

dr n. med., mgr prawa Anna Rej-Kietla¹, mgr, rat. med. Tomasz Kulpok-Bagiński^{2,4,8},
mgr prawa Edyta Przybyłek¹, mgr Edyta Stasiak⁷, mgr Justyna Marek⁷,
mgr, rat. med. Klaudiusz Nadolny^{3,5}, lek. med. Edward Chrapek^{4,6}

¹Kancelaria Prawna IURISCO

²Zakład Profilaktyki Chorób Żywnościowo-zależnych, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach

⁴Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Szpitalny Oddział Ratunkowy

⁵Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁶lekarz koordynator ratownictwa medycznego, Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego w Katowicach,
Śląski Urząd Wojewódzki

⁷Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁸Katedra Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej

Rola pielęgniarki w zakresie prowadzenia triage'u w SOR

Praca recenzowana

Segregacja medyczna pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowi jedno z narzędzi wykorzystywanych do zarządzania ryzykiem. W kontekście stale zwiększającej się liczby pacjentów zgłaszających się oraz przywożonych do oddziałów ratunkowych, a także niewystarczającej liczby personelu medycznego oczywista stała się konieczność przyporządkowania pacjentów do określonych grup pilności udzielenia pomocy. Zasadniczym celem segregacji medycznej jest zapewnienie właściwego przepływu pacjentów przez szpital-

ny oddział ratunkowy, przy równoczesnym zminimalizowaniu ryzyka popełnienia błędu w zakresie oceny stanu chorych. Sam system segregacji szpitalnej przeznaczony jest do przyporządkowania pacjentów do określonych grup pilności udzielenia pomocy. Triage wykorzystywany jest w warunkach rutynowej pracy szpitala (1).

System Manchester (ang. *Manchester Triage System* - MST) po raz pierwszy zdefiniowany został w 1995 r. Od chwili jego opracowania oraz wdrożenia w pierwszych szpitalnych oddziałach ratunkowych był on niejedno-

TITLE

The role of a nurse in conducting triage at an emergency department

STRESZCZENIE

Segregacja medyczna stanowi obecnie nie tylko obowiązek prawny wynikający z rozporządzenia, ale również niezwykle przydatne narzędzie, niejednokrotnie usprawniające funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych. W ramach triage'u każdy pracownik ma ściśle określone zadania, które są niezwykle ważne dla powodzenia całego procesu przyjęcia pacjenta i udzielania mu pomocy.

Celem artykułu jest przedstawienie zadań oraz roli pielęgniarki systemu ratownictwa medycznego w zakresie segregacji medycznej pacjentów w SOR.

SŁOWA KLUCZOWE

pielęgniarka, szpitalny oddział ratunkowy, segregacja medyczna

SUMMARY

Nowadays triage is not only a legal obligation, but also an extremely useful tool to improve the functioning of emergency departments. Within triage, every employee has a well-defined task to complete that is extremely important for the success of the whole process of admitting and treating a patient. The aim of the article is to present the tasks and role of a nurse in the emergency medical services system in the field of triage at the emergency department.

KEYWORDS

nurse, emergency department, triage

krotnie zmieniany i dostosowywany do aktualnych potrzeb oraz możliwości. Obecnie funkcjonuje on z powodzeniem w kilkunastu krajach na całym świecie (1, 2).

Również w Polsce *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* wprowadza obowiązek segregacji medycznej pacjentów (triage). Wspomniane Rozporządzenie nakazuje utworzenie odpowiednio wyposażonego stanowiska do oceny stanu zgłaszających się chorych i poszkodowanych. W Rozporządzeniu wprowadzono również ogólne zalecenia dotyczące segregacji medycznej. Biorąc pod uwagę fakt, że triage jest w sposób ścisły powiązany ze specyfiką oraz strukturą SOR lub innego miejsca, w jakim jest stosowany, niemożliwe jest określenie szczegółowych zasad, wytycznych czy schematów. W związku z tym to do kierownika szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izb przyjęć (IP) należy decyzja dotycząca sposobu działania segregacji medycznej w podległej mu placówce (3).

W Polsce szpitalne oddziały ratunkowe korzystają obecnie z kilku modeli segregacji:

- oparty na systemie START (*Simple Triage nad Rapid Treatment*) oraz jego modyfikacji pediatrycznej JumpSTART,
- oparty na ocenie pacjentów na podstawie skali ciężkości urazów: TRTS (*Triage Revised Trauma Score*), ISS (*Injury Severity Score*), BTTR (*Baxt Trauma Triage Rule*) itp.,
- oparty na systemie Manchester.

Niemniej jednak wspólnym celem dla wszystkich tworzonych i wdrażanych schematów oraz wytycznych segregacji medycznej pacjentów jest dbałość o osoby znajdujące się w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, gdyż pacjenci ci nie mogą czekać na pomoc medyczną. Sam triage rozpoczyna się w chwili przekroczenia przez chorego lub poszkodowanego progu szpitala. Najczęściej odbywa się to poprzez rozdzielanie drogi dostępu do SOR tym pacjentom, którzy do oddziału zgłaszają się o własnych siłach, oraz tym, którzy do oddziału zostają przetransportowani przez zespół ratownictwa medycznego. Pomimo różnych sposobów

dotarcia do SOR pacjenci każdorazowo muszą zostać poddani ocenie. Wynika to z faktu, że choroba jest stanem dynamicznym i w każdej chwili może dojść do poprawy lub pogorszenia stanu pacjenta (2, 3).

Rola pielęgniarki w segregacji medycznej pacjentów

Głównym zadaniem pielęgniarki pracującej w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz zajmującej się segregacją medyczną pacjentów jest nadanie im właściwego priorytetu. Realizacja tego zadania wymaga od pielęgniarek systemu umiejętności szybkiego podejmowania decyzji oraz właściwego rozkładania zadań. Niezwykle ważne jest, aby pielęgniarki odpowiedzialne za segregację medyczną pacjentów starały się unikać długich rozmów oraz wchodzenia w dyskusje z pacjentami. Niewskazane jest także gromadzenie zbyt obszernych, często nieistotnych informacji na temat pacjentów i ich historii. Na etapie określania stanu pacjenta i przydzielania mu odpowiedniego koloru, adekwatnego do jego stanu zdrowia, zachodzi jedynie konieczność badania tych parametrów życiowych, które mogą świadczyć o stanie zagrożenia życia lub na podstawie których można przewidzieć ten stan w krótkim czasie. Do takich parametrów należą głównie: skala GCS lub AVPU, liczba oddechów, SpO₂, akcja serca, ciśnienie tętnicze, fakultatywnie glikemia i pomiar temperatury ciała, skala oceniająca stopień natężenia bólu oraz wykonywana coraz to częściej skala oceny ryzyka upadku pacjenta. W przypadku mniejszych SOR-ów do zadań pielęgniarek systemu ratownictwa medycznego należy przyjmowanie wszystkich pacjentów, natomiast w większych oddziałach ratunkowych możliwe jest dokonanie podziału na pielęgniarki przyjmujące pacjentów poruszających się o własnych siłach oraz tych przywożonych na noszach lub rozgraniczenie na 2 obszary – ogólny i chirurgiczno-urazowy. Należy przy tym zaznaczyć, że sposób dotarcia pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego nie zawsze odzwierciedla ciężkość ich stanu.

Wobec tego niezwykle istotne znaczenie ma współpraca pielęgniarek dokonujących segregacji medycznej z pozostałym personelem medycznym, tak, aby prawidłowo rozpoznać rzeczywisty stan pacjenta. Metoda triage jest w tym zakresie niezwykle pomocna, przede wszystkim dzięki swoistej standaryzacji postępowania (2, 4).

W przypadku nagłego przyływu pacjentów do SOR wymagane jest wsparcie pielęgniarki triage'owej, a sama procedura segregacji stanowi integralny element zarządzania oddziałem ratunkowym.

Pielęgniarka zajmująca się segregacją pacjenta niejednokrotnie znajduje się w sytuacji, w której musi wykonywać czynności z zakresu pierwszej pomocy lub kwalifikowanej pierwszej pomocy. W ramach swoich działań niejednokrotnie jest ona również zobowiązana podawać określone środki przeciwbólowe czy zaopatrzyć ranę (4).

Do zadań pielęgniarek odpowiedzialnych za segregację medyczną pacjentów należy kierowanie osób, które przybyły lub zostały przetransportowane do szpitalnego oddziału ratunkowego, do właściwego obszaru tego oddziału. Odpowiednie pokierowanie pacjenta może zminimalizować ryzyko nadmiernego nagromadzenia pacjentów w jednym miejscu. Równocześnie usprawni ono funkcjonowanie całego SOR. Miejsce, do którego skierowani zostaną poszczególni pacjenci, uzależnione jest od wielu czynników, wśród których największe znaczenie mają: stan pacjenta, topografia SOR czy dostęp sprzętu w oddziale. Jeśli istnieją takie możliwości, pacjentów pod wpływem silnego stresu, odczuwających silny ból, pacjentów z krwawiącymi ranami czy pacjentów stanowiących grupy szczególnego ryzyka ze względu na wiek, należy umieszczać w osobnych pomieszczeniach znajdujących się jak najdalej od głównej poczekalni. Dodatkowo chorych, którzy ze względu na swój stan powinni pozostawać w pozycji leżącej, należy umieścić w miejscach do tego przystosowanych. Celem prawidłowego zagospodarowania miejsca oraz właściwego rozmieszczenia pacjentów pielęgniarka tria-

ge'owa powinna zawsze posiadać aktualną wiedzę na temat liczby pacjentów w SOR oraz sposobie ich rozmieszczenia (5).

Należy w tym miejscu zaznaczyć również, że do momentu spotkania pacjenta z lekarzem, osobą, z którą pacjent ma bezpośredni kontakt, jest właśnie pielęgniarka triage'owa. To właśnie ona najczęściej udziela pacjentom informacji o przewidywanym czasie oczekiwania na pomoc lekarską oraz zmianach występujących w tym zakresie. Dlatego też istotne znaczenie w tym zakresie ma stała kontrola sytuacji w poczekalni, która równocześnie umożliwi pielęgniarkom odpowiedzialnym za segregację medyczną pacjentów szybką reakcję w przypadku ewentualnego pogorszenia stanu któregośkolwiek z pacjentów oczekujących na pomoc lekarską (4-6). Jednym ze sposobów sprawowania ciągłego nadzoru lub opieki nad chorymi po triage'u, a przed badaniem lekarskim, jest wyznaczenie w obszarze pielęgniarki odpowiedzialnej za stałą kontrolę chorych oczekujących na badanie lekarskie.

Należy przy tym zaznaczyć, że stosowany w SOR triage jest procesem dynamicznym, co oznacza, że wymaga on stałej weryfikacji. W trakcie oczekiwania na pomoc medyczną stan pacjenta może ulec poprawie lub pogorszeniu. W związku z tym chory może zostać przesunięty do grupy pacjentów z niższym ryzykiem, a tym samym mogących oczekiwać na pomoc lekarską nieco dłużej, lub do grupy pacjentów o wyższym ryzyku, a więc takich, którzy nie mogą oczekiwać na pomoc medyczną zbyt długo lub muszą uzyskać tę pomoc natychmiast. Zmiany kategorii triage'owej nie stanowią – wbrew opinii wielu pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych – błędu ze strony pielęgniarki odpowiedzialnej za segregację medyczną, ale są konsekwencją pogłębiania się wiedzy o pacjencie w trakcie jego pobytu w SOR. Wszystkie te elementy podkreślają także znaczenie poczekalni szpitalnego oddziału ratunkowego jako obszaru czynnej aktywności tego oddziału (3).

Pielęgniarka szpitalnego oddziału ratunkowego zazwyczaj jest pierwszą osobą, z którą

pacjent ma styczność po przybyciu do oddziału. Dlatego też tak duże znaczenie mają umiejętność nawiązania kontaktu pielęgniarek triage'owych oraz szybkie pozyskanie od pacjenta najważniejszych informacji. Odpowiednio przeprowadzona rozmowa może również doprowadzić do zmniejszenia poziomu odczuwanego przez niego bólu czy rozdrażnienia wynikającego z jego stanu oraz konieczności oczekiwania. W licznych badaniach wskazano, że pacjenci doceniają informacje o przewidywanym czasie oczekiwania, badaniach, jakie zostaną wykonane, oraz ewentualnym sposobie leczenia. W zdecydowanej większości przypadków takie informacje są możliwe do przekazania przez pielęgniarkę w przystępny i szybki sposób (5). Można do tego celu również wykorzystać nowoczesne systemy informatyczne i wizualne.

Do zadań pielęgniarek systemu ratownictwa medycznego należy również promocja zdrowia, realizowana w miarę możliwości oraz dostępnego czasu. Wielu pacjentów jest podatnych na informacje o zachowaniach prozdrowotnych i możliwości ich wdrażania we własnym życiu w sytuacji zagrażającej ich zdrowiu. Niezwykle pomocne w tym zakresie stają się broszury informacyjne (4, 6).

Przedstawione powyżej zadania pielęgniarki SOR w obszarze segregacji medycznej nie różnią się zasadniczo od zadań wykonywanych przez ratowników medycznych. W procesie kształcenia młodych osób do zawodu pielęgniarki lub pielęgniarsza kładziony jest szczególny nacisk na zdiagnozowanie potrzeb biopsychospołecznych chorego. Wspomniana już wcześniej rola krótkiej rozmowy z chorym o przyczynie jego obecności w SOR, zrozumienie jego potrzeb biopsychospołecznych, stają się nieodłącznym elementem pracy każdej pielęgniarki w SOR. Z drugiej zaś strony – należy podkreślić, że powinna ona posiadać szczególne umiejętności z zakresu radzenia sobie ze stresem, presją czasu, często presją ze strony rodziny i samego pacjenta. Zdarzają się dalej sytuacje, kiedy do SOR zgłasza się pacjent z powodu np. konieczności wykonania badania RTG lub pobrania krwi w celu ustalenia np. wizyty

u lekarza danej specjalności. Jest to sytuacja niedopuszczalna, wymagająca od pielęgniarki wykonującej triage asertywności i konieczności wytłumaczenia w sposób rzeczowy i merytoryczny, jakie są zadania SOR, i ukierunkowania chorego, gdzie może wykonać wspomniane badania. Ratownik medyczny, zawód usankcjonowany jako samodzielny z chwilą wejścia w życie *Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, nie „doszkolony sanitariusz”, miał być skupiony na czynnościach ratunkowych. W świecie nie ma systemów opieki zdrowotnej, w których ratownik medyczny lub pielęgniarka czekaliby tylko na „swojego” pacjenta. Zawody te w swoich czynnościach w pewien sposób przenikają się i ujednolicają, przykładem takiego zjawiska jest z pewnością obszar triage. Biorąc pod uwagę, że właściwe funkcjonowanie szpitala zależy w pełni od odpowiedniego działania SOR, a z kolei jego funkcjonowanie jest uzależnione od poprawnie wykonywanego triage'u w obszarze segregacji medycznej, można stwierdzić, że stajemy się świadkami powstawania nowego zawodu czy specjalności – triage'yisty. Funkcji triage'yisty nie można jeszcze uwzględnić w aktualnym planie roboczym SOR. Zawód ten musi bowiem mieć swój ugruntowany status pod względem organizacyjnym, merytorycznym i finansowym, ponieważ są z nim związane duża odpowiedzialność i konieczność ustawicznego kształcenia się. □

Piśmiennictwo

1. Miłowski T.: *Triage szpitalny w systemie Manchester*. Fundacja Prometeusz, 2017.
2. Ksykiewicz A.: *Planowanie obsad w lecznictwie stacjonarnym*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
3. Dudzik I.: *Słabe ogniwka segregacji*. „Po Dyplomie” 2016; 2.
4. Ładny R.J.: *Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.
5. Mackway-Jones K., Marsden J., Windle J.: *Triage. Ratunkowa segregacja medyczna*. Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011.
6. Poździoch S.: *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2013.