



Tóth János

## Bioetika – Igazságosság – Triázs

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen készült az Európai Unió támogatásával.

Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014

## 5.3 Lecke Triázs

A triázs tömeges balesetek esetén, katasztrófa helyszínén és a kórházi sürgősségi osztályokon az emberek rangsorolására használt betegosztályozási rendszer. A francia trier („válogatni, sorba rakni”) igéből származik. A napóleoni háborúk idején bevezetett eljárás célja az volt, hogy a rang és a nemzetiség helyett a sebesülés súlyossága határozza meg a beavatkozás gyorsaságát.

### 5.3.1 Sürgősségi triázs

**Különböző vészforgatókönyvekre különböző triázisprotokol készül.** Ha van remény arra hogy minden életet megmentsenek, akkor a triázs ennek érdekében történik. Erre jó példa a magyar *sürgősségi osztályokon* kialakított gyakorlat. Ennek a rendszernek a kiépítése 2013-ban kezdődött el a kanadai rendszert alapul véve. Ennek keretében a betegek osztályozását egy erre kiképzett szakember, a *sürgősségi szakápoló* (vagy triázs ápoló) végzi. Az ő feladata az, hogy a lehető leggyorsabban felmérje egy-egy újonnan beérkező személy általános állapotát és sérülésének vagy betegségének súlyosságát. Ez az egész folyamat jellemzően körülbelül 5-10 perc alatt lezajlik. Egy szigorú szabályrendszer alapján a triázs ápoló meghatározza, hogy az illető beteg mennyire sürgős ellátást igényel, illetve hogy ellátásához milyen orvosokra, eszközökre és egyéb feltételekre lesz szüksége.

Az ötszintű magyar sürgősségi triázs rendszer kategóriái a következők:

1. szint: **Azonnali beavatkozást** igénylő betegek (pl. újraélesztést vagy lélegeztetést igénylő betegek, eszméletlen betegek stb.)
2. szint: **Kritikus állapotban** levő betegek, akik 15 percen belüli ellátást igényelnek (pl. erős fájdalommal küzdők, megváltozott tudatállapotú személyek stb.)
3. szint: **Sürgős esetek**, akikkel 30 percen belül kell foglalkozni (köztük olyan életfunkciók alapján rangsorolva, mint az életkor, a vérnyomás, a pulzus, a testhőmérséklet és a légzésszám)
4. szint: **Nem sürgős esetek**, akikkel 60 percen belül kell foglalkozni, és mindössze egy vizsgálatot vagy beavatkozást igényelnek
5. szint: **Halasztható** ellátásra váró betegek, akikkel később is lehet foglalkozni.

| CLASIFICACION TRIAGE |                  |          |                             |
|----------------------|------------------|----------|-----------------------------|
| NIVEL DE URGENCIA    | TIPO DE URGENCIA | COLOR    | TIEMPO DE ESPERA            |
| 1                    | RESUCITACION     | ROJO     | ATENCION DE FORMA INMEDIATA |
| 2                    | EMERGENCIA       | NARANJA  | 10 - 15 MINUTOS             |
| 3                    | URGENCIA         | AMARILLO | 60 MINUTOS                  |
| 4                    | URGENCIA MENOR   | VERDE    | 2 HORAS                     |
| 5                    | SIN URGENCIA     | AZUL     | 4 HORAS                     |

Triage jelzések egy mexikói sürgősségi osztályon, a beteg állapotának a súlyossága jelzi a várható várakozási időt is.

Forrás: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/3/30/Triagemexico.jpg/1280px-Triagemexico.jpg>

Először a legsúlyosabb betegeket látják el, akiknek azonnali orvosi beavatkozásra van szükségük, és csak utánuk következnek azok, akik tüneteik nem annyira súlyosak és ráérnek várni egy kicsit. A várakozási idő tehát kizárólag az illető állapotának súlyosságától függ, és nem az érkezési sorrendtől vagy attól, hogy mentő hozta-e be.

Ebbe a rendszerbe természeténél fogva bele van kódolva a várakozási idő, hiszen a betegek nem érkezési sorrendben kerülnek az orvos elé, hanem az eset súlyosságától függően. Itt még az sem számít, hogy valaki saját lábán érkezett vagy a mentő vitte be. Az egyik embert azonnal ellátják, a másoknak 4-6-12 órát is várnia kell, mire rákerül a sor.

### 5.3.2 Triázs katasztrófa helyzetekben

Esetenként kialakulhatnak olyan **katasztrófa helyzetek** (pl. háború, tömegbaleset járvány), amikor nem lehet minden beteget megmenteni. Ha nem lehet minden életet megmenteni, akkor a betegeket másképpen kell osztályozni. Ezekben az esetekben bioetikai szempontból elfogadható cél: **a lehető legtöbb emberélet megmentése, amit azt jelenti, hogy az orvosi szempontból a**

**jobban védhető életet kell előnyben részesíteni.**



Francia Triázs állomás az I. világháborúban. Forrás:  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Triage#/media/File:Wounded\\_Triage\\_France\\_WWI.jpg](https://en.wikipedia.org/wiki/Triage#/media/File:Wounded_Triage_France_WWI.jpg)

Ez az elv azt jelenti, hogy az egységnyi egészségügyi erőforrások kiosztásánál mindig a hatékonysági szempontot (azaz a megmenthető életek számát) kell figyelembe venni. Például a COVID-19 járvány idején kialakulhatnak olyan helyzetek, hogy nem jut mindenkinek lélegeztetőgép. Ekkor előnyben kell részesíteni azokat, akiknek az esetében a kezelés nagyobb valószínűséggel lesz eredményes, akiknek nagyobb esélyük van a felgyógyulásra.

A triázsoló szakember felméri az egyén állapotát („mikroallokáció”), másrészt pedig az ellátórendszer aktuális kapacitását („makroallokáció”). A kompromisszum lényege, hogy a mikroallokációt kényszerűen alá kell rendelni a makroallokációnak, az erőforrás-menedzsmentnek.

**Egy ilyen helyzetben a betegeket gyakran 1-től 8-ig terjedő skálán kapnak egy számot,** ami egy komplex számítás végeredménye, majd az alacsonyabb a triázs pontszámmal rendelkező beteget előnyben részesítik a gyógyítás során.

A triázs összpontszámot számos tényező befolyásolja. Egyrészt a beteg esélye a kórházi elbocsájtásig tartó túlélésre, objektív és validált akut élettani pontszámok; másrészt a túlélés esélye az esetleges társuló betegségek által meghatározva (alacsony túlélési esély, rossz életkilátás); harmadrészt a módosító differenciáló tényezők. Az így kiszámolt prioritási összpontszám, szükség esetében, három színkódolt prioritási kategóriára osztható: magas, közepes, alacsony prioritás.

### 5.3.3 Bioetika ajánlások COVID-19 idején

A járványos időszakban a szűkös erőforrások problémája fokozottan jelentkezik. A Magyar Orvosi Kamara (MOK) Etikai Kollégiuma ajánlásának elsődleges célja, hogy tiszta és egyértelmű elvekkel, gyakorlati útmutatásokkal csökkentse az egyes orvosokra háruló erkölcsi terheket. Ezek mellett fontos cél volt az is, hogy a társadalom láthassa: széles körben elfogadott és tudományosan megalapozott etikai és szakmai szempontok mentén történik a betegek ellátása, ami segíti azt, hogy bízzanak a kórházakban történő kríziskezelések folyamatában.

A dokumentum kilenc ajánlást fogalmaz meg.

**1. Az előnyök maximalizálása.** Az előnyök maximalizálását lehet úgy értelmezni, hogy a lehető legtöbb életet mentjük meg, vagy úgy, hogy a lehető legtöbb jövőbeli életét mentjük meg – tehát azokat, akik a kezelés után várhatóan a leghosszabb ideig élnek majd. Korlátozott erőforrások mellett a lehető legtöbb élet megmentésére prioritásként kell tekinteni.

**2. Érkezési sorrendtől független elosztás.** A koronavírus elleni kezelések sürgős helyzetben válnak szükségessé, az érkezési sorrendben történő ellátás tisztességtelen előnyben részesítené azokat, akik közelebb laknak az egészségügyi intézményekhez, illetve a szállítási problémákra bízna a rangsorolást.

**3. Azonos elveket alkalmazni a COVID-19 vírussal fertőzött és azzal nem fertőzött páciensek esetében.** Nem szabad különbséget tenni az erőforrások elosztásában a COVID-19 vírussal fertőzött páciensek és a más betegségekkel küzdők között. Ugyanis az erőforrások igazságos elosztásának szükségessége mindenkire vonatkozik, akinek szüksége van az adott erőforrásokra.

**4. Betegek bevonása, tájékoztatása.** Fontos, hogy előre megbeszéljék – minden erre képes beteggel – a betegek kívánságait a kórkép esetleges súlyosbodása, szövődmények esetére.

**5. Beteg neve, vallása, nemzetisége, rassza, szexuális beállítottsága, intelligenciakvóciense, biztosítási helyzete, anyagi helyzete, szociális kapcsolatai, kora, fogyatékkossága alapján történő hátrányos megkülönböztetés tilalma.**

**6. A társadalmi hasznosság szerinti rangsorolás tilalma.**

**7. Véletlenszerű kiválasztás (sorsolás).** Csak azonos kilátásokkal rendelkező páciensek közül kell választani.

**8. Először a gyermeket váró, állapotos nők.**

**9. Egy kezelés el nem kezdése és elkezdése és abbahagyása morális ekvivalenciája.** Egy életmentő vagy életfenntartó kezelés el nem kezdése és elkezdés utáni abbahagyása között nincs etikai különbség. kétséges esetben helyesebb a kezelést próbaképpen elkezdeni és annak sikertelensége esetén abbahagyni, mint el sem kezdeni attól féltve, hogy ha egyszer elkezdjük, már nem lehet majd abbahagyni.

(Tóth János, SZTE)

### Kérdések

1. Mit jelent a triázs fogalma?
2. Mit jelent a sürgősségi triázs?
3. A magyar sürgősségi triázs hány szintből áll?
4. Katasztrófa helyzetekben hogyan módosul a triázs?
5. Katasztrófa helyzetekben a magasabb vagy az alacsonyabb triázs pontszámmal rendelkezőket kezdik el kezelni?

### Szakirodalom

EMMI Egészségügyi Szakmai Kollégium: A sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról. 2019. február 6. Budapest.

Kapelner Zsolt: Erkölcsi dilemmák világjárvány idején: ki kapjon előbb ellátást, Anna vagy Bea? Elérhető: <https://qubit.hu/2020/03/22/erkolcsi-dilemmak-vilagjarvany-idejen-ki-kapjon-elobb-ellatast?ga=2.219527001.1138963550.1584783086-1981933932.1582399976>

Kovács József (2006): *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina Kiadó. Budapest.

Magyar Orvosi Kamara: Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID-19-pandémia idején Magyarországon. 2020. április 14.

[https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK\\_Etikai%20megfontol%C3%A1sok\\_Covid19\\_final.pdf](https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK_Etikai%20megfontol%C3%A1sok_Covid19_final.pdf)