

**Widfeldt Nina**, med dr [nina.widfeldt@vgregion.se](mailto:nina.widfeldt@vgregion.se)

**Per Örtenwall**, docent; båda beredskapsöverläkare i Västra Götalandsregionen, Prehospitalt katastrofmedicinskt centrum, Göteborg

## Triage – metod för bästa möjliga omhändertagande på akutmottagningen

II »Triage« kommer från franskan »trier« med betydelsen sortera/prioritera. Triage är det första steget i omhändertagandet av skadade i situationer när det råder resursbrist. Följaktligen har begreppet kommit att bli centralt inom krigs-sjukvård och katastrofmedicin.

Triage beskrevs första gången av Napoleons generalläkare, baron Dominique Jean Larrey. Han införde ett system där hästdragna vagnar samlade ihop de skadade på slagfältet och förde dem till en förbandsplats. Larreys målsättning var dock mer militärstrategisk än humanitär – högst prioritet gavs åt de sårade som hade så lätta skador att de med enklare behandling skulle kunna sättas in i strid. De hästdragna vagnarna kallades för övrigt »ambulances volantes«. Det är härifrån vi fått benämningen på våra sjuktransportfordon – ambulanser.

### Rätt vård till rätt patient i rätt tid

Från katastrofmedicinsk synvinkel är triagefunktionen själva grundstenen för att rätt patient skall få rätt vård vid rätt tidpunkt. Avsaknad av denna funktion leder till att vårdsökande tas om hand i den ordning som de råkar anlända till vårdinrättningen. Eftersom det i samband med stora olyckor är regel snarare än undantag att de lättast skadade kommer först är det uppenbart att man måste skapa någon annan metod för att fördela sjukvårdsresurserna. Man brukar därför rekommendera att den mest erfarne klinikern tar på sig rollen som sorterare, t ex på uppsamlingsplatsen för skadade eller på akutmottagningen. Prioritetsmarkeringar, som anger hur snabbt den drabbade måste omhändertas, anges i färgkoder.

Funktionen triage används dagligen för tusentals patienter i Sverige utan att man ägnat den någon större uppmärksamhet. Det sker en sortering och prioritering på alla vårdinrättningar som tar emot akutsökande patienter. Denna verksamhet beskrivs – åtminstone på vissa sjukhus – som katastrofal. Tidningsrubriker som handlar om brist på sängplatser och långa väntetider för de vårdsökande har varit frekventa i svensk press de senaste åren.

Liknelsen mellan den sjukvård som bedrivs i samband med en större olycka/katastrof och den dagliga verksamheten på en akutmottagning eller jourcentral är således inte helt felaktig. I båda situationerna gäller att det stora flertalet vårdsökande tidigare inte har bedömts av någon sjukvårdskunnig. De presenterar sig heller inte som en diagnos utan som ett eller flera symtom.

### Nuvarande sortering baserad på lokala rutiner

Alla patienter som söker på en akutmottagning genomgår något slags sortering/prioritering, dvs triage. För dem som kommer gående till vårdinrättningen finns någon form av inskriv-

### Sammanfattat



Belastningen på akutmottagningarna är ofta mycket hög, och det är viktigt att rätt patient blir omhändertagen vid rätt tillfälle.

Ett hjälpmedel för att göra den första bedömningen av en patient som söker på en akutmottagning är den triagemetod som utarbetats av The Manchester Triage Group i England.

Modellen bygger på att patientens beskrivna problem skall värderas enligt standardiserade flödes-scheman så att besluten skall bli säkra och reproducerbara.

ningsfunktion, där patientens namn, personuppgifter och symtom noteras. Detta resulterar i att ett journalunderlag tas fram samt att uppgifterna matas in ett patientadministrativt system för att vårdinrättningen skall kunna få betalt för sin prestation. Triageringen består oftast i att en lapp sätts på journalmappens framsida där man kan läsa: »fot«, »sårskada«, »hjärta« eller annan summarisk information om huvudanledningen till besöket. Oftast är det en sjuksköterska som ansvarar för denna första kontakt, men även undersköterskor och sekreterare kan ansvara för detta. För de patienter som kommer i ambulans gäller att ambulanssjukvårdaren/sjuksköterskan skall rapportera över till ansvarig sjuksköterska på den aktuella vårdinrättningen, som sedan gör triage. I vissa fall görs triage redan i ambulansen i form av begäran om att någon form av larm utlöses på sjukhuset (»hjärtstopp«, »traumalarm« etc).

Något nationellt accepterat system för att markera hur snabbt en vårdsökande skall tas omhand finns inte i Sverige, inte heller finns det någon konsensus om vilken väntetid som kan anses acceptabel vid olika tillstånd. Däremot tillämpas någon typ av triagesystem, som oftast är baserat på lokala rutiner och sällan skriftligt dokumenterat.

### Sortering med begränsningar

Craven på ett triagesystem är att det är snabbt, säkert och reproducerbart. Ursprungligen har man i katastrof- och krigssammanhang tvingats fatta beslut om prioriteringsgrad uti-

från de skador man ser vid en första snabb visuell kontroll av den drabbade och med ett stort mått av intuition om hur dessa skador kan förväntas påverka personen inom den närmaste framtiden. Detta är en form av »anatomisk triage« som har vissa begränsningar, t ex att den förutsätter avklädning av patienten och är helt beroende av undersökarens kompetens och erfarenhet. Andra metoder som bygger på värdering av fysiologiska parametrar har visat sig vara snabbare att genomföra och har bättre reproducerbarhet. Flera olika sådana »fysiologiska« system (MIMMS, START) har därför efter hand kommit att ersätta de anatomiska metoderna.

## Triage enligt standardiserat system

Ett triagesystem för att göra den första bedömningen av en patient som söker på en akutmottagning har utarbetats av The Manchester Triage Group i England.

Placeringen i olika triagekategorier sker utifrån standardiserade kriterier. Systemet ger inte mycket utrymme för subjektiva bedömningar, vilket initialt kan ses som en nackdel. Vid utvärderingar har detta dock visat sig vara en styrka, inte minst eftersom det ger möjlighet att registrera och utvärdera belastningen på akutmottagningen. Förutom att vara ett direkt stöd i det dagliga prioriteringsarbetet på akutmottagningen kan systemet användas som ett verktyg för kvalitetssäkring.

The Manchester Triage Group startade 1994 i form av en grupp akutläkare (emergency physicians) och sjuksköterskor från de olika akutmottagningarna i Manchester. Målsättningen var att ta fram en gemensam modell för triage som skulle användas på alla stadens sjukhus. Vid en första inventering visade det sig att de flesta sjukhus använde sig av fem olika triagekategorier, men nomenklaturen och definitionerna varierade. Den första uppgiften blev således att enas om en gemensam terminologi och gemensamma definitioner. Dessa kom sedan att bli nationell standard i Storbritannien (National Triage Scale). Systemet för triage utvecklades och byggdes upp på ett gemensamt utbildningsmaterial med central utbildning av instruktörer, som i sin tur fungerade som lärare/handledare på de enskilda sjukhusen.

Kravet var att en patient med viss status alltid skulle placeras i samma triagekategori, oavsett var patienten sökte eller vem som gjorde bedömningen (reproducerbarhet). Nästa viktiga steg i utvecklingen av triagemodellen var att ta fram ett system för utvärdering och utveckling av metoden. Likartade modeller för triage har också tagits fram i Australien och Kanada.

## Definierade tidskrav

Som framgår av Tabell I finns det definierade referenstider, dvs det finns ett krav om att patienten skall omhändertas inom en definierad tid relaterad till sin tilldelade triagekategori. Genom att studera hur stor andel av patienterna i respektive kategori som omhändertas inom den angivna referenstiden kan man bilda sig en uppfattning om en akutmottagnings arbetsbelastning och kvaliteten respektive behovet av att genomföra förändringar i arbetsrutinerna.

## Baserad på flödesscheman

Definitionerna för de olika triagekategorierna finns angivna som en rad urvalskriterier i form av frågor som kan besvaras med »finns« eller »saknas«. För att hitta de adekvata urvalskriterierna har flödesscheman tagits fram. Vilket schema man väljer beror på det huvudsakliga problem patienten presenterar när han eller hon söker på akutmottagningen. Vid vissa tillstånd finns det möjlighet att välja mellan flera olika flödesscheman. De är avstämda så att oavsett vilket schema man väljer kommer patienten att hamna i samma triagekategori

**Tabell I.** Nomenklatur och referenstider för triage enligt The Manchester Triage Group.

Nummer	Namn	Färg	Referenstid, minuter
1	Omedelbart	RÖD	0
2	Mycket brådskande	ORANGE	10
3	Brådskande	GUL	60
4	Standard	GRÖN	120
5	Icke-akut	BLÅ	240

[1]. Varje flödesschema är konstruerat så att man börjar med att identifiera de kriterier som tyder på livshotande tillstånd (påverkad luftväg, andning, cirkulation m m). Föreligger inget av dessa tecken fortsätter man vidare i flödesschemat tills man hittar ett kriterium som patienten uppfyller. Det första positiva urvalskriteriet kallas för det »diskriminerande kriteriet«. Detta skall anges i dokumentationen tillsammans med valt flödesschema och tilldelad triagekategori.

Exempelvis kommer en patient som söker med andningssvårigheter och medelsvåra andningsrelaterade smärtor och som saturerar sig normalt på luft att bli bedömd utifrån flödesschemat »andningssvårigheter«. Vederbörande kommer att bli tilldelad triagekategori GUL, vilket dokumenteras som nedan.

Andningssvårigheter GUL Medelsvår andningskorrelerad smärta

I detta fall presenterar patienten ett symptom som föranleder användning av flödesschemat »andningssvårigheter«. Patienten uppvisar vid bedömningen inte ett livshotande tillstånd (ofri luftväg, otillräcklig andning, chock) och inte heller någon av de kriterier som finns för triagekategorin ORANGE. Däremot kommer vederbörande att tilldelas triagekategorin GUL, eftersom man finner två diskriminerande kriterier för denna triagekategori, nämligen »medelsvår smärta« och »andningskorrelerad smärta«.

Det är viktigt att inse att triage är en dynamisk process, eftersom patientens tillstånd kan förändras med tiden. Exempelvis kan ovanstående patient få otillräcklig andning under väntetiden. Detta måste självfallet föranleda förnyad triage. Vid en ny undersökning kanske man finner att patienten har mycket låg saturation, vilket är ett diskriminerande kriterium för triagekategorin ORANGE. Resultatet av den upprepade triagen dokumenteras enligt nedan.

Andningssvårigheter ORANGE Mycket låg saturation

Detta är ett enkelt sätt att beskriva den förändring som sker, och det är viktigt att man dokumenterar tidpunkten för sina bedömningar så att förloppet kan följas på ett korrekt sätt.

## Användbar metod under vissa förutsättningar

Triage på akutmottagning enligt Manchestermodellen har använts i England under cirka tio års tid och är nu även nationell standard i Holland och Portugal.

Studier har visat att metoden är ett användbart verktyg under förutsättning att man utbildar personalen i att använda metoden på ett korrekt sätt. Den största fallgropen är risken att väntande patienter försämras utan att detta uppmärksammas (och föranleder förnyad triage). Följaktligen måste vänterummet ses som en integrerad del av akutmottagningen, i vilken kunnig personal har ett ansvar för att göra en omvärdering ifall patienten försämras [2]. Metoden har naturligtvis

mött en del kritik, vilket lett till att man på flera ställen skapat egna varianter av triage. En sådan utveckling omöjliggör tyvärr jämförande studier mellan olika akutmottagningar [3].

## Utbildning och övning

För att triage skall fungera i verksamheten krävs givetvis att man genomgår utbildning men också att man använder och kontinuerligt utvärderar metoden och dess konsekvens för arbetet. Det man finner när man börjar arbeta med triage på akutmottagning är att många rutiner saknas eller är bristfälliga. Det är kanske inte nödvändigt att en patient med en fraktur skall sitta och vänta på att en doktor skall titta och därefter skriva remiss till röntgen. Om patienten vid primär triage visar sig ha tecken till en radiusfraktur är det rimligt att den triageansvarige har möjlighet att beställa röntgen och ge smärtstillande läkemedel för att den fortsatta handläggningen skall löpa snabbare och med mindre besvär för den skadade.

Utbildningar för instruktörer i triage på akutmottagning genomförs redan av Advanced Life Support Group (ALSG) Sweden. Mer information om dessa kurser finns på [www.vgregion.se/pkmc](http://www.vgregion.se/pkmc)

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författarna genomför utbildningar i triage enligt Manchestermodellen. De ansvarar också för den svenska översättningen av boken »Emergency triage«.

## Referenser

1. Kevin Mackway-Jones, editor. Emergency triage, The Manchester Triage Group. London: BMJ Publishing Group; 1997.
2. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med* 1999;16:179-81.
3. Windle J, Mackway-Jones K. Don't throw triage out with the bathwater. *Emerg Med J* 2003;20:119-20.



=artikeln är referentgranskad

annons