

Triage szpitalny w systemie Manchester.

Autor: ratownik medyczny Tadeusz Miłowski.

Segregacja medyczna pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jest jednym z narzędzi zarządzania ryzykiem. Stały wzrost ilości przyjęć przy niewystarczających środkach, rodzi konieczność przyporządkowania pacjentów do grup pilności udzielenia pomocy. Celem segregacji jest zapewnienie laminarnego przepływu pacjentów przez oddział, ale także zminimalizowanie ryzyka błędu w ocenie stanu pacjenta. Systemy segregacji szpitalnej służą przyporządkowaniu pacjentów do grup pilności udzielenia pomocy i są stosowane w warunkach rutynowej pracy szpitala. Nie mają one zastosowania - w przeciwieństwie do systemów stosowanych w opiece przedszpitalnej – w przypadku zdarzeń o charakterze masowym. Do czego jeszcze nie służy system? Do oceny, czy przyjęcie w SOR jest zasadne a co za tym idzie do uzasadnienia odmowy przyjęcia, do oceny rokowania, stawiania wstępnej diagnozy, przewidywania wyniku leczenia, lepszego wykorzystania zasobów oddziału a w skrajnych przypadkach do ukarania pacjenta za niecelowe zgłoszenie się do oddziału wydłużonym oczekiwaniem. System Manchester (MTS – Manchester Triage System) został zdefiniowany w 1995 roku i od tamtego czasu ciągle ewoluuje. Jest z powodzeniem wdrożony w kilkunastu krajach na całym świecie. Artykuł opisuje doświadczenia własne związane z wdrażaniem systemu w warunkach typowego, średniej wielkości szpitala powiatowego i zlokalizowanego w nim Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Oddział ratunkowy, w którym wdrożono system przyjmuje dziennie od 30 do 70 pacjentów. Dysponuje 9 łózkami obserwacyjnymi, 2 stanowiskami resuscytacyjnymi i 2 intensywniej krótkotrwałej terapii. Szpital ma około 400 łóżek. Jest to szpital specjalistyczny ukierunkowany na leczenie pacjentów onkologicznych. Oddziałami ściśle współpracującymi z SOR są: neurologia, ortopedia, chirurgia, oddział chorób wewnętrznych i OIT. Pierwsze podejście do wdrożenia systemu zostało zainicjowane w 2009 roku. Zabrakło jednak determinacji, może trochę koncepcji co do podziału ról personelu a także sformalizowania przedsięwzięcia zarządzeniem dyrektora. Projekt upadł. W 2012 roku od wiosny trwały prace przygotowawcze, opracowanie dokumentacji, spotkania z personelem, wyłanianie liderów procesu. Koncepcja była taka, by system zadziałał od razu a ratownicy/pielęgniarki zainteresowani pracą jako liderzy byli współodpowiedzialni za wdrożenie systemu, byli jego współtwórcami. Udało się w ten sposób po części uniknąć malkontenctwa, stwierdzeń że nowa organizacja pracy nie ma sensu. Zespół SOR-u dotychczas tradycyjnie podzielony na personel lekarski i pielęgniarsko – ratowniczy uzyskał nowy podział. Oddział został podzielony na dwa obszary:

1. obszar i personel triage, który odpowiada za założenie dokumentacji, przyjęcie pacjenta, opiekę nad nim do czasu badania lekarskiego, wykonanie całej wstępnej diagnostyki, wstępne leczenie i transport na badania do pracowni na terenie szpitala. W skład jednej zmiany dyżurowej wchodzi 1 lider triage (pielęgniarka/ratownik odpowiedzialny za całokształt pracy obszaru), 3 ratowników/pielęgniarki do zadań związanych ze wstępnym leczeniem i diagnostyką, 1 sekretarka.
2. Obszar obserwacji – pacjent po wstępnej diagnostyce i leczeniu – jeśli zachodzi taka potrzeba – jest dalej leczony i obserwowany w oddziale na przydzielonym łóżku. Pozostaje on pod opieką 2 osób z których zawsze jedna to pielęgniarka. Personel ten wykonuje zlecenia lekarskie, podaż leków, monitoruje i pielęgnuje pacjentów. Jeżeli istnieje konieczność przewiezienia pacjenta na badania diagnostyczne zajmuje się tym personel triage. Osoby pracujące w obszarze obserwacji z założenia nie opuszczają swojego obszaru zapewniając ciągłość opieki.

Ponadto w oddziale zawsze pracuje co najmniej 2 lekarzy systemu, sekretarka odpowiedzialna za dokumentację i wypis pacjenta, salowa zajmująca się utrzymaniem właściwego stanu higienicznego oddziału. Nie na każdym dyżurze ale dosyć często mamy też wsparcie wolontariuszy – adeptów

bądź studentów ratownictwa.

Jak wygląda proces przyjęcia pacjenta?

Niezależnie od tego w jaki sposób pacjent trafił do szpitala zawsze jest ztriazowany. Triażysta na podstawie kart z algorytmem przydziela pacjentowi jedną z kategorii powiązaną z czasem oczekiwania:

1. **czerwona** – pomoc natychmiastowa – oczekiwanie na lekarza – 0 minut
2. **pomarańczowa** – czas oczekiwania na lekarza - do 10 minut
3. **żółta** – czas oczekiwania na badanie – do 60 minut
4. **zielona** - czas oczekiwania na badanie – do 120 minut
5. **niebieska** - czas oczekiwania na badanie – do 240 minut

Pacjent jest informowany o granicznym czasie oczekiwania na kontakt z lekarzem. Nie znakujemy pacjentów kolorami. Oznakowana kolorem jest dokumentacja pacjenta (kolor teczki).

Pacjenci dowożeni zespołami ratownictwa medycznego nie są traktowani priorytetowo.

Uniknęliśmy w ten sposób sytuacji, że pacjent celowo wzywa ZRM z błahego powodu, by uniknąć oczekiwania na kontakt z lekarzem. Jeżeli pacjent zostanie zakwalifikowany przez triażystę do kategorii czerwonej bądź pomarańczowej, czas oczekiwania na przekazanie lekarzowi pacjenta nigdy nie przekracza kilku minut. Maksymalnie po 10 minutach od przybycia do SOR ZRM opuszcza oddział. Jeżeli triażysta zakwalifikuje pacjenta jako odroczonego przejmuje za niego odpowiedzialność zwalniając ZRM do dalszych zadań. Skąd w takim razie lekarz SOR wie, że istnieje konieczność zajęcia się pacjentem? W trakcie zakładania historii choroby pacjent jest wpisywany do systemu komputerowego. Każdy lekarz dysponuje swoim stanowiskiem komputerowym. Na ekranie monitora wyświetla mu się nowy pacjent i jego status, oraz graniczny czas oczekiwania na badanie. Lekarz widząc nowego pacjenta i przydzielony mu kolor wie, jak optymalnie zorganizować sobie pracę i kiedy go zbadać. Nie jest więc odrywany od pracy każdym nowo pojawiającym się w SOR pacjentem. W przypadku, gdy pojawi się pacjent w kolorze czerwonym bądź pomarańczowym dodatkowo lekarz informowany jest systemem pagingu. Lekarz po zbadaniu pacjenta potwierdza jego przyjęcie do oddziału zmieniając status z „przysłany” na „na oddziale”. Zleca wykonanie badań pomocniczych i wstępne leczenie. Zajmuje się tym personel triażu. Po wykonaniu diagnostyki pacjent jest wypisywany do dalszego leczenia ambulatoryjnego lub przekazywany do obszaru obserwacji.

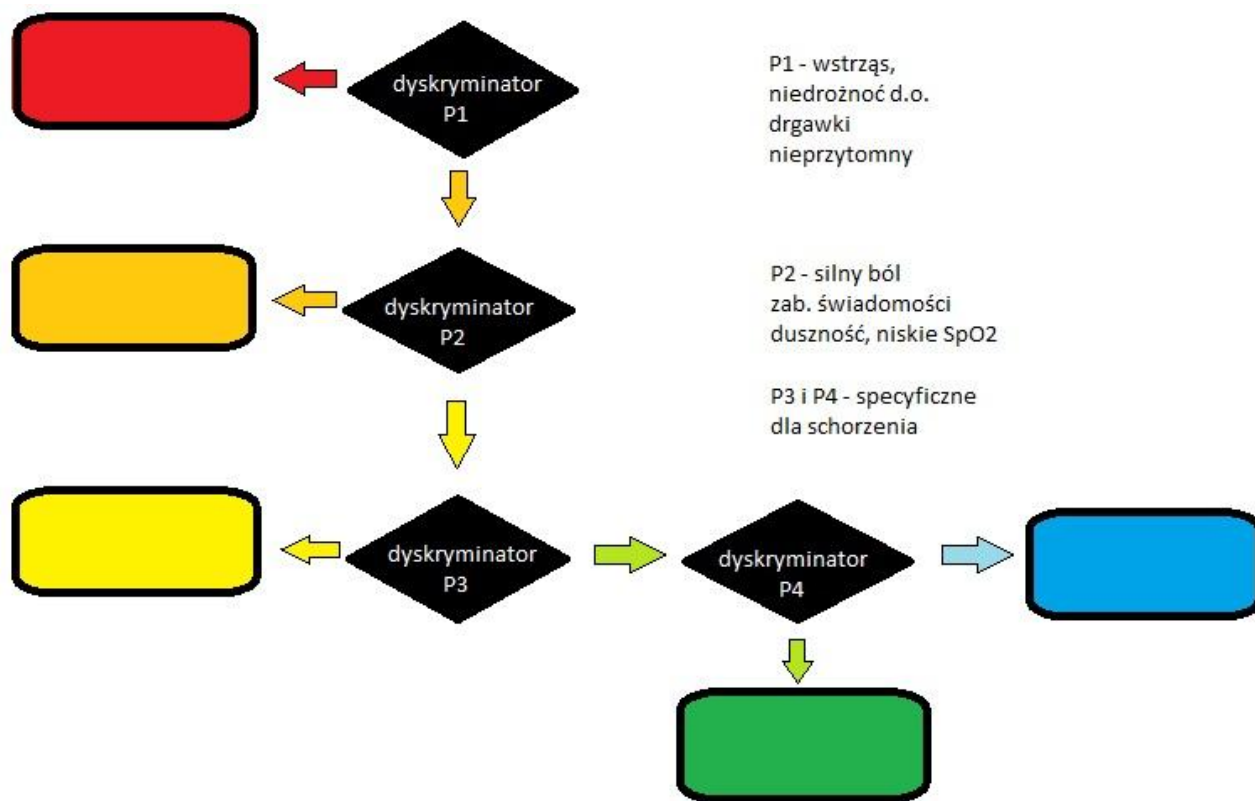
Jak wygląda sam proces triażu?

Aby triaż był wiarygodny zarządzający oddziałem stwierdzili, że liderami mogą być osoby z doświadczeniem minimum 3 lata, odpowiednimi predyspozycjami psychicznymi, lubiące nowe wyzwania i zarządzanie podległym personelem. W porozumieniu z pracownikami zaproponowano rolę liderów 10 ratownikom i 2 pielęgniarkom. Błędem było by wyznaczenie do tej roli pracowników z przypadku, bądź najmłodszych stażem. Aby zmotywować do pracy liderów zaproponowano im dodatkową gratyfikację pieniężną.

Kryterium decydującym w trakcie oceny jest stopień zagrożenia życia wynikający z faktów klinicznych (badanie i wywiad). Ocena musi być medycznie obiektywna ale powinna brać także pod uwagę subiektywne odczucia pacjenta (np. stopień nasilenia bólu).

Triażysta zakłada że każdy pacjent startuje z priorytetem czerwonym. Następnie badając pacjenta redukuje ten priorytet wykluczając istnienie zagrożenia życia, krwawień/krwotoków, niedrożności dróg oddechowych bądź niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości, bierze pod uwagę kryterium nagłości przypadku. Ta eliminacja odbywa się przy pomocy gotowych algorytmów opracowanych oddzielnie dla każdego problemu, z którym zgłasza się pacjent. Dotychczas opracowano 154 diagramy z problemami, z którymi najczęściej zgłaszają się pacjenci.

Podsumowując: pacjent zgłasza się z problemem a nie rozpoznaniem. Na podstawie objawów, wywiadu, prostego badania i algorytmu przydziela mu się kod pilności udzielenia pomocy. Pacjenci w kodzie czerwonym i pomarańczowym zaopatrywani są niezwłocznie. Pozostali oczekują na badanie lekarskie pod opieką triażysty. Triażysta może zmienić kod pilności po wykonaniu retriażu w przypadku zmiany stanu pacjenta.



Prześledźmy proces kwalifikacji na podstawie algorytmu opisującego problem anafilaksji.

Co kwalifikuje pacjenta do kodu czerwonego?

Niedrożność d.o.
Niewydolność oddechowa
Świst krtaniowy
Wstrząs
nieprzytomny

Nieobecność powyższych objawów z obecnością poniższych kwalifikuje do grupy pomarańczowej:

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

Pacjent żółty prezentuje wyłącznie:

Spadek saturacji poniżej 95%

Rozsiana wysypka lub pęcherze
Swędzenie

pacjent zielony:
Miejscowy stan zapalny
Lekkie swędzenie lub ból

pacjent niebieski – pozostałe objawy nie związane w ocenie triażującego z anafilaksją.

Wdrożony system triażu nie spowodował zmniejszenia ilości pacjentów a więc i kolejki w SOR. Oddział nadal miewa okresy niewydolności związane z napływem pacjentów. Nie ma natomiast sytuacji, że pacjenci wymagający działań natychmiastowych oczekują na pomoc.

Czy są wyjątki od tej systematyki triażu? Owszem są. Dotyczą one funkcjonariuszy doprowadzających zatrzymanych na badanie. Funkcjonariusz nie może oczekiwać zakwalifikowany zazwyczaj jako niebieski. Osoby takie są kwalifikowane jako żółte. Również pacjenci z udarem mózgu z kryteriami włączenia trombolizy są zawsze triażowani jako czerwoni.

Warunkiem koniecznym do sprawnego działania systemu jest dyscyplina. Dyscyplina triażystów aby nie wykonywać „przetriażowania” lub „niedotriążowania” pacjenta ze względu na własną wygodę, obawę lub nonszalancję. Także lekarz ma dowolność w wyborze dogodnego momentu przyjęcia pacjenta ale: nie odwleka przyjęcia bo pacjent nie czekał jeszcze granicznego czasu, nie próbuje ukarać pacjenta wydłużonym oczekiwaniem, może przyjąć kilku zielonych naraz by znacząco skrócić kolejkę.

Aby nie była to laurka wystawiona oddziałowi wypada także wspomnieć o problemach.

Głównym problemem jest konieczność wypełniania obszernej dokumentacji. Niezależnie od tego, jak błahy jest przypadek, z którym zgłosił się pacjent, musimy wypisać taką samą dokumentację.

Najmniej obszerna to co najmniej 9 stron historii.

Przepisy prawa atomowego nie pozwalają zlecać liderowi triażu badań radiologicznych układu kostno – szkieletowego. Bardzo by to usprawniło pracę skracając kontakt pacjenta z lekarzem i jego zaangażowanie. Obecnie lider może zlecić wykonanie analizatora parametrów krytycznych i badanie EKG. Jest to regulowane wewnętrznym zarządzeniem dyrektora jednostki.

Istnieją także nieporozumienia na linii lider triażu – lekarz. Wynikają one najczęściej z osobistych antypatii bądź niezrozumienia sposobu triażowania . Lekarze przyzwyczajeni są do stawiania rozpoznań i na tej podstawie oceny pilności. W systemie Manchester triaż odbywa się na podstawie problemu a nie rozpoznania (np. pacjent zgłasza się z wysokim nadciśnieniem tętniczym i jest kwalifikowany do kategorii zielonej bo nie ma innych dolegliwości). To rodzi sprzeciw i podważanie kompetencji ratowników/pielęgniarek. Nie do końca rozwiązana jest także sprawa odpowiedzialności za błędy triażującego. System wprowadzony jest zarządzeniem Dyrektora ale nie jest napisane w żadnym rozporządzeniu jaki system segregacji obowiązuje na terenie naszego kraju.

Wzrosła także liczba skarg na długi okres oczekiwania. Brak kolejkowania pacjentów według czasu przybycia do oddziału powoduje, że ci, którzy muszą czekać dłużej - protestują, skarżą, obrażają. Skupia się to na liderze triażu. To on jest katalizatorem zachowań agresywnych.

A jakie są korzyści wdrożenia systemu?

Wzrosło poczucie bezpieczeństwa personelu a także realny poziom bezpieczeństwa pacjentów. Skrócono proces diagnostyczno – terapeutyczny, każda osoba z personelu ma ściśle przypisane zadania i odpowiedzialność, zlikwidowaliśmy „szum informacyjny” (oczekujemy na pacjenta, jedzie pacjent, przyjechał pacjent, jest kolejny, ZRM czeka na lekarza itp.). Zmianie uległ także status ratowników/pielęgniarek. To partnerzy lekarzy w proście diagnostyki i leczenia w SOR.

Autor jest ratownikiem koordynującym w SOR, asystentem Katedry Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego.