvećoj mjeri izbjeći fragmentaciju podataka. Pritom se misli na to da je najjasnija primopredaja ona u kojoj jedna osoba (voditelj) iznosi sve važne podatke. Ako je više osoba ravnopravno uključeno, veća je mogućnost pogreške, a katkad i iznošenja suprotnih informacija. Uvijek se naglašava važnost pisanog traga i dokumentiranja svih bitnih činjenica. U žurbi se primopredaja zbiva samo usmeno, što uvelike pridonosi gubitku informacija, kasnijoj nesigurnosti i greškama. Potrebno je uvijek definirati uloge u timu i zadatke svakog pojedinca. Također, ističe se dvosmjernan karakter procesa primopredaje. Suradnici koji preuzimaju bolesnike moraju aktivno sudjelovati u primopredaji, postavljajući pitanja i razjašnjavajući nejasnoće u vezi s dijagnostičkim i terapijskim postupcima. Iako se većina autora bavi problematikom primopredaje na razini stacionarnih zdravstvenih ustanova, sve su ove smjernice primjenjive i na ambulantnu skrb pri primarnoj, sekundarnoj i terciarnoj razini zdravstvene zaštite.^{19,22,26,28,29}

Pri svakom koraku primopredaje naglašava se uključivanje bolesnika u komunikacijski proces. Potrebno je brinuti se za to da bolesnik u svakom trenutku zna tko je odgovorni liječnik i razloge donošenja medicinskih odluka. Treba poštovati bolesnikovu privatnost, potrebe i želje (ako je bolesnik sposoban sam odlučivati i ne ugrožava okolinu) te se prilagoditi njegovu socijalnom i obrazovnom statusu. Naposljetku, liječnik ne može biti odgovoran za postupke i eventualne propuste onih koji su preuzeli bolesnika, no svakako je odgovoran za odluku o predaji bolesnika i sve korake koje je prethodno poduzeo, uvijek s ciljem da očuva sigurnost bolesnika.^{19,22}

Primopredaja bolesnika u okviru medicinske izobrazbe koja se temelji na kompetencijama

Primopredaja bolesnika, kao specifičan oblik profesionalne liječničke kompetencije, uključuje znanja, vještine i profesionalno ponašanje, potrebne u postupku preuzimanja i predavanja bolesnika. Znanje se odnosi na poznavanje bolesti o kojoj je riječ, procjenu stanja bolesnika, poznavanje medicinske indikacije koja nalaže donošenje odluka o preuzimanju ili otpuštanju bolesnika, poznavanje vlastitih ograničenja. Vještine i profesionalno ponašanje uključuju u prvom redu sposobnost komuniciranja s bolesnikom i obitelji koje treba informirati o stanju bolesti i odlukama, iskazivanje empatije, komunikaciju s drugim zdravstvenim djelatnicima u davanju i primanju informacija, vještinu rada u timu, sposobnost donošenja odluka, poznavanje prioriteta, suočavanje s mogućim stre-

som, izradu adekvatne dokumentacije itd. S obzirom na to potrebno je kurikula na medicinskim fakultetima usmeriti prema stjecanju kompetencija te u njih ugraditi i opće (generičke) kompetencije.³⁰

Poučavanje komunikacijskih vještina danas se provodi na medicinskim fakultetima na diplomskoj i poslijediplomskoj razini. Na studiju medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu uveli smo longitudinalni 6-godišnji predmet Temelji liječničkog umijeća u kojem studente poučavamo komunikaciji, postupno ugrađujući temeljne komunikacijske vještine u klinički kontekst.³¹ O primopredaji u okviru kliničkih scenarija poučavamo studente na 5. godini studija. Klinički scenarij koji prikazuje bolesnicu što iz internističkog odjela prelazi u kiruršku skrb i priprema se za kirurški zahvat uključen je u ispit; vještina komunikacije u okviru primopredaje bolesnice ocjenjuje se metodom OSKI (objektivno strukturirani klinički ispit). U okviru poslijediplomskih specijalističkih studija organiziran je obvezatni predmet Opće kompetencije liječnika specijalista u kojem se specijalizanti usavršavaju u dodatnim vještinama potrebnima za profesionalni rad, primjerice, u komunikaciji i timskom radu.^{16,32,33} Pristup izobrazbi doktora medicine koji uključuje opće kompetencije uvodi se u zemljama Europe i Sjeverne Amerike^{30,33,34} da bi se postiglo što bolje obrazovanje liječnika specijalista spremnih za rad u praksi te osigurala što bolja zdravstvena skrb.

Zaključci

Kvalitetna primopredaja bolesnika jedan je od najvažnijih procesa u očuvanju sigurnosti bolesnika.

Multidisciplinarni pristup primopredaji bolesnika važan je da bi se osigurala informiranost svih članova medicinskog tima o stanju bolesnika.

S obzirom na izmjene u načinu rada liječnika i povećanje broja smjena medicinskog osoblja, važnost kvalitetne i sveobuhvatne primopredaje bolesnika postala je iznimno velika.

Kontinuitet skrbi za bolesnika nuždan je za očuvanje njegove sigurnosti, što u najvećoj mjeri osigurava kontinuitet informacija koje prate prijelaz bolesnika u mjerodavnost sljedećega medicinskog tima.

Naglašena je važnost svih aspekata komunikacijskih vještina pri prijelazu kroničnih pedijatrijskih bolesnika u adultnu skrb. Primopredaja ovih bolesnika provodi se prema jasno definiranim preporukama, a specifična je jer je u proces tranzicije uključena i obitelj bolesnika.

Poučavanje komunikacijskih vještina danas se provodi na medicinskim fakultetima na diplomskoj i poslijediplomskoj razini. O specifičnostima primopredaje i prijelaza bolesnika poučavaju se studenti viših

godina diplomskog studija, kao i studenti na poslijediplomskom studiju. Obrazovanjem liječnika specijalista spremnih za rad u praksi osigurava se visoka kvaliteta zdravstvene skrbi.

LITERATURA

1. Coiera EW, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *BMJ* 1998;316(7132): 673–6.
2. *Clinical Systems Group*. Improving clinical communications. Sheffield: Centre for Health Information Management Research; 1998.
3. *The Royal College of Physicians*. Acute care toolkit 1: Handover. London: RCP; 2011. Dostupno na: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/acute-care-toolkit-1-handover>. Pristupljeno: 1. 7. 2016.
4. Van Eaton EG, Horvath KD, Pellegrini CA. Professionalism and the shift mentality: how to reconcile patient ownership with limited work hours. *Arch Surg* 2005;140(3):230–5.
5. McKean SCW. The Core Competencies in Hospital Medicine: Patient Handoff. *J Hosp Med* 2006;1:83.
6. Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med* 2005;80(12):1094–9.
7. Cairns LL, Dudjak LA, Hoffmann RL, Lorenz HL. Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff. *J Nurs Adm* 2013;43(3):160–5.
8. Walton H, Munro W. Improving the quality of handover by addressing handover culture and introducing a new, multidisciplinary, team-based handover meeting. *BMJ Qual Improv Rep* 2015;4(1):u206069.w2989. Doi: 10.1136/bmjquality.u206069.w2989.
9. *Medical Protection Society*. Fatal communication failure. Dostupno na: <http://www.medicalprotection.org/uk/resources/case-reports/case-reports/uk-fatal-communication-failure>. Pristupljeno: 1. 7. 2016.
10. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007;167(19):2030–6.
11. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. *Med Educ* 2012;46(11):1042–54.
12. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297(8):831–41.
13. Horwitz LI, Krumholz HM, Green ML, Huot SJ. Transfers of patient care between house staff on internal medicine wards: a national survey. *Arch Intern Med* 2006;166(11):1173–7.
14. *The MDU*. Planning for your retirement. Dostupno na: <https://www.themdu.com/guidance-and-advice/guides/planning-for-your-retirement>. Pristupljeno: 20. 7. 2017.
15. Čikeš N, Mrzljak A, Bakula M. Primopredaja bolesnika. U: Nada Čikeš i sur. Temelji liječničkog umijeća V. Priručnik za nastavnike. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016., str. 45–52.

16. *World Health Organization*. Transitions of Care. Technical Series on Safer Primary Care. WHO; 2016. Dostupno na: http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/. Pristupljeno: 4. 5. 2018.
17. *Blum RW, Garell D, Hodgman CH i sur.* Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1993;14(7):570–6.
18. *Rosen DS, Blum RW, Britto M, Sawyer SM, Siegel DM; Society for Adolescent Medicine.* Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33(4):309–11.
19. *Di Anni B, Eng L, Islam I.* An Operational Standard for Transitioning Pediatric Patients to Adult Medicine. *NEJM Catalyst*; 2016. Dostupno na: <https://catalyst.nejm.org/operational-standard-pediatric-transition-adult/>. Pristupljeno: 4. 5. 2018.
20. *Kennedy T, McCabe C, Struthers G i sur.* BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44(4):553–6.
21. *Hilderson D, Moons P, Westhovens R, Wouters C.* Attitudes of rheumatology practitioners toward transition and transfer from pediatric to adult healthcare. *Rheumatol Int* 2012;32(12):3887–96.
22. *Kjeken I, Dagfinrud H, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, Finset A.* Rheumatology care: Involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2006;55(3):394–401.
23. *Laine C, Davidoff F.* Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* 1996;275(2):152–6.
24. *Lerang K, Gilboe IM, Gran JT.* Differences between rheumatologists and other internists regarding diagnosis and treatment of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51(4):663–9.
25. *Lou B, DE Civita M, Ehrmann Feldman D, Bissonauth A, Bernatsky S.* Care partnerships between family physicians and rheumatologists. *J Rheumatol* 2011;38(9):1981–5.
26. *British Medical Association.* Junior Doctors Committee. Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. Dostupno na: www.bma.org.uk. Pristupljeno: 1. 7. 2016.
27. *Back AL, Arnold RM, Baile WF i sur.* Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med* 2007;167(5):453–60.
28. *de Leval MR, Carthey J, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT.* Human factors and cardiac surgery: A multicenter study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;119:661–72.
29. *Carthey J, de Leval MR, Reason JT.* The 'human factor' in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. *Ann Thorac Surg* 2001;72(1):300–5.
30. *Joint Committee on Higher Medical Training.* Generic Curriculum. London, UK: Royal College of Physicians; 1993., str. 19–20.
31. *Čikeš N, Pavleković G, Cerovečki V, Kujundžić Tiljak M, Bras M, Matijević R.* Competency-based medical education in communication skills: From undergraduate curriculum to specialty training programmes. Izlaganje na kongresu AMEE-a. Basel; 2018.
32. *Serventi-Seiwerth R, Čikeš N, Jakšić Ž.* Uloga i doprinos Medicinskog fakulteta u izobrazbi doktora medicine. U: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu 1917. – 2017. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017, str. 223–38.
33. *Frank JR, Snell L, Sherbino J (ur.).* CanMEDS 2015 Physician Competency Framework – Series IV. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
34. *Richardson D, Calder L, Dean H i sur.* Collaborator. U: Frank JR, Snell L, Sherbino J (ur.). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.