

OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA

S SIMULACIJAMI

MANAGEMENT OF CRITICAL PATIENT WITH SIMULATIONS

Urednika:

Mateja Škufca Sterle
Uroš Zafošnik

OSKRBA VITALNO OGROŽENEGA PACIENTA S SIMULACIJAMI MANAGEMENT OF CRITICAL PATIENT WITH SIMULATIONS

1. strokovno srečanje s simulacijami v zdravstvu

Zbornik predavanj

Izdajatelj:

Zdravstveni dom Ljubljana
SIM center

Strokovni urednik:

Marija Matejka Škufca Sterle
Uroš Zafošnik

Oblikovanje, prelom in priprava za tisk:

Jože Benedičič

Fotografije:

Alan Orlič Belšak
Uroš Zafošnik

Tisk: Birografika BORI d.o.o.

Naklada: 100 izvodov

Leto izdaje: 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083.98:681.5.017(082)

STROKOVNO srečanje s simulacijami v zdravstvu (1 ; 2015 ; Ljubljana)

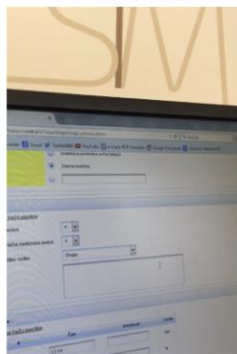
Oskrba vitalno ogroženega pacienta s simulacijami = Management of critical patient with simulations : [zbornik predavanj] / [1. strokovno srečanje s simulacijami v zdravstvu] ; urednika Mateja Škufca Sterle, Uroš Zafošnik. - Ljubljana : Zdravstveni dom, Simulacijski center, 2015

ISBN 978-961-6613-11-8

1. Gl. stv. nasl. 2. Vzp. stv. nasl. 3. Škufca, Mateja
280834560

VSEBINA

1. SPREJEM IN TRIAŽA BOLNIKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	11
2. AKTIVACIJA DEŽURNE EKIPE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU V PRIMERU NUJNEGA STANJA	25
3. PRISTOP K VITALNO OGROŽENEMU PACIENTU IN REANIMACIJA.....	33
4. OBRAVNAVA HUDO POŠKODOVANEGA NA TERENU	49
5. POROD NA TERENU	75
6. PRISTOP K VITALNO OGROŽENEMU OTROKU	95
7. OGLASI.....	121



SPREJEM IN TRIAŽA BOLNIKA

Prijava na izobraževanje:

prijava.sim@zd-lj.si

www.zd-lj.si

1. SPREJEM IN TRIAŽA BOLNIKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

SPREJEM IN TRIAŽA BOLNIKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

Tadeja Kolander

ZV predšolskih otrok, ZV šolskih otrok in mladine, Pediatrična nujna
medicinska pomoč, Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center,
Metelkova ulica 9, Ljubljana

Izveček

V zdravstvene ustanove osnovnega zdravstva dnevno prihaja zelo veliko bolnikov. Vsi prihodi v ambulantah nujne medicinske pomoči so nenačrtovani tako glede števila kot ure prihoda bolnikov, prav tako pa so nenačrtovani tudi prihodi nenaročenih bolnikov v ambulantah osebnega izbranega zdravnika. V takih primerih je triaža, ki bolnikom določa klinično prioriteto obravnave, izrednega pomena. Le z ustrezno triažno shemo in protokolom lahko zagotovimo strokoven in varen sprejem ter nadaljnjo obravnavo bolnika. Manchesterski triažni sistem je bil sprejet kot nacionalna triažna shema v Sloveniji. Pri tem se kaže izredno pomembna vloga triažne medicinske sestre, ki mora imeti ustrezno strokovno znanje in izkušnje.

Uvod

V osnovnem zdravstvu se dnevno srečujemo z zelo velikim številom bolnikov. Poleg rednih dnevnih ambulant so v naših ustanovah na primarnem nivoju tudi ambulante nujne medicinske pomoči (ANMP) za odrasle in otroke, ki so organizirane bodisi preko celega dne ali pa le v nočnem času, ob vikendih in praznikih.

V Zdravstvenem domu Ljubljana (ZDL) je Splošna nujna medicinska pomoč (SNMP) s svojimi ambulantami organizirana vse dni v letu 24 ur, dodatno ambulante NMP za odrasle ob sobotah preko celega dne ter Pediatrična nujna medicinska pomoč (PNMP) vse noči, ob vikendih in praznikih, ki zagotavlja 24-urno oskrbo.

Ambulante osebnega izbranega zdravnika (OIZ) imajo za čim hitrejšo in kvalitetnejše delo opredeljeno dolžnost obveznega naročanja. Kljub pisnim

obvestilom, zloženkam o organizaciji dela, ustnemu obveščanju ter zdravstveni vzgoji naših uporabnikov, številni pacienti k OIZ še vedno prihajajo nenaročeni bodisi zaradi rednega predpisovanja terapije, posveta, poškodbe, resnih bolezenskih stanj... Njihov prihod in število sta torej nenačrtovana.

Problematika velikega (včasih nepreglednega) števila bolnikov v čakalnici je toliko večja v ANMP, saj ti bolniki ves čas prihajajo nenapovedano. Poleg tega številni bolniki izkoriščajo dobro dostopnost urgentnih ambulant, možnost hitreje obravnave in obsežnejše diagnostike. Njihove težave pogosto niso nujne in lahko trajajo že dlje časa. Bolnikov ob obravnavi ne poznamo, prav tako ne poznamo njihove zdravstvene preteklosti. S tem se povečuje obremenjenost ANMP, saj številne med njimi iz leta v leto beležijo vedno številčnejši obisk. Predvsem pa se podaljšuje čas čakanja posameznega bolnika, v množici le-teh tudi tistih s težjimi ali celo najtežjimi bolezenskimi stanji, ki se lahko hitro poslabšajo ali pa celo ogrozijo življenje ob neustreznem ali zapoznelem ukrepanju.

Prvi stik ob sprejemu v osnovnem zdravstvu skoraj vedno opravi medicinska sestra. Le-ta neposredno vpliva na pacientovo nadaljnjo obravnavo in pogosto tudi na njegovo zadovoljstvo. Opisana problematika številnih nenaročenihih pacientov v ambulantah OIZ in ANMP zahteva razvrščanje pacientov – triažo, s katero določimo tiste, ki najhitreje potrebujejo pomoč, saj bi ob opustitvi le-te lahko prišlo do hudega poslabšanja zdravstvenega stanja, težje invalidnosti ali celo smrti. Ustrezen triažni sistem je danes strokovna nuja, saj poleg »varnega« časa čakanja na pregled pri zdravniku, omogoča tudi večjo pravno-formalno zaščito izvajalcev, optimizacijo resursov v ambulantah, nadzor nad delom...

Sprejem bolnika

Triaža – da ali ne?

Danes še vedno v številnih ambulantah osnovnega zdravstva, tudi urgentnih, bolniki čakajo na obravnavo pri zdravniku po načelu vrstnega reda prihoda. Ponekod ob večjem številu pacientov ob sprejemu povprašajo po glavnem razlogu prihoda in morebitno triažo opravijo po lokalnem protokolu, ki pa pogosto temelji na intuiciji, delovnih izkušnjah in strokovnem znanju osebe na sprejemu. Tovrstna triaža pogosto ni dokumentirana in nemalokrat poteka pred okencem ali v polni čakalnici, kjer se pacientu ne nudi ustrezen občutek varnosti in intimitete, da bi lahko sproščeno spregovoril o svojih težavah. Izkušnje so pokazale, da ob

opisanem načinu triažiranja sicer prepoznamo najbolj nujne paciente, ki so neposredno življenjsko ogroženi, vendar pa se pogosto v časovni okvir čakanja neustrezno uvrsti zelo nujne in nujne, ki pa bi se jim ob daljšem čakanju lahko zdravstveno stanje močno poslabšalo, vodilo v težjo invalidnost ali celo smrt. Ponekod se lahko zaradi strahu in občutka pred morebitno ogroženostjo, bolnika po nepotrebem hitro sprejme v ambulantno, s tem pa obremenimo delovni proces, razpoložljive resurse ter ogrozimo morebitne bolj nujne paciente v čakalnici. Na tovrstno triažiranje vpliva preveč različnih faktorjev kot so doseženo znanje, delovne izkušnje, utrujenost, diskriminacija, kar pa ne omogoča zanesljivosti in ponovljivosti.

Sprejem brez ustreznega triažnega sistema pacienta resno ogroža, poleg tega pa obremenjuje ves delovni proces v urgentnih ambulantah in v ambulantah OIZ (ob velikem številu nenaročenih pacientov).

Vse do leta 2009 v slovenskih ANMP ni bilo urejenega sprejema in triaže bolnikov. Leta 2010 se je na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije oblikovala delovna skupina za pripravo izobraževanja in usposabljanja diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov v sistemu nujne medicinske pomoči – triaže. Sprejeli so odločitev o potrebnosti enotne triaže v vseh slovenskih ANMP. Odločili so se za Manchesterski triažni sistem – MTS kot zanesljiv način sprejema urgentnega bolnika (3).

Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da triažna medicinska sestra nima sistematiziranega delovnega mesta v rednih ambulantah osnovnega zdravstva in so tako po številnih zdravstvenih domovih na oddelkih zaradi številčno omejenih kadrovskih normativov ukinili mesto sprejemne oziroma triažne medicinske sestre. Sprejem naročenih in nenaročenih pacientov v ambulantah OIZ tako dejansko pokriva kar ambulantna medicinska sestra.

Triaža po MTS

MTS je bil razvit v Angliji in sprejet kot nacionalna triažna shema (1994) – do danes je doživel svojo tretjo izdajo (prvi popravki v drugi izdaji leta 2006, nato v tretji izdaji v letu 2014). V letih svojega obstoja je dobil pomembno mesto v številnih urgentnih oddelkih po vsem svetu. Kot nacionalna triažna shema je MTS sprejet tudi v Sloveniji.

Triaža je postopek zmanjševanja kliničnega tveganja za paciente v primerih, ko zaradi velikega števila pacientov zdravstveno osebe ne zmore

sprotne obravnave vseh pacientov. Namen triaže je, da zagotovi pravilno in pravočasno oskrbo pacientov glede na težave, zaradi katerih prihajajo (6).

MTS vsebuje 5 triažnih kategorij, ki se ločijo po barvah. Vsaka triažna kategorija ima številko, ime in barvo, določen pa je tudi idealni najdaljši čas do zdravniške obravnave.

Namen opisane triažne metodologije je določitev klinične prioritete za posameznega pacienta. Triaža ni namenjena postavljanju diagnoz, pač pa oceni ogroženosti in prizadetosti pacienta ob prihodu v ambulantno. Je metoda dela, kjer medicinska sestra ugotovi glavni razlog prihoda bolnika, glede na to izbere ustrezní triažni algoritem in znotraj le-tega ugotavlja ustrezen triažni kriterij. Najprej ugotavlja kriterije, ki kažejo na večjo stopnjo nujnosti. Izbrani triažni kriterij določi bolniku barvo, slednja pa maksimalni čas čakanja do zdravstvene obravnave (4).

Triaža temelji na naslednjih 5 korakih:

1. prepoznavanje problema,
2. zbiranje in analiza informacij,
3. razmišljanje o možnostih oskrbe,
4. izbira pravilne poti oskrbe,
5. opazovanje odziva na oskrbo.

Opisani koraki sestojijo iz pridobivanja informacij o vzroku prihoda, iz analize informacij je potrebno izluščiti vodilni simptom in izbrati ustrezní triažni algoritem. Na voljo imamo 54 triažnih algoritmov – bolezni, poškodbe, otroci, nenavadno obnašanje in večje nesreče. S ciljnimi vprašanji in meritvami sledimo **izbranemu algoritmu**, ki nas vodi s ključnimi kriteriji (splošnimi in specifičnimi) v vsaki barvni kategoriji. Ko ugotovimo najvišjo kategorijo, v kateri je odgovor na ključno vprašanje pozitiven, vanjo uvrstimo bolnika in **izbrani kriterij** dokumentiramo – vidno se označi tudi **triažno kategorijo** (številka, barva).

Slika 1: Izvajanje triaže s pomočjo algoritma

Triažna kategorija

Meritve Bolečine

Rdeča Oranžna Rumena Zelena Modra

Izberi

Ogrožena dihalna pot (A)

Neučinkovito dihanje (B)

Šok (C)

Neodziven otrok (D)

Trajajoče konvulzije (D)

Dokumentacija oz. protokol, ki mu sledimo, naj bo enostaven in natančen, zajemati mora najmanj 3 zgoraj poudarjene podatke.

Triažni postopek bi lahko opisali kot hiter in osredotočen postopek, v katerem pridobimo informacije in določimo prioriteto obravnave. Je dinamičen in ob spremenjenem stanju izvedemo ponovno ocenjevanje prednostne obravnave med čakajočimi bolniki (4).

Pomemben del MTS je ocena bolečine. Bolečina je pomemben dejavnik za paciente, ki prihajajo v ambulantno, njena intenzivnost pa vpliva na stopnjo nujnosti obravnave. Ocena bolečine kot del triažnega postopka ima številne prednosti - začnemo jo zdraviti čim prej (v sodelovanju z zdravnikom), s tem pa bolnike ob ponovni triaži lahko uvrstimo v nižjo kategorijo. Bolnike je tako tudi manj strah, z njimi lažje komuniciramo, s tem pa se poveča tudi njihovo zadovoljstvo. Pravilna in realna ocena bolečine je ena od glavnih spretnosti, ki jih mora osvojiti triažno osebo (4).

Glavne pridobitve z uvedbo MTS:

- celostna (kvalitetnejša) obravnava pacienta od sprejema do odpusta,
- pravno-formalna zaščita,
- optimizacija resursov,
- ustrežnejša dokumentacija,
- nadzor nad delom,
- obvladovanje nujnih bolnikov (z zmanjševanjem bolečine),
- večanje kompetenc in avtonomije pri delu,
- kazalci kakovosti dela s pomočjo triažnega sistema (učinkovitost, doslednost) (3).

Vloga medicinske sestre v sprejemni ambulanti – triaži

Triazna medicinska sestra običajno pomeni prvi stik bolnika z zdravstveno ustanovo. Bolnika ob prihodu pozdravimo in obenem opazujemo (splošni izgled, prizadetost pri gibanju, obrazna mimika...). V idealnih razmerah bi bilo prav, da bi se mu predstavili, vendar je to zaradi velikega števila bolnikov velikokrat nemogoče. Obvezna je identifikacijska oznaka na uniformi, torej ime in priimek ter poklicni naziv.

Sprejem in triaža naj bi potekala v prostoru, kjer bolniku lahko zagotovimo občutek varnosti in intime ter tako omogočimo, da nam lažje predstavi svoje težave. Z aktivnim poslušanjem in stalnim opazovanjem že vršimo zbiranje informacij, ki nas usmerjajo do glavnega problema in izbire triažnega algoritma.

V nadaljevanju medicinska sestra presodi, kakšno je stanje bolnika in ali je za določitev triažne kategorije potrebno izvesti nekatere postopke – izmera vitalnih funkcij npr. krvni tlak, pulz, frekvenca dihanja, pulzna oksimetrija, telesna temperatura, krvni sladkor... Sledi splošnim in specifičnim kriterijem in ugotavlja, kateri bo najvišje pozitiven, da lahko določi klinično prioriteto oziroma triažno kategorijo. Vse opisano sproti dokumentira.

Pri večjem številu bolnikov hkrati, se opravi hitra triaža (60 sekund ali manj) za ustrezno poizvedovanje glavne težave in/ali postavljanje ključnega vprašanja ter opazovanja (3).

MTS natančno opredeljuje vloge medicinske sestre/zdravstvenika na triaži:

- **sprejem bolnika in določitev klinične prioritete** - glavna naloga. Ocenjevanje bolnika mora biti sistematično in hitro - merjenje temperature, srčne frekvence, pulzne oksimetrije... se izvaja takrat, ko je res potrebno. Izogibamo se dolgim pogovorom in izčrpnemu jemanju anamneze. Velik pritok bolnikov zahteva od triažne medicinske sestre, da poišče pomoč pri drugih članih zdravstvenega tima;
- **nujna medicinska pomoč, analgezija** – nudenje NMP (zaustavitev krvavitve, TPO, imobilizacija pri vidnih zlomih...) in prepoznavanje potrebe po lajšanju bolečine (ruta pestovalka, analgezija vedno v sodelovanju z ambulantnim zdravnikom...);
- **informiranje bolnikov** – zlasti v zvezi s čakalnim časom na pregled pri zdravniku, čakanjem na izvide, preiskave... Z ustreznim informiranjem se bistveno zmanjša stres in nestrpnost pri bolniku;
- **promocija zdravja** – v obliki kratkih nasvetov (v kolikor dopušča čas), letakov in brošur v čakalnici;
- **razporeditev bolnikov** po ambulantah in v čakalnici, optimizacija resursov, planiranje dela – razporejanje bolnikov po ambulantah ter sprotno spremljanje zasedenosti le-teh, zagotavljanje prednostno obravnavo bolnikom glede na resnost njihovega stanja;
- **obvladovanje čakalnice** – spremljanje bolnikov v čakalnici, ponovno ocenjevanje njihovega zdravstvenega stanja – retriža, dajanje dodatnih informacij (4).

Zaradi vseh opisanih nalog in vlog triažne medicinske sestre mora le-ta imeti vsaj tri leta delovnih izkušenj in osvojena znanja iz nujne medicinske pomoči (odrasli, otroci...).

Prav tako je pomembno znanje s področja medsebojnih odnosov, kar omogoča uspešno komuniciranje z bolniki in njihovimi svojci.

Velikega pomena je tako verbalna kot neverbalna komunikacija ter profesionalni odnos do bolnika, saj prav prvi vtis pogosto na pacientu pusti pečat, ki ga spremlja skozi nadaljnjo obravnavo. Tudi med triažo se je potrebno truditi, da vzpostavimo kakovosten medsebojni odnos in dajemo občutek skrbi za pacienta. Pogosto je zaradi preobremenjenosti in stalne

skrbi za ustrezno prepoznavo najtežjih bolezenskih stanj, prav vzpostavitev zaupljivega in humanega odnosa s pacientom prezrta naloga.

Posebne skupine bolnikov

Na obravnavo bolnikov v ambulanti poleg v triaznem postopku določene prioritete dodatno vplivajo tudi značilnosti posameznih skupin bolnikov (4):

- **Otroci:** Običajno potrebujejo posebno obravnavo. So zelo heterogena skupina, od nedonošenčka do najstnika s številnimi anatomskimi, fiziološkimi, razvojnimi (govor...), socialnimi, psihološkimi in drugimi posebnostmi. Novorojenčki, dojenčki in mali otroci nimajo ustreznih kognitivnih in govornih sposobnosti, da bi sami opisali bolezenske težave ter počutje. Običajno jih spremljajo starši, sorodniki, učitelji..., ki pogosto izražajo hudo zaskrbljenost in velika pričakovanja glede obravnave v ANMP. Otroci so med obravnavo velikokrat prestrašeni, jokavi, hitro utrujeni, prav tako težko pridobimo njihovo pozornost za dlje časa. Novo okolje (triažni prostor, ambulanta) in tuji ljudje zanje predstavljajo vir strahu in tesnobe, kar je potrebno upoštevati pri komunikaciji in skrbi zanje in njihove spremljevalce. Tudi ocena bolečine je nekoliko drugačna in prilagojena otrokovi starosti in zmožnosti verbalnega ali neverbalnega izražanja le-te (VAS lestvice, opazovanje spremenjenega vedenja in fiziološko kompenzacijskih znakov). Za triažo otrok po MTS je na voljo 10 triažnih algoritmov, vendar se ob izrazitem vodilnem problemu lahko izbira tudi znotraj ostalih (npr. astma, izpuščaj, alergija...).
- **Starostniki:** Za starostnike je pogosto že obisk ambulante velik napor. Slabša gibljivost jim onemogoča obisk stranišča ali zadovoljitev drugih osnovnih potreb. Starostniki, ki v domačem okolju normalno delujejo, so lahko ob obisku zdravstvene ustanove zmedeni ter slabše orientirani. Velikokrat potrebujejo pomoč zdravstvenega osebja še pred pregledom pri zdravniku. Pogosto imajo težave s spominom, kar vodi v slabo pridobivanje informacij o njihovih težavah. Starostniki zaradi pogostih kroničnih bolečin pomen bolečine znižujejo, večjo bolečino sprejmejo kot normalno in tudi hujšo bolečino lažje prenašajo (4). Poleg tega jih pogosto pestijo različna kronična obolenja, kar je potrebno upoštevati zlasti ob daljšem čakanju in obravnavi (npr. diabetes, demenca – stalni nadzor...).

- **Invalidni bolniki:** Bolniki s posebnimi potrebami (slabovidni, naglušni, gluhi, mentalno prizadeti...) tudi zahtevajo posebno pozornost. V svojem okolju lahko delujejo popolnoma suvereno, v tujem, nepoznanem pa imajo lahko vrsto težav. Zaželeno je, da ne čakajo predolgo (4).
- **Odvisniki/agresivni bolniki:** Le-ti vznemirjajo druge čakajoče bolnike, vendar to ne pomeni, da jih mora zdravnik takoj pregledati. Če je možno, naj čakajo v svojem prostoru. Kadar to ni možno in je pregled pacienta potreben, se včasih v dobrobit ostalih bolnikov kljub vsemu odločimo za pregled prej (4).
- **Akutno opiti bolniki:** Pri nji je obravnava težja, saj alkohol zoži zavest, zakrije bolečine... Potreben je stalni nadzor. V primeru agresivnosti zaprosimo za pomoč varnostno službo ali policijo (4).
- **Stalni obiskovalci:** Pri le-teh obstaja nevarnost, da jih označimo kot nenujne bolnike. Tudi pri njih se lahko izkaže organska patologija, se poškodujejo ali imajo resne komplikacije v okviru njihove bolezni. Vsak njihov obisk je potrebno jemati kot nov obisk, da se izognemo možni napaki (4).
- **Bolniki, ki po obravnavi pridejo ponovno:** Navadno je vzrok vztrajanje težav, komplikacije ali nerealistična pričakovanja glede bolezni. Možen vzrok vrnitve so tudi dolge čakalne dobe, kamor je bil bolnik napoten na dokončno obravnavo. Triaža teh bolnikov je odvisna od simptomov, ki so prisotni v času ponovnega obiska – ne smemo se zanašati na prejšnjo triažno kategorijo. Primerno je, da take bolnike pregleda čim bolj izkušen zdravnik (4).
- **Napoteni bolniki in bolniki s spremstvom** (npr. policija, socialna služba): Izvajanje triaže je pri njih enako, kot za vse ostale bolnike (4).
- **VIP:** MTS dopušča prednostno obravnavo za VIP, a le znotraj triažne kategorije.

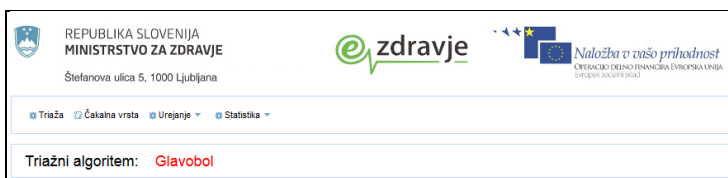
Informatizacija triaže

Sektor eZdravje na Ministrstvu za zdravje je skupaj s strokovnjaki (Rajapakse, Zafošnik) in uporabniki izdelal računalniški program eTriaža, ki je vsekakor odlično orodje in del celostne obravnave urgentnih pacientov (1). Program eTriaža omogoča natančno spremljanje pacienta: čas sprejema v triaži, čas čakanja v čakalnici, čas obravnave pri zdravniku (tudi katerem), napotitev v laboratorij, na rentgen, UZ..., vse do odpusta domov oziroma premestitve v bolnišnico. Z informatizacijo triaže se zaradi

učinkovite komunikacije preko računalniških ekranov poveča tudi varnost pri delu, saj vnesene spremembe, zabeležena opažanja in opozorila (npr. bližanje maksimalno dovoljenemu času) spremljajo zaposleni na različnih deloviščih (trijaža, ambulanta). Preko monitorja v čakalnici se bolnike ter njihove spremljevalce tudi lahko obvešča o čakalni vrsti in poteku obravnave.

Podobne zametke omenjenega programa je oblikoval avtor Jože Benedičič (2010).

Slika 2: Program eTriaža



Point of care testing

ANMP so dinamično okolje z velikim številom bolnikov, kjer si nemalokrat želimo hitre odgovore, kaj se dogaja z bolnikom. Point of care testing (POCT) je opredeljeno kot medicinsko testiranje na ali v bližini mesta oskrbe bolnika. To pomeni, da opremo POCT prinesemo in testiranje izvedemo čim prej ob bolniku. S tem prejmemo rezultate hitreje, kar omogoča takojšnje klinične odločitve, pa tudi za bolnika je udobneje. Dolgo čakanje na laboratorijske izvide pomeni težje obvladovanje bolnika, saj se s tem podaljšuje čas diagnostike in pričetek zdravljenja.

POCT vključuje: testiranje glukoze v krvi, plinsko analizo krvi, analizo elektrolitov, hitro testiranje koagulacije, testiranje srčnih markerjev, teste za zlorabe drog, hematest, hiter hemoglobin, hiter urinski test, CRP.

Oprema za izvajanje slednjega je priročna in lahko prenosljiva, tudi pridobitev rezultatov je hitra (5).

Prednosti POCT:

- takojšnja dostopnost POCT,
- rezultati dostopni v kratkem času,

- hiter začetek ciljnega zdravljenja,
- lažje odločitve na triaži (CRP, srčni markerji),
- krajši čas obravnave pacienta,
- dostopnost do rezultatov izven zdravstvene ustanove – teren (5).

POCT izboljšuje izide zdravljenja predvsem zaradi lahke dostopnosti in hitre pridobitve rezultatov meritev ter odkriva nove dimenzije kvalitetnejše obravnave pacientov v triaži.

Zaključek

Ob vedno večjem številu bolnikov v osnovnem zdravstvu se je izkazalo, da je triaža izrednega pomena, saj neustrezen sprejem, ki temelji zlasti na administrativnem sprejemu in intuitivni triaži (brez protokola) lahko zaradi predolgega čakanja poslabša bolnikovo zdravstveno stanje, vodi v težjo invalidnost ali celo smrt. Poleg tega pa pogosto po nepotrebem dodatno obremenjuje razpoložljive delovne resurse. Manchesterski triažni sistem je odlično orodje, ki s svojim protokolom zmanjšuje klinično tveganje za bolnike v primerih, ko zdravstveno osebje zaradi velikega števila bolnikov ne zmore sprotne obravnave le-teh. Triaža po MTS nam poleg celostne obravnave bolnika omogoča tudi optimizacijo resursov, pravno-formalno zaščito, nadzor nad delom, večanje kompetenc in avtonomije ter natančno opredeli vlogo in pomen triažne medinske sestre. Tudi pri triaži po MTS je potrebno upoštevati določene posebnosti pri skupinah bolnikov kot so otroci, starostniki, invalidi, agresivni bolniki... Pri izvajanju ter spremljanju triaže, morebitne retriaže, razporejanja bolnikov po ambulantah, zdravniške obravnave bolnikov ter naročenih preiskav vse do odpusta, nam pomaga informatizacija triaže z računalniškim programom eTriaža.

Literatura:

1. Čander D. Uvajanje triaže v sistem NMP. In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja 2013. Slovensko združenje za urgentno medicino. Portorož 2013.
2. Kutnjak D. Triaža in sprejem pacientov v ambulanti nujne medicinske pomoči [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2014.
3. Lavrenčič Zafošnik P. Vpliv uvedbe petstopenjskega triažnega sistema na sprejem bolnikov v službi nujne medicinske pomoči [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2013.
4. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage; Manchester triage group. 3th ed.: John Wiley & Sons; 2014.

5. Škufca Sterle M, Zafošnik U. Point of care testing v SNMP Ljubljana. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja 2012. Slovensko združenje za urgentno medicino. Portorož 2012.
6. Špilek Plahutnik A, Zafošnik U. Dileme triažne medicinske sestre ob nenavadnih primerih. In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja 2013. Slovensko združenje za urgentno medicino. Portorož 2013.
7. Zafošnik U. Komunikacija na urgenci. In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja 2013. Slovensko združenje za urgentno medicino. Portorož 2013.
8. Zafošnik U, Eržen U, Vidonja Š. Elementi varnosti na urgenci. In: Gričar M, Vajd R, eds. Urgentna medicina, izbrana poglavja 2012. Slovensko združenje za urgentno medicino. Portorož 2012.

Dodatna gradiva:

1. <http://www.youtube.com/embed/CbOJ2jHW2FQ>