Protokół ISBAR do przekazywania informacji o pacjencie

Metoda ta polega na standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji w ramach oczekiwanych i znanych całemu personelowi ram komunikacyjnych. Członkowie zespołu opieki zdrowotnej, stosując łatwą do zapamiętania i ukierunkowaną na pacjenta formę przekazu, istotnie zwiększają poziom bezpieczeństwa chorego, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych i zagrożenia życia.

Krótki system czteroelementowy pozwala na zebranie wystarczającej ilości informacji i przekazanie jej kolejnej zmianie lub lekarzowi dyżurnemu. Zgodnie z wytycznymi autorów schemat ten sprawdza się również w sytuacjach kryzysowych związanych nie z zagrożeniem życia, lecz z zaistnieniem sytuacji nietypowej (np. związanej ze zgłoszeniem się do szpitala pacjenta o jeden dzień za wcześnie, zgłaszającego brak możliwości przyjazdu w dniu kolejnym). Przeanalizujmy poszczególne składniki systemu.

I **Identification**	Identyfikacja	Przedstaw się, nazwij pacjenta i pomieszczenie
S Situation	Sytuacja	Zwięzłe stwierdzenie problemu
B Background	Tło	Istotne i krótkie informacje dotyczące sytuacji
A Assessment	Ocena	Analiza i rozważanie opcji – co znalazleś ? co myślisz ?
R Recommendation	Rekomendacja	Działanie – wymagane / zalecanie.

I – identyfikacja

- identyfikację mówiącego, jednostki, pacjenta, numer pokoju…

S – to jasne, krótkie i zwięzłe określenie sytuacji zwracające uwagę na dwie zasadnicze kwestie:

- krótkie określenie problemu, co to jest, kiedy to się stało lub zaczęło i jak ciężki jest przebieg…

B – na tym etapie chodzi o podanie jasnych, istotnych informacji podstawowych dotyczących sytuacji, przedstawiając je na tle konkretnej historii pacjenta (w tym także sytuację rodzinną oraz indywidualne potrzeby pacjenta); w tym punkcie należy wziąć pod uwagę diagnozę, historię wykonanych procedur, leki, dawki, daty, lekarza zlecającego, czyli w skrócie:

- data przyjęcia, diagnoza,

- aktualna lista leków, alergii, płynów dożylnych i badań laboratoryjnych,
- objawy czynnościowe,
- wyniki badań laboratoryjnych: co wykonano, kiedy, czy były to pierwsze badania, czy kolejne (jeśli kolejne, czy znane są wyniki poprzednich), jakie są wnioski porównawcze,
- inne istotne informacje kliniczne,

A – profesjonalna ocena aktualnego stanu pacjenta

R – na tym etapie formułowane są sugestie co do dalszego postępowania lub zaistniałych potrzeb.

Dobre raportowanie wymaga skupienia przy konstruowaniu wypowiedzi i dokonywania jej zapisu. W praktyce oznacza to konieczność wykonywania czynności przy łóżku pacjenta, tak aby przekazywane informacje nie zostały zapomniane. Pewną niedogodnością może być również brak zrozumienia swej roli jako pacjenta, który – angażując się w proces diagnostyczny czy terapeutyczny – może zakłócać przekazywanie informacji, koncentrując się na informacjach mało ważnych lub mówiąc zbyt dużo.

Przykład SBAR:

I

Dzień Dobry
Włodzimierz Łuczyński, lekarz dyżurny SOR.
Czy rozmawiam z lekarzem dyżurnym oddziału . . . .?

Chciałbym porozmawiać z Doktorem o pacjencie Janie Kowalskim lat 65…

S

Chciałbym porozmawiać z Doktorem o pacjencie Janie Kowalskim lat 65 który zgłosił się do Oddziału Ratunkowego z powodu trwającego od około 2 godzin rozlanego, gniotącego bólu w klatce piersiowej, który pojawił się podczas wysiłku i u którego na podstawie wyniku 12-sto odprowadzeniowego EKG podejrzewamy zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST.

B

Pacjent został przyjęty 30 minut temu. W badaniu fizykalnym stwierdziliśmy objawy niewydolności lewokomorowej, obrzęk płuc, pacjent choruje przewlekle na nadciśnienie i cukrzycę i przyjmuje z tego powodu B-bloker oraz insulinę, jest uczulony na pyłki traw, ostatni posiłek 3 godziny temu, wykonaliśmy 12-sto odprowadzeniowe EKG, rtg. klatki piersiowej, badania laboratoryjne w których stwierdzono uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach V3-V6, aVL, I, cechy obrzęku

płuc w rtg klatki piersiowej, prawidłowy wynik troponin oraz badań w zakresie układu krzepnięcia.

A

W tej chwili parametry życiowe pacjenta są następujące:
Oddech 15/min, SpO2 96%
Częstość pracy serca 90 /min, ciśnienie tętnicze 120/80 mmHg
Ich wartości zmieniały się początkowo częstość pracy serca wynosiła 110/min, ciśnienie tętnicze 140/100, wartości spadły po podaniu leków.

Rozpoczęliśmy leczenie pacjenta, podano kwas acetylosalicylowy 300mg, dwukrotnie NTG 0,4mg podjęzykowo, morfinę 5+2+2mg dożylnie.

R

Ponieważ badania wskazują że najbardziej prawdopodobną przyczyną stanu pacjenta jest zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, bardzo proszę o doktora o przyjęcie pacjenta na oddział kardiologii interwencyjnej. Pacjent wyraża zgodę na leczenie w oddziale.