

ZASTUPLJENOST 4. I 5. TRIJAŽNE KATEGORIJE PREMA AUSTRALSKO-AZIJSKOJ TRIJAŽNOJ LJESTVICI U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM PRIJMU OPĆE BOLNICE PULA

KATA IVANIŠEVIĆ¹, STEFAN STUDEN² I TATJANA STERPIN²

¹Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka i ²Opća bolnica Pula, Objedinjeni hitni bolnički prijem, Pula, Hrvatska

Svrha trijaže u Objedinjenom hitnom bolničkom prijmu (OHBP) je među dolaznim pacijentima odrediti prioritete, to jest, razvrstati ih u kategorije ovisno o tome koliko dugo sigurno mogu čekati na pregled i liječničku skrb te svakom pacijentu osigurati razinu i kvalitetu medicinske skrbi koja je klinički opravdana s obzirom na njegove tegobe. Cilj rada bio je prikazati učestalost dolazaka pacijenata u OHBP Opće bolnice (OB) Pula, koji nisu za hitnu obradu u razdoblju od 1. srpnja do 30. rujna 2018., ukazati na prenapučenost OHBP-a, prikazati zastupljenost 4. i 5. trijažne kategorije prema Australско-azijskoj (ATS) ljestvici i vrijeme dolaska pacijenata unutar 24h. U svrhu prikupljanja podataka koristio se bolnički informatički sustav (BIS) OB Pula. Rezultati istraživanja su pokazali da je najzastupljenija 4. trijažna kategorija (64 %) prema ATS-u, a najmanje je zastupljena 1. i 2. trijažna kategorija (2,1 %), najčešći prijem pacijenata bio je u popodnevnim i večernjim satima. Zaključak je da su manje hitni slučajevi uzrok prenapučenosti OHBP-ova i uzrok obostranog nezadovoljstva između pacijenata i zdravstvenih djelatnika, a rješenja treba tražiti u reorganizaciji zdravstva i senzibiliziranju i educiranju javnosti o radu OHBP-a.

KLJUČNE RIJEČI: objedinjeni hitni bolnički prijem, trijaža, Australско-azijska trijažna ljestvica

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Kata Ivanišević, mag. med. techn.
Fakultet zdravstvenih studija
Viktora Cara Emina 5
51 000 Rijeka, Hrvatska
E-pošta: kata.ivanisevic@uniri.hr

UVOD

Osnivanjem hitnih bolničkih prijmovi unutar bolnica stvoreno je jedinstveno mjesto ulaza za sve hitne pacijente dostupno za pružanje 24-satne bolničke hitne medicinske skrbi u obliku pregleda, dijagnostike i liječenja. Zbog velikog priljeva pacijenata i raznovrsnih hitnih stanja nužno je bilo odrediti vrijeme u kojem će pacijent biti pregledan u OHBP-u pa se stoga u svakodnevni rad OHBP-a uvodi proces trijaže.

Svrha trijaže u OHBP je među dolaznim pacijentima odrediti prioritete, to jest, razvrstati pacijente u kategorije ovisno o tome koliko dugo sigurno mogu čekati na pregled i skrb liječnika. U Republici Hrvatskoj (RH) se koristi Australско-azijska trijažna ljestvica (ATS) s 5 trijažnih kategorija.

Australско-azijska trijažna ljestvica (ATS) razvijena je 1994. u australskom odjelu za hitne slučajeve. Filozofija na kojoj se temelji upotreba ATS-a temelji se na vrijednostima pravednosti i učinkovitosti u pružanju zdravstvenih usluga (1). ATS je osmišljen tako da omogućiti pravodobnu procjenu i medicinsku intervenciju za sve ljude koji dolaze u OHBP. FitzGerald (1989.) prvi je testirao valjanost i pouzdanost *Ipswich Triage Scale* (ITS), koja je bila prilagodba bolničkog sustava *Box Hill*. Ispitao je povezanost trijažnih kodova i mjera ishoda uključujući smrtnost u bolnici i stopu prijma (2). Primjena ATS-a temelji se na glavnoj tegobi pacijenata koja se identificira iz kratke povijesti prisutne bolesti ili ozljede. Trijažna procjena traje najviše 2–5 min.

U Republici Hrvatskoj (RH) trijažu provode prvostupnici sestrištva s najmanje 1 godinom radnog iskustva

u djelatnosti hitne medicine i završenom propisanom edukacijom iz trijaže ili medicinska sestra/tehničar s najmanje 3 godina radnog iskustva u djelatnosti hitne medicine i završenom propisanom edukacijom iz trijaže (3). Upotreba standardnog trijažnog sustava olakšava poboljšanje kvalitete hitnih službi jer omogućuje usporedbu ključnih pokazatelja uspješnosti (tj. vremena liječenja prema trijažnoj kategoriji) unutar hitne službe.

Četvrta i peta trijažna kategorija prema ATS-u često su tema rasprave među zdravstvenim djelatnicima, a to se naročito odnosi na 5. kategoriju, jer se postavlja pitanje trebaju li takvi pacijenti uopće tražiti pomoć unutar OHBP ili je njihovo stanje moguće riješiti na razini primarne zdravstvene zaštite, to jest kod njihovog liječnička obiteljske medicine.

Prema ATS ljestvici u 4. trijažnoj kategoriji pacijenti se zbrinjavaju unutar 60 minuta. Ona označava potencijalno opasno stanje koje se može pogoršati i dovesti do negativnog ishoda za pacijenta, ako se procjena i liječenje ne započnu unutar jednog sata. Također označava stanja koja zahtijevaju složene postupke, savjetovanja i eventualnu hospitalizaciju, te ublažavanje boli i nelagode.

Zbrinjavanje pacijenata u 5. trijažnoj kategoriji prema ATS ljestvici je unutar 120 minuta. Stanje pacijenta je kronično ili manje hitno da simptomi ili klinički ishod neće imati značajnog utjecaja, ako se procjena i liječenje odgode do dva sata od dolaska. To uključuje i kliničko-administrativne probleme, pregled rezultata, medicinsku potvrdu, recepte i upravo taj dio stvara najveće opterećenje OHBP-a i oduzima dragocjeno vrijeme pacijentima kojima je stvarno potrebna hitna medicinska skrb i liječenje.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog rada bio je prikazati učestalost dolazaka pacijenata u OHBP OB Pula koji nisu za hitnu obradu u razdoblju od 1. 7. 2018. do 30. 9. 2018. i samim tim ukazati na prenapučenost OHBP-a, prikazati zastupljenost 4. i 5. trijažne kategorije prema ATS ljestvici, te vrijeme dolaska pacijenata unutar 24 sata.

ISPITANICI I METODE

U ovom istraživanju analizirali su se podatci o pacijentima koji su u razdoblju od 1. 7. 2018. do 30. 9. 2018. zaprimljeni u OHBP OB Pula. Posebno su analizirani podatci pacijenata trijažiranih u 4. i 5. trijažnu kategoriju po ATS ljestvici. U svrhu prikupljanja podataka koristio se bolnički informatički sustav (BIS).

Prigodom prikupljanja podataka poštivala su se usvojena etička načela koja podrazumijevaju tajnost poda-

taka svakog pacijenta. Podatci su obrađeni u programu *Microsoft Excel* (verzija 11, *Microsoft Corporation*, SAD), opisani te prikazani tablično.

REZULTATI

Ovim istraživanjem uključena su ukupno 7273 pacijenta koji su primljeni i medicinski obrađeni u OHBP OB Pula u razdoblju od 1. 7. 2018. do 30. 9. 2018. Od njih 7273 u 4. i 5. trijažnu kategoriju trijažirano je 5305 pacijenata, to jest 73 % (tablica 1).

Tablica 1. Broj pacijenata prema trijažnim kategorijama

ATS Kategorija	Broj pacijenata	%
1.	14	0,1
2.	128	2
3.	1826	25
4.	4652	64
5.	653	9
Ukupno	7.273	100%

U tablici 2 prikazan je broj primljenih pacijenata unutar dana prema satima prijma. Najveći broj primljenih i obrađenih pacijenata je u popodnevnom i večernjim satima.

Tablica 2. Broj pacijenata tijekom dana prema satima prijma pacijenata

Sati (h)	Broj pacijenata	%
00	207	2,8
01	186	2,5
02	144	2
03	139	1,9
04	96	1,3
05	87	1,2
06	121	1,7
07	189	2,6
08	289	4
09	323	4,4
10	357	4,9
11	392	5,4
12	381	5,2
13	387	5,3
14	373	5,1
15	394	5,4
16	442	6,1
17	405	5,6
18	403	5,5
19	397	5,4
20	444	6,1
21	395	5,4
22	409	5,6
23	313	4,3
Ukupno	7.273	100

U razdoblju od 1. 7. 2018. do 30. 9. 2018. najveći broj zaprimljenih pacijenata bio je u kolovozu - 37,7 % (tablica 3).

Tablica 3. Broja pacijenata prema mjesecima

Mjesec	Broj pacijenata	%
Srpanj	2628	36,1
Kolovoz	2740	37,7
Rujan	1905	26,2
Ukupno	7.273	100

RASPRAVA

Sve se više raspravlja o prenapučenosti hitnih službi i OHBP-ova pacijentima koji nisu životno ugroženi. Nezadovoljstvo se javlja s obje strane, kako pacijenata, tako i osoba zaposlenih u zdravstvu. Kanadski je tim 2014. godine retrospektivno analizirao preko 600.000 pacijenata u 42 bolnice, te su izvijestili o značajnim rizicima za sigurnost pacijenata koji su se javljali tijekom razdoblja gužve (4). Do danas postoje značajni dokazi koji ukazuju na povezanost između prenapučenosti OHBP-a i lošijih ishoda za pacijente, ali čini se da postoji manje znanja o uzrocima koji navode pacijente da dolaze u OHBP-ove. Nedavna istraživanja pokazala su povezanost između prenapučenosti OHBP-a i prisutnosti bolesnika s neurgentnim stanjima i ograničenim pristupom uslugama primarne skrbi (5,6). Pacijenti se uglavnom žale na vrijeme provedeno u OHBP i čekanje na pregled, što često dovodi do neugodnih situacija, pa i nasilja kako između pacijenta i zdravstvenog osoblja, tako i među samim pacijentima. Zdravstveno osoblje žali se na preopterećenost i nemogućnost obavljanja odgovarajućeg posla zbog prevelikog broja pacijenata. Zbog toga je uvođenje trijaže postalo nužno kako bi se bar donekle kategorizirali dolazni pacijenti i time uveo red u OHBP. Razumije se, problem je i dalje prisutan, ponajviše jer pacijenti unatoč mnogobrojnim plakatima koji se nalaze unutar svake ustanove i objašnjavaju trijažne kategorije, ne razumiju ili ne žele razumjeti razliku između hitnog stanja i stanja koje nije hitno ili je manje hitno. Tu ubrajamo pacijente 4. i 5. trijažne kategorije. U RH dodatni je problem zdravstvo koje je u problemima zbog velikog odljeva zdravstvenih djelatnika, a broj pacijenata raste. Liste čekanja na preglede i zahvate duge su i po 2-3 godine, ovisno o vrsti pregleda/zahvata, kao i organizaciji same ustanove. Zbog toga mnogi pacijenti u OHBP dolaze kako bi preko hitnog prijma obavili većinu pregleda. Jedno zanimljivo istraživanje provedeno je u Australiji među pacijentima koji su trijažirani u 4. i 5. kategoriji trijaže po ATS-u. Ovaj je projekt koristio opisno ispitivanje tih pacijenata kako bi identificirali čimbenike koji pridonose njihovom procesu donošenja odluka o pristupu uslugama u OHBP-u. Podatci su analizirani korištenjem statističkog softverskog paketa i usporedbom između uzorka i skupina stanovništva radi utvrđivanja

široke zastupljenosti. Otkriveno je da na postupke odlučivanja pacijenata utječe praktičnost, percipirana potreba i uputnica od strane pružatelja zdravstvene zaštite (7).

Prema dobivenim podacima u ovom istraživanju vidljivo je da je najveći broj pacijenata trijažirano u 4. trijažnoj kategoriji (64 %) ATS-ove trijažne ljestvice (tablica 1).

Analizirani su i podaci o broju prijmovi pacijenata tijekom dana prema satima dolaska u OHBP. Tako je iz analize tijekom svih tri mjeseca vidljivo da je najveći broj dolazaka u poslijepodnevnom i noćnim satima (tablica 2). Iskustvo pokazuje da je tome tako što u poslijepodnevnom satima uglavnom dolazi radno sposobno stanovništvo opravdavajući svoj dolazak time što u sklopu svog radnog vremena ne uspijevaju doći do svog obiteljskog liječnika po potrebne uputnice za bolničke preglede i zahvate.

U večernjim satima uglavnom dolazi mlađa populacija pacijenata, a najčešće tegobe su razni prijelomi, površinske ozljede glave i ekstremiteta te posljedice konzumacije raznih opijata, osobito u dane vikenda.

Dobiveni rezultati pokazuju da je najveći broj pacijenata obrađen u kolovozu 2018., to jest u jeku turističke sezone (tablica 3), što ne čudi s obzirom da je Istra jedna od vodećih turističkih regija, pa je time i broj pacijenata u to doba godine povećan.

ZAKLJUČAK

Opća bolnica Pula najveća je zdravstvena ustanova u Istarskoj županiji i njoj gravitira preko 160.000 stanovnika. U ljetnim mjesecima taj se broj značajno povećava zbog velikog broja turista na tom području. Rezultati istraživanja pokazuju veliku opterećenost OHBP-a s ne-hitnim pacijentima, od kojih je 73 % trijažirano u 4. i 5. trijažnoj kategoriji, a rješenja ovog problema treba tražiti u reorganizaciji zdravstva (osnivanje ambulanti pri OHBP-u, povećanje broja ustanova primarne zdravstvene zaštite, povećanje broja turističkih ambulanti u sezoni) te senzibiliziranju i educiranju javnosti o radu OHBP-a.

LITERATURA

1. Gerdtz M, Considine J, Sands N i sur. Emergency Triage Education Kit. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2007.
2. Forero R, Nugus P. Australasian College for Emergency Medicine Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS). Sydney: University of New South Wales, Australian Institute of Health Innovation, 2012.
3. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske [Internet]. Narodne novine 71/2016. [Citirano 25. rujna 2019.] Dostupno na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_08_71_1696.html
4. McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque JF, Ciampi A, Belzile E. Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes. *Acad Emerg Med* 2014; 21(10): 1092-100.
5. Barish RA, MCGaully PL, Arnold TC. Emergency Room Crowding: A Marker of Hospital Health. *Trans Am Clin Climatol Assoc* 2012; 123: 304-11.
6. Ivanišević K. Trijaža u hitnom bolničkom prijmu. *Sestrinski glasnik* [Internet]. 2019 [Citirano 07. siječnja 2020.];24(3):169-175. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2019.24.031>
7. Unwin M, Kinsman L, Rigby S. Why are we waiting? Patients' perspectives for accessing emergency department services with non-urgent complaints. *Int Emerg Nurs* 2016; 29: . 3-8.

SUMMARY

REPRESENTATION OF TRIAGE CATEGORIES 4 AND 5 ACCORDING TO THE AUSTRALASIAN TRIAGE SCALE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT, PULA GENERAL HOSPITAL

K. IVANIŠEVIĆ¹, S. STUDEN² and T. STERPIN²

¹University of Rijeka, Faculty of Health Studies, Rijeka and ²Pula General Hospital, Emergency Department, Pula, Croatia

The purpose of triage at Emergency Department (ED) is to prioritize incoming patients, that is, to classify patients according to how long they can safely wait for medical attention and care. The purpose is to provide each patient with a level and quality of medical care that is clinically justified with regard to the patient's problems. The aim of this study was to show the frequency of patient arrivals at ED, Pula General Hospital (PGH), who did not require emergency treatment during the period from July 1, 2018 to September 30, 2018, thus indicating ED overcrowding; the prevalence of triage categories 4 and 5 according to the Australasian Scale (ATS); and patient arrival times within 24 hours. The PGH information system was used for data collection. The least represented were ATS triage categories 1 and 2 (2.1%), whereas ATS triage category 4 was most commonly represented (64%); the most frequent patient admission was recorded in the afternoon and evening. Accordingly, the less urgent cases were the cause of ED overcrowding and mutual dissatisfaction between patients and healthcare professionals. Solutions should be sought through health care restructuring, along with sensitizing and educating the public about the work of ED.

KEY WORDS: emergency department, triage, Australasian Triage Scale