

re fall där heller inte någon omsorgssvikt föreligger hos föräldrarna. Rapporter i massmedierna talar för att sådan behandling emellertid är helt otillräcklig för de sjukaste barnen.

Rekommendationen om denna vård baseras inte i bedömning av barnens vårdbehov i relation till tillståndets allvar (oavsett hur det uppstått!) och föräldrarnas sviktande omsorgsförmåga. Den bygger på en asylpolitisk vårdideologi som motiverar en attityd försvarbar i förebyggande behandling, men som inte är självklart medicinskt och etiskt acceptabel när ett mycket svårt sjukdomstillstånd etablerats.

Det torde vara unikt i svensk medicin att sjuka barn med synnerligen varierande vårdbehov behandlas på ett och samma sätt utan att detta är belagt som vare sig effektivt eller ens riskfritt.

Negativ inverkan

Erfarenheter från barnavdelningen Eugenia, BUP-divisionen i Stockholms län, talar för att såväl långsam handläggning av asylärendet hos myndigheterna som låg vårdnivå har mycket negativ inverkan på sjukdomsförloppet hos de svårast sjuka (Figur 1).

Man vågar hävda att politiseringen, och därmed förseningen av den medicinska struktureringen av problemet med asylbarn med svåra funktionsbortfall, har menligt påverkat myndighetshandläggningen, vården av barnen och kunskapsutvecklingen i vårdetablissemangen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Bodegård G. Asylsökande flyktningbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004; 101:1696-9.
2. Tunström A. Barn som gett upp. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde, flyktingenheten, BUP; 2004.
3. Statens Offentliga Utredningar. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Stockholm: Utrikesdepartementet, 2005. Rapport 2005:2 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
4. Pelling H. Öppen barnpsykiatrisk vård. Vad talar för denna linje? Anförande vid seminarium anordnat av Svenska barnläkarföreningen i samarbete med barnhälsovården. Akademiska sjukhuset, 31 mars 2005.
5. Bodegård G. Pervasive loss of function in asylum seeking children: another expression of pervasive refusal syndrome. *Clin Child Psychology Psychiatry* 2005;10:337-50.
6. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:153-9.
7. Lyngå von Falasch L. Pervasive refusal syndrome amongst asylum-seeking children. Köpenhamn: Osval II. The Panum Institute, University of Copenhagen; 2005. p. 1-31.
8. Bodegård G. Barn med svåra uppgivenhetssymtom – apatiska barn med depressiv devitalisering. *Psykisk Hälsa* 2005;(3):28-39.
9. Lundqvist S. Vad är det vi har skrivit om är så förfärligt? *Läkartidningen* 2005;102:1831-2.

MTS, ATS, CTAS eller ESI – passar någon för svensk akutmottagningstriage?

Triage, det första steget i omhändertagandet av skadade personer i situationer med resursbrist, är relativt utforskat i Sverige. I Västra Götalandsregionen har bestämts att Manchestermodellen skall införas vid samtliga sjukhusanknutna akutmottagningar. För att utveckla triagearbetet i Sverige är det angeläget med en konstruktiv nationell diskussion, och en tvärprofessionell arbetsgrupp bör ges i uppdrag att ta fram en svensk skala för akutmottagningstriage.



KATARINA GÖRANSSON
doktorand
katarina.goransson@hi.oru.se



ANNA EHRENBORG
med dr, institutionen för hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna



MARGARETA EHNFORSS
professor; samtliga vid Hälsovetenskapliga institutionen, Örebro universitet

II Nina Widfeldt och Per Örtenwall belyser i *Läkartidningen* 39/2005 (sidorna 2751-3) ett angeläget ämne, processen att bedöma och prioritera patienter när de anländer till akutmottagningen. Artikeln är en av ytterst få svenska rapporter inom området [1, 2]. Forskning om triage på akutmottagning är vanligare i flera anglosaxiska länder [3-5].

Triage är ett relativt utforskat område inom svensk akutmottagningssjukvård, och våra studier visar att det finns en stor variation i landet i hur triage bedrivs och vilka triageskalor som används [1]. Det är därför angeläget med en konstruktiv nationell diskussion för att skapa förutsättningar för att utifrån bästa tillgängliga evidens utveckla triagearbetet i Sverige.

Utvärderingar saknas

Widfeldt och Örtenwall beskriver triageverksamheten vid ett flertal akutmottagningar som mindre väl fungerande och riktar därmed allvarlig kritik mot den. Det är dock inte tydligt vad de baserar sin uppfattning på. Vad vi känner till finns det ingen publicerad utvärdering av triageverksamhetens effektivitet och kvalitet i Sverige.

Vidare blev vi förvånade över författarnas exempel på hur akutmottagningstriage kan gå till: en lapp som fästs på journalens framsida utgör triagebeslutet. Vi har i en nyligen publicerad kartläggning av akutmottagningstriage i Sverige [1] inte funnit något fall som motsvarar detta exempel. Det tillvägagångssätt som beskrivs av Widfeldt och Örtenwall kan knappast kallas för triage, då sortering baserad endast på problemlösningsförmåga har skett, utan prioritering.

Omprioritering inom ett visst tidsintervall

Ett av målen med triage är att säkerställa att väntetiden till läkare tillbringas på ett för patienten så säkert sätt som möjligt. Som Widfeldt och Örtenwall påpekar är det viktigt att utvärdera patientens tillstånd under väntetiden och att vid behov omprioritera. Givet detta är det förvånansvärt att de väljer att rekommendera en triageskala som inte specificerar när omprioritering bör göras, utan i stället överlåter på triagesjukskötarskan att avgöra när detta är nödvändigt.

Genom att bestämma att omprioritering skall ske inom ett visst tidsintervall, beroende på vilken prioritering patienten har fått, säkerställs att den så viktiga kontinuerliga bedömningen av patienten sker. Så fungerar t ex den kanadensiska triageskalan CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) [6].

Manchestermodellen

Widfeldt och Örtenwall hänvisar till studier som visar att Manchestermodellen/Manchester Triage Scale (MTS) är en lämplig triageskala, men det framgår inte vilka dessa studier är. Vad vi känner till finns det två publicerade studier om MTS [7, 8]. Cooke och Jinks [7] mätte år 1999 MTS validitet på inläggningens frekvens till intensivvård mot prioriterings-

nivåer 1 och 2. Skalan förmådde visserligen identifiera svårt sjuka patienter, men dess reliabilitet har bedömts som måttlig till moderat [8]. MTS har inte utvärderats på sex år, och de tidiga studier som utfördes är inte övertygande vad gäller skalans tillförlitlighet.

För två andra triageskalor, CTAS och den amerikanska Emergency Severity Index [ESI], finns ett flertal studier som rapporterar god reliabilitet och validitet, vilket tyder på att skalorna är tillförlitliga [9, 10].

Önskvärt med arbetsgrupp

I Västra Götalandsregionen har bestämts att Manchestermodellen skall införas vid regionens samtliga sjukhusanslutna akutmottagningar. Vi stödjer en utveckling av standardiserade triageskalor i Sverige, men anser att det är av största vikt att de skalor som väljs har testats med avseende på validitet och reliabilitet. Hur ska vi annars kunna veta att de instrument vi använder verkligen är till nytta för vården och patientsäkerheten?

Det är önskvärt att en tvärprofessionell arbetsgrupp tar fram underlag för en svensk skala för akutmottagningsriage, då ingen av de tidigare nämnda skalorna är utvecklad specifikt för svenska förhållanden.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Göransson K, Ehrenberg A, Ehnfors, M. Triage in emergency departments: National survey. *J Clin Nurs* 2005;14:1067-74.
- Palmquist I, Lindell G. Emergency departments in Sweden – today and in the future. *Vård i Norden* 2000;20(4):28-31.
- Considine J, LeVasseur SA, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. *Ann Emerg Med* 2004;44:516-23.
- Wuerz R, Fernandes CM, Alarcon J. Inconsistency of emergency department triage. Emergency Department Operations Research Working Group. *Ann Emerg Med* 1998;32:431-5.
- Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs* 2004;30:22-9.
- <http://www.caep.ca/002.policies/002-02.ctas.htm> Accessed 051005
- Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med* 1999;16:179-81.
- Goodacre SW, Gillett M, Harris RD, Houlihan KP. Consistency of retrospective triage decisions as a standardised instrument for audit. *J Accid Emerg Med* 1999;16:322-4.
- Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2002;4:16-22.
- Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Kyriacou DN, Adams JG. Reliability and validity of scores on the Emergency Severity Index version 3. *Acad Emerg Med* 2004;11:59-65.

Replik:

Bättre enas om metod som redan finns än ta fram en specifik svensk

Vi är tveksamma till att ta fram en specifik svensk triageskala – då är det mer rationellt att enas om en av dem som redan finns utvecklade. Däremot instämmer vi i att det är önskvärt att alla svenska akutsjukhus använder sig av en gemensam standard för triage.



NINA WIDFELDT
med dr, arbetar för närvarande på Southland Hospital, Invercargill, Nya Zeeland
nina@widfeldt.se



PER ÖRTÉNWALL
docent; båda är beredskapsläkare i Västra Götalandsregionen, Prehospitalt och katastrofmedicinskt centrum, Göteborg

|| Målet med vår artikel var att belysa just den centrala och viktiga funktion som triage på akutmottagning utgör. Det är glädjande att Katarina Göransson och medförfattare hör till dem som intresserat sig för problematiken runt triage och ägnat ämnet sin forskningsmässiga uppmärksamhet.

Vi är väl medvetna om att det finns flera metoder för triage. Vi ser Manchestermodellen som en tillgänglig modell med ett befintligt utarbetat pedagogiskt material, vilket kan användas för att utbilda personal på akutmottagningar. Vi är helt överens med Göransson och medarbetare om att det vore önskvärt att samtliga svenska akutsjukhus använder sig av en gemensam standard för triage.

Speciella svenska symtom?

Däremot ställer vi oss tveksamma till att ta fram underlag för en svensk triageskala »utvecklad specifikt för svenska förhållanden«. Minst två sådana metoder finns redan framtagna och är i bruk i Sverige. Vi har dock svårt att se på vilket avgörande sätt symtomen skiljer sig mellan personer som söker på en svensk akutmottagning och personer som uppsöker akutmottagningar i USA, Kanada, Storbritannien, Australien eller Nya Zeeland.

Det finns, som författarna påpekar, ett antal skalor, vilka är mer eller mindre väl validerade. Det är vår personliga uppfattning att det är mer rationellt att enas om vilken av de befintliga metoderna som bäst passar förhållandena i Sverige istället för att tvingas uppfinna en helt ny skala (som måste valideras och testas avseende reproducerbarhet).

All form av triage bygger på att en förnyad bedömning måste göras så fort patientens tillstånd förändras. CTAS tanger specifika tidsintervall för när denna omprioritering skall ske. Vi anser att det viktiga budskapet vid utbildning i triage är att man måste inse att oavsett var på akutmottagningen de sökande befinner sig krävs regelbunden kontroll och övervakning av deras tillstånd – detta gäller även väntrummet!

Syftet med artikeln var inte att rikta kritik mot den organiserade triageverksamhet som under senare år börjat tillämpas på landets akutmottagningar. Exemplet med papperslapp på journalens framsida som enda triageunderlag speglar situationen vid mitten av 1990-talet på en av landets största akutmottagningar, där en av oss var yrkesverksam då. Det är ju glädjande att Göransson och medarbetare i sin nyligen publicerade kartläggning inte längre finner liknande exempel på hur triage går till, vilket illustrerar att utvecklingen inom detta område gått snabbt under den senaste tioårsperioden.

Utbildningen har stimulerat diskussionen

Genom att utbilda personal från olika sjukhus har vi fått en god insikt i att det finns många olika sätt att arbeta med triage på landets akutmottagningar. Möjligen finns andra triageskalor än Manchester Triage Scale som är bättre avpassade efter våra behov. Vi tror dock att våra utbildningar i MTS fungerar som en katalysator för att stimulera diskussion runt ämnet triage på akutmottagning i Sverige, och inte minst en diskussion om befintliga rutiner och arbetsmodeller.

Frågan om triage kommer dessutom att diskuteras på en speciell session under EPS-konferensen (Emergencies & Public Safety) i Göteborg, januari 2006. Förhoppningsvis kan detta utgöra incitament till just en sådan tvärprofessionell arbetsgrupp för att ta fram en nationell standard som författarna efterlyser.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Båda författarna är engagerade i utbildning enligt Manchester Triage. ➔