

Mgr Katarzyna Młynarska

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

System Triage w praktyce

Stosowanie protokołów przy ustalaniu priorytetów leczenia zostało wdrożone do klasyfikacji ryzyka. Proces triage nie jest współczesnym wynalazkiem. Takie kraje jak Australia, Wielka Brytania, Kanada i Stany Zjednoczone opracowały własne protokoły do prowadzenia klasyfikacji pacjentów w celu określenia priorytetu leczenia po wejściu do Oddziałów Ratunkowych. W roku 1994 w Brazylii zdecydowano ujednoczyć sposób przyjęć pacjentów poprzez wdrożenie protokołu triage importowanego z Manchesteru w Anglii. Protokół ten został opracowany przez grupę specjalistów specjalizujących się w selekcji chorych. Manchester Triage System (MTS ©) klasyfikuje ryzyka w pięciu kategoriach. Na podstawie identyfikacji głównego problemu zdrowotnego pacjenta, posługując się o schematem blokowym, wyłania się dyskryminatory przedstawione w formie pytań.

Przedstawiony system zaadoptowano na potrzeby Szpitalnego Oddziału Ratunkowego dla Dzieci. Status każdego dyskryminatora jest ustalany na podstawie wywiadu, historii choroby i objawów klasyfikujących jednostkę w pięciu kategoriach pilności przyjęcia:

Kolor czerwony: pomoc natychmiastowa, oczekiwanie na lekarza 0 minut, dyskryminanty:

- Niedrożność dróg oddechowych
- Niewydolność oddechowa
- Świst krtaniowy
- Wstrząs
- Nieprzytomny

Kolor pomarańczowy: czas oczekiwania na lekarza do 10 minut, dyskryminanty:

- Obrzęk twarzy
- Obrzęk języka
- Alergia w wywiadzie
- Duszność
- Arytmia
- Świąd
- Spadek saturacji poniżej 90%
- Zaburzenia świadomości

Kolor żółty: czas oczekiwania na badanie do 60 min, dyskryminanty:

- Spadek saturacji poniżej 95%
- Rozsiana wysypka lub pęcherze
- Swędzenie

Kolor zielony: czas oczekiwania na badanie do 120 minut, dyskryminanty:

- Miejscowy stan zapalny
- lekkie swędzenie
- ból

kolor niebieski: czas oczekiwania na badanie do 240 minut, dyskryminanty:

- pozostałe objawy nie związane w ocenie triażującego z anafilaksją.

Oddział na którym wdrożono system przyjmuje dziennie średnio 40 pacjentów, dysponuje 8 stanowiskami, w tym 2 intensywnej terapii. W skład jednej zmiany dyżurowej wchodzi lider/triażysta – pielęgniarka/ratownik medyczny, 2 ratowników medycznych oraz 1 sekretarka medyczna. Ponadto w oddziale pracuje zwyczajowo jeszcze 2 lekarzy.

Jak wygląda proces przyjęcia pacjenta?

Niezależnie od tego w jaki sposób pacjent trafił do szpitala zawsze jest ztriazowany. Triażysta na podstawie karty z algorytmem przydziela pacjentowi jedną z kategorii powiązaną z czasem oczekiwania na lekarza. Zbierając wywiad od pacjenta triażysta podejmuje decyzję o konieczności wykonania EKG. Nie oznaczamy pacjentów kolorami. Oczekują w poczekalni, po którym stale porusza się lider. Mając tym samym możliwość zaobserwowania ewentualnego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Pacjenci przywiezieni przez ZRM nie są traktowani priorytetowo. W momencie zakwalifikowania pacjenta do kategorii czerwonej, pomarańczowej czas oczekiwania na lekarza nie przekracza kilku minut. Lekarz otrzymuje telefonicznie informację o priorytecie przyjęcia pacjenta. Pacjent jest kierowany do gabinetu badań lekarskich. Lekarz po zbadaniu pacjenta oraz ewentualnym zleceniu badań diagnostycznych, podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do SOR bądź do innego oddziału szpitalnego. Lider włącza się do wykonywania zleceń, pobierania badań. Kiedy pacjent zostaje zakwalifikowany do leczenia w SORD, trafia do obszaru obserwacyjnego. Pacjenci z czerwonym priorytetem trafiają na salę R, tam odbywa się stałe monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, badanie lekarskie oraz ewentualne zleczone konsultacje specjalistyczne. U pacjenta, który wymaga czynności resuscytacyjnych, dodatkowo zakłada się Kartę Czynności Medycznych. Prowadzi ją jedna osoba wyłoniona z zespołu.

Wszystkie te zabiegi mają na celu zapewnienie realnego bezpieczeństwa pacjentów oraz poczucia bezpieczeństwa personelu. Mimo starań zespołu i otoczenia opieką wszystkich pacjentów, zdarzają się skargi. Ich autorami najczęściej są rodzice dzieci o ustalonym dłuższym priorytecie oczekiwania na lekarza. Wówczas rodzice krzyczą, obrażają. Niestety atakowany jest najczęściej triażysta.

System został wdrożony 15 września 2014 roku. Konkluzja jest jednoznaczna: wprowadzenie systemu TRIAGE daje poczucie bezpieczeństwa pacjentom, usystematyzowało obowiązki zespołu pielęgniarsko-ratowniczego, zlikwidowało „szum informacyjny”.