

Krzysztof Skowron

Wydział Organizacji i Zarządzania
Politechnika Śląska

Funkcjonowanie systemu TRIAGE na przykładzie Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej – badania wstępne

Streszczenie

W praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych szpitalne oddziały ratunkowe niemal na całym świecie stosują system TRIAGE, czyli system segregacji medycznej, wykorzystywany w zarządzaniu ryzykiem medycznym, stale obecnym w ratownictwie medycznym, pozwalający na przyporządkowanie pacjentów do grup pilności udzielenia pomocy medycznej, a także „zaadresowaniu” ich do stosownych dla nich oddziałów szpitalnych. Artykuł prezentuje wyniki wstępnych badań, dotyczących funkcjonowania systemu TRIAGE na Izbie Przyjęć wybranego zakładu leczniczego, w szczególności: prawidłowości zapoznania pacjentów z wprowadzonym systemem segregacji, szybkości i adekwatności udzielania pomocy, wpływu wprowadzenia systemu na usprawnienie funkcjonowania Izby Przyjęć oraz zadowolenia pacjentów z jakości obsługi na Izbie Przyjęć.

Słowa kluczowe: zarządzanie podmiotem leczniczym, TRIAGE, system segregacji pacjenta, jakość w ochronie zdrowia, zdrowie i bezpieczeństwo publiczne

Kod klasyfikacji JEL: I1

1. Wprowadzenie

Coraz szybszy rozwój współczesnej cywilizacji pociąga za sobą, niestety, zwiększoną częstotliwość zdarzeń masowych i katastrof. Na obecnym, zaawansowanym poziomie rozwoju medycyny, funkcjonalność Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego w obliczu zdarzeń masowych i katastrof nadal stanowi ogromne wyzwanie. Duża liczba poszkodowanych oraz ograniczone zasoby sił i środków zmuszają do zmiany sposobu postępowania ratowniczego. W zdarzeniach, skutkujących dużą liczbą osób potrzebujących pomocy, jednym z najistotniejszych elementów jest segregacja medyczna, której cel stanowi zrobienie jak najwięcej, dla możliwie jak największej liczby poszkodowanych, w jak najkrótszym czasie¹.

W praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych szpitalne oddziały ratunkowe niemal na całym świecie stosują system TRIAGE, czyli system segregacji medycznej. To system zarządzania ryzykiem medycznym, stale obecnym w ratownictwie medycznym, który służy bezpiecznemu podziałowi i przepływowi pacjentów na stosowne dla nich oddziały szpitalne. System jest tak zorganizowany, aby zapewnić pacjentowi niezbędną pomoc w optymalnym czasie. W szpitalach system segregacji pacjentów, którzy przybywają na izby przyjęć lub na oddziały ratunkowe, pozwala na przyporządkowanie pacjentów do grup pilności udzielenia pomocy medycznej, a także „zaadresowaniu” ich do stosownych dla nich oddziałów szpitalnych².

Warto nadmienić, iż system TRIAGE stosuje coraz większa liczba szpitali w kraju. Co prawda, Narodowy Fundusz Zdrowia nie premiuje za tego typu usprawnienia, a placówki muszą szkolić personel i wprowadzać stosowne wyposażenie komputerowe i systemowe na własny koszt, to jednak należy podkreślić, iż od czerwca 2015 r. szpitalne oddziały ratunkowe dostają z NFZ wyższe składki przeznaczone na ten cel.

W świetle powyższego podjęto wstępne badania, dotyczące funkcjonowania systemu TRIAGE na przykładzie wybranego zakładu leczniczego. Wprowadzony bowiem na Izbie Przyjęć system TRIAGE ma uprościć procedurę przyjmowania chorych poprzez kwalifikację pacjentów przez służby medyczne w zależności od stopnia ciężkości ich obrażeń oraz rodzaju zachorowania.

Głównym celem podjętych badań jest wstępna ocena funkcjonowania systemu TRIAGE na Izbie Przyjęć wybranego zakładu leczniczego. Jego realizacja oparta została na następujących problemach badawczych:

- prawidłowości zapoznania pacjentów z wprowadzonym systemem segregacji,
- prawidłowości funkcjonowania systemu,
- szybkości i adekwatności udzielania pomocy,

¹ M. Sowa, A. Winnicki, M. Tarkowski, Ł. Saletnik, *Segregacja medyczna poszkodowanych w obliczu zdarzeń masowych i katastrof*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015, nr 5(10), s. 43–45.

² <https://serwisozoz.pl/pacjent/system-segregacji-medycznej-case-study-3318.html>, dostęp 30.10.2017.

- wpływie wprowadzenia systemu na usprawnienie funkcjonowania Izby Przyjęć,
- zadowoleniu pacjentów z jakości obsługi na Izbie Przyjęć.

W badaniu postawiono następujące tezy:

- teza 1: „Pacjenci nie zostali prawidłowo poinformowani o zasadach systemu TRIAGE”,
- teza 2: „System TRIAGE nie działa prawidłowo”,
- teza 3: „Pomoc nie jest udzielana wystarczająco szybko i adekwatnie”,
- teza 4: „System nie usprawnił funkcjonowania Izby Przyjęć”,
- teza 5: „Pacjenci nie są zadowoleni z jakości obsługi na Izbie Przyjęć”.

W podjętym badaniu wykorzystano pierwotne źródła danych. Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety na próbie 300 pacjentów oczekujących na Izbie Przyjęć. Wykorzystano dobór losowy prosty. Badanie przeprowadzono w okresie od 7.12.2016 r. do 5.01.2017 r., a więc po upływie około trzech miesięcy od momentu wprowadzenia systemu.

Kwestionariusz ankiety składa się z 15 pytań właściwych oraz 3 pytań metryczkowych. Na każde pytanie możliwe jest udzielenie tylko jednej odpowiedzi. Pytania nr 1, 2 oraz 3 mają pomóc w ustaleniu, czy pacjenci zostali prawidłowo poinformowani o systemie TRIAGE i dotyczą tezy nr 1. Do weryfikacji tezy nr 2 służą pytania nr 4, 5 i 6. W celu weryfikacji tezy nr 3 sformułowano pytania nr 7 i 8. Pytania od 9 do 11 odnoszą się do tezy nr 4, natomiast tezę nr 5 weryfikują pytania od 12 do 15.

Pytania wraz z rozkładem odpowiedzi zostaną przedstawione i omówione w dalszej części artykułu.

2. System TRIAGE – próba zdefiniowania

Słownikowe pojęcie terminu „triage” (fr. *triage* – segregowanie, sortowanie) oznacza procedurę medyczną, stosowaną w medycynie ratunkowej, umożliwiającą służbom medycznym segregację rannych w wypadku masowym w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowania. Podział na określone grupy wygląda następująco³:

- czarny (poniżej 4 pkt. SCU⁴) – brak oddechu i tętna,
- czerwony – transportować w pierwszej kolejności,
- żółty – transportować w drugiej kolejności,
- zielony – transportować w ostatniej kolejności.

Definiując pojęcie triage, trudno jednoznacznie określić, kiedy dokładnie określenie to zostało zaadaptowane do działań medycznych. Pierwsze informacje na ten temat dotyczą

³ R. Youngson, *Słownik Encyklopedyczny. Medycyna*, „Collins”, RTW, Warszawa 1997.

⁴ Skala oceny ciężkości urazów (ang. *Revised Trauma Score*, RTS) jest stosowana do określania stanu zdrowia poszkodowanego i prawdopodobieństwa jego przeżycia. Zob.: J.J. Tepas, D.L. Mollitt, J.L. Talbert, M. Bryant, *The Pediatric Trauma Score as a Predictor of Injury Severity in the Injured Child*, „Journal of Pediatric Surgery” 1987, no. 1(22), s. 14–18; M.L. Ramenofsky, M.B. Ramenofsky, G.J. Jurkovich, D. Threadgill, B.H. Dierking, R.W. Powell, *The Predictive Validity of the Pediatric Trauma Score*, „The Journal of Trauma” 1988, no. 7(28), s. 1038–1042.

już czasów napoleońskich, a konkretnie osoby chirurga Dominika Larreya w armii Napoleona, który jako pierwszy w 1797 r. wprowadził na pole walki ambulans. Ich zadaniem było odnajdywanie rannych żołnierzy i ewakuowanie ich do szpitali polowych. Zadaniem załogi ambulansu było odnalezienie i ewakuowanie do punktów medycznych tych rannych, którzy rokowali szybkie wyzdrowienie i szybki powrót na pole walki. W 1846 r. brytyjski chirurg John Wilson opisał zasady segregacji w wypadkach masowych. Podzielił on urazy na drobne, poważne i śmiertelne. W czasie pierwszej wojny światowej określenie TRIAGE używane było już powszechnie. Do oznaczonych w ten sposób „punktów segregacyjnych” trafiali ranni żołnierze i tam dyżurny lekarz decydował o ich dalszym losie. Od tamtej pory powstawały różne „propozycje” modeli segregacji, jak np. w armii USA w czasie II wojny światowej, oparte na szansach przeżycia rannego żołnierza z urazem brzucha. W latach 80. XX w. zespół lekarzy ratunkowych Hoag Memorial Hospital w Kalifornii wspólnie z ratownikami straży pożarnej Newport Beach opracowali system TRIAGE. W dzisiejszych czasach określenie na stałe związało się z ratownictwem medycznym i jako symbol rozpoznawane jest w wielu krajach świata⁵.

Na świecie obecnie wykorzystywane są różne systemy segregacji poszkodowanych, jednak wszystkie mają ten sam cel: uratować / dać szansę przeżyć jak największej liczbie poszkodowanych. Jest to ważne w zdarzeniu, gdy duża liczba poszkodowanych przerasta możliwości służb ratowniczych i nie każdy pacjent ma szansę zostać zaopatrzony zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi – tak jak ma to miejsce np. w wypadku masowym.

W Polsce obecnie wykorzystywanych jest kilka modeli segregacji⁶:

- oparty na systemie START (ang. *Simple Triage nad Rapid Treatment*) oraz jego modyfikacji pediatrycznej JumpSTART, czyli nadawaniu odpowiednich kolorów w zależności od priorytetu udzielenia pomocy;
- oparty na ocenie pacjentów na podstawie skali ciężkości urazów: TRTS (ang. *Triage Revised Trauma Score*) – stosowany do określania stanu zdrowia poszkodowanego i prawdopodobieństwa jego przeżycia; ISS (ang. *Injury Severity Score*) – standaryzujący nasilenie urazu na podstawie najgorszych obrażeń 6 układów ciała oraz BTTR (ang. *Baxt Trauma*

⁵ A. Raczyński, *System TRIAGE*, <http://www.centrumtriage.pl/system-triage.html>, dostęp 30.10.2017.

⁶ Więcej na ten temat można znaleźć w: W. Rutheford, *Definition and Classification of Disasters*, „The Journal of Emergency Medicine” 1990, vol. 8, iss. 5, s. 591–595, [www.jem-journal.com/article/0736-4679\(90\)90456-6/pdf](http://www.jem-journal.com/article/0736-4679(90)90456-6/pdf), dostęp 30.10.2017 r.; A. Rasmus, W. Gaszyński, *Jaka pomoc doraźna?*, „Ratownictwo Polskie” 1996, wyd. 1, s. 20–24; L. Brongiel, K. Duda, *Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała*, PZWL, Warszawa 2001, s. 43–47; *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych. Medycyna katastrof w zarysie*, red. J. Ciećkiewicz, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005, s. 5–34; *Medycyna zagrożeń i urazów radiacyjnych*, red. M. Janiak, A. Wójciak, PZWL, Warszawa 2005, s. 53–55; *Wczesne postępowanie medyczne w katastrofach. Podręcznik dla ratowników medycznych*, red. M.S. Briggs, K.H. Brinsfield, PZWL, Warszawa 2007, s. 43–47; *Medycyna katastrof*, red. A. Zawadzki, PZWL, Warszawa 2006, s. 505–543; A. Dietrich, S. Shaner, J. Campbell, *Pediatric Basic Trauma Life Support*, wyd. II, Basic Trauma Life Support International, Oakbrook Terrace 2002, s. 202–205; J. Jakubaszko, *Struktura i funkcja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*, „Medycyna Intensywna i Ratunkowa” 1999, wyd. II, 1, s. 63–72; M. Dąbkowska, *Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2008, nr 2, vol. 3, s. 34–55; W. Hładki, H. Traczewska, J. Lorkowski, M. Trybus, *Segregacja medyczna w zdarzeniach masowych*, „Ostry Dyżur” 2010, t. 3, no. 1.

Triage Rule) – wykorzystujący do identyfikacji dorosłych pacjentów z poważnymi urazami takich parametrów, jak: ciśnienie krwi czy elementy skali śpiączki Glasgow itp.;

- system segregacji stosowany przez KSRG, polegający na jednoliceniu działań o charakterze ratowniczym, podejmowanych w sytuacjach zagrożeń życia, zdrowia, mienia lub środowiska, podejmowanych przez Państwową Straż Pożarną i inne podmioty ratownicze (głównie Ochotnicze Straże Pożarne);
- TRIAGE taktyczny-odwrócony – w ramach TCCC (ang. *Tactical Combat Casualty Care*), polegający na udzielaniu pomocy rannym na polu walk.

Najbardziej rozpowszechnioną wersją systemu jest model START, stosowany przez służby ratownicze. Zakłada on nadanie każdemu z poszkodowanych określonego priorytetu, określającego kolejność udzielania pomocy/ewakuacji. Poszkodowani zostają oznaczeni poprzez nadanie odpowiedniego koloru (czerwony, żółty, zielony lub czarny) w zależności od oceny stanu dokonanej na podstawie prostych parametrów, takich jak możliwość chodzenia, obecność oddechu, czas nawrotu kapilarnego i stan świadomości. Nadawane kolory oznaczają kolejno:

- czerwony – pacjenci priorytetowi, ewakuacja, pomoc medyczna i transport w pierwszej kolejności; pacjenci przy właściwej opiece medycznej rokują na przeżycie i powrót do zdrowia;
- żółty – pacjenci, którzy odnieśli obrażenia i wymagają pomocy medycznej, jednak opóźnienie w jej wdrożeniu nie zagraża ich życiu; ich właściwe leczenie powinno rozpocząć się najpóźniej w pierwszej dobie od zdarzenia;
- zielony – pacjenci, którzy przeżyją, niezależnie od rodzaju udzielonej pomocy;
- czarny – pacjenci prawdopodobnie nie do uratowania w danej sytuacji; pierwotnie poza założeniem, że poszkodowany nie oddycha po udrożeniu górnych dróg oddechowych, do tej grupy zaliczano także poszkodowanych z oparzeniami prawie całej powierzchni ciała, rozległymi zmiążdżeniami, ciężkimi obrażeniami czaszki z widoczną tkanką mózgową.

W niektórych krajach można spotkać się z kolorem niebieskim. Oznaczać on może pacjentów wymagających dekontaminacji, w innych przypadkach – pacjentów niemożliwych do uratowania w danej sytuacji w krajach, gdzie kolor czarny oznacza zgon, w TRIAGE wewnątrz szpitalnym (SOR) oznacza czas oczekiwania na badania np. do 240 min⁷.

Warto dodać, iż w Polsce prawne uregulowania dotyczące systemu TRIAGE są określone dość nieprecyzyjnie w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁸. Ustawa zobowiązała szpitale, w których znajdują się SOR-y, do zapewnienia niezwłocznego transportu sanitarnego w razie konieczności do najbliższej placówki udzielającej innych świadczeń opieki zdrowotnej. O systemie TRIAGE bezpośrednio nie ma mowy, ale przekładając literę prawa na praktykę, w szpitalnych SOR-ach dla niezwłocznego, odpowiedniego udzielenia zaopatrzenia medycznego stosuje się system TRIAGE.

⁷ Więcej na ten temat: M. Conrad, M.D. Stoppler, W.C. Shiel Jr., *Medical Triage: Code Tags and Triage Terminology*, <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=79529>, dostęp 30.10.2017.

⁸ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tekst jedn., Dz.U. z 2013 r., poz. 757.

3. Charakterystyka badanego podmiotu

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością to szpital działający w obrębie miasta Ruda Śląska. Zlokalizowany jest przy ulicy Wincentego Lipa 2 w Rudzie Śląskiej. Budynek jest wyposażony w klimatyzację i windy. Posiada też usprawnienia dla pacjentów niepełnosprawnych.

W placówce realizowane są trzy zakresy świadczeń medycznych w ramach umowy z NFZ: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Szpital w swojej strukturze posiada szesnaście oddziałów, w których leczeni są chorzy. Największymi oddziałami szpitalnymi są Oddział Chirurgiczny Ogólny, Oddział Chorób Wewnętrznych, a także Oddział Neurologiczny. Ponadto w szpitalu znajduje się piętnaście poradni specjalistycznych; do największych należą: Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Reumatologiczna, a także Poradnia Chirurgii Ogólnej. W omawianym zakładzie możliwe jest również wykonanie badań diagnostycznych, takich jak: badania endoskopowe przewodu pokarmowego, badania echokardiograficzne płodu oraz badania USG, RTG czy TK.

Szpital posiada następujące akredytacje: Certyfikat Systemu Zarządzania ISO 9001:2008 – usługi medyczne z zakresu całodobowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia zachowawczego i operacyjnego, pielęgnacji i rehabilitacji, fizykoterapii oraz promocji zdrowia.

System TRIAGE wprowadzony został na Izbie Przyjęć w dniu 20 września 2016 r. i miał na celu uproszczenie procedury przyjmowania chorych. To według tego właśnie systemu odbywa się kwalifikacja pacjentów przez służby medyczne w zależności od stopnia ciężkości ich obrażeń oraz rodzaju zachorowania.

Pacjentem, który trafi na Izbę Przyjęć, w pierwszej kolejności zajmuje się pielęgniarka lub ratownik, którzy dokonują wstępnej kwalifikacji. Określają stan pacjenta poprzez pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie i stan świadomości pacjenta), zbierając przy tym wywiad chorobowy. Po dokonaniu tej oceny informują lekarza i przyporządkowują chorego do jednej z trzech grup: czerwonej, żółtej lub zielonej. Pacjent otrzymuje na rękę opaskę w danym kolorze.

4. Prezentacja danych

Badania właściwe zostały poprzedzone badaniem pilotażowym w dniu 7.12.2016 r. Uczestniczyła w nim grupa 50 respondentów. Głównym celem badania było sprawdzenie poprawności procedury badawczej oraz zebranie uwag i wniosków dotyczących konstrukcji oraz zakresu merytorycznego kwestionariusza ankiety. Respondenci wykazali duże zainteresowanie tematyką, z łatwością udzielali odpowiedzi na zadawane pytania, byli zadowoleni

z samego faktu przeprowadzenia ich oraz niezwykle ciekawi wyników przeprowadzonej ankiety. Badania przeprowadzone zostały pomyślnie, w związku z czym nie wprowadzono żadnych zmian w kwestionariuszu.

Badanie właściwe, przeprowadzone na próbie liczącej kolejnych 250 respondentów, odbyło się w dniach 8.12.2016 r. – 5.01.2017 r. Badanie przeprowadzono bez jakichkolwiek zarzutów, efektywnie i skutecznie. Ankiety zostały wypełnione rzetelnie przez wszystkie osoby poproszone o ich wypełnienie. Stopień zwrotu wyniósł 100%.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 300 respondentów: 57% stanowiły kobiety (170 osób), a 43% mężczyźni (130 osób). Największą liczbę ankietowanych (53% – 160 osób) stanowiły osoby w wieku od 41–55 lat. W ankiecie wzięło udział 40 osób w wieku do 25 lat oraz po 50 osób w przedziale wiekowym od 26 do 40 lat i 56–70 lat. Wśród ankietowanych nie było żadnej osoby powyżej 70. roku życia. Większość ankietowanych stanowili mieszkańcy Rudy Śląskiej – 260 osób (87%), natomiast 40 osób (13%) zamieszkiwało w innych miejscowościach.

Rozkład odpowiedzi na pytania 1–15 pokazano w tabelach 1–10.

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi na pytania nr 1 i 2 (w %)

Pytanie	TAK	NIE
1. Czy słyszał(a) Pan(i) wcześniej o systemie TRIAGE?	17	83
2. Czy pielęgniarka w czasie rejestracji wytłumaczyła, na czym polega wprowadzony system TRIAGE?	30	70

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 3 (w %)

Pytanie	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
3. Jak ocenia Pan(i) udzielone podczas rejestracji informacje na temat przyjęcia do szpitala?	7	23	33	20	17

Źródło: opracowanie własne.

Dokonując analizy pytań mających na celu weryfikację tezy nr 1, można zauważyć, że zdecydowana większość ankietowanych nie słyszała wcześniej o systemie TRIAGE – aż 250 osób, co stanowi 83% respondentów. Zaledwie 50 ankietowanych wskazało, że słyszało wcześniej o danym systemie. Z kolei 270 osób, tj. 90%, wskazało, że pielęgniarka w czasie rejestracji nie wytłumaczyła, na czym polega wprowadzony system TRIAGE. Tylko 30 osoby (10% respondentów) zostało poinformowanych w czasie rejestracji o systemie TRIAGE. Warto również zauważyć, iż zaledwie 20 osób, tj. 7% ankietowanych, bardzo dobrze oceniło udzielone podczas rejestracji informacje na temat przyjęcia do szpitala, 70 osób (23%) przyznało ocenę dobrą, 33% uczestników badań ankietowych (100 osób) wskazało, że jakość informacji ocenia przeciętnie, 60 respondentów (20%) źle oceniło informacje udzielone w czasie rejestracji w szpitalu, natomiast 50 osób (17%) – bardzo źle.

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 4 (w %)

Pytanie	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
4. Jak ocenia Pan(i) organizację sposobu przyjęcia do szpitala?	7	23	33	30	7

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi na pytania nr 5 i 6 (w %)

Pytanie	TAK	NIE
5. Czy został(a) Pan(i) poinformowany(a) o przydzielonym w czasie rejestracji kolorze?	30	70
6. Czy podczas rejestracji otrzymał(a) Pan(i) opaskę identyfikującą?	13	87

Źródło: opracowanie własne.

Oceniając organizację sposobu przyjęcia do szpitala, zaledwie 20 ankietowanych (7%) oceniło bardzo dobrze to kryterium, ocenę „dobrą” wystawiło 70 osób (23%), 100 osób (33%) przeciętnie oceniło organizację sposobu przyjęcia do szpitala, 90 ankietowanych (30%) wskazało na złą, a 20 osób na bardzo złą organizację. Uśredniając powyższy wynik, można uznać, iż organizację sposobu przyjęcia bardzo dobrze oraz dobrze ocenia 90 osób (30% ogółu), natomiast źle i bardzo źle – 110 osób (36%). Z kolei 210 ankietowanych (70%) stwierdziło, że nie zostało poinformowanych o przydzielonym w czasie rejestracji kolorze, natomiast 90 respondentów (10%) udzieliło odpowiedzi pozytywnej. Na pytanie dotyczące otrzymania opaski identyfikującej, aż 260 osób odpowiedziało „nie” (87%), natomiast odpowiedzi „tak” udzieliło zaledwie 40 osób (13% ankietowanych).

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 7 (w %)

Pytanie	Zielony	Żółty	Czerwony	Nie wiem
7. Jaki kolor opaski otrzymał(a) Pan(i) podczas rejestracji?	20	7	3	70

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 8 (w %)

Pytanie	Do 15 min	Do 1 h	Ponad 1 h
8. Jak długo czekał(a) Pan(i) na przyjęcie?	60	23	17

Źródło: opracowanie własne.

Spośród adresatów badania ankietowego najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które wskazały, iż nie wiedzą, jaki kolor opaski został im przydzielony w czasie rejestracji – jest to grupa aż 210 osób (70%). Drugą co do wielkości grupą były osoby, które otrzymały kolor zielony (60 osób – 20%). Kolor żółty otrzymało 20 osób (7%), natomiast kolor czerwony tylko 10 osób (3% ankietowanych). Z kolei 180 ankietowanych (60%) stwierdziło, że czekało maksymalnie

15 minut na przyjęcie do szpitala, 70 osób (23%) czekało do 1 godziny, natomiast 50 respondentów (17%) czekało ponad godzinę na przyjęcie.

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 9 (w %)

Pytanie	TAK	NIE
9. Czy personel podał przybliżony czas oczekiwania na przyjęcie?	77	23

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 10 (w %)

Pytanie	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
10. Jak ocenia Pan(i) szybkość załatwienia formalności związanych z przyjęciem?	20	40	30	7	3

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9. Rozkład odpowiedzi na pytanie nr 11 (w %)

Pytanie	Mniej niż 5	5–10	11–20	Powyżej 20
11. Ile osób przebywało na Izbie Przyjęć w czasie, gdy oczekiwał(a) Pan(i) na przyjęcie?	47	40	13	0

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi na pytania nr 12–15 (w %)

Pytanie	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
12. Jak ocenia Pan(i) uprzejmość personelu?	10	41	33	13	3
13. Jak ocenia Pan(i) zainteresowanie pacjentem – czas poświęcony bezpośrednio pacjentowi?	23	33	37	7	0
14. Jak ocenia Pan(i) reakcje personelu na prośby pacjentów?	3	27	43	24	3
15. Jak ocenia Pan(i) warunki panujące na Izbie Przyjęć?	17	40	33	10	0

Źródło: opracowanie własne.

Analizując powyższe dane, można zauważyć, iż spośród ankietowanych zaledwie 30 osób (10%) bardzo dobrze oceniło uprzejmość personelu, a 120 ankietowanych (41%) przyznało ocenę „dobrą”. Uprzejmość personelu przeciętnie oceniło 100 respondentów, czyli 33% ogółu. Negatywnie uprzejmość personelu oceniło łącznie 50 osób, w tym źle – 40 osób (13%) oraz bardzo źle – 10 osób (3%). Z kolei 70 ankietowanych (23%) bardzo dobrze oceniło zainteresowanie pacjentem, 100 osób (33%) oceniło daną kwestię dobrze, 110 ankietowanych (37%) stwierdziło, że czas poświęcony pacjentowi jest przeciętny, 20 osób uznało, że personel medyczny nie jest wystarczająco zainteresowany pacjentem, natomiast nikt nie ocenił bardzo

źle czasu poświęconego pacjentowi. Najwięcej ankietowanych natomiast przeciętnie oceniło reakcje personelu na prośby pacjentów – 130 osób (43%). Ocenę bardzo dobrą wystawiło tylko 10 (3%) osób – podobnie, jak w przypadku oceny bardzo złej. 80 respondentów (27%) odpowiedziało, że reakcje personelu są na dobrym poziomie, natomiast 70 osób (24%) źle oceniło badaną kwestię. W zakresie warunków panujących na Izbie Przyjęć ponad połowa respondentów, tj. 170 osób (57%), pozytywnie oceniła warunki tam panujące, 100 ankietowanych wystawiło ocenę „przeciętną”, 30 osób uznało, że warunki panujące na Izbie są złe, natomiast nikt nie stwierdził, że są one bardzo złe.

5. Podsumowanie

Głównym celem podjętych badań była wstępna ocena funkcjonowania systemu TRIAGE na izbie przyjęć wybranego zakładu leczniczego. Jego realizacja oparta została na następujących problemach badawczych: prawidłowości zapoznania pacjentów z wprowadzonym systemem segregacji, prawidłowości funkcjonowania systemu, szybkości i adekwatności udzielania pomocy, wpływu wprowadzenia systemu na usprawnienie funkcjonowania Izby Przyjęć oraz zadowolenia pacjentów z jakości obsługi na Izbie Przyjęć.

Na tej podstawie podjęto wstępne badania, dotyczące funkcjonowania systemu TRIAGE na przykładzie wybranego zakładu leczniczego. Wprowadzony na Izbie Przyjęć system TRIAGE miał bowiem za zadanie uproszczenie procedury przyjmowania chorych poprzez kwalifikację pacjentów przez służby medyczne, w zależności od stopnia ciężkości ich obrażeń oraz rodzaju zachorowania.

Na podstawie przeprowadzonych, wstępnych, badań, można wysnuć poniższe wnioski.

- Zdecydowana większość ankietowanych (83%) nie słyszała wcześniej o systemie segregacji TRIAGE. Personel medyczny raczej nie udzielał w czasie rejestracji informacji o wprowadzonym w szpitalu systemie TRIAGE, a ponad połowa ankietowanych oceniła informacje udzielone w czasie rejestracji jako niewystarczające. Można w związku z tym przyjąć, iż ponad połowa ankietowanych uznała, że nie została prawidłowo zapoznana z zasadami systemu TRIAGE, a zatem teza nr 1, mówiąca iż: „Pacjenci nie zostali prawidłowo poinformowani o zasadach systemu TRIAGE”, została potwierdzona.
- Aż 70% ankietowanych wskazało ocenę przeciętną lub poniżej przeciętnej, oceniając organizację sposobu przyjęcia do szpitala. Personel medyczny w większości przypadków nie informował respondentów o przydzielonym w czasie rejestracji kolorze, a zdecydowana większość pacjentów nie otrzymała opasek identyfikujących. Ankietowani pacjenci nie byli zadowoleni z organizacji sposobu przyjęcia do szpitala i nie byli oni zazwyczaj powiadamiani o tym, jaki kolor został im przydzielony. Personel medyczny, mimo że dysponuje opaskami identyfikującymi, raczej z nich nie korzysta. W świetle powyższego tezę nr 2 w brzmieniu „System TRIAGE nie działa prawidłowo”, można również uznać za potwierdzoną.

- Przeprowadzone badania wykazały, iż ponad połowa ankietowanych czekała na przyjęcie mniej niż 15 minut. Wśród ankietowanych była tylko 1 osoba, której został przydzielony kolor czerwony. Wielu respondentów uzyskało kolor zielony, a zgodnie z założeniami systemu TRIAGE czas oczekiwania w takim przypadku może wynosić nawet 3 godziny. W związku z tym można przyjąć, iż teza nr 3 w brzmieniu: „Pomoc nie jest udzielana wystarczająco szybko i adekwatnie”, nie została potwierdzona. Większość ankietowanych uznało bowiem, że pomoc jest udzielana szybko.
- W większości przypadków personel medyczny podał przybliżony czas oczekiwania na przyjęcie. Ponad połowa ankietowanych pozytywnie oceniła szybkość załatwienia formalności związanych z przyjęciem. Na Izbie Przyjęć w większości przypadków przybywało mniej niż 10 osób. Można zatem uznać, że teza nr 4, która brzmi: „System nie usprawnił funkcjonowania Izby Przyjęć”, również została obalona. Izba Przyjęć, zdaniem respondentów, po wprowadzeniu systemu TRIAGE funkcjonuje sprawnie.
- W przeprowadzonych badaniach połowa ankietowanych stwierdziła, że personel medyczny jest w stosunku do nich uprzejmy. Czas poświęcony bezpośrednio pacjentowi, zdaniem większości respondentów, jest wystarczający. Mieszane jest zdanie respondentów na temat reakcji na prośby pacjentów. Większość osób oceniła je jako „przeciętne”. Ponad połowa osób biorących udział w badaniu pozytywnie ocenia warunki panujące na Izbie Przyjęć. A zatem teza nr 5, w brzmieniu: „Pacjenci nie są zadowoleni z jakości obsługi na Izbie Przyjęć”, także nie została potwierdzona. Większość respondentów bowiem pozytywnie ocenia kwestie poruszone w pytaniach dotyczących tej tezy.

Reasumując, można uznać, że główny cel badawczy oraz cele cząstkowe zostały zrealizowane. Zweryfikowano również wszystkie postawione w badaniu tezy badawcze. Dodać należy, że uzyskane w przeprowadzonym badaniu wyniki i wnioski z pewnością mogą być punktem wyjścia do realizacji kolejnych zamierzeń badawczych autora.

Bibliografia

1. Brongiel L., Duda K., *Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała*, PZWL, Warszawa 2001.
2. Conrad M., Stoppler M.D., Shiel W.C. Jr., *Medical Triage: Code Tags and Triage Terminology*, <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=79529>
3. Dąbkowska M., *Rozpoznawanie zespołu stresu pourazowego*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2008, no. 2, vol. 3.
4. Dietrich A., Shaner S., Campbell J., *Pediatric Basic Trauma Life Support*, Basic Trauma Life Support International, Oakbrook Terrace 2002.
5. Hładki W., Traczewska H., Lorkowski J., Trybus M., *Segregacja medyczna w zdarzeniach masowych*, „Ostry Dyżur” 2010, t. 3, no. 1.
6. <https://serwiszoz.pl/pacjent/system-segregacji-medycznej-case-study-3318.html>

7. Jakubaszko J., *Struktura i funkcja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*, „Medycyna Intensywna i Ratunkowa” 1999, wyd. II, 1.
8. *Medycyna katastrof*, red. A. Zawadzki, PZWL, Warszawa 2006.
9. *Medycyna zagrożeń i urazów radiacyjnych*, red. M. Janiak, A. Wójciak, PZWL, Warszawa 2005.
10. Raczyński A., *System TRIAGE*, <http://www.centrumtriage.pl/system-triage.html>
11. Ramenofsky M.L., Ramenofsky M.B., Jurkovich G.J., Threadgill D., Dierking B.H., Powell R.W., *The Predictive Validity of the Pediatric Trauma Score*, „The Journal of Trauma” 1988, no 7(28).
12. Rasmus A., Gaszyński W., *Jaka pomoc doraźna?*, „Ratownictwo Polskie” 1996, wyd. 1.
13. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych. Medycyna katastrof w zarysie*, red. J. Ciekiewicz, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2005.
14. Rutheford W., *Definition and Classification of Disasters*, „The Journal of Emergency Medicine” 1990, vol. 8, iss. 5, s. 591–595, [www.jem-journal.com/article/0736-4679\(90\)90456-6/pdf](http://www.jem-journal.com/article/0736-4679(90)90456-6/pdf)
15. Sowa M., Winnicki A., Tarkowski M., Saletnik Ł., *Segregacja medyczna poszkodowanych w obliczu zdarzeń masowych i katastrof*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015, nr 5(10).
16. Tepas J.J., Mollitt D.L., Talbert J.L., Bryant M., *The Pediatric Trauma Score as a Predictor of Injury Severity in the Injured Child*, „Journal of Pediatric Surgery” 1987, no. 1(22).
17. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 757.
18. *Wczesne postępowanie medyczne w katastrofach. Podręcznik dla ratowników medycznych*, red. M.S. Briggs, K.H. Brinsfield, PZWL, Warszawa 2007.
19. Youngson R., *Słownik encyklopedyczny. Medycyna*, „Collins”, RTW, Warszawa 1997.

TRIAGE System on the Example of City Hospital in Ruda Śląska – preliminary studies

Summary

Within the hospital system, emergency departments almost all over the world use the TRIAGE system, i.e., the system of assessing patients' condition used in managing medical risk, an inherent component of the practice of emergency medical services, which determines the patients' priority for admission and their distribution between hospital wards. The paper discusses results of preliminary studies on the TRIAGE system conducted at the emergency ward of a selected hospital, in particular: patients' awareness of the applied system of condition assessment, timely and adequate medical help, the impact of the system upon better performance of the Emergency Room, and patients' satisfaction with the quality of service at the Emergency Room.

Keywords: managing a healthcare operator, TRIAGE, priority admission system, quality in healthcare, health and public security
