

Uloga medicinske sestre u trijaži pacijenata u hitnom prijemu

Rončević, Antonio

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:617256>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije

Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Antonio Rončević

Uloga medicinske sestre u trijaži pacijenata u hitnom prijemu

Završni rad

Zadar, 2024.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Uloga medicinske sestre u trijaži pacijenata u hitnom prijemu

Završni rad

Student:

Antonio Rončević

Mentor:

Doc.dr.sc. Dario Nakić

Komentor:

Kristina Bačkov, mag.med.tech.

Zadar, 2024.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Antonio Rončević**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Uloga medicinske sestre u trijaži pacijenata u hitnom prijemu** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 22. rujna 2024.

SADRŽAJ

1.	UVOD	1
1.1.	Objedinjeni hitni bolnički prijem	1
1.2.	Povijest trijaže	1
1.3.	Trijaža	2
1.3.1.	Vrste trijaža.....	3
1.3.2.	Trijažni sustavi.....	4
2.	CILJ RADA	10
3.	RASPRAVA	11
3.1.	Medicinska sestra/tehničar u trijaži	11
3.2.	Komunikacijske vještine trijažne sestre	11
3.2.1.	<i>Faktori koji utječu na uspješnu komunikaciju</i>	13
3.3.	Trijaža odraslih osoba	13
3.3.1.	<i>ABCDE pristup</i>	14
3.3.2.	<i>Procjena boli</i>	16
3.4.	Trijaža pedijatrijskih bolesnika.....	18
3.5.	Trijaža psihijatrijskih bolesnika.....	19
3.6.	Trijaža trudnica	20
3.7.	Trijaža u masovnim nesrećama	21
3.8.	Sestrinska dokumentacija u trijaži	22
3.9.	Važnost medicinske sestre u OHBP-u.....	24
4.	ZAKLJUČAK	26
5.	LITERATURA	27
6.	ŽIVOTOPIS	30

SAŽETAK

NASLOV: Uloga medicinske sestre u trijaži pacijenata u hitnom prijemu

Trijaža je proces procjenjivanja svih bolesnika nakon dolaska u Objedinjeni hitni bolnički prijem. Bitna je upravo zbog pravilne i pravovremene procjene hitnosti bolesnika. Medicinska sestra na hitnom prijemu igra ključnu ulogu u procesu trijaže pacijenata, te pružajući hitnu medicinsku pomoć i organizirajući prioritetne intervencije. Njezina stručnost i brza reakcija su od bitnog značaja u osiguravanju kvalitetne zdravstvene skrbi. Medicinska sestra je uključena u stalnu edukaciju kako bi procijenila i nadzirala pacijente, potom skrbrila o njihovoj sigurnosti. Prva uloga medicinske sestre u trijaži je procjena ozbiljnosti stanja pacijenata. Koristeći svoje medicinsko znanje i iskustvo, sestra brzo analizira vitalne znakove, simptome i medicinsku povijest kako bi odredila hitnost slučaja. Ovaj pristup omogućuje hitnom timu da usmjeri pažnju prema pacijentima koji zahtijevaju najhitniju skrb. Osim procjene medicinskih faktora, medicinska sestra također mora uzeti u obzir druge faktore, poput hitnosti i dostupnosti resursa. Medicinska sestra radi u sinergiji s liječnicima, tehničarima i drugim medicinskim stručnjacima kako bi zajedno pružili koordiniranu skrb. Komunikacija je važna za uspostavljenje odnosa povjerenja i suradnje u stvaranju povjerenja i umanjivanju stresa koji pacijenti doživljavaju u hitnim situacijama, jer liječnik daje informacije o stanju pacijenta. Prioritiziranje pacijenata s ciljem maksimiziranja resursa i brze reakcije ključno je za učinkovito upravljanje hitnim situacijama. Daljnjim obrazovanjem medicinskih sestara stvara se put u ostvarivanju rješavanja zdravstvene skrbi.

Ključne riječi: hitni prijem, medicinska sestra, trijaža

ABSTRACT

TITLE: The Role of a Nurse in Triage of Patients in the Emergency Department.

Triage is the process of evaluating all patients after arriving at the emergency hospital admission. It is important precisely because of the correct and timely assessment of the patient's urgency. The emergency nurse plays a key role in the patient triage process, providing emergency medical care and organizing priority interventions. Her expertise and quick reaction are essential in ensuring quality healthcare. The nurse is involved in ongoing education to assess and monitor patients, then ensure their safety. The first role of the nurse in triage is to assess the severity of the patient's condition. Using her medical knowledge and experience, the nurse quickly analyzes vital signs, symptoms and medical history to determine the urgency of the case. This approach allows the emergency team to focus on the patients who require the most urgent care. In addition to assessing medical factors, the nurse must also consider other factors, such as urgency and availability of resources. The nurse works synergistically with physicians, technicians, and other medical professionals to provide coordinated care together. Communication is important for establishing a relationship of trust and cooperation in creating trust and reducing the stress that patients experience in emergency situations, as the doctor provides information about the patient's condition. Prioritizing patients with the goal of maximizing resources and rapid response is critical to effective emergency management. The further education of nurses creates a path in achieving health care solutions.

Key words: emergency admission, nurse, triage

1. UVOD

1.1. Objedinjeni hitni bolnički prijem

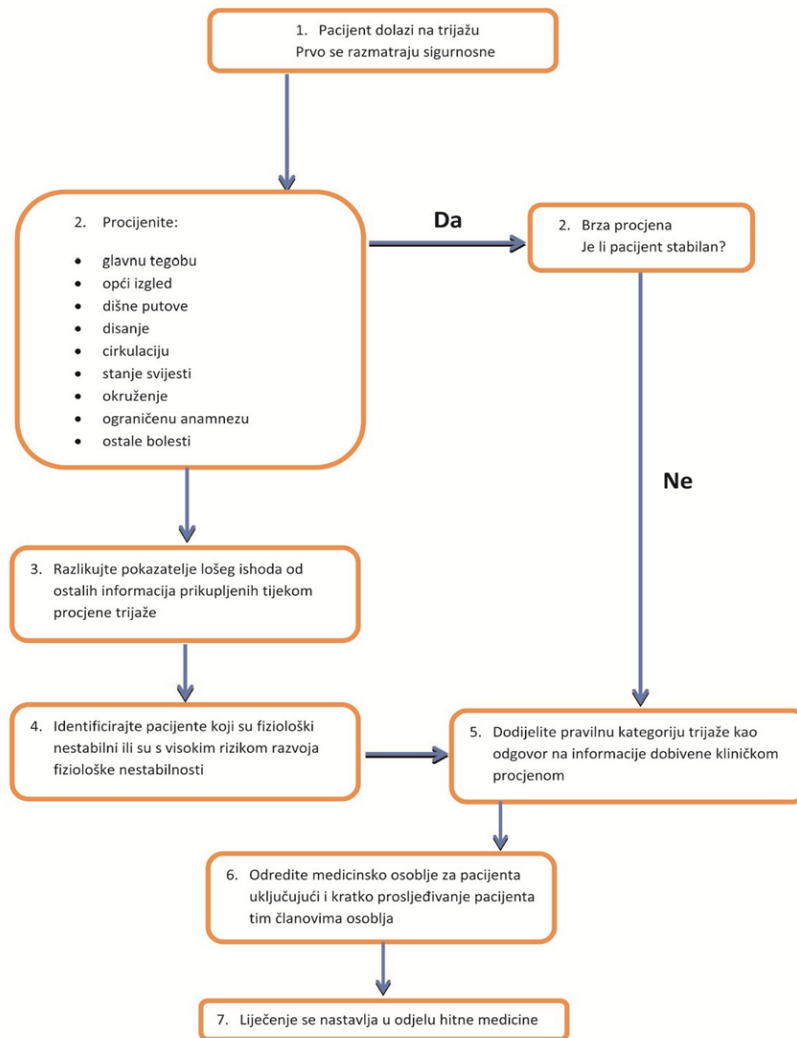
Objedinjeni hitni bolnički prijem središnji je dio bolnice u kojem se pruža 24 satna usluga za hitnu procjenu, dijagnostiku i liječenje i ključna je komponenta zdravstvenog sustava u kojoj sudjeluje profesionalni zdravstveni tim (1). Važnost hitnog prijema ogleda se u brzom odgovoru na akutna stanja, stabilizaciji pacijenata i trijaži za daljnje liječenje. Hitni prijem često radi pod velikim opterećenjem zbog porasta broja prijema, što je posljedica povećanja populacije, starenja stanovništva, rasta kroničnih bolesti i nedostatka primarne zdravstvene zaštite. To može dovesti do dužih čekanja, smanjenja kvalitete skrbi i povećanog stresa među zdravstvenim radnicima. Dobra organizacija hitnog prijema, uključujući jasne protokole, opremljene prostorije, informatičku podršku i kontinuiranu edukaciju osoblja, ključna je za učinkovito upravljanje velikim brojem pacijenata. Propusnost kroz OHBP utječe na sigurnost pacijenata, zahtijevajući koordinaciju odjela, efikasnu trijažu i praćenje protoka pacijenata (2).

1.2. Povijest trijaže

Pojam "triage" potječe iz francuskog jezika, od riječi "*trier*", što znači "sortirati" (3). Prva primjena trijaže u medicini zabilježena je za vrijeme napoleonskih ratova, kada je kirurg Dominique Jean Larrey razvio sustav za prioritizaciju ranjenika radi bržeg zbrinjavanja (4). Kasniji ratovi su unaprijedili ovaj sustav, što je dovelo do razvoja trijaže tijekom masovnih nesreća s ciljem povećanja broja preživjelih (3). Ovaj sustav omogućuje optimalnu raspodjelu ograničenih resursa za maksimalnu učinkovitost. Danas postoje različiti trijažni sustavi, uključujući Australsko-azijsku trijažnu ljestvicu (ATS), Indeks ozbiljnosti hitnog slučaja (ESI), Kanadsku trijažnu ljestvicu (CATS) i Manchester-sku trijažnu ljestvicu (MTS). Australsko-azijska trijažna ljestvica primjenjuje se u Australiji, Novom Zelandu, Indoneziji i državama Oceanije, dok se u Europi koristi samo u Hrvatskoj. Uvedena je 2012. godine na inicijativu Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, a prvi su je primijenili djelatnici Opće bolnice "Dr. Tomislav Bardek" u Koprivnici (3).

1.3. Trijaža

Na objedinjenom hitnom bolničkom prijemu koristi se trijaža koju primjenjuje trijažna medicinska sestra ili medicinski tehničar. Trijaža se sastoji od kratkog razgovora u kojem se procjenjuje bolesnikovo stanje, provođenjem različitih mjerenja i procjene (Slika 1.). Hitnost se određuje prema kliničkom stanju bolesnika i određuje potrebnu brzinu intervencije za optimalan rezultat. Nakon provedene trijaže, smjestiti će bolesnika u čekaonicu ili opservaciju, ovisno o stupnju hitnosti. Trijažna sestra je dužna pratiti bolesnika tijekom boravka u čekaonici, te ako dođe do promjena stanja bolesnika, dodatnih informacija ili isteka vremena čekanja, obvezna je retrijažirati bolesnika i unijeti podatke u medicinsku dokumentaciju (4).



Slika 1. Postupak trijaže (izvor: <https://www.hzhm.hr/source/knjige/trijaza-u-odjelu-hitne-medicine.pdf>)

1.3.1. Vrste trijaža

1.3.1.1. Hitna trijaža

Hitna trijaža primjenjuje se na hitnom prijemu prilikom dolaska pacijenta. Provode ju trijažne medicinske sestre/tehničari kako bi odredile stupanj hitnosti problema jer bi dolazilo do povećanja broja pacijenata, ujedno i do pretrpanosti, dugog vremena čekanja i negativnog utjecaja na sigurnost pacijenata. Zbog toga su se razvile brojne ljestvice trijaže (5). U SAD-u, hitne službe obično koriste indeks ozbiljnosti hitnog slučaja (ESI). Hitne službe u Velikoj Britaniji koriste Manchester-sku trijažnu ljestvicu, dok se u Kanadi koristi Kanadska trijažna ljestvica. Australsko-azijska trijažna ljestvica uglavnom koriste Australija i zemlje Azije (6). Ove ljestvice trijaže imaju dobru, ali ne i izvrsnu pouzdanost, što postavlja pitanje jesu li ti nedostaci rezultat samih sustava, nedovoljno obučених trijažnih sestara ili utjecaja nemedicinskih kriterija na odluke (5).

1.3.1.2. Trijaža jedinice intenzivnog liječenja

Proces trijaže u JIL-u temelji se na kliničkom stanju pacijenta, vitalnim znakovima i potrebama za intenzivnom njegom. Pacijenti s akutnim, životno ugrožavajućim stanjima koji imaju mogućnost oporavka dobivaju prioritet, a u situacijama s ograničenim kapacitetima, odluke se moraju donositi brzo i učinkovito (7). Trijaža u zemljama s ograničenim bolničkim resursima, obuhvaća prioritizaciju operacija i slikovne dijagnostike, a učinkovito korištenje dostupnih resursa bitno je kako bi se osigurala skrb za pacijente s najvećom potrebom (5).

1.3.1.3. Trijaža incidenata

Razvijena je kao odgovor na incidente s višestrukim žrtvama, poput sudara više vozila, velikih požara u stambenim zgradama ili zrakoplovnih nesreća. To su događaji koji postavljaju značajan pritisak na hitni medicinski sustav. Na mjestu događaja provodi se trijaža kako bi se identificirale najteže ozlijeđeni pacijenti za prioritetni prijevoz i liječenje. Mogu biti pozvani dodatni liječnici i medicinsko osoblje kako bi pomogli u tretmanu velikog broja pacijenata s hitnim potrebama. Pacijenti s manje ozbiljnim ozljedama mogu duže čekati na liječenje, ali će im se osigurati da dobiju potrebnu skrb (5).

1.3.1.4. Vojna trijaža

Vojni liječnici prvi su primijenili formalne sustave trijaže kako bi odredili prioritete liječenja ranjenih vojnika. Vojna trijaža ima svoje specifične karakteristike, naime zdravstveno osoblje i pacijenti su pripadnici vojne službe, a oni mogu imati posebne obveze, odanosti i očekivanja koja se razlikuju od civilnih zdravstvenih radnika (8). Vojno osoblje često se odriče određenih prava i sloboda te prihvaća obvezu poštivanja naredbi svojih nadređenih časnika, također su spremni prihvatiti životno opasne zadatke s očekivanjem da će dobiti optimalnu medicinsku skrb ako su ozlijeđeni u izvršavanju dužnosti. Vojni trijažni sustavi mogu definirati prioritete u liječenju ranjenika, dajući prednost vojnicima u odnosu na civile povrijeđene u vojni akcijama (5).

1.3.1.5. Trijaža katastrofa ili masovnih nesreća

Prema Američkom sveučilištu liječnika hitne pomoći, opisana je medicinska katastrofa kao razorno djelovanje prirodnih ili umjetnih sila koje nadvladaju sposobnost danog područja ili zajednice kako bi se zadovoljila potražnja za zdravstvenom skrbi (9). Kriteriji koji se koriste za trijažu nakon prirodnih ili umjetnih katastrofa mogu varirati, ovisno o predviđenom broju povrijeđenih i težinu njihovih ozljeda, geografski uključeno područje i očekivano vrijeme dolaska dodatnih resursi. Kako bi se napravila optimalna trijaža, uz vještine brze procjene pacijenata i poznavanje trijažnih sustava, trijažni djelatnici također trebaju točne informacije o uzroku i opsegu katastrofe, kao i položaj, mogućnosti i funkcionalni status obližnje zdravstvene ustanove (5).

1.3.2. Trijažni sustavi

1.3.2.1. Australsko-azijski trijažni sustav (ATS)

Australsko-azijski trijažni sustav (ATS) predstavlja kategoriziranu ljestvicu, koja je prvobitno razvijena u bolnici Box Hill u Victoriji. Nakon što je uspješno testiran u nekoliko australskih bolnica, 1993. godine je prihvaćen kao Nacionalna trijažna ljestvica (NTS) pod pokroviteljstvom Australskog koledža za hitnu medicinu. Godine 2000., ovaj sustav dobiva svoje današnje ime, ATS. ATS uključuje prezentaciju problema pacijenata, izgled i relevantne fiziološke nalaze na temelju 79 kliničkih opisa, koristeći se tim nalazima, medicinska sestra procjenjuje koliko hitno pacijent treba biti pregledan i kategorizira ih prema tome koliko dugo mogu čekati da vide

liječnika. Ovisno o politici odjela mogu se razlikovati trijažni postupci nudeći ubrzane opcije za određene populacije poput djece ili pacijenata s traumom. Kod pacijenata s psihičkim poremećajima koriste se i fizička i ponašajna procjena kako bi se odredila ozbiljnost, a ako su prisutni i fizički i psihički problemi, pacijent se kategorizira u najvišu odgovarajuću razinu trijaže (10). Prema ACEM-u (11), postoji 5 kategorija ove ljestvice (Tablica 1.).

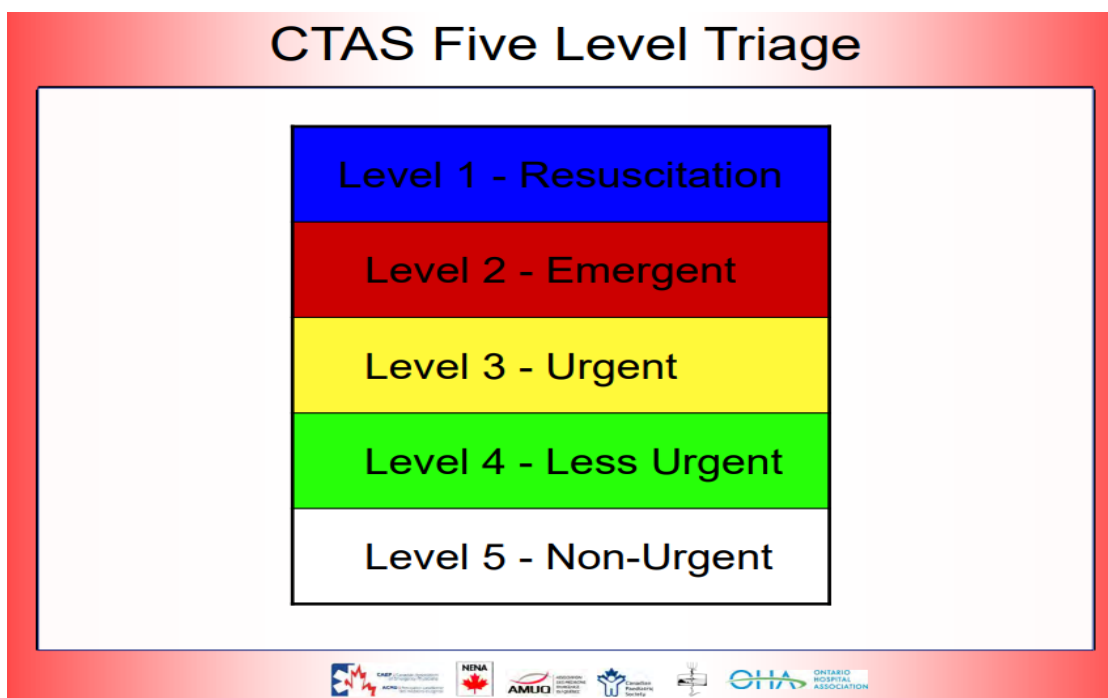
Tablica 1. Prikaz 5 kategorija ATS-a. (izvor: <https://acem.org.au/Content-Sources/AdvancingEmergencyMedicine/BetterOutcomesfor-Patients/Triage>)

Kategorije ATS-a	Opis	Maksimalno vrijeme čekanja na medicinsku procjenu i liječenje	Prag pokazatelja uspješnosti
1	Stanja opasna po život	Odmah	100%
2	Stanja opasna po život koja mogu ubrzo zahtijevati hitnu reakciju	10 minuta	80%
3	Potencijalno životno ugrožena stanja	30 minuta	75%
4	Složenost hitne situacije ili potencijalno ugrožene situacije po život	60 minuta	70%
5	Manje hitne situacije	120 minuta	70%

Efikasan protok pacijenata kroz hitne odjele trebao bi biti usklađen s povećanom produktivnošću; ipak, važno je istaknuti da brzina sama po sebi ne garantira optimalne rezultate. Svi pacijenti koji pristignu na hitni prijem moraju proći trijažnu procjenu koju provodi trijažna sestra. Ova procjena obično traje svega nekoliko minuta, nakon čega se dodijeljena ATS kategorija odmah bilježi. Ukoliko pacijent ostane na odjelu duže od vremena predviđenog za njegovu kategoriju, potrebno je ponovno provesti trijažu, odnosno retrijažu. Kod hitnih slučajeva, procjena i liječenje trebaju se odvijati istovremeno (2).

1.3.2.2. Kanadska trijažna ljestvica (CATS)

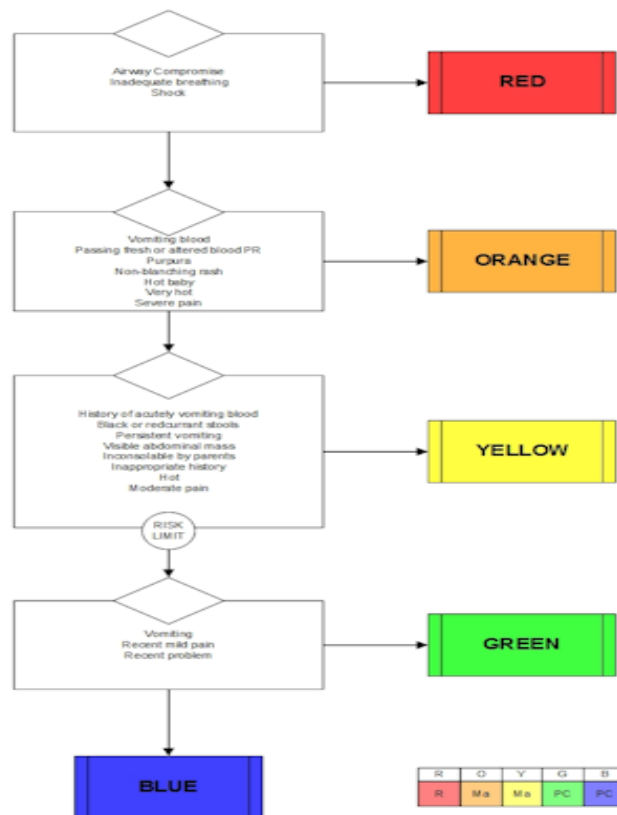
Kanadska trijažna ljestvica (CTAS), razvijena tijekom 90-ih godina od strane liječnika hitne medicine u New Brunswicku, nadovezuje se na Australsko-azijsku trijažnu ljestvicu (ATS) (2). CTAS sustav obuhvaća pet razina trijaže, rangirajući pacijente prema ozbiljnosti stanja i vremenu potrebnom za intervenciju. Prva razina namijenjena je pacijentima s najtežim stanjima koja zahtijevaju hitnu medicinsku skrb, dok peta razina obuhvaća slučajeve koji nisu hitni (10). Svaka kategorija unutar sustava sadrži popis simptoma specifičnih za pojedini organski sustav, prema kojima se određuje klasifikacija pacijenta (2). CTAS također uvodi jedinstvene modifikatore prvog i drugog reda, koji se primjenjuju nakon dodjele početne razine akutnosti pacijentu, što može rezultirati promjenom te razine. Modifikatori prvog reda obuhvaćaju vitalne znakove, ljestvice boli, mehanizam ozljede i razinu svijesti, dok modifikatori drugog reda uključuju razinu glukoze u krvi, dehidraciju, hipertenziju, trudnoću dulju od 20 tjedana te poteškoće s mentalnim zdravljem (10).



Slika 2. Prikaz CTAS ljestvice trijaže (izvor: https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.5_2012.pdf)

1.3.2.3. Manchester-ska trijažna ljestvica (MTS)

Manchester-ski trijažni sustav (MTS) razvijen je od strane Triage Task Force iz Manchester-a za upućivanje stručnog trijažnog zdravstvenog osoblja u dodjelu razina hitnosti pacijentima (13). MTS je jedan od najčešće korištenih trijažnih sustava u Europi, osobito u Velikoj Britaniji (15). Sustav procjenjuje šest čimbenika: opasnost po život, bol, krvarenje, razina svijesti, temperatura i oštrina simptoma, izbjegavajući dijagnozu tijekom trijaže (13). Za ovaj postupak razvijena su 52 algoritma koji se koriste tijekom procjene (2). Svaki dijagram uključuje znakove i simptome, poznate kao "diskriminatori", koji se kategoriziraju po ozbiljnosti od najhitnijih do manje hitnih. Diskriminatori pomažu medicinskim sestrama u određivanju hitnosti pacijenta. Maksimalna vremena čekanja su: 0 minuta za životno ugrožene, 10 minuta za vrlo hitne, 60 minuta za hitne, 120 minuta za standardne, i 240 minuta za nehitne slučajeve (10).

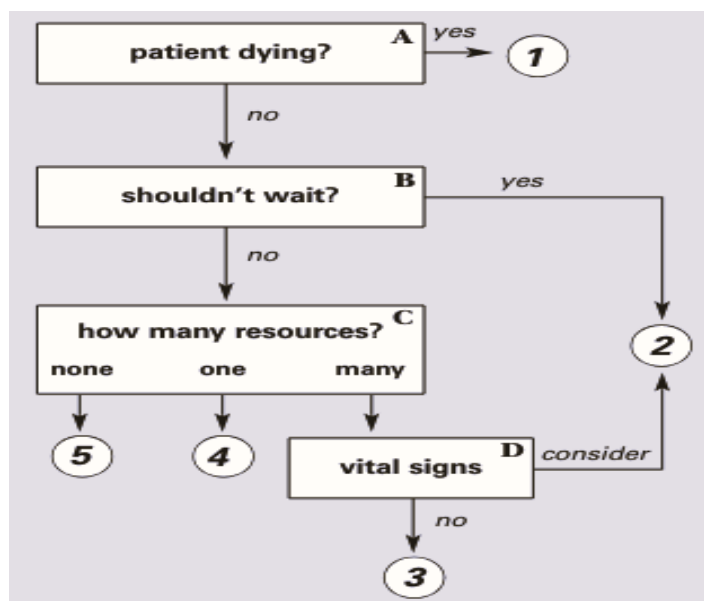


Slika 3. Prikaz Manchester-skog trijažnog sustava (izvor: [Početna stranica | MTS \(triagenet.net\)](http://Početna stranica | MTS (triagenet.net)))

Svaka medicinska sestra koja koristi MTS prolazi obuku kako bi točno trijažirala pacijente. Učinkovitost i valjanost MTS-a su ispitane u različitim studijama, s rezultatima koji pokazuju različite razine uspješnosti u različitim dobnim skupinama. Posebno je istaknuto da stariji pacijenti mogu imati nepovoljne ishode zbog složenosti svojih zdravstvenih stanja. MTS pruža podršku i smjernice, no medicinske sestre često prilagođavaju ili odstupaju od tih smjernica kada je potrebno, kako bi osigurale pravedno i ispravno određivanje prioriteta (2).

1.3.2.4. Indeks ozbiljnosti hitnog slučaja (ESI)

Indeks ozbiljnosti hitnog slučaja (ESI) je trijažni algoritam s pet razina, razvijen u Sjedinjenim Američkim Državama krajem 90-ih godina. Prioritet liječenja određuje se na temelju ozbiljnosti pacijentovog stanja i predviđene potrebe za bolničkim resursima (16). Medicinska sestra procjenjuje pacijentov izgled, ponašanje pri dolasku i vitalne funkcije, pri čemu je ključno pitanje: "Je li pacijent životno ugrožen, odnosno umire li?". Razlikovanje između prve i druge razine ovisi o iskustvu medicinske sestre, koja procjenjuje nalazi li se pacijent u situaciji visokog rizika. Razine tri, četiri i pet određuju se prema očekivanim potrebama pacijenta za bolničkim resursima, poput laboratorijskih testova, elektrokardiograma, radiografskih slika, parenteralnih i inhalacijskih lijekova, konzultacija te medicinskih zahvata (2).



Slika 4. Prikaz indeksa ozbiljnosti hitnog slučaja (izvor:

https://media.emscimprovement.center/documents/ESI_Handbook2125.pdf)

U ESI sustavu, pacijentima s akutnim psihijatrijskim stanjima dodjeljuje se razina dva te zahtijevaju hitno liječenje, kao i oni s jakim boli u visoko rizičnim situacijama. ESI sustav pokazuje visoku valjanost i pouzdanost, posebno u osjetljivim skupinama poput djece i starijih osoba. Njegova primjena donosi prednosti kako za medicinske sestre tako i za administratore, omogućujući poboljšanu međusobnu komunikaciju, jednostavan pregled dostupnih bolničkih resursa te donošenje odluka o preusmjeravanju pacijenata. Sve u svemu, ESI sustav unapređuje kvalitetu procjene, komunikaciju i učinkovito korištenje bolničkih resursa (15).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je detaljno prikazati ulogu i važnost medicinske sestre u procesu trijaže u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, s naglaskom na njezinu odgovornost u brzom i preciznom procjenjivanju stanja pacijenata, donošenju kritičnih odluka u situacijama visokog pritiska, te osiguravanju optimalne raspodjele resursa kako bi se osigurao pravovremeni medicinski odgovor i poboljšali ishodi liječenja.

3. RASPRAVA

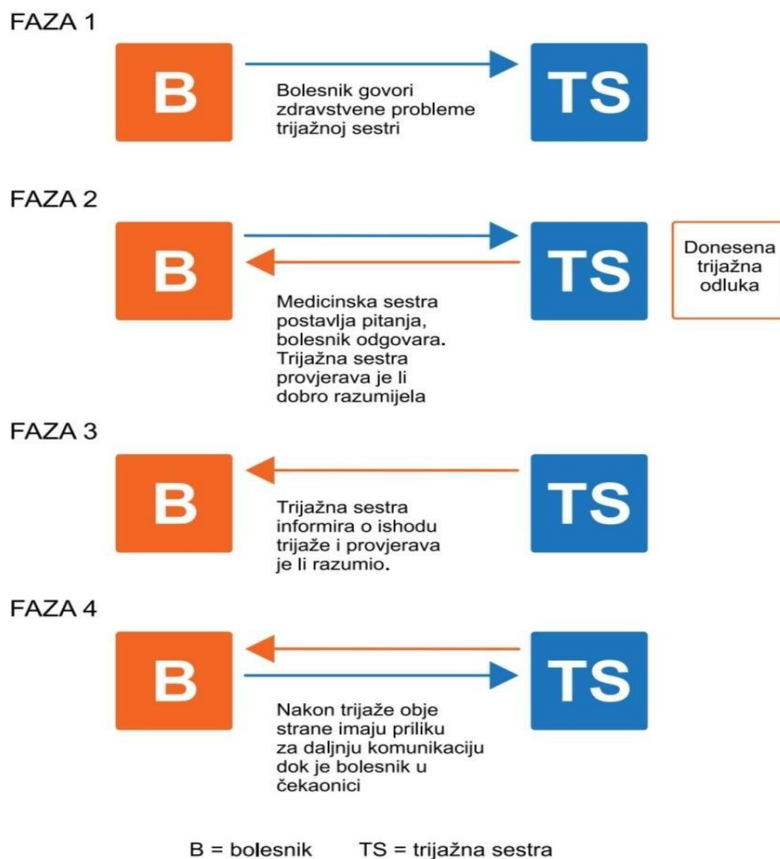
3.1. Medicinska sestra/tehničar u trijaži

Medicinska sestra u trijaži ima presudnu ulogu u pružanju pravovremene i kvalitetne skrbi pacijentima (4). Član je multidisciplinarnog tima u kojem s liječnicima i ostalim zdravstvenim osobljem sudjeluje u zbrinjavanju i liječenju bolesnika (17). Trijaža može biti zahtjevna za pojedine medicinske sestre stoga da bi uspješno obavljale svoj posao, medicinske sestre moraju posjedovati raznovrsne kliničke vještine i znanja (4). Ova uloga zahtijeva sposobnost brzog kliničkog razmišljanja, procjene situacije i donošenja pravovremenih odluka (3). Procjena pacijenata podrazumijeva analiziranje simptoma i vitalnih znakova uz korištenje strukturiranih protokola i smjernica za određivanje hitnosti. Klasificira pacijente prema hitnosti njihovog stanja koristeći standardizirane trijažne sustave te osigurava da najhitniji pacijenti dobiju skrb u što kraćem vremenu. U koordinaciji i komunikaciji surađuje s drugim članovima zdravstvenog tima, uključujući liječnike i drugo medicinsko osoblje te komunicira s pacijentima i njihovom pratnjom, pružajući im potrebne informacije i smjernice. Bitno je da redovito sudjeluje u edukacijama i tečajevima kako bi održavala i unapređivala svoje znanje i vještine te da prati novosti i promjene u području hitne medicine i trijaže (2). U slučaju promjene stanja pacijenta, brzo reagira i prilagođava trijažnu kategoriju. Provodi intenzivan nadzor nad pacijentima koji su smješteni u opservaciju, mjeri vitalne parametre i monitorira ih. Najbitnije je na kraju da se svi postupci i intervencije provedeni na pacijentima dokumentiraju u sestrinsku dokumentaciju (4).

3.2. Komunikacijske vještine trijažne sestre

Komunikacija podrazumijeva prijenos informacija, ideja i osjećaja, bilo verbalno ili neverbalno (18). Jedna od ključnih vještina trijažne sestre je komunikacija, koja joj omogućuje preciznu, brzu i učinkovitu procjenu pacijenata. Učinkovita komunikacija potrebna je za prikupljanje važnih anamnestičkih podataka od bolesnika ili heteroanamnestičkih podataka od pratnje, djelatnika hitnih službi, policije ili drugih osoba. Pacijent koji dolazi na hitni prijem obično je pod stresom, stoga prvi susret treba biti profesionalan i susretljiv kako bi se stvorila prijateljska atmosfera za adekvatnu procjenu (3). Komunikacija je dinamičan proces koji može biti otežan uz neke bolesnikove karakteristike ili kliničko stanje (poremećaj svijesti), a u tom slučaju se vještinama

procjene fizičkog stanja bolesnika dolazi do odgovarajućih odgovora te se na temelju toga procjenjuje glavna tegoba (4). Uzimanje podataka od trećih osoba može pridonijeti boljoj procjeni, ali može doprinijeti i nekim krivim podacima stoga treba biti pažljiv i iskoristiti samo one podatke bitne za procjenu problema i hitnosti (3). Interpersonalna komunikacija odnosi se na razmjenu informacija između dviju osoba i ima ključnu ulogu u procesu trijaže (3). Ova vrsta komunikacije obuhvaća aktivno slušanje, jasno izražavanje, postavljanje pitanja, pružanje povratne informacije te izgradnju odnosa s drugom osobom (19). Tijekom trijažnog postupka, trijažna sestra mora biti svjesna vlastitog ponašanja i reakcija u komunikaciji, pažljivo slušati sugovornika i pravilno tumačiti poruke kako bi osigurala točnu i učinkovitu procjenu pacijenata. Također, mora biti svjesna da okolina može značajno utjecati na komunikacijski proces i nikada ne smije zanemariti taj faktor (3).



Slika 5. Faze komunikacije u trijažnom procesu (izvor:

https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

3.2.1. *Faktori koji utječu na uspješnu komunikaciju*

Fizičko okruženje podrazumijeva sve smetnje koje se nalaze u okolini komunikacije, te je trijažna sestra primorana osigurati privatnost i ugodu bolesniku za što bolje razumijevanje njegovih problema te samu procjenu hitnosti (3). Na komunikaciju može utjecati i neverbalno ponašanje poput govora tijela, izraz lica, mimika, ton glasa i drugo (4). Upotreba žargona, bilo medicinskog ili uličnog, može dovesti do nerazumijevanja kod pacijenata. Iako razlike u spolu, dobi, vjeri, nacionalnosti i društveno-ekonomskom statusu ne bi smjele utjecati na kvalitetu komunikacije, važno je biti svjestan tih razlika i težiti profesionalnom odnosu sa svim pacijentima (19). Kada su u pitanju privatni zdravstveni problemi, pacijenti mogu osjećati sram ili tjeskobu, što može ometati njihovu sposobnost da precizno odgovore na postavljena pitanja, stoga je ključno osigurati privatnost (3). Pacijenti dolaze na hitni bolnički prijem s određenim očekivanjima koja ovise o njihovim simptomima i ranijim iskustvima. Uloga trijažne sestre je poznavati trijažno okruženje, kao i stavove i ponašanja ostalog osoblja, kako bi pozitivno utjecala na iskustvo pacijenata. Trijažne sestre i pacijenti mogu različito reagirati na stres i nervozu, što može otežati jasnu komunikaciju, pa je od ključne važnosti ostati smiren i održavati učinkovitu komunikaciju u takvim situacijama (4). Osim verbalne komunikacije, za uspješnu komunikaciju bitni su aktivno slušanje, asertivnost i neverbalna komunikacija (20). Aktivno slušanje uključuje gledanje sugovornika u oči, parafraziranje, postavljanje pitanja i izbjegavanje prekidanja (3). Asertivnost podrazumijeva izražavanje misli i osjećaja bez agresije, s poštovanjem prema sugovorniku (4). Neverbalna komunikacija obuhvaća geste, mimiku, držanje tijela i druge načine izražavanja emocija i stavova (20). Sukobe treba rješavati profesionalno koristeći aktivno slušanje, asertivnost, empatiju i nenasilne metode (19).

3.3. *Trijaža odraslih osoba*

Fiziološki i psihološki poremećaji, kao i starost iznad 65 godina, predstavljaju značajne rizike koji mogu utjecati na ishod liječenja pacijenata. Dokazano je da brza intervencija kod kliničkih poremećaja smanjuje ozbiljnost bolesti, smrtnost i invaliditet kod pacijenata s kritičnim stanjima ili ozljedama (4). Klinički parametri definirani Australско-azijskom trijažnom ljestvicom (ATS) postali su ključni za procjenu stanja pacijenata. Primarni pregled koristi se za prepoznavanje i ispravljanje po život opasnih stanja tijekom trijaže, a medicinske sestre moraju pažljivo promatrati

i slušati pacijenta kako bi prikupile potrebne fiziološke parametre. Pravovremena medicinska skrb i liječenje pacijenata s visokom trijažnom kategorijom trebaju biti prioritet u hitnom bolničkom prijemu, pri čemu je ključno uzeti u obzir rizične faktore koji mogu utjecati na razvoj bolesti ili ozljeda. Opći izgled i ponašanje pacijenta pri dolasku mogu pružiti dragocjene informacije o njihovom fiziološkom i psihološkom stanju. Fiziološki pokazatelji poput dišnih puteva, disanja, cirkulacije i tjelesne temperature su ključni za procjenu trijaže, uzimajući u obzir i dodatne faktore rizika (3). Proces trijaže sastoji se od tri faze:

1. Procjena na temelju dokumentacije – koja predstavlja analizu ozljeda ili bolesti preko dokumentacije koju imamo ili koju je pacijent donio.
2. Brza vizualna procjena - uključuje procjenu općeg stanja pacijenta, znakove šoka, akutnog krvarenja, boje kože, prisutnosti prisilnog položaja, pokretljivosti i grimasa od boli
3. Kratka anamneza – omogućuje saznavanje dodatnih informacija o stanju pacijenta postavljanjem nekoliko pitanja

Čimbenici koji mogu otežati proces trijaže uključuju fizičke uvjete okoline, vremenska ograničenja, korištenje stručne terminologije, neverbalnu komunikaciju, kulturne razlike, uzroke zdravstvenih problema, očekivanja i pretpostavke, te emocionalne reakcije pacijenata i medicinskog osoblja (19). Uloga medicinske sestre u trijažnom procesu obuhvaća pravilno pozdravljanje pacijenata i njihovih obitelji, procjenu općeg stanja pacijenata, dokumentiranje tih procjena, razvrstavanje pacijenata prema hitnosti, praćenje reakcija obitelji i objašnjavanje smjernica i postupaka pacijentima. Tijekom trijaže, medicinske sestre i tehničari primjenjuju ABCDE pristup (2).

3.3.1. ABCDE pristup

- A. Dišni put (engl. *airway*): Procjena dišnog puta uključuje provjeru prohodnosti dišnih puteva, uzimajući u obzir moguće ozljede vratne kralježnice. Pacijentima s potpuno ili djelomično zatvorenim dišnim putevima dodjeljuje se trijažna kategorija 1. U takvim slučajevima, trijažni postupak se privremeno obustavlja kako bi se odmah pristupilo osiguravanju dišnog puta (3).
- B. Disanje (engl. *breathing*): Procjena disanja uključuje analizu načina i kvalitete pacijentova disanja. Ova procjena obuhvaća mjerenje brzine disanja, razine zasićenosti krvi kisikom i

promatranje koristili pacijent pomoćne dišne mišiće. Pacijenti s poteškoćama u disanju svrstavaju se u višu trijažnu kategoriju (3).

C. Cirkulacija (engl. *circulation*): Procjena cirkulacije obuhvaća mjerenje brzine otkucaja srca, karakteristike pulsa, kapilarne punjenja, krvnog tlaka, te uvid u izgled i boju kože, kao i palpaciju perifernih pulsa. Na temelju ovih indikatora, pacijenti se razvrstavaju u odgovarajuće trijažne kategorije (3).

D. Stanje svijesti (engl. *disability*): Procjena stanja svijesti može se provesti pomoću AVPU skale (Tablica 2.) ili Glasgow koma ljestvice (GKS) (Tablica 3.). AVPU skala označava različite razine svijesti: "A" označava da je pacijent budan, "V" da reagira na verbalne podražaje, "P" da odgovara na bolne podražaje, dok "U" znači da pacijent ne pokazuje nikakvu reakciju. Pacijenti s narušenim stanjem svijesti dodjeljuju se u više trijažne kategorije. GKS je mjerni alat za procjenu svijesti i neurološkog stanja pacijenta, koji obuhvaća tri aspekta: očni odgovor, verbalni odgovor i motorički odgovor. Ukupan rezultat GKS-a može se kretati od 3 (teška koma) do 15 (normalno stanje svijesti) (3).

Tablica 2. AVPU skala

(izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html)

A - ALERT	pacijent je pri svijesti, budan, priča
V - VOICE	pacijent reagira na glasno dozivanje
P - PAIN	pacijent reagira na bolni podražaj
U - UNRESPONSIVE	pacijent ne reagira

Tablica 3. Glasgow koma skala

(izvor: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html)

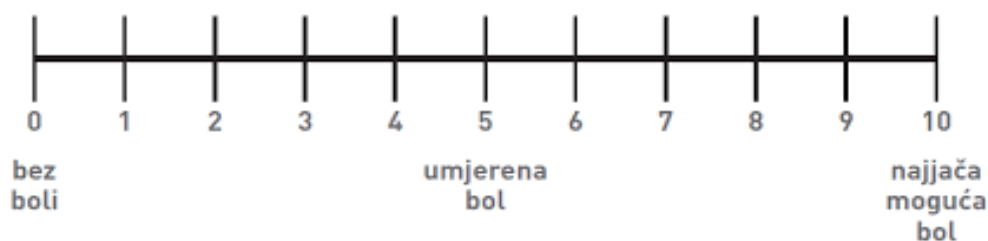
REAKCIJA	OPIS	SAT							
Otvaranje Očiju	4 spontano								
	3 na govor								
	2 na bolni podražaj								
	1 ne otvara oči								
Najbolja verbalna reakcija	5 orijentiran								
	4 smeten								
	3 neprikladno								
	2 nerazumljivo								
	1 ne odgovara								
Najbolja motorna reakcija	6 izvršava naloge								
	5 lokalizira bol								
	4 fleksija na bolni podražaj								
	3 abnormalna fleksija na bol								
	2 ekstenzija na bolni podražaj								
	1 ne reagira								

E. Izloženost (engl. *exposure*): Za dodatni pregled, pacijenta je potrebno razodjenuti s tim da se pripazi na njegovo dostojanstvo i privatnost. Izmjerite tjelesnu temperaturu i napraviti neke fiziološke testove za ozljede ili bolesti (3).

3.3.2. Procjena boli

Bol je jedan od najčešćih razloga zbog kojih pacijenti traže hitnu medicinsku pomoć. Procjena boli je ključna za pružanje odgovarajuće i pravovremene skrbi onima koji je doživljavaju. Kako je bol subjektivni doživljaj, njegova procjena se provodi kroz razgovor s pacijentom i upotrebu različitih metoda i skala za mjerenje njenog intenziteta. U procesu trijaže, fokus nije na mjerenju intenziteta

bola, već na određivanju hitnosti stanja pacijenta (4). Tijekom trijaže, medicinske sestre ili tehničari ocjenjuju intenzitet, lokalizaciju i vrijeme kada je bol započela. Također, bitno je promatrati pacijentov govor tijela, izraz lica, ritam i karakteristike disanja, kao i brzinu srčanih otkucaja. Procjena boli uključuje kombinaciju pacijentovih subjektivnih izvještaja, kliničkih zapažanja, anamneze, fizičkog pregleda i drugih relevantnih faktora. Za precizno određivanje hitnosti koriste se jednodimenzionalne i multidimenzionalne skale (3). Među jednodimenzionalnim skalama, najkorištenija je vizualno-analogni skala (VAS), ali se koriste i numerička bodovna ljestvica (NRS) i verbalna bodovna ljestvica (VRS). Sličnog su načina korištenja samo se razlikuju u izgledu. VAS skala se sastoji od crte duge 10 centimetara na kojoj pacijent označava intenzitet svoje boli, a rezultat se očitava s druge strane crte. Na ovoj skali, 0 označava izostanak bola, dok 10 predstavlja najteži mogući bol (19).



Slika 6. VAS skala (izvor: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:435124>)

Od multidimenzionalnih skala, OPQRST tehnika (Tablica 4.) je popularna i obuhvaća seriju pitanja organiziranih u specifične kategorije. Procjena boli može biti osobito zahtjevna kod pacijenata s intelektualnim teškoćama, kulturnim razlikama ili djece. U takvim slučajevima, koristi se skala koja je prilagođena sposobnostima pacijenta. Za djecu stariju od tri godine često se koristi Wong-Baker skala lica (Slika 7.), koja omogućava djetetu da odabere lice koje najbolje odgovara intenzitetu njegove boli (19).

Tablica 4. OPQRST tehnika

(izvor: https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

O	„Onset“ - kad se pojavila bol	Što je bolesnik radio prilikom pojave bolova, jesu li bolovi stalni ili povremeni, koliko često se javljaju?
P	„Provokes / Palliates“ - što je uzrokovalo bol	Što pojačava bolove ili smanjuje bolove (držanje tijela, određeni pokreti ili analgetici)?
Q	„Quality“ - opis boli	Opis bolova, je li bol oštra i lokalizirana ili tupa (stezanje) i difuzna. To je pomoć pri razlikovanju visceralne i muskuloskeletne boli.
R	„Radiation“ - regija i širenje boli	Širi li se bol ili ne?
S	„Severity“ - jačina boli	Primjena odgovarajuće ljestvice
T	„Time“ - „Kada je počela bol i što ste radili prije toga?“	Koliko dugo traju bolovi i je li do sad bilo takvih bolova?



Slika 7. Wong-Baker ljestvica lica. (izvor:

https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

3.4. Trijaža pedijatrijskih bolesnika

Trijaža u pedijatriji predstavlja poseban izazov zbog fizioloških, psiholoških i razvojnih razlika između djece i odraslih. Djeca, posebno dojenčad, imaju sposobnost fiziološke kompenzacije koja

može otežati prepoznavanje ozbiljnih stanja. Zbog toga trijaža mora uzeti u obzir anatomske, fiziološke i psihološke karakteristike koje se mijenjaju s dobi djeteta (3). Simptomi ozbiljnih bolesti često nisu odmah vidljivi, što dodatno komplicira procjenu. Komuniciranje s malom djecom može predstavljati izazov, stoga je važno pružiti posebnu pažnju i empatiju (19). Anamneza se često temelji na informacijama roditelja ili skrbnika, koji mogu biti u stanju stresa, što treba uzeti u obzir. Djeca pod stresom ili u boli mogu pokazivati regresivno ponašanje, što predstavlja dodatni izazov (4). Privatnost mladih također je važna; oni mogu preferirati razgovor o zdravstvenim problemima bez prisutnosti roditelja. Glavni znakovi ozbiljnih problema kod dojenčadi uključuju smanjen unos hrane, poteškoće s disanjem, manje od četiri mokre pelene u toku 24 sata, smanjenu aktivnost, povećanu pospanost, bljedilo i povišenu temperaturu. Trijaža započinje promatranjem općeg izgleda djeteta i preporučuje se prisutnost roditelja kako bi se dijete smirilo i olakšao pregled (2).

3.5. Trijaža psihijatrijskih bolesnika

Hitna stanja u psihijatriji zahtijevaju brzu intervenciju zbog promjena u misaonim sadržajima, emocionalnim stanjima i interakciji s okolinom, što može uključivati uznemirenost, prijetnje i agresivnost (2). Ova stanja predstavljaju ozbiljnu opasnost i mogu dovesti do značajnih disfunkcija i smanjene funkcionalnosti. Pravovremeno liječenje je ključno za očuvanje stabilnosti i sprječavanje komplikacija. Procjena hitnosti obuhvaća prikupljanje točnih informacija i primjenu odgovarajuće ATS kategorije, s naglaskom na rizik od samoozljeđivanja ili ozljeđivanja drugih. Pacijenti mogu stići putem policije, hitne medicinske službe, socijalnih radnika, obitelji ili sami (4). Primarni pregled treba biti otvoren i neosuđujući, usmjeren na određivanje hitnosti i potreba za liječenjem, a ne na dijagnozu. Trijaža se često suočava s problemima poput psihičkih bolesti, pokušaja samoubojstva, tjeskobe, akutnih kriza, te poremećaja uzrokovanih drogama, alkoholom ili fizičkim simptomima. Sigurnost svih uključenih uvijek treba biti prioritet, a pogoršanje ponašanja zahtijeva hitnu intervenciju. Za procjenu psihičkog statusa i utvrđivanje hitnosti, trijažna sestra primjenjuje strukturirani pristup označen skraćenicom ABCSTAMP (Tablica 5.) (3). U procjeni mentalnog zdravlja, trijažna sestra treba razmotriti nekoliko čimbenika. Demencija kod starijih osoba uključuje gubitak pamćenja, smetenost i promjene osobnosti. Delirij, reverzibilno stanje, karakterizira fluktuacija svijesti i halucinacije (4). Kod mladih, depresija je čest problem i

rizični faktor za suicidalno ponašanje, uz simptome poput osjećaja bezvrijednosti, tuge i razdražljivosti, što može utjecati na obrazovni i profesionalni put (3).

Tablica 5. ABCSTAMP (izvor: https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

A	izgled (engl. <i>appearance</i>)	Kako bolesnik izgleda?
B	ponašanje (engl. <i>behaviour</i>)	Kako se bolesnik ponaša?
C	kognitivni status (engl. <i>cognition</i>)	Je li bolesnik orijentiran? Može li se sjetiti neposredne prošlosti? Je li sposoban prosuđivati?
S	govor (engl. <i>speech</i>)	Kako govori bolesnik?
T	mišljenje (engl. <i>thought</i>)	Kako se bolesnik izražava? Kakav je obrazac mišljenja? O čemu bolesnik razmišlja?
A	afekt (engl. <i>affect</i>)	Što se primjećuje na emocionalnom planu?
M	raspoloženje (engl. <i>mood</i>)	Kako bolesnik opisuje svoje emocionalno stanje?
P	percepcija (engl. <i>perceptions</i>)	Da li bolesnik doživljava kakve obmane osjetila?

3.6. Trijaža trudnica

Trudnice dolaze u OHBP zbog problema vezanih uz trudnoću ili drugih ginekoloških stanja, koja mogu biti povezana ili nepovezana s trudnoćom. Trudnoća uzrokuje značajne promjene na tjelesnom, hormonskom, emocionalnom, energetsom i duhovnom planu, što je važno razumjeti tijekom početne procjene. Trijažna sestra treba biti upoznata s tim promjenama kako bi ispravno odredila prioritet i potrebu za hitnim intervencijama (3). Procjena trudnica i ginekoloških bolesnica slijedi trijažnu shemu za odrasle pacijente, ali zahtijeva dodatno znanje o trudnoći i njenim specifičnostima. Trudnoća donosi fiziološke i anatomske izazove, uključujući promjene u dišnom, kardiovaskularnom i hematološkom sustavu. Tokom trudnoće, dišni putevi mogu biti otežani zbog rasta ploda i pomaka dijafragme, što može otežati intubaciju. Trudnice često doživljavaju osjećaj nedostatka zraka i blagi pad krvnog tlaka, dok se volumen krvi i srčani rad povećavaju kako bi se osigurala adekvatna opskrba fetusa (4). Trijažna sestra ima 3-5 minuta za procjenu trudnice,

uzimajući u obzir vitalne znakove, simptome i specifičnosti trudnoće. Ključno je prepoznati hitna stanja koja zahtijevaju brzu medicinsku intervenciju, poput akutnog krvarenja, preeklampsije, preranog puknuća plodovih ovoja, apendicitisa, pankreatitisa, kolecistitisa, gestoze, opstruktivskog ileusa i mentalnih poremećaja. Pravilan pristup u trijaži ključan je za sigurnost trudnice i fetusa (3).

3.7. Trijaža u masovnim nesrećama

Medicinsko osoblje obučava se za sve faze odgovora na masovne nesreće, od prvog dojavljivanja do zbrinjavanja (3). Masovne nesreće klasificiraju se u četiri razine:

- **RAZINA I:** Sve žrtve mogu biti zbrinute uz pravilnu organizaciju i mobilizaciju osoblja.
- **RAZINA II:** Neke žrtve ne mogu biti zbrinute unatoč pravilnoj organizaciji.
- **RAZINA III:** Medicinska infrastruktura je oštećena i sve žrtve ne mogu biti zbrinute unatoč organizaciji.
- **RAZINA IV:** Potrebna je međunarodna pomoć zbog opsega incidenta (3).

U Europskoj uniji, organizacija medicinske službe za masovne nesreće nije uniformna, ali osnovni principi primjenjuju se na operativnom, taktičkom i strateškom nivou. Izvanbolnička hitna medicinska služba uključuje organizaciju timova, procjenu stanja i izvještavanje kriznog stožera (2). Trijaža se provodi prema shemi S.T.A.R.T. ili Sieve, s bojama za označavanje pacijenata:

- **CRVENI:** Život u neposrednoj opasnosti, hitno zbrinjavanje.
- **ŽUTI:** Život nije neposredno ugrožen, intervencija unutar 2-4 sata.
- **ZELENI:** Manje ozbiljne ozljede, kasnija intervencija.
- **PLAVI:** Opsežne ozljede, čekanje na resurse.
- **CRNI:** Preminuli (3).

Primarna trijaža koristi fiziološke parametre i procjenu svijesti, dok sekundarna trijaža (Triage SORT) omogućuje precizniju procjenu. Obavijesti o nesreći najčešće dolaze putem telefona ili radija iz Centra 112, a voditelj smjene koristi METHANE sustav (Tablica 8.) za prikupljanje informacija (4).

Tablica 6. METHANE sustav

(izvor: https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

M	poruka (engl. <i>message</i>)
E	lokacija nesreće (engl. <i>exact location</i>)
T	tip nesreće i što je uzrok (engl. <i>type of incident</i>)
H	utvrđena/moguća/potvrđena opasnost od kemijskih, bioloških, radijacijskih tvari (engl. <i>hazards</i>)
A	sigurni putevi dolaska/odlaska (engl. <i>access</i>)
N	procijenjeni broj žrtava (engl. <i>number</i>)
E	hitne službe (engl. <i>emergency services</i>)

Nakon primitka obavijesti o nesreći, bolnica mora u roku od 15 minuta izvijestiti krizni stožer o dostupnim kapacitetima, operacijskim timovima i respiratorima (4). Trijažu unesrećenih u bolnici provodi stručna osoba, a ona uključuje ponovnu procjenu kako bi se prioritizirale ozljede i određivala hitnost liječenja (19).

3.8. Sestrinska dokumentacija u trijaži

Sestrinska dokumentacija u hitnom prijemu ima ključnu ulogu jer omogućuje praćenje promjena pacijentovog stanja. Osigurava kontinuitet skrbi pri smjeni osoblja ili premještanju pacijenta na drugi odjel, a također služi kao pravni dokument prilikom pravnih problema ili pritužbi. Dokumentacija olakšava komunikaciju između članova medicinskog tima, omogućuje planiranje i evaluaciju njege, prepoznavanje pacijentovih potreba i postavljanje ciljeva za liječenje. Točna i ažurirana dokumentacija smanjuje rizik od pogrešaka, a može se koristiti kao izvor podataka za edukaciju medicinskog osoblja i provođenje istraživanja koja unapređuju medicinsku praksu i poboljšavaju ishode liječenja. Pomaže u prikupljanju podataka za statistička izvješća i analize. (3). Informirani pristanak je dokument u kojem bolesnici samovoljno svojim vlastoručnim potpisom odlučuju o prihvaćanju ili odbijanju tretmana. Pristanak može biti impliciran, verbalni ili pismeni, ovisno o situaciji i vrsti postupka. U slučaju sumnje na zlostavljanje, bilo djece ili ranjivih odraslih osoba, trijažna sestra je dužna obavijestiti nadležne institucije i slijediti relevantne protokole, dok mora poznavati procedure za prikupljanje forenzičkih dokaza i surađivati s policijom u

slučajevima potencijalnih kaznenih djela. Prikupljanje uzoraka i suradnja s nadležnim tijelima trebaju biti u skladu s procedurama ustanove (3). Obrazac sestrinske dokumentacije (Slika 9.) u hitnom prijemu sadrži osnovne podatke, ime liječnika i šifra dijagnoze, vrijeme i razlog dolaska, mehanizam ozljede, neurovaskularnu, subjektivnu i objektivnu procjenu. U obrascu se bilježe rizični faktori i ostale napomene, trijažna kategorija, smještaj bolesnika na odjel, razlog i vrijeme ponovne trijaže te upućivanje u druge ustanove, a na kraju potpis trijažne sestre.

USTANOVA
Objedinjeni hitni bolnički prijam

Br. protokola		Datum	
---------------	--	-------	--

OBRAZAC TRIJAŽE

Prezime i ime		Datum rođenja		Adresa			
TRIAŽA							
Vrijeme dolaska		Upućen od		MKB			
Razlog dolaska							
Mehanizam ozljede							
Neurovaskularna procjena							
SUBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA							
OBJEKTIVNA PROCJENA PACIJENTA							
RR	Puls	Respiracije	SpO ₂	Bol	AVPU/GKS	Temperatura	GUK
Rizični faktori							
Ostale napomene (dokumentacija, venski put, primopredaja pacijenta, th, dg.)							
Trijažna kategorija	Akutni dio		Subakutni dio		Trauma		
Retrijaža (razlog, vrijeme)							
RR	Puls	Respiracije	SpO ₂	Bol	AVPU/GKS	Temperatura	GUK
Trijažna kategorija	Akutni dio		Subakutni dio		Trauma		
Pacijent se upućuje - u primarnu zdravstvenu zaštitu (obiteljskom/dentalnom doktoru medicine) - u izvanbolničku hitnu medicinu		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA					
Vrijeme upućivanja		<input type="checkbox"/> sati <input type="checkbox"/> minuta					
Konzultacija liječnika u OHBP-u		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA Ako da, potreban je potpis dr.med. _____					
Potpis medicinske sestre/tehničara trijaže:							

Slika 8. Obrazac trijaže (izvor: https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijaza.pdf)

Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (NN 79/11), sestrinska lista obuhvaća prikupljanje sestrinske anamneze. Nakon što se prikupi anamneza, fizički pregled i sestrinske dijagnoze detaljno opisuju stanje pacijenta. Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije uključuje svakodnevno bilježenje objektivnih i subjektivnih znakova pacijenta.

Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci zahtijevaju detaljnu evidenciju datuma ordinacije, planiranja i izvođenja postupaka, uključujući bilježenje svih promjena i događaja. Kontinuirano praćenje stanja pacijenta (eng. decursus) bilježi sve promjene u pacijentovom stanju, a ove informacije su ključne za provedbu plana zdravstvene njege. Popis provedenih sestrinskih postupaka uključuje sve aktivnosti prema planu njege. Pored toga, sestrinska evidencija obuhvaća zapisivanje propisane i primijenjene terapije, praćenje unosa i izlučivanja tekućine, procjenu bola, evidenciju dekubitusa, nadzor rizičnih postupaka i izvještaje o incidentima. Otpusno pismo zdravstvene njege izdaje se pacijentima kojima je potrebna daljnja njega, uz primjerak za nastavak njege i dokumentaciju (21).

3.9. Važnost medicinske sestre u OHBP-u

Opterećenost ima utjecaja na kliničke ishode i sigurnost pacijenata, a zahtjeva uvježbano i educirano osoblje i odličnu organizaciju hitnog prijema. Veliku opterećenost u hitnim prijemima prikazuju brojna istraživanja. Edukacija medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj je standardizirana, provodi ju Zavod za hitnu medicinu, pravilnikom o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara – medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći (NN 75/2010) propisano je da trijažu mogu provoditi medicinske sestre koje su završile specijalističko usavršavanje iz hitne medicinske pomoći. Uz to moraju imati praktično iskustvo u radu na hitnom prijemu i poznavati trijažne protokole i sposobnosti brzog i preciznog donošenja odluka u stresnim situacijama (22). Podaci o trijaži u OHBP Zadar za 2017. godinu prikazuju da je ukupan broj pacijenata iznosio 46,616 pacijenata. Ljetni period donosi dvostruko više pacijenata, što opterećuje sustav zbog nepromijenjenog broja osoblja. Preporučuje se poboljšanje organizacijskog sustava kako bi se zadovoljile kliničke potrebe i smanjilo vrijeme čekanja (23). Prema studiji Vico i dr. (2013.), u Centru za hitnu medicinu Sušak Kliničkog bolničkog centra Rijeka prije 2012. godine došlo je do porasta broja pacijenata, što je rezultiralo preopterećenjem hitnog prijema zbog velikog broja ne hitnih slučajeva koji su se mogli zbrinuti kod liječnika obiteljske medicine. Od srpnja 2012. godine provodi se trijaža prema Australско-azijskoj trijažnoj ljestvici, dovodi do bolje trijaže pacijenata uostalom i do bolje dijagnostike i liječenja (24). Studija o trijaži u hitnim službama pokazuje da je jako bitna točnost odluka medicinskih sestara jer utječe na vrijeme čekanja. Povećan broj pacijenata značajno utječe na točnost trijaže, koja je manja u večernjim smjenama s velikim brojem pacijenata u usporedbi s noćnim smjenama. Preporučuje se da medicinske sestre početnice

ne rade u smjenama s velikom gustoćom pacijenata i da rade uz iskusnije kolege te da se poveća broj trijažnih sestara kako bi se smanjilo opterećenje tijekom intenzivnih smjena (25). Iskustvo i edukacija ključni su faktori u donošenju odluka medicinskih sestara, posebno u hitnim prijemima. Iskustvo omogućava sestrama da bolje prepoznaju kritična stanja i pravovremeno reagiraju, dok edukacija osigurava da su upoznate s najnovijim protokolima i praksama. Kroz kontinuirano obrazovanje, medicinske sestre usvajaju napredne vještine trijaže i upravljanja hitnim slučajevima, što poboljšava kvalitetu skrbi i učinkovitost odlučivanja (3). Medicinske sestre suočavaju se s visokim stresom, dugotrajnim smjenama i emocionalnim teretom što može dovesti do *"burnout"*-a, i učestalih otkaza (2). Često se suočavaju s nasiljem pacijenata ili njihove rodbine, što stvara dodatni stres i može negativno utjecati na sigurnost i kvalitetu rada (19).

4. ZAKLJUČAK

Trijaža je ključan proces procjenjivanja svih bolesnika po dolasku u hitni bolnički prijem, uzimajući u obzir glavnu tegobu, kao i objektivne kliničke pokazatelje. Medicinska sestra ima središnju ulogu u ovom procesu, posjedovanje specifičnih kliničkih znanja i vještina ima značajan utjecaj u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi. Primarna odgovornost medicinske sestre u trijaži je procjena stupnja hitnosti stanja pacijenata, analiza izmjerenih vitalnih znakove, simptoma i znakova bolesti, kao i analiza medicinske povijesti bolesti kako bi donijela trijažnu odluku.

Za medicinske sestre/tehničare važna je kontinuirana edukacija i cjeloživotno usavršavanje kroz stjecanje teorijskih znanja ali i praktičnih vježbi i treninga vještina za usvajanje novih znanja i razvoj brzih procjena i odlučivanja, kao i simulacije realnih kliničkih situacija. Također, važno je osposobljavanje iz područja komunikacijskih vještina i načina u pružanju emocionalne podrške pacijentima i njihovim obiteljima u iznimno teškim situacijama, ali i zaštite mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika u hitnim prijemima.

Točnost trijažnih odluka koje donose medicinske sestre/tehničari ima utjecaj na sigurnost pacijenata u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu i na njihove kliničke ishode, kroz osiguranje nužnih i pravovremenih terapijskih intervencija, liječničkog pregleda i dijagnostičkih procedura.

5. LITERATURA

1. Health direct, Hospital emergency departments [Internet]. 2023. [pristupljeno 11.06.2024.] Dostupno na: <https://www.healthdirect.gov.au/hospital-emergency-departments>
2. Boras M. Specifičnosti trijaže na objedinjenom hitnom bolničkom prijemu [Završni rad]. Split: Sveučilište u Splitu; [Internet] 2023 [pristupljeno 07.06.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:293687>
3. Balija S., Friščić M., Kovaček V. Trijaža u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. Zagreb [Internet]. 2018. [pristupljeno 11.06.2024.] Dostupno na: https://www.hzhm.hr/source/projekti/kontinuirano/05_HZHM-Prirucnik_OHBP-Trijava.pdf
4. Slavetić, Gordana, Važanić, Damir i sur. Trijaža u Odjelu hitne medicine. Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu, [Internet]. 2012. [pristupljeno 08.01.2024.] Dostupno na: <https://www.hzhm.hr/source/knjige/trijaza-u-odjelu-hitne-medicine.pdf>
5. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Ann Emerg Med. [Internet]. 2007 Mar;49(3):275-81. [pristupljeno 08.01.2024.] Dostupno na: [10.1016/j.annemergmed.2006.05.019](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019)
6. Hamed Elbaih, Adel. Different Types of Triage. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. [Internet]. (2017). 26. 441-467. [pristupljeno 22.06.2024.] Dostupno na: [10.17827/akt.326944](https://doi.org/10.17827/akt.326944)
7. Truog, R. D. Triage in the ICU. The Hastings Center Report, 22(3), [Internet]. (1992). 13–17. [pristupljeno 22.06.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.2307/3563292>
8. Moskop J. C.. A moral analysis of military medicine. Military medicine, 163(2), [Internet]. (1998) 76–79. [pristupljeno 22.06.2024.] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9503896/>
9. American College of Emergency Physicians. Disaster medical services [Internet]. 2000. [pristupljeno 22.06.2024.] Dostupno na: <https://www.acep.org/siteassets/new-pdfs/policy-statements/disaster-medical-services.pdf>
10. Yancey CC, O'Rourke MC. Emergency Department Triage. StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]. 2023. [pristupljeno 22.06.2024.] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>

11. ACEM - Triage Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments [Internet]. [pristupljeno 22.06.2024.]. Dostupno na: <https://acem.org.au/Content-Sources/AdvancingEmergencyMedicine/BetterOutcomesfor-Patients/Triage>
12. CAEP. The Canadian triage and acuity scale: education manual [Internet]. 2012. [pristupljeno 23.06.2024.]. Dostupno na: https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.5_2012.pdf
13. Rolando Vásquez-Alva, Consuelo Luna-Muñoz, Cleto M. Ramos-Garay. Hospital triage in emergency services. [Review Article] Facultad de Medicina Humana. [Internet]. 2019;19(1):90-100. [pristupljeno 23.06.2024.] Dostupno na: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/1797/3503?inline=1>
14. Manchester Triage System [Internet]. [pristupljeno 23.06.2024.] Dostupno na: [Početna stranica | MTS \(triagenet.net\)](#)
15. Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. Modern triage in the emergency department. Deutsches Arzteblatt international, [Internet]. (2010).107(50), 892–898. [pristupljeno 23.06.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
16. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. [Internet]. 2011. [pristupljeno 23.06.2024.] Dostupno na: https://media.emscimprovement.center/documents/ESI_Handbook2125.pdf
17. Božić Z. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju akutnih komplikacija šećerne bolesti u OHBP [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; [Internet]. 2021 [pristupljeno 23.07.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:386664>
18. Kelemenić D. Komunikacijske vještine u medicini i zdravstvu [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; [Internet]. 2016 [pristupljeno 07.07.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:265436>
19. Hamzić D. Trijaža u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; [Internet]. 2023 [pristupljeno 10.07.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:435124>

20. Bajsić I. Aktivno slušanje [Završni rad]. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli; [Internet]. 2015 [pristupljeno 28.06.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:685673>
21. Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama („Narodne novine“ broj 79/11) [Internet]. [pristupljeno 14.08.2024.] Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html
22. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara – medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći. Narodne novine, br. 150/08, 71/10 i 139/10. [Internet]. [pristupljeno 10.08.2024.] Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_03_28_582.html
23. Kurtov K. Uloga medicinske sestre pri trijaži pacijenata na objedinjenom hitnom bolničkom prijemu OB Zadar [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; [Internet]. 2018. [pristupljeno 08.01.2024.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:181472>
24. Vico M, Šverko P, Vuković Z, Protić A, Hauser G. Trijaža u hitnoj službi. Medicina Fluminensis [Internet]. 2013. [pristupljeno 08.01.2024.] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/112536>
25. Cetin, S. B., Eray, O., Cebeci, F., Coskun, M., & Gozkaya, M. Factors affecting the accuracy of nurse triage in tertiary care emergency departments. Turkish journal of emergency medicine, [Internet]. 2020. [pristupljeno 08.01.2024.] Dostupno na: <https://doi.org/10.4103/2452-2473.297462>

6. ŽIVOTOPIS

ANTONIO RONČEVIĆ 25. srpnja 2001.

Ulica Nediljka Katalinića 1, 23241 Briševo, Općina Poličnik

(+385) 99 513 1533

toni.roncevic10@gmail.com

OBRAZOVANJE

- 2021. – Odjel za zdravstvene studije, Preddiplomski studij Sestrinstvo
- 15. rujna 2016.- 15. svibnja 2021., Medicinska škola Ante Kuzmanića Zadar, Medicinska sestra/tehničar opće njege

ZNANJA I VJEŠTINE

KOMUNIKACIJSKE I JEZIČNE VJEŠTINE

- Izvrsne komunikacijske vještine
- Sklonost timskom radu
- Materinski jezik: hrvatski
- Ostali jezici: engleski

DIGITALNE VJEŠTINE

- Izvrsna primjena Microsoft Office™ alata

VOZAČKA DOZVOLA

- B razina

RADNO ISKUSTVO

- Medicinski tehničar opće njege, Zavod za hitnu medicinu [12. srpnja 2021. – 15. rujna 2021.]
- Medicinski tehničar opće njege, Zavod za hitnu medicinu [25. lipnja 2022. – 15. rujna 2022.]
- Medicinski tehničar opće njege Poliklinika Marin med [01. srpnja 2023. – 01. rujna 2023.]