

## VII. STRESZCZENIE

Szpitalny oddział ratunkowy jest jednostką organizacyjną szpitala dedykowaną udzielaniu świadczeń medycznych pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W celu ustalenia właściwej kolejności przyjęć pacjentów stosowany jest systemem segregacji medycznej – triage, który ma na celu zapewnienie bezpiecznego przepływu pacjentów przez oddział, zgodnego z ich potrzebami. W celu zapewnienia optymalnej opieki medycznej na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku w 2015 r. utworzono autorski trzystopniowy system segregacji medycznej pacjentów z oznaczeniem priorytetów w kolorach zielonym, żółtym i czerwonym. Badanie miało na celu przeprowadzenie oceny wprowadzonego triage'u. Dokonano retrospektywnej analizy 79791 „Kart wstępnej oceny pacjenta Szpitalnego Oddziału Ratunkowego UDSK w Białymstoku” z lat 2016-2018.

Analiza poszczególnych elementów odniesiona została do grup pilności przyjęcia – priorytetów oraz grup wiekowych (noworodki, 1 m.ż.-3 r.ż., 4-8 r.ż., 9-18 r.ż.). Analiza zaszeregowania do poszczególnych grup została ustalona co pół roku. Najliczniejszą grupę pacjentów odnotowano w przedziale wiekowym 9-18 r.ż. (41,3%), a najmniej liczną wśród noworodków (2,0%).

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w odsetku pacjentów w poszczególnych priorytetach. Wykazano najwięcej pacjentów w priorytecie najniższym – zielonym (68,3%), a najmniej w najwyższym – czerwonym (1,2%). W analizowanym okresie zaobserwowano wzrost odsetka pacjentów priorytetu zielonego oraz spadek priorytetu czerwonego. W 3,8% przypadków odnotowano brak nadanego priorytetu, z wykazaniem trendu spadkowego liczebności grupy w kolejnych okresach półrocznych.

W większości pacjenci zaopatrzeni zostali w trybie ambulatoryjnym (66,7%), w największym stopniu z priorytetu zielonego (76,8% pacjentów najniższego priorytetu). Udział procentowy hospitalizacji wzrastał wraz z ważnością priorytetu – w priorytecie czerwonym odnotowano wysoki wskaźnik hospitalizacji (90,5%). Spośród oznaczonych grup wiekowych w największym stopniu hospitalizowano noworodki (70,2%).

Przeprowadzona analiza pod kątem czasu oczekiwania na wykonanie triage'u po zarejestrowaniu pacjenta wykazała, iż najliczniejszą grupę stanowili pacjenci oczekujący na wykonanie triage'u do 15 min od rejestracji (71,4%). W analizowanym czasie, w kolejnych okresach półrocznych, uległ skróceniu czas oczekiwania noworodków na rejestrację oraz maksymalny czas oczekiwania na triage po rejestracji we wszystkich grupach wiekowych.

W większości pacjenci przebywali na SOR w czasie równym lub mniejszym niż 3 godziny (85,4%). Relatywnie najkrótszy czas pobytu w SOR odnotowano wśród pacjentów z priorytetu czerwonego oraz wśród noworodków, najdłuższy w grupie bez nadanego priorytetu.

Powodem zgłoszenia się pacjentów do SOR w największym stopniu były obrażenia ciała i stanowiły one 30,1% badanej puli pacjentów. Rozpatrując problemy medyczne pacjentów w poszczególnych priorytetach, ustalono, że w priorytecie czerwonym największy odsetek pacjentów (19,3%) manifestował problemy oddechowe (duszność i obniżoną saturację, niedrożność dróg oddechowych).

W ciągu trzech lat 0,3% pacjentów nie wyraziło zgody na kontynuację diagnostyki i leczenia w warunkach szpitalnych, a 0,4% samowolnie opuściło SOR przed zakończeniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego. W obu przypadkach najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z priorytetu zielonego. Z badanej puli udział pacjentów skierowanych do leczenia na OIT wyniósł 0,2%, natomiast wskaźnik zgonów – 0,1%. Stwierdzono w obu rozpatrywanych aspektach, iż w zdecydowanej większości pacjenci byli zaszeregowani do najwyższego priorytetu.

W 78,4% priorytet został oceniony prawidłowo, niedoszacowanie grupy (undertriage) wyniosło 17%, a nadmierną selekcję (overtriage) stwierdzono w 1% przypadków. Stopień prawidłowo nadanego priorytetu wzrastał wraz ze wzrostem pilności priorytetu. Zaobserwowano trend spadkowy odsetka pacjentów z overtriage'em w kolejnych okresach półrocznych. Natomiast undertriage odnotowano w najmniejszym stopniu w dwóch pierwszych półroczach analizowanego okresu. Priorytet nadano prawidłowo w największym odsetku wśród noworodków (93,9%). W przypadku undertriage'u w największym odsetku pacjentów (43,0%) stwierdzono ból jako element wskazujący na niedoszacowanie kategorii.

W 3,4% przypadków przeprowadzony został retriage (ponowna ocena pacjenta przed pierwszym kontaktem z lekarzem). W wyniku wtórnej selekcji, w największym odsetku u pacjentów z pierwotnie nadanego priorytetu zielonego, kategoria pilności przyjęcia pozostała bez zmian, natomiast z żółtego i czerwonego – obniżona.

Stwierdzono u 45,2% pacjentów ból w trakcie przeprowadzania triage'u. Pomimo występującego bólu u 23,1% pacjentów nie wykonano oceny. Zaobserwowano jednak zwiększenie identyfikacji i oceny bólu w skali nasilenia bólu w analizowanym okresie. Brak oceny stopnia nasilenia bólu w największym stopniu stwierdzono w grupie pacjentów bez nadanego priorytetu, co mogło wpłynąć na zaniechanie nadania priorytetu. Wraz z wagą priorytetu stopień nasilenia bólu był określany w większym stopniu.

Skala trzystopniowa nie daje w pełni możliwości prawidłowej segregacji pacjentów. Z uzyskanych badań wynika, że wskazane są wielośrodkowe badania nad obserwowanym i oczekiwanym rozkładem segregacji.