

REPLIK TILL ULF NYMAN OCH CHRISTER HELLEKANT:

Triage måste användas strukturerat

■ Ulf Nyman och Christer Hellekant ställer i Läkartidningen 28–29/2008 (sidorna 2037–8) en berättigad fråga kring triage på akutmottagningen. Har triage införts på grund av bristande resurser? Har sjuksköterskorna adekvat utbildning?

I Sverige finns ett antal olika triagesystem, varav en del är »importerade« och vissa utvecklade i Sverige [1]. På de flesta akutmottagningar har man noterat ett ökat behov av struktur och mindre inter-individuell variation i den initiala medicinska bedömningen, som med få undantag alltid utförts av sjuksköterska. Därför kan frågan om resursbrist är orsak till att triage införts, avfärdas ganska enkelt, om inte författarna menar att triage används i syfte att avvisa patienter. Någon form av sortering och prioritering har alltid skett på akutmottagningen, men nu har man givit prioriteringen ett namn och i de flesta fall infört lite mer struktur.

Det finns dock en rad problem med sortering och hänvisning där triage ibland anges vara orsaken till att misstag begås. På vissa håll används triage, förutom för prioritering, som ett verktyg för att i vissa fall avvisa patienter som inte anses vara i behov av akutsjukvård. Bakgrunden är uppfattningen att alltför många patienter söker på akutmottagningen, som av vårdpersonal anses vara fel vårdnivå. Slutatsen grundas ofta på det faktum att man efter bedömning, undersökning och analys konstaterat att patienten inte varit allvarligt sjuk och ibland till och med till synes helt frisk. Man får då ett antal patienter som man i efterhand kan säga att de befinner eller befunnit sig på »fel« vårdnivå. Problemet är att detta vet ju varken patienten,

sjuksköterskan eller läkaren innan patienten är undersökt och handlagd. Det finns många andra fall dokumenterade än det som tas upp av författarna där endast anamnes eller samtal med patienten inte räckt till för en säker och kvalificerad bedömning av det aktuella vårdbehovet.

Om man då inför system som avser att avvisa eller ostrukturerat hänvisa patienter som inte upplevs tillräckligt sjuka, med syftet att reducera söktrycket på akuten, så kan det gå som i det aktuella fallet. Pressen som vårdpersonalen känner att avvisa patienter från akuten kan ibland ha sitt ursprung i den eviga frågan som ofta ställs från både sjukhusledning och sjukvårdspolitikerna: »Varför har ni så många primärvårdspatienter på akuten?«

I det aktuella fallet rörde det sig om lungemboli hos en till synes kliniskt opåverkad patient i vila, där patienten själv misstänkte diagnosen men ändå avvisades. Handläggningen bekräftar den problematik som finns i avsaknad av struktur och systematik i triagesystemen, blandat med ett uppdrag för akuten att inte ta emot »fel patienter«.

Varje triagemetod ska, för att kunna ge tillräckligt beslutsstöd och säkerhet, innehålla objektiva variabler som i kombination med sökorsak, symtom och tecken ger en rimlig samlad bild, med låg interindividuell variation [1]. Triagemetoden ska också innehålla en tydlig men enkel algoritm för hänvisning och en rutin för systematisk loggning av alla patienter, där man dokumenterar varför patienten hänvisas till annan vårdnivå och vilken denna vårdnivå är.

Vid akut- och olycksfallsmottagningen, Sahlgrenska

Massiv lungembolism och patientsäkerhet
Har triagesköterskorna adekvat utbildning?

Ulf Nyman och Christer Hellekant på grund av bristande resurser i vården? Anledningen till frågan är ett tillfälle en sjukhusmedicinsk

I artikeln i LT 28–29/2008 diskuteras bl a frågan om triagesköterskors kompetens att bedöma fall av akut lungembolism.

Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, finns och tillämpas dessa system sedan 2005. Sjuksköterskan i triage är där inte behörig att hänvisa patienter som inte uppfyller särskilda kriterier för hänvisning. Sjuksköterskan får heller inte hänvisa patienter som kommer med remiss eller på annat sätt hänvisats från annan vårdnivå, där exempelvis läkare tidigare bedömt patienten.

Redan nu utgör patientgruppen som kommer via remiss till akuten 36 procent av det totala inflödet bland patienter som kommer utan ambulans. Ingen patient får avvisas. Hänvisning får föreslås som ett alternativ, och endast efter det att patienten genomgått triage. Denna ordning har genomförts utan att antalet patienter ökat.

På många håll används fortfarande triagemetoder baserade enbart på den enskilda sjuksköterskans subjektiva bild, även om stödalgoritmer för sökorsak används [2]. Nu vet vi att triagemetoder som ger medicinskt beslutsstöd baserat på både objektiva och andra parametrar ger hög säkerhet, hög medicinsk kvalitet, nöjdare patienter och en hög precision att hitta både de sjukaste och de mindre sjuka patienterna [3]. Vi vet också att en mer strukturerad triagering gör att patienten känner sig mer professionellt och väl omhändertagen och att eventuell hänvisning blir lättare att förstå och genomföra på ett säkert sätt. Dessutom

skapar ett strukturerat triagesystem ett bättre beslutsunderlag för läkaren och stödjer också akutprocessens dokumentation.

Nyman och Hellekant är också kritiska mot den triagehandbok som beskrivs i artikeln, och fallet belyser väldigt tydligt de stora svårigheter som finns att triagera patienter per telefon eller via enbart sökorsak och anamnes. Som också påpekas i artikeln klarar inte ens alltid läkare med många års erfarenhet den uppgiften. Att då överlämna hela ansvaret och beslutet till sjuksköterskan vid triage utan ett utvärderat triageinstrument skapar stora medicinska risker och även risk för dålig arbetsmiljö.

Därför är det viktigt att läkarkollektivet tar del av, och intresserar sig för, akutprocessen redan från början och inte betraktar triage som »något som sjuksköterskorna på akuten sysslar med«. Det är också viktigt att vi betraktar triage som en medicinsk metod som måste utvärderas vetenskapligt och inte införas i tron och förhoppningen att den är bra bara därför att begreppet »trriage« är nytt och inte prövat förut.

Bengt Widgren
överläkare, docent,
verksamhetschef, akut-
och olycksfallsmottagningen,
Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset/Sahlgrenska,
Göteborg
bengt.widgren@gu.se

REFERENSER

1. Widgren B, Jourak M, Martinius A. Ny träffsäker triagemetod. METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. Läkartidningen. 2008;105:201–4.
2. Manchester Triage Group. Emergency triage. London: BMJ Publishing Group; 2004.
3. Widgren B, Jourak M. METTS: a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. J Emerg Med. In press.