

## Triaža v urgentnih ambulantah

Emergency triage

Renata Rajapakse

ZD Domžale, Mestni trg 2,  
Domžale

### Korespondenca/ Correspondence:

Renata Rajapakse  
m: rr.snmp@gmail.com

### Ključne besede:

manchesterski triažni sistem; triažni algoritmi; triažna kategorija; zdravstveni svet; uvajanje triaže

### Key words:

emergency triage; Manchester triage system; presentational flow charts; triage category; triage implementation

### Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2015;  
84: 259–67

Prispelo: 28. sept. 2014,  
Sprejeto: 2. feb. 2015

### Izvleček

Zaradi vse večjega števila bolnikov v urgentnih ambulantah so se v svetu že v 90. letih prejšnjega stoletja vzpostavili različni sistemi triaže, ki omogočajo prepoznavo ogroženih bolnikov in razvrščanje bolnikov glede na njihovo potrebo po hitrosti oskrbe. Med bolj poznanimi triažnimi sistemi so Kanadski, Avstralski in Manchesterški triažni sistem (MTS), ki je najbolj razširjen v Evropi. MTS temelji na uporabi (trenutno) 53 algoritmov, ki zajemajo glavne simptome, zaradi katerih bolniki prihajajo v urgentne ambulante. Izvajalec triaže izbere algoritem glede na glavno bolnikovo težavo. Nato znotraj algoritma ugotavlja prisotnost simptomov in znakov. Ob prvem pozitivnem odgovoru bolnika razvrsti v ustrezno triažno kategorijo.

Uvajanje triaže v Sloveniji se je pričelo postopno, od leta 2009 do leta 2012, ko se je začelo formalno izobraževanje. Uporabo in izvedbo MTS v urgentnih ambulantah ter usposabljanje nosilcev zdravstvene nege iz triaže podpirajo Razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo, Razširjeni strokovni kolegij za urgentno medicino, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

### Abstract

Due to the increasing number of patients in the emergency departments worldwide, different triage systems were implemented already in the nineties to allow the identification of patients at risk and classification of patients according to their clinical need. Among the most well-known Triage systems are the Canadian, Australian and the Manchester triage system (MTS), which is the most widely used in Europe. MTS is based on the use of (currently) 53 presentational flow charts covering the main symptoms for which patients come into the emergency room. The flow chart is chosen according to the patient's main complaint. Then, the presence of symptoms and signs is searched within the chart. At the first positive response, the patient is allocated to the appropriate triage category.

The triage in Slovenia was introduced gradually, from 2009 to 2012, by the beginning of formal education. The use and implementation of MTS in emergency departments, and training of health care providers for triage is supported by the National Council for Pediatrics, the National Council for Emergency Medicine, the Chamber of Nurses and Midwives of Slovenia – the Association of Professional Societies of Nurses, Midwives and Medical Technicians of Slovenia and the Health Council of the Ministry of Health of the Republic of Slovenia.

## Uvod

Število bolnikov v urgentnih ambulantah povsod po svetu narašča. Zato prihaja do nezmožnosti, da bi vse bolnike obravnavali sproti. Čakalnice postajajo prepolne in nepregledne, kar prinaša tveganje, da med množico spregledamo bolnike, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo takoj. Zato so v urgentnih ambulantah po svetu že v 90. letih prejšnjega stoletja vzpostavili sistem, ki med vsemi odkrije tiste, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo prej kot drugi. Vsem se določi prednostna stopnja in se jih razvrsti glede na njihovo potrebo po hitrosti oskrbe. Postopek imenujemo triaža. V Sloveniji se na nacionalni ravni s problemom sprejema bolnikov v urgentnih ambulantah aktivno ukvarjamo šele zadnja štiri leta.

## Sprejem bolnika v urgentni ambulanti

Sprejem bolnika v urgentni ambulanti se bistveno razlikuje od sprejema v redni ambulanti. Prihod je nenačrtovan, nenapovedan in neenakomeren, zdravstveno osebje ne pozna njihovih prejšnjih in kroničnih bolezni, ne pozna njihove stalne terapije ali morebitnih alergij. Razlogi za prihod v urgentno ambulanto so zelo raznoliki. Prav tako je zelo raznoliko zdravstveno stanje, ki lahko obsega vse od popolne neprizadetosti do življenjske ogroženosti in ga ne moremo predvideti v naprej. V določenem trenutku se v ambulanti NMP lahko pojavi bistveno več bolnikov, kot jih osebje naenkrat lahko obravnava. Vse naštetje je razlog, da sprejem v ambulanti NMP lahko postane kritična točka v procesu obravnave urgentnih bolnikov. Da bi to kritično točko uspešno obvladali, je treba takoj ob sprejemu uporabiti sistematičen pristop in postopek, ki bo razločil nujne od nenujnih bolnikov in določil vrstni red obravnave bolnikov glede na stopnjo nujnosti. Danes uveljavljen izraz triaža (francosko trier) so najprej uporabili za razvrščanje kirurških bolnikov v vojaških spopadih v času Napoleonovih vojn konec 18. stoletja. Takrat se je zaradi velikega števila hkrati poškodovanih ob omejenih me-

dicinskih virih izkazala izrazita potreba po določitvi vrstnega reda za kirurško oskrbo.<sup>1</sup>

## Triaža

Triaža je postopek, s katerim se oceni nujnost zdravstvenega stanja bolnikov in razvrsti bolnike glede na potrebo po začetku zdravstvene obravnave. Triaža ne temelji na domnevni diagnozi, pač pa na trenutni prizadetosti bolnika, nujnosti stanja oz. potencialni ogroženosti. S tem se v urgentnih ambulantah zmanjša klinično tveganje za bolnike v primerih, ko zaradi velikega števila bolnikov zdravstveno osebje ne zmore sproti obravnavati vse bolnike. Namen triaže je zagotoviti pravočasno in pravilno oskrbo glede na težave zaradi katerih bolniki prihajajo. Triaža ni namenjena postavljanju diagnoz in predvidena diagnoza tudi ni temelj za razvrščanje, saj so pri enaki diagnozi lahko bolniki zelo različno prizadeti. Namen triaže je oceniti ogroženost in prizadetost ter na podlagi tega določiti vrstni red obravnave.

## Triažni sistemi

Prvi sistemi triaže so temeljili predvsem na intuiciji in niso omogočali zanesljivosti in ponovljivosti. Postopno so se triažni postopki izpopolnili. Danes se v svetu in v Evropi v urgentnih ambulantah uporablja več različnih triažnih sistemov. Med bolj znanimi so Kanadski, Avstralski in Manchesterski triažni sistem (MTS), ki je najbolj razširjen v Evropi.<sup>2-4</sup> Osnovna načela in cilji vseh triažnih sistemov so enaki, razlikujejo se glede načina dela, nomenklature in časovnih mejnikov. V Sloveniji se uvaja Manchesterski triažni sistem, ki je najbolj primeren za uporabo v našem okolju. Ima podrobno izdelano metodologijo in algoritme, ki so konsistentni in ob enaki težavi bolnika vedno razvrstijo v enako triažno kategorijo.

## Manchesterski triažni sistem (MTS)

Manchesterski triažni sistem je razvila Manchesterska triažna skupina, ki je nastala

novembra 1994 z namenom poenotiti triažne standarde urgentnih oddelkov angleških bolnišnic. Sestavljalo jo je 20 izkušenih urgentnih zdravnikov in medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov.<sup>4</sup> Po preučitvi obstoječih sistemov so poenotili nomenklaturu in oblikovali 5 triažnih kategorij, ki se ločijo po barvah. Vsaka triažna kategorija ima svojo številko, barvo, ime in določen ciljni maksimalni čas čakanja do medicinske obravnave (Tabela 1). Leta 1996 so izdali prvo knjigo *Emergency Triage* z opisom MTS, navodili za delo, algoritmi in kriteriji.

MTS danes temelji na uporabi 53 algoritmov, ki zajemajo glavne simptome, zaradi katerih bolniki prihajajo v ambulante nujne medicinske pomoči oz. v urgentne ambulante bolnišnic.<sup>5</sup> Triažna medicinska sestra izbere tisti algoritem, ki najbolj ustreza glavni težavi, zaradi katere je bolnik prišel v urgentno ambulanto. Nato sledi v algoritmu zapisanim simptomom in znakom, dokler ne ugotovi prisotnosti prvega od njih in ga na podlagi tega razvrsti v ustrezno triažno kategorijo.<sup>5</sup> Primer algoritma je prikazan na Sliki 1.

Vsak algoritem ima določeno omejeno število simptomov in znakov na vsaki prioritetni ravni (triažni kategoriji) v algoritmu. Simptomi in znaki, ki so podlaga za določanje klinične prioritete, so kriteriji. Obstajata dve vrsti kriterijev. Splošna kriteriji se pojavljajo v vseh algoritmih, specifični kriteriji pa samo v posameznih algoritmih. Kriteriji so znotraj triažnih algoritmov tudi dodatno obrazloženi (Tabela 2).

Algoritmi so zgrajeni tako, da so najprej navedeni kriteriji, ki kažejo na večjo stopnjo ogroženosti ali nujnosti. Bolj ko se triažna medicinska sestra v postopku triaže spušča po algoritmu navzdol, manj verjetno je, da gre za ogroženega bolnika. Tako v standardno (zeleno) kategorijo spadajo bolniki, pri katerih so bili izključeni nujnejši kriteriji. Sistem omogoča razvrščanje v najvišje prioritete brez postavljanja diagnoze. Tak način je izbran namenoma in je posledica dejstva, da morajo urgentni oddelki pri svojem delovanju v prvi vrsti upoštevati predvsem simptome in znake svojih bolnikov, saj so pri enaki diagnozi ti lahko zelo različno kli-

nično prizadeti. Namen opisane triažne metodologije je, da zdravstveno osebo takoj na začetku obravnave določi klinično prioriteto za vsakega posameznika glede na njegovo prizadetost in ogroženost.<sup>5</sup>

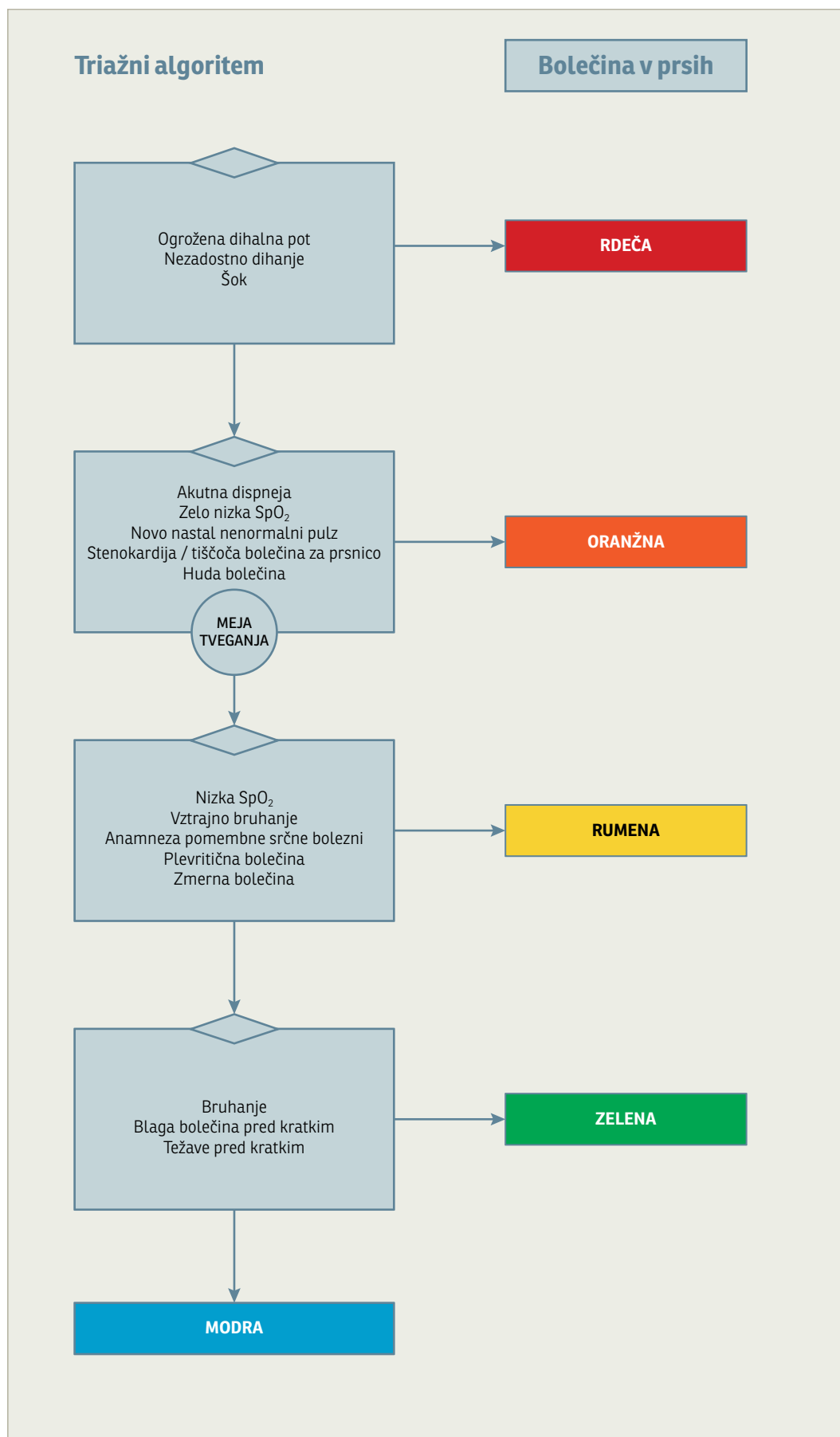
Pomembna lastnost Manchesterske triaže je tudi v tem, da je »živa«. Avtorji neprestano spremljajo njeno uporabnost, spremembe strokovne doktrine in sprejemajo pripombe izvajalcev MTS triaže po vsem svetu. Vse to vgradijo v novo izdajo algoritmov. Po prvi izdaji se je začetni Manchesterški triažni skupini pridružila mednarodna referenčna skupina s člani s Švedske, Nizozemske, iz Španije, Portugalske in Nemčije. Tako je v letu 2006 izšla druga izdaja knjige z algoritmi, januarja letos pa že tretja izdaja.<sup>4,5</sup> Tretja izdaja je prinesla tri dodatne algoritme za triažo otrok in nekatere druge spremembe v skladu s podanimi predlogi in z veljavno strokovno doktrino. Spremenjen in poenoten je bil vrstni red navedenih kriterijev v vseh algoritmih, in sicer tako, da so pri vseh algoritmih v vsaki triažni kategoriji najprej navedeni bolj ogrožajoči kriteriji. Na ta način je prepoznavna bolj ogroženih bolnikov lahko še hitrejša.

## Zanesljivost metode MTS

Zanesljivost in veljavnost MTS metode je dobra, tako pri triažiranju odraslih kot otrok in to v različnih kliničnih okoljih.<sup>6-8</sup> Rezultati opravljene triaže so zelo podobni, kadar triažo izvajata različna izvajalca hkrati, kadar triažo izvaja isti izvajalec v določenem časovnem presledku ali kadar se rezultati triaže primerjajo z drugimi metodami ocene ogroženosti bolnika. Kljub temu se pri vseh triažnih metodah določen delež bolnikov uvrsti v višjo ali nižjo triažno kategorijo, slednje predvsem v skupini starejših.<sup>6</sup> Nasprotno so otroci večkrat uvrščeni v višjo triažno kategorijo.<sup>9</sup> Problem »podtriažiranja« in »nadtriažiranja« se sicer pojavlja pri vseh triažnih sistemih in se odraža tudi na nekoliko nižji občutljivosti.<sup>10</sup>

Nizozemska prospektivna raziskava je pokazala 63-odstotno senzitivnost in 79-odstotno specifičnost metode pri triaži otrok na dveh pediatričnih urgentnih oddelkih.<sup>9</sup> Pri triaži otrok na splošnem urgentnem

**Slika 1:** Triažni algoritem  
»Bolečina v prsih«.<sup>5</sup>



oddelku je bila občutljivost precej višja – 83,3 %.<sup>6</sup> Občutljivost in specifičnost se razlikujeta tudi glede na vodilni simptom oz. prizadetost bolnika. Pri bolnikih z akutnim koronarnim sindromom tako npr. občutljivost znaša 87,3 %, specifičnost pa 97,4 %.<sup>11</sup>

Kljub opisanim težavam z občutljivostjo, pod- in nadtriažiranjem pri vseh triažnih sistemih se avtorji strinjajo, da je bolje uporabljati sistematičen, urejen in vnaprej določen sistem triažiranja kot nesistematično triažiranje po občutku.<sup>10</sup> Primerjave različnih triažnih sistemov do sedaj niso pokazale bistvene prednosti enega ali drugega sistema.<sup>7,10</sup> Izkazalo pa se je, da MTS odlično identificira bolj ogrožene bolnike, ki potrebujejo sprejem v intenzivno enoto. Občutljivost je celo večja od fizioloških ocenjevalnih lestvic MEWS (Modified Early Warning Score), ASSIST (Assessment Score for Sick patient Identification and Step-up in Treatment) in kriteriji za klic MET (Medical emergency team). Tudi dodatno merjenje vitalnih funkcij ob izvajanju MTS prinese le majhno dodatno korist pri odkrivanju ogroženih v primerjavi s triažo MTS samo.<sup>12</sup>

V letošnjem letu je izšla nova izdaja knjige, ki je prinesla nekaj sprememb, ki bi lahko vplivale predvsem na izboljšanje občutljivosti, a še ni objavljenih raziskav o tem.

Spremljanje in nadzor (auditing) triažnih procesov je rutinski in sestavni del MTS. Sam sistem natančno določa način nadzora.<sup>4</sup> Naključno se izbereta 2 % triažnih obravnav posameznega izvajalca triaže, ki jih pregleda in oceni mentor ali vodja triažne oskrbe. Ugotavlja se popolnost in pravilnost izvedene triaže ter delež previsoko ali prenizko triažiranih. Nato 10 % pregledanih triažnih obravnav pregleda še drugi revizor,

kar zagotavlja usklajenost nadzorov in doseganje standardov triažnih postopkov in odločanja. Rezultati revizij se lahko zbirajo in primerjajo na regionalni ali nacionalni ravni in tako služijo kot kazalniki kakovosti, omogočajo različne primerjave in analize ter nakazujejo možnosti za izboljšanje sistema.

## Dodatna vrednost triaže

Izvajanje triaže pomeni prvi stik bolnika z zdravstvenim sistemom in začetek zdravstvene obravnave s strani usposobljene medicinske sestre. V okviru triaže dobi bolnik informacije o tem, kako dolgo bo predvidoma čakal na pregled pri zdravniku. Dobi navodila, kje naj se v času čakanja zadržuje in kako naj ravna v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja. Na ta način se vzpostavi zaupen odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Bolnik dobi občutek varnosti in urejenosti zdravstvene obravnave.

Po opravljenem postopku triaže se že lahko začne diagnostični postopek z odrejanjem vnaprej določenih preiskav, kar skrajša skupni čas obravnave. Prav tako se lahko izvaja analgezija že v triaži. Tako bolnik lažje počaka na pregled pri zdravniku, hkrati ga ob zmanjšanju bolečine lahko po ponovni triaži uvrstimo v nižjo triažno kategorijo. Podobno velja za antipiretik ob visoki vročini. Če čas dopušča, je po opravljeni triaži možno tudi dajanje nasvetov, informacij, zdravstvenovzgojnih gradiv in podobno.

Izvajanje triaže bistveno prispeva k dobri in učinkoviti organizaciji urgentnega oddelka. Triaža omogoča, da bolnike z različno prioriteto usmerimo na različne dele urgentnega oddelka (t.i. »streaming«). Na ta način eno dolgo čakalno vrsto razdelimo

**Tabela 1:** Triažne kategorije Manchesterskega triažnega sistema.<sup>4</sup>

Številka triažne kategorije	Barva triažne kategorije	Ime triažne kategorije	Ciljni čas do obravnave
Prva	rdeča	takojšnja	TAKOJ
Druga	oranžna	zelo nujna	10 minut
Tretja	rumena	nujna	60 minut
Četrta	zelena	standardna	120 minut
Peta	modra	nenujna	240 minut

v več krajših čakalnih vrst, kar skrajša čas čakanja posameznika. Takšen način dela omogoča tudi bolj učinkovito razporejanje zaposlenih glede na izobrazbo in izkušnje. Vsak bolnik tako prejme oskrbo, primerno njegovi stopnji prizadetosti oz. ogroženosti. MTS ima izdelano matriko, v kateri je za vsak razlog prihoda in znotraj le-tega ugotovljeno triažno kategorijo določeno, na kateri del urgentnega oddelka ali zunaj njega sodi posameznik.<sup>5</sup> Ponekod v tujini lahko triažna medicinska sestra tudi preusmeri bolnika na bolj ustrezno mesto zunaj urgentnega oddelka, npr. k osebnemu zdravniku, okulistu ali zobozdravniku.

## Uporabnost MTS v ambulantah družinske medicine

Poznavanje Manchesterskega triažnega sistema je koristno tudi v ambulantah družinske medicine. Medicinski sestre lahko pomaga oceniti, kako hitro mora biti pregledan nenaročeni bolnik oz. kateri med nenaročenimi naj bo pregledan prvi. Pomaga ji ugotoviti, kateri bolnik v čakalnici lahko varno počaka tudi dlje časa in kateri ne. To še posebej velja v primerih, ko mora izbrani

zdravnik zaradi nujne intervencije zapustiti ambulantno. Poznavanje sistema je koristno tudi pri naročanju po telefonu. Medicinska sestra, ki pozna Manchesterski triažni sistem, je lahko veliko bolj samozavestna pri oceni nujnosti bolnikovega stanja in verjetnost za napačno oceno stanja je bistveno manjša.

## Uvajanje triaže v Sloveniji

V Sloveniji sta na lastno pobudo s triažo v svojih ambulantah prvi začeli Predhospitalna enota Maribor (2009) in nato Predhospitalna enota Ljubljana (2010). Na nacionalni ravni so problem sprejema bolnikov v urgentnih ambulantah prepoznali leta 2010 kot posledico neželenih dogodkov s tragičnimi posledicami.<sup>13,14</sup> Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) je zato 26. 7. 2010 izdalo navodilo o sprejemu bolnikov in 29. 11. 2010 imenovalo delovno skupino (DS) z nalogo, da najde za Slovenijo ustrezen triažni sistem v urgentnih ambulantah in da določi ustrezno usposabljanje medicinskih sester, ki bodo triažo izvajale.<sup>15,16</sup> Delovna skupina je proučila različne triažne sisteme v svetu in za najbolj primerne za slovenski prostor

**Tabela 2:** Opombe in opis meril v triažnem algoritmu »Bolečina v prsih«.<sup>5</sup>

Glej tudi	Opombe za algoritem Bolečina v prsih
	Bolečino v prsih pogosto srečamo v urgentni službi, saj predstavlja 2–5 % vseh stikov z bolniki. Vzroki bolečine v prsih variirajo od akutnega miokardnega infarkta do mišičnega draženja in pravilna razvrstitev je ključnega pomena. Uporabljenih je več splošnih kriterijev, vključno z Življenjska ogroženost in Bolečina. Specifični kriteriji vključujejo naravo in silovitost bolečine (stenokardija ali plevritična bolečina) in nenormalen pulz.
Specifični kriteriji	Razlaga
Akutna dispneja	Je nenadoma nastala dispneja ali nenadoma nastalo poslabšanje kronične dispneje.
Zelo nizka SpO <sub>2</sub>	Je zasičenost s kisikom < 95 % z dodanim kisikom ali < 92 % brez dodanega kisika.
Novo nastali nenormalen pulz	Je bradikardija (< 60 utripov / min pri odraslih), tahikardija (> 100 utripov / min pri odraslih) ali nereden utrip. Pri otrocih moramo definicijo bradikardije in tahikardije prilagoditi starosti.
Stenokardija/tiščoča bolečina za prsnico	Klasična topa »stiskajoča« ali »tiščoča« bolečina v sredini prsnega koša, ki se širi proti levi roki ali proti vratu. Lahko je prisotno tudi znojenje in slabost.
Nizka SpO <sub>2</sub>	Je zasičenost s kisikom < 95 % brez dodanega kisika.
Vztrajno bruhanje	Bruhanje, ki je neprekinjeno oz. brez predaha med epizodami.
Anamneza pomembne srčne bolezni	Pomembna je poznana ponavljajoča se življenje ogrožajoča aritmija, ker je to srčna bolezen, ki se lahko zelo hitro poslabša.
Plevritična bolečina	Je ostra, lokalizirana bolečina v prsih, ki se še okrepi ob dihanju, kašlju ali kihanju.

izbrala angleški model – MTS. Na podlagi te odločitve je februarja 2011 potekal prvi formalni tečaj MTS s sodelovanjem gostujočega angleškega inštruktorja. Izvedbo tečaja so omogočili Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zdravstveni dom Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Po uspešno zaključenem tečaju in dodatno pridobljenih informacijah o uporabnosti, zanesljivosti in izvajanju MTS v praksi se je DS odločila nadaljevati dejavnosti za uvedbo MTS v Sloveniji. Potrebno je bilo pripraviti pravne podlage, strokovno literaturo, navodila in algoritme v slovenskem jeziku ter sistem usposabljanja s slovenskimi inštruktorji. Zato sta Ministrstvo za zdravje in Zdravstveni dom Ljubljana v novembru 2011 napotila na usposabljanje za inštruktorje MTS v Anglijo skupino osmih diplomiranih medicinskih sester in dve zdravnici. Člani skupine so nekaj dni pred udeležbo na inštruktorskem tečaju MTS gostovali na urgentnih oddelkih 4 bolnišnic v Angliji in tako pridobili dragoceno klinično izkušnjo o uporabnosti MTS v vsakodnevni praksi. DS je na podlagi teh izkušenj in na osnovi uradnega tečaja MTS pripravila slovenski program izobraževanja za triažo in učno gradivo v slovenskem jeziku in z delom zaključila konec leta 2011.<sup>17</sup> Dokončno je potrdila Manchesterski triažni sistem (MTS) za sprejem bolnikov v ambulantah nujne medicinske pomoči in urgentnih sprejemnih ambulantah bolnišnic. Minister za zdravje je nato 18. 2. 2013 z Odredbo določil program usposabljanja za izvajanje službe NMP z nazivom „Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji“.<sup>18</sup> Na oddelku za e-zdravje MZ so ob sofinanciranju Evropske skupnosti in ob podpori članov DS za triažo pripravili tudi računalniški program za pomoč pri izvajanju in spremljanju procesa triaže.<sup>19</sup> V letošnjem letu je MZ predstavilo Enotno metodologijo organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji, ki postavlja triažo na prvo mesto med delovnimi procesi v bodočih urgentnih centrih.<sup>20</sup>

Potrebno po izvajanju triaže ob sprejemu bolnikov v urgentnih ambulantah in MTS

kot primeren triažni model v Sloveniji sta potrdila tudi Razširjeni strokovni kolegij (RSK) za urgentno medicino (12. 10. 2010) in RSK za pediatrijo pri MZ (25. 1. 2012).<sup>21,22</sup> Nujnost izvajanja triaže v urgentnih ambulantah je prepoznal tudi Zdravstveni svet, ki je podprl uvedbo Manchesterskega triažnega sistema v Sloveniji.<sup>23,24</sup>

## Pogoji za izvajanje triaže

Triažo izvaja za to posebej usposobljena diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik, v prehodnem obdobju pa izkušena srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik, ki sta za to posebej usposobljena in sta v fazi šolanja oziroma pridobivanja izobrazbe za diplomiranega zdravstvenika/diplomirano medicinsko sestro.<sup>17</sup> Vsakdo, ki izvaja triažo, mora imeti vsaj 3 leta praktičnih izkušenj na področju NMP. V večjih centrih se za ta namen ustanovi mesto posebne triažne medicinske sestre, v manjših ambulantah pa triažo opravlja ambulantna medicinska sestra. Triažna medicinska sestra mora imeti za potrebe triaže poseben prostor, ki zagotavlja primerno stopnjo zasebnosti.<sup>17,20</sup>

Pogoj za vzpostavitev triaže je seveda ustrezno izobražen kader. Izobraževanje oz usposabljanje za triažo se je pričelo v letu 2012. Marca je bil v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor organiziran prvi slovenski tečaj MTS. Tečaje organizira Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.<sup>25</sup> Izvajalci tečaja so inštruktorji MTS. Izobraževanje obsega dvodnevni teoretični del in petdnevni praktični del v obliki kroženja na splošni (2 dni), pediatrični, kirurški in internistični urgenci (po 1 dan). Marca letos je potekal 9. tečaj Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji v Slovenj Gradcu.<sup>25</sup> Zaenkrat je število inštruktorjev in ustanov, ki omogočajo kroženje (ZD in UKC Ljubljana ter ZD Maribor) omejeno, zato je število kandidatov za usposabljanje na posameznem tečaju tudi omejeno, kar upočasnjuje proces usposabljanja. Kljub temu je do začetka novembra 2014 polno usposobljena 101 triažna medicinska

sestra, na praktičnem delu kroženja pa je še nad 60 medicinskih sester.<sup>26</sup>

Strokovnim in delno pravnim okvirom žal še niso sledili finančni ukrepi, ki bi v polni meri omogočili umestitev triažnih medicinskih sester v ustreznem obsegu v vse urgentne ambulante. RSK za urgentno medicino<sup>21</sup> in Delovna skupina za organizacijo urgentnih centrov<sup>20</sup> sta Ministrstvu za zdravje že predlagala kadrovske normativ za financiranje diplomiranih medicinskih sester, ki bodo izvajale triažo. Triažna dejavnost in triažna medicinska sestra sta vključena v predlog novega Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči, ki je trenutno v javni razpravi. Sprejeti pravilnik bo predstavljal pravno podlago za financiranje dejavnosti triaže v bodoče.

Do zagotovitve polnega financiranja in usposobljenosti bo potrebno triažo v urgentnih ambulantah uvajati postopno ob iskanju alternativnih možnosti organizacije dela in financiranja. Vsekakor pa je triaža v

urgentnih ambulantah nekaj, kar bo v bodoče tudi v Sloveniji, kot je že sedaj v tujini, popolnoma samoumevno, saj resnično preprečuje neželene dogodke na urgenci in povečuje varnost in kakovost zdravstvene obravnave urgentnih bolnikov.

## Zaključek

V 18 letih obstoja je 5-stopenjska Manchesterska triažna lestvica dobila svoje pomembno mesto na številnih urgentnih oddelkih po vsem svetu. Povsod triažo izvajajo za to dodatno usposobljene medicinske sestre. Manchesterski sistem omogoča kakovostno, standardizirano in varno začetno obravnavo pacientov v urgentnih ambulantah. Omogoča tudi spremljanje oz. nadzor pravilnosti dela triažnih medicinskih sester in s tem zagotavljanje stalne kvalitete dela. V bodoče je pričakovati, da bo Manchesterski sistem triaže pridobil svoje mesto pri sprejemu urgentnih pacientov tudi v Sloveniji.

## Literatura

- Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J* 2006; 23: 154–5.
- Canadian Triage And Acuity Scale (CTAS), Dosegljivo 15.4.2014 s spletne strani: <http://caep.ca/resources/ctas>
- Australasian College of Emergency Medicine, 2000. The Australian Triage Scale. Carlton Vic.: Australasian College of Emergency Medicine, 2000.
- Manchester triage group; Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, eds. *Emergency Triage*, second edition. Blackwell Publishing, BMJ Books, 2006
- Manchester triage group; Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, eds. *Emergency Triage*, third edition. John Wiley & Sons, Ltd, 2014
- Van der Wulp I, van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emerg Med J*. 2008; 25: 431–4.
- Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009; 27: 17–38.
- Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009; 26: 484–6.
- Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Roukema J, van der Lei J, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 2008; 337:a1849.
- Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2011; 18: 822–9.
- Pinto D, Lunet N, Azevedo A. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System for patients with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol*. 2010; 29(6): 961–87.
- Subbe C P, Slater A, Menon D, Gemmell L. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2006; 23: 841–845.
- Za smrt delavca „kriva“ neurejena triaža, in ne zdravstveni tehnik [internet]. 2013. Dosegljivo 15.4.2014 s spletne strani: <http://www.rtvsl.si/slovenija/za-smrt-delavca-kriva-neurejena-triaza-in-ne-zdravstveni-tehnik/233810>
- Umrl, ker je bil brez napatnice [internet]. 2013. Dosegljivo 15.4.2014 s spletne strani: <http://www.rtvsl.si/crna-kronika/umrl-ker-je-bil-brez-napatnice/72295>.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2010. Navodilo za sprejem pacientov v zdravstveno obravnavo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih ambulantah v bolnišnicah ter za obračun opravljenega dela, št. 183–98/2010/3.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 29.11.2010. Sklep o ustanovitvi Delovne skupine za pripravo izobraževanja in usposabljanja diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov v sistemu nujne medicinske pomoči – triaže.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2011. Delovna skupina za pripravo izobraževanja in



- usposabljanja diplomiranih medicinskih sester/  
diplomiranih zdravstvenikov v sistemu NMP –  
trijaže. Triaža v sistemu NMP v RS – program izo-  
braževanja in usposabljanja: končno poročilo dne  
8.12.2011.
18. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2013. Odredba o določitvi programa usposabljanja za izvajanje službe nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2013 dne 18. 2. 2013.
  19. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2013. E-triaža. Dosegljivo 15.4.2014 s spletne strani: <http://www.ezdrav.si/?p=985>
  20. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2014. Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji. Delovno gradivo, Projektna enota CNMP, april 2014.
  21. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2010. Zapisnik 5/10 sestanka Razširjenega strokovnega kolegija za urgentno medicino dne 12. 10. 2010.
  22. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2012. RSK za pediatrijo. Zapisnik 63. redne seje. 2012.
  23. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2014. Zapisnik 4/2013 seje Zdravstvenega sveta z dne 19.12.2013.
  24. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2014. Zapisnik 1/2014 seje Zdravstvenega sveta z dne 6.2.2014.
  25. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2014. Dosegljivo 15.10.2014 s spletne strani: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/strokovna-srecanja/triaza-v-sistemu-nujne-medicinske-pomoci-v-republiki-sloveniji-tecaj-triaze-po>
  26. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2014. Zapisnik sestanka Zbornice – Zveze in predstavnikov izvajalcev Manchesterskega triaznega sistema, ki ga Zbornica – Zveza izvaja pod okriljem strokovne Sekcija MS in ZT v urgenci z dne 5.11.2014.