

Triage – begränsar syftet nyttan?

Att triagera, sortera, patienter är i dag självklart i akuta sammanhang. Syftet är skapa ett översiktligt system där tidskritiska tillstånd går före icke tidskritiska tillstånd i stället för att ordna kön i den ordning som patienterna sökte vård. Dagens triagesystem skiljer sig från de första beskrivningarna av triage på 1700-talets franska slagfält.

Det finns flera olika »nivåer« av triage: den enklaste kallas sällningstriage, därefter kommer sorteringstriage och slutligen en komplexare systematisk triage. Sällningstriage innebär att man just sällar grovt med enkla principer, exempelvis huruvida personer i masskadesituationer kan gå eller inte eller som vi sällade under covid-19-pandemin baserat på om patienten var tungad och/eller hade feber [1]. De patienter som sällats ut som icke gående i masskadesituation eller som misstänkta covid-19-symtom genomgår i nästa steg en sorteringstriage där fler parametrar eller anamnes vägs in. Både sällningstriage och sorteringstriage är ofta något som tas till i stunden på grund av en uppkommen situation, medan den sista typen av triage, systematisk triage, ofta innehåller samtliga vitalparametrar och väger in både skademekanik eller presentationssätt och patientens sjukdomshistoria.

Det systematiska triagesystem som är mest använt vid Sveriges akutmottagningar är RETTS (Rapid emergency triage and treatment system) [2], som syftar till ge patienten en prioritet till att träffa läkaren, ge råd om övervakningsgrad samt initiera provtagning. Komplexa triagesystem såsom RETTS tar tid att bemästra och ersätter inte kliniskt tänkande personal. Intressant nog pekar en dansk studie på att »klinisk blick« förutsäger korttidsdödlighet bättre än systematisk triage [3].



Karin Pukk Hårenstam, docent,

bitr överläkare, ME barnakutsjukvård, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet



Therese Djärv, professor, överläkare,

akutsjukvård, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet

• therese.djarv@ki.se

Ett problem med triage är att den är designad för att användas när det är kö, det vill säga triagering tillför ringa när kön saknas, utan kan då istället medföra onödig anamnestagning, undersökning och provtagning. I värsta fall får man till och med omvänd väntan, det vill säga läkaren väntar på patienten medan sjuksköterskan triagerar. Denna omvända väntan är nog inte så vanlig på våra akutmottagningar i dag, tvärtom har vi ofta en kö till triagen. Denna kö medför att de patienter som tagit sig själva till akuten, exempelvis barn som kommer med föräldrar, kan få en fördröjd handläggning trots att de kan vara

de svårast sjuka patienterna. Här vore det intressant att veta om sällningstriage eller »klinisk blick« kunde komplettera systematisk triage. Erfaren klinisk personal känner nog igen att de redan i dag sällar genom att hänvisa eller åsidosätter triagesystemet med sin »kliniska blick«, men vi behöver mer kunskap:

- När kan sällningstriage vara ett alternativ, och när man kan avstå från att triagera helt?
- Om man har flera system, vid vilket läge i balansen mellan inflöde och resurser aktiveras det ena eller andra systemet?

I dagens situation med höga inflöden och vårdplatsbrist blir konsekvensen ofta långa vistelsetider på akuten. Vid hög belastning överskrider den av triageringen rekommenderade tiden till läkare, och just det faktum att patienterna är triagerade kan få en att glömma hur lång tid som förflutit sedan bedömningen gjordes. Likaså medför dagens triage inget värde eller råd efter första läkarbedömningen. Triageringen kan nästan medföra en falsk trygghet där man tror sig ha en överblick och handfasta råd att hålla sig till avseende övervakning, men de råden går faktiskt helt upp i intet efter läkarbedömning. Dagens system saknar råd om när reevaluering av vitalparametrar bör ske och är heller inte tänkta att fungera för att monitorera svikt i vitala parametrar.

I detta nummer av Läkartidningen beskriver Sjöstedt et al ett annat problem med triage, nämligen att nuvarande systematiska triagesystem har en tendens att övertriagera patienter. Det kan leda till att

en redan hög arbetsbelastning spås på ytterligare, med negativa konsekvenser för arbetsmiljö, stress och beslutsfattande.

Sjöstedts och medförfattares studie är viktig då den påminner oss om att triage har begränsningar och att vi ständigt måste utveckla triage för att möta framtida behov. De flesta akutmottagningar arbetar i dag i team med läkare, sjuksköterska och undersköterska. Skulle framtida system kunna triagera till teamets aktiviteter i stället för läkarbedömning? Tänk om framtidens triage-algoritmer kunde beakta den aktuella situationen på akutmottagningen: Behöver patienten överhuvudtaget triageras? Ska tillgång till kritiska diagnostiska resurser såsom väntetid till röntgen vägas in? Borde vissa gå före andra för att nå en jämlikare vistelsetid?

Bra triagesystem ska både identifiera livshot och tidskritiska tillstånd. Men helst ska de även identifiera dem som både kan och ska vänta eller till och med hänvisas till en annan vårdinstans eller tidpunkt. Det vore även bra om triage kunde bidra till att identifiera de patienter som behöver läggas in respektive de som troligen går hem. Troligen skulle värdet av triage även öka om de kunde identifiera snabbt handlagda patienter som inte kan hänvisas men får långa vistelsetider på grund av låg prioritet och därmed bidrar till överbelastning.

Sammantaget är triagesystem inte problemfria, men någon ordning måste man ju ha; tänk om den ordningen i framtiden integrerade teamet runt patienten samt den aktuella situationen så att fokus bibehålls på de sjukaste patienterna under hela vistelsen på akuten! ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2022;119:22062

HUVUDBUDSKAP

- Systematisk triage används i dag på nästan alla akuta vårdinstanser.
- Triage sorterar patienter till att träffa läkaren, men saknar värde och råd efter denna bedömning.
- Framtida triage borde väva in aktuell situation på vårdinstansen.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen/Karolinska institutet. Yttre triage för gående patienter på akutmottagning (covid-19). Version 2.0. 17 jul 2020.
2. Wireklint SC, Elmqvist C, Göransson KE. An updated national survey of triage and triage related work in Sweden: a cross-sectional descriptive and comparative study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021;29(1):89.
3. Iversen AKS, Kristensen M, Østervig RM, et al. A simple clinical assessment is superior to systematic triage in prediction of mortality in the emergency department. Emerg Med J. 2019;36(2):66-71.