

5. Praxisundersökning

Tidigt under arbetet med denna rapport insåg projektgruppen vikten av en aktuell praxisundersökning, inte minst då de inhemska metoderna METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) och ADAPT (Adaptivt processtriage) fått en allt snabbare spridning inom akutsjukvården i Sverige. Praxisvariationen i Sverige är belyst i en tidigare telefonundersökning inkluderande aspekter såsom utbildning, förekommande skalor, tillgängliga hjälpmedel samt individuellt utförd kategorisering [1]. Således har syftet här varit att uppdatera tillgänglig data samt att ge möjlighet till en jämförande studie efter rapportens publikation och spridning. Detta med bas i SBU:s uppdrag att systematiska litteratursammanställningar bör leda till praxisändring som är i linje med patientnytta.

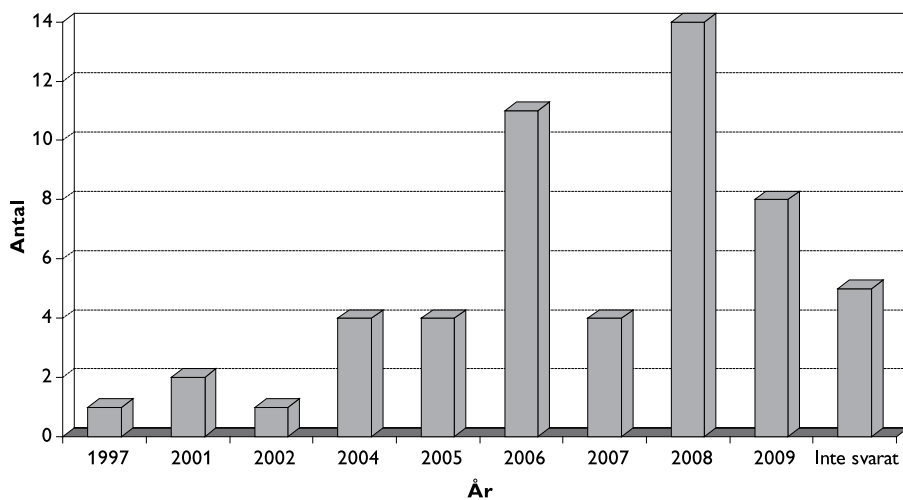
Frågeställningar

- Vilka akutmottagningar använder triage?
- Vilka triageskalor används?
- Vilken är tiden för införandet av triage?
- Har införandet av triage krävt insättande av extra resurser?

Mot denna bakgrund skickades under våren 2009 ut en enkät till landets samtliga 74 sjukhusbundna akutmottagningar (Bilaga 4 på SBU:s hemsida, www.sbu.se/triage). Svar har återfåtts av samtliga de tillfrågade vid enkätens sluttid 30 juni 2009.

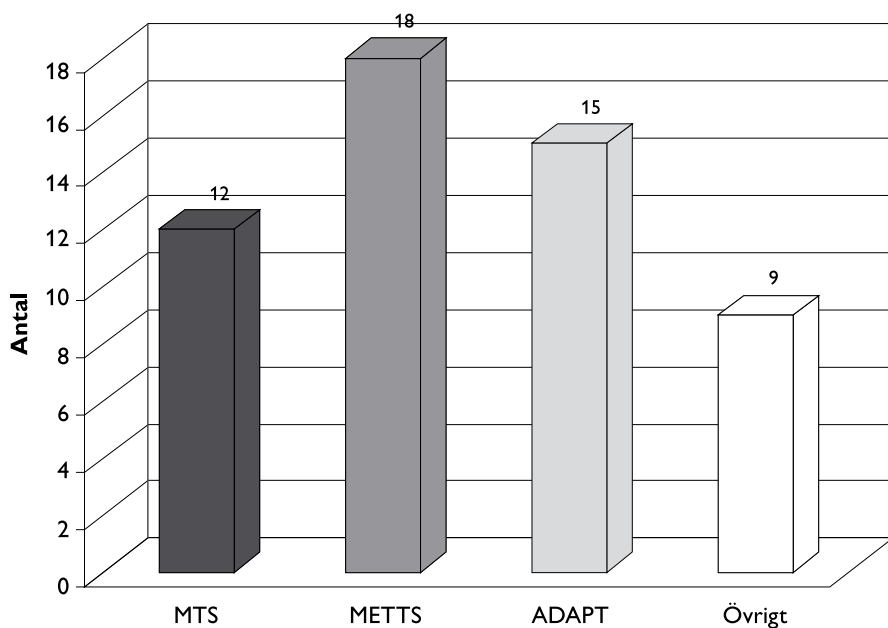
Av de tillfrågade svarade 54, dvs 73 procent, att de tillämpade triage och 20 (27 procent) att de inte gjorde det. Vad gäller tiden för införande av triage sågs en spridning med start år 1997 och två större toppar åren 2006 respektive 2008 där det senare med 14 akutmottagningar var den högsta (Figur 5.1). Dessa toppar sammanföll väl med importen av Manchester Triage System (MTS) från England samt senare uppkomst

och spridning av de inhemska metoderna METTS och ADAPT (se även Kapitel 1.2).



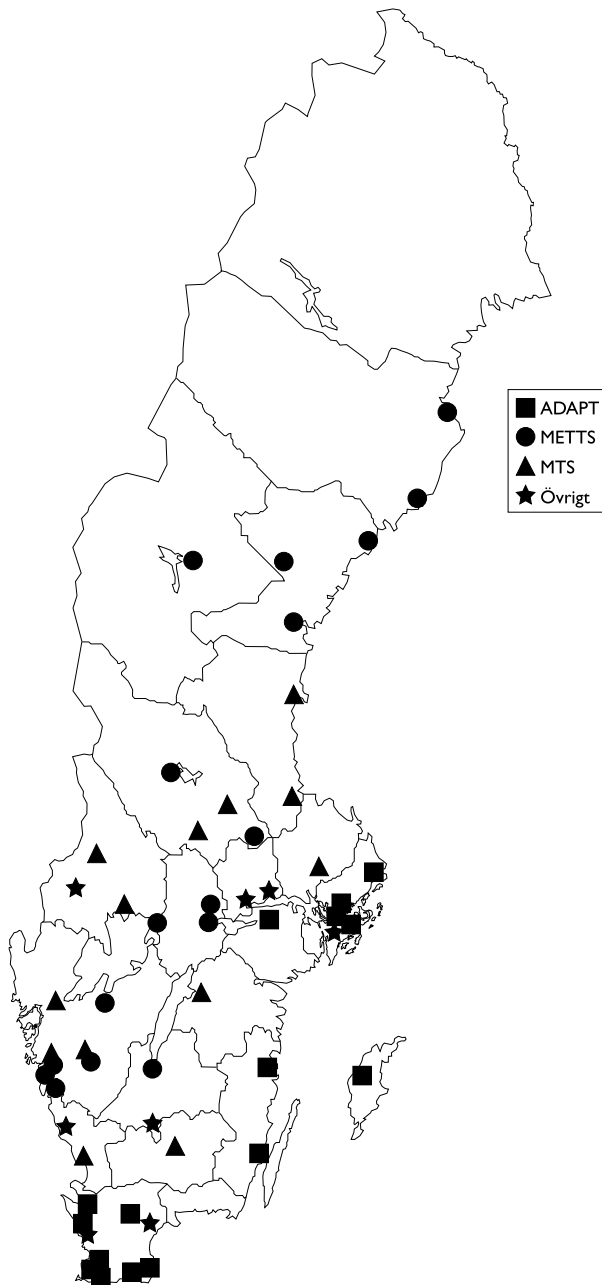
Figur 5.1 Tiden för införande av triage på akutmottagningarna.

En sammanställning av de förekommande triageskalorna vid landets akutmottagningar identifierade de ovan nämnda METTS, ADAPT och MTS som de vanligast förekommande (Figur 5.2). Arton akutmottagningar (33 procent) svarade att de tillämpade METTS medan motsvarande siffror för ADAPT och MTS var 15 (28 procent) respektive 12 (22 procent). Nio (17 procent) akutmottagningar valde svarsalternativen övrigt eller egentillverkad skala.



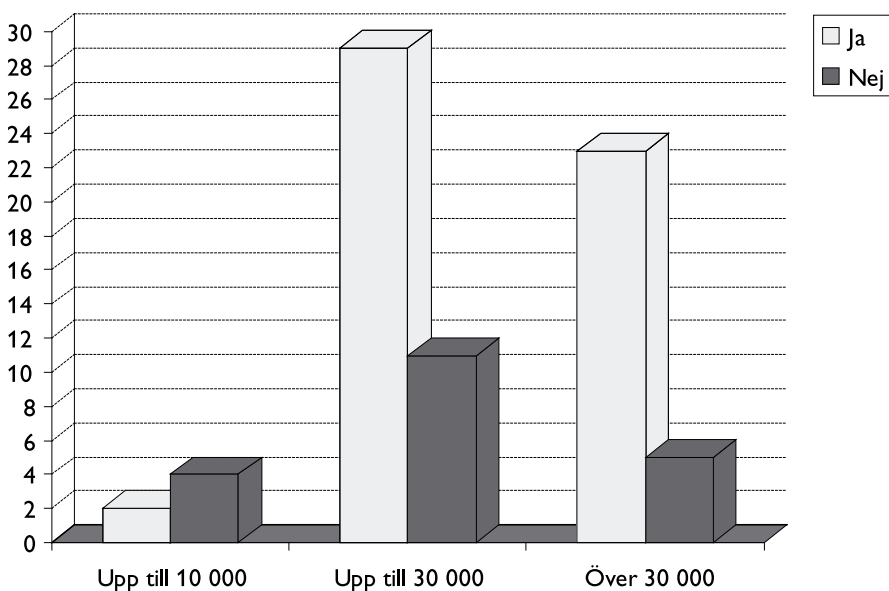
Figur 5.2 Tillämpade triageskalor vid landets sjukhusbundna akutmottagningar.

För att få en tydligare visualisering av hur de olika triageskalorna var spridda över Sverige ritades följande karta (Figur 5.3). Här kan en viss regional anhopning uppmärksammas vilket visar hur geografisk närhet gynnar spridning av en viss triageskala. Detta kan även ha betydelse för samarbete mellan olika sjukhus exempelvis i frågor kring patientsäkerhet och utvecklingsarbete.



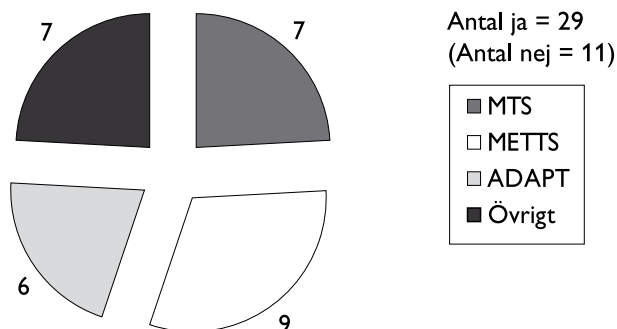
Figur 5.3 Sverigekarta över geografisk spridning av de olika triageskalorna.

Vidare analyserade vi huruvida det förekom ett mönster av triageanvändande och val av skala beroende på storlek på akutmottagning. Som Bilaga 5 på SBU:s hemsida, www.sbu.se/triage, redovisas besöksstatistik från samtliga de tillfrågade 74 sjukhusbundna akutmottagningarna. Triage tillämpningen visade sig vara störst bland de större akutmottagningarna, dvs med över 10 000 akutbesök per år. Medan de minsta akutmottagningarna, i större utsträckning, angav att de inte tillämpade någon triageskala (Figur 5.4).

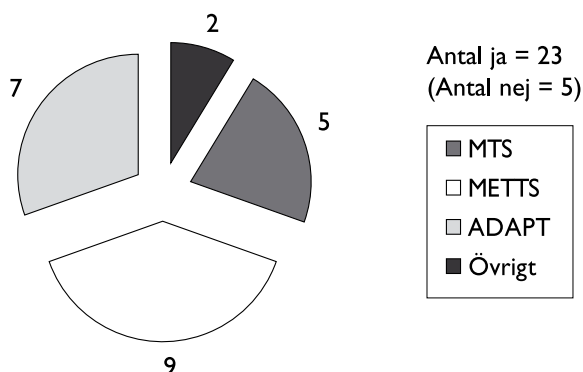


Figur 5.4 Triage tillämpning efter storlek på akutmottagning.

Fördelning av triageskala bland tillämpande akutmottagningar redovisas i Figur 5.5 och 5.6 som är uppdelade efter storlek på akutmottagning, dvs upp till 30 000 besök per år respektive över 30 000 besök per år. I båda grupperna var METTS störst. I båda figurerna står angivna antal "nej" inom parenteser för andel akutmottagningar som svarade att de, vid sluttiden för enkäten, inte tillämpade någon triageskala.

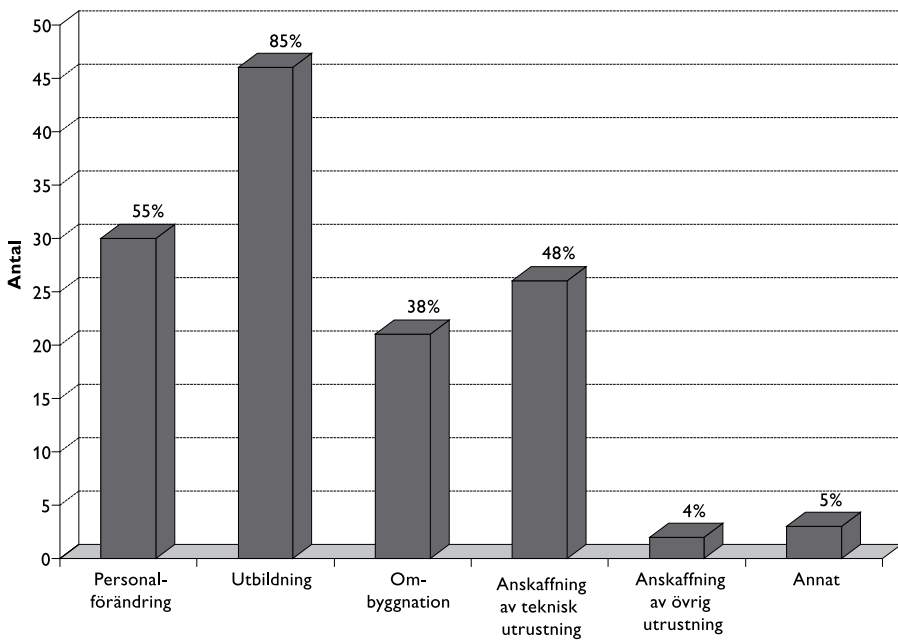


Figur 5.5 Typ av tillämpad triageskala hos akutmottagningar med upp till 30 000 besök per år.



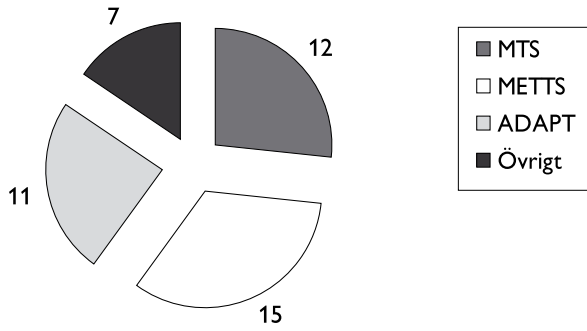
Figur 5.6 Typ av tillämpad triageskala hos akutmottagningar med över 30 000 besök per år.

På frågan om huruvida införandet av triage medfört organisatoriska förändringar svarade majoriteten, dvs 48 akutmottagningar (89 procent) ja, medan fyra (7 procent) svarade nej och två (4 procent) lämnade inget svar. Vilka typer av förändringar som det rörde sig om fördelade sig främst mellan utbildning, personal, teknisk utrustning samt ombyggnation (Figur 5.7).

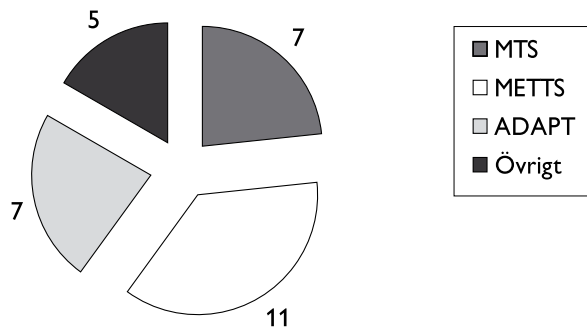


Figur 5.7 Organisatoriska förändringar efter införande av triage.

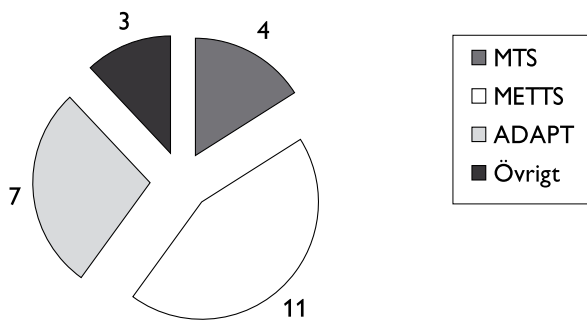
Vidare analyserade vi vilka typer av organisatoriska förändringar som hade införts beroende på vilken triageskala som användes. Att införa triage innebar oftast också andra organisatoriska förändringar, detta oavsett om det var MTS, METTS eller ADAPT som infördes. För exakta siffror var god se Figur 5.8, 5.9, 5.10 respektive 5.11.



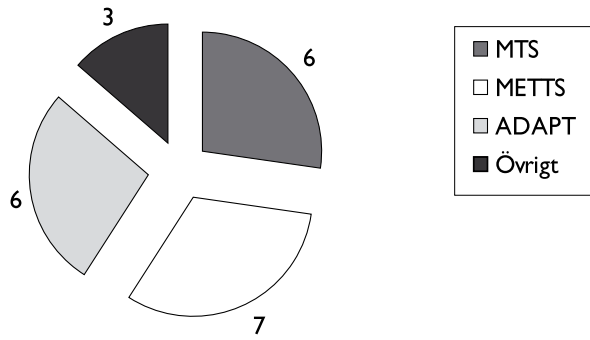
Figur 5.8 Utbildningsinsatser efter tillämpad triageskala.



Figur 5.9 Personalförändringar efter tillämpad triageskala.



Figur 5.10 Anskaffning av utrustning efter tillämpad triageskala.



Figur 5.11 Ombyggnationer efter tillämpad triageskala.

Referenser

1. Göransson KE, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency departments: National survey. J Clin Nurs 2005;14: 1067-74.