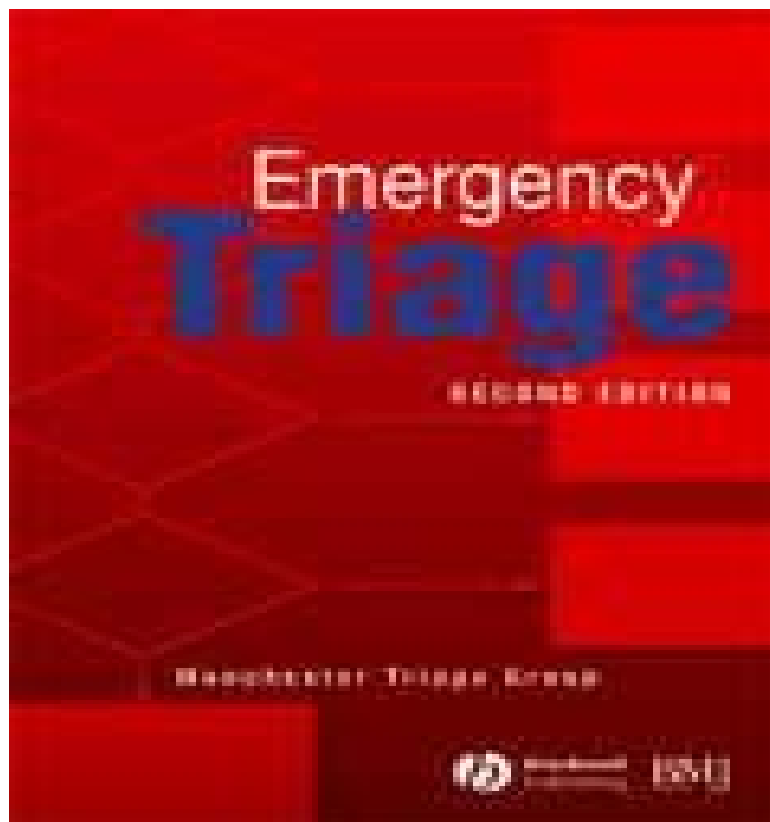




Manchester Triage Scale



Marit Røed Halvorsen
Kandidat i sykepleievitenskap





TRIAGE SYSTEMER

Hospital triage innført ca 1950 ved ulike sykehus i USA. Deretter Australia og England

De første akuttmottak i Sverige innførte Triage (MTS) i 1997

Første akuttmottak i Norge innførte MTS 2005

Første legevakt i 2009





Manchester Triage Scale

Utviklet av Manchester Traige group i 1997. Ledet av Professor Kevin Mackway-Jones ved Central Manchester University Hospital. Han er redaktør av Emergency Triage og leder av Manchester Triage group.



Lisensbelagt

Etablert for et helsesystem hvor pasientene henvender seg direkte (usortert)

Beslutningsstøttesystem for sykepleiere. Ikke diagnose verktøy og skal ikke brukes for å avvise pasienter. Kan brukes for å henvise til annet omsorgs nivå





Manchester Triage Scale

Metode for å skille ut pasienter som har et tidskritisk behov for behandling

Kvalitetssikring av sykepleiernes prioriteringer

Femtrinns prioriteringsskala som består av 50 ulike flytskjemaer

Baseres på pasientens sykehistorie – symptomdebut /kontaktårsak

Metoden har ulike definisjoner av begreper / diskriminatorer gjennomgående i alle flytskjemaene

Ikke regulert på bakgrunn av vitalparametere, men i flytskjemaene brukes dette som diskriminatorer





Prioriteringsskala

- **Rød** ₍₀₎ Bevisstløse, respirasjonsstans, hjertestans, kramper
- **Oransje** ₍₁₀₎ Truede vitalfunksjoner. Kraftige smerter.
Brystsmerter
- **Gul** ₍₆₀₎ God allmenntilstand, farlig tilstand må utelukkes
Moderate smerter
- **Grønn** ₍₁₂₀₎ Bør undersøkes i dag
- **Blå** ₍₂₄₀₎ Bør henvises til fastlege eller annet





**KRITERIERENE SOM DANNER GRUNNLAG FOR
HVIKEN PRIORITET PASIENTEN FÅR**

Superakutte symptomer

Sekunder og minutter

Akutte symptomer

Mellom 12-24 timer

Nylig oppståtte symptomer

Innenfor siste 7 dager

Ikke akutte symptomer

Over 7 dager

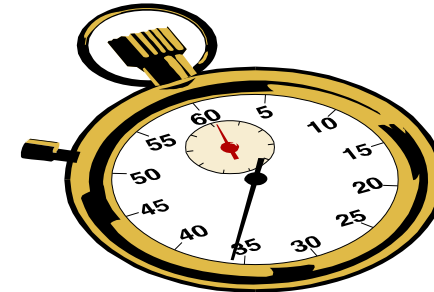


Marit Røed Halvorsen
Kandidat i sykepleievitenskap





MTS- et beslutningsstøtteverktøy for sykepleiere



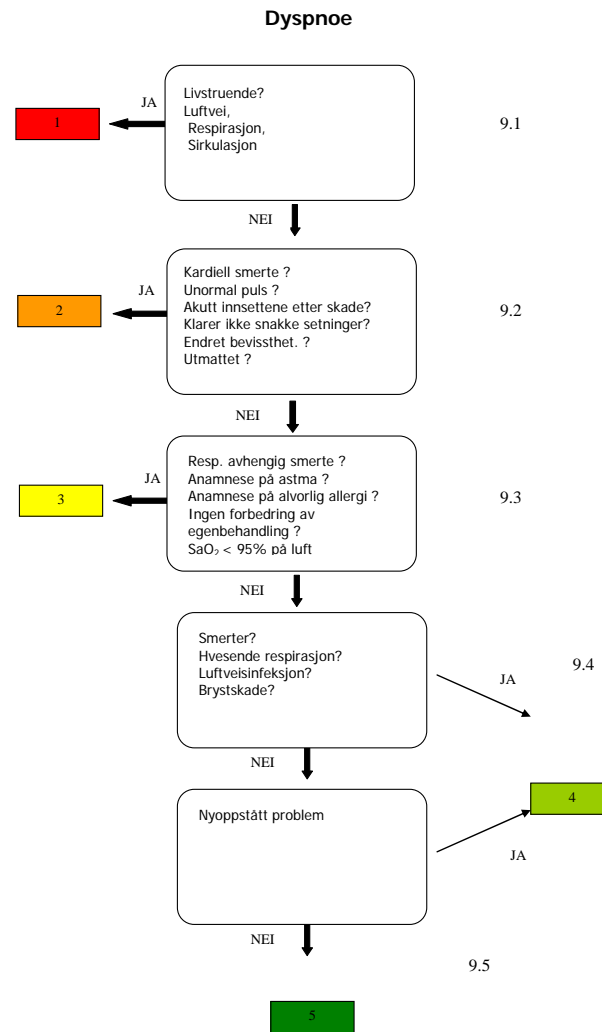
Prosessene

1. Identifisere problemet
2. Samle og analysere data
3. Evaluere alle alternativer og velge et for implementering
4. Implementere det valgte alternativet
5. Monitorere implementeringen og evaluere utfallet

Prioriteten angir hvor lang tid pasienten kan vente til første
legekontakt



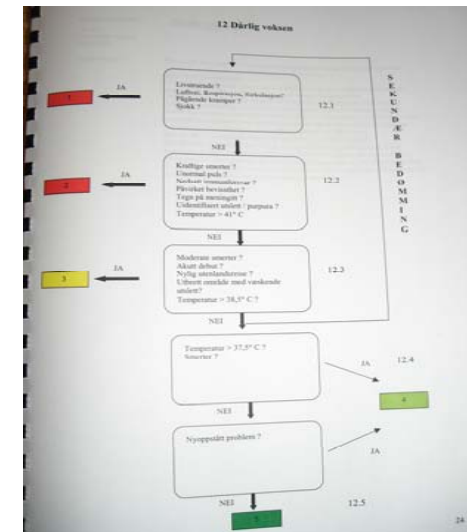
FLYTSKJEMA





DISKRIMINATORER BRUKT I FLYTSKJEMAENE

- Smerte
- Varm voksen, veldig varm voksen, varmt barn
- Nye svake smerter
- Unormal atferd
- Innadekvat respirasjonsarbeid
- Hvesende respirasjon
- Kardielle smerter/ubehag





AKTUELL FORSKNING

Doktorgradsavhandling gjennomført av Sykepleier Katharina Göransson fra Sveige.

Det ble undersøkt 423 sykepleiere på 48 ulike akuttmottak i Sverige og deres treffsikkerhet opp mot 18 ulike fiktive pasienttilfeller.

7550 ulike bedømminger ble analysert opp mot en fasit laget av en ekspertgruppe

Funnene viste stor variasjon mellom sykepleierne

Gjennomsnittelig gjorde 58 % korrekt vurdering av hastegrad. 42 % av tilfellene ble feil
Det ble avdekket avvik mellom metoden og praksis

Sykepleierne var ikke konsistente i sin tilnærming

Smerte som indikator i flytskjemaene bidrar til over-triage

Ventetiden øker for lavpriorterte pasienter med hastegradsvurdering 3-5
Sensitiviteten er lav hos dårlig og ustabile pasienter hvor eldre pasientgrupper dominerer (Göransson, 2006).





AKTUELL FORSKNING

Et observasjonsstudie fra et akuttmottak i London evaluerte organiseringen rundt triage. Det ble vurderte hva som påvirket tiden gjennom triage.

257 pasienter ble observert fra ankomst akuttmottak til ferdig hastetrad ble fastsatt av 16 ulike triagesykepleiere

Lengst ventetid på venterom før ble utført triage var 13 minutter og 3 sekunder

Gjennomsnittelig tok det 4 minutter og 17 sek å gjennomføre triage

En signifikant økning i tiden ble observert når pasienten hadde komplekse problemstillinger og når pasientbehandling ble igangsatt i triage området.

Det ble også vist til store variasjoner på hvordan triage ble utført på (Lyons et. al, 2008).





AKTUELL FORSKNING

Et akuttmottak i Nederland gjennomførte et prospektiv evalueringsstudie som inkluderte to ulike akuttmottak som brukte MTS

Hensikten med studiet var å testet reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet)

50 fiktive pasientsituasjoner ble testet og re-testet. Studiet så også på om sykepleierens erfaring fra akuttmottak hadde betydning. Resultatene viste at sykepleiernes erfaring fra akuttmottak ikke påvirket resultatene for hastegradsfastsettelse.

Ved akutte tilstander hos barn viste MTS god sensitivitet

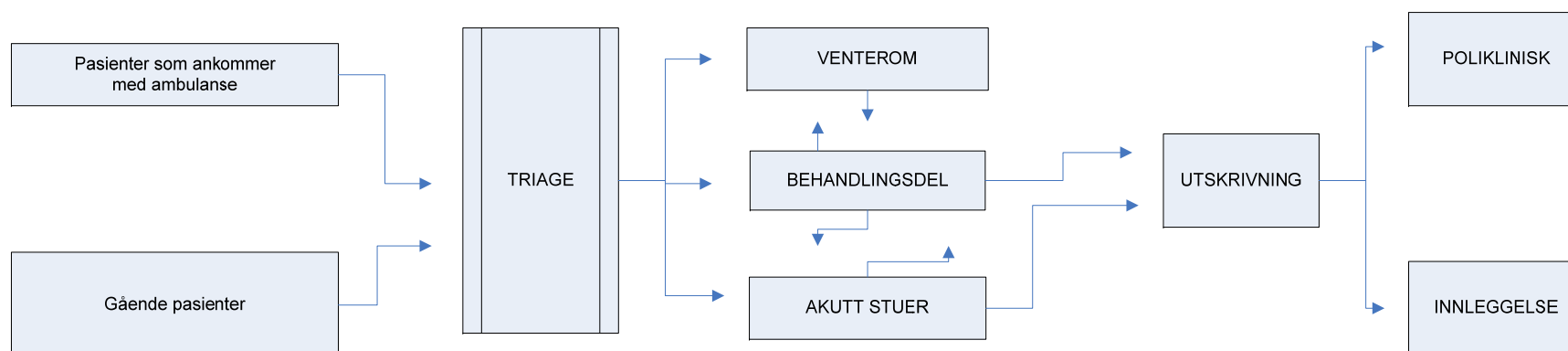
Det var flere tilfeller av for lav prioritering enn for høy prioritet, spesielt hos eldre pasienter (25,3 % vs. 7,6%).

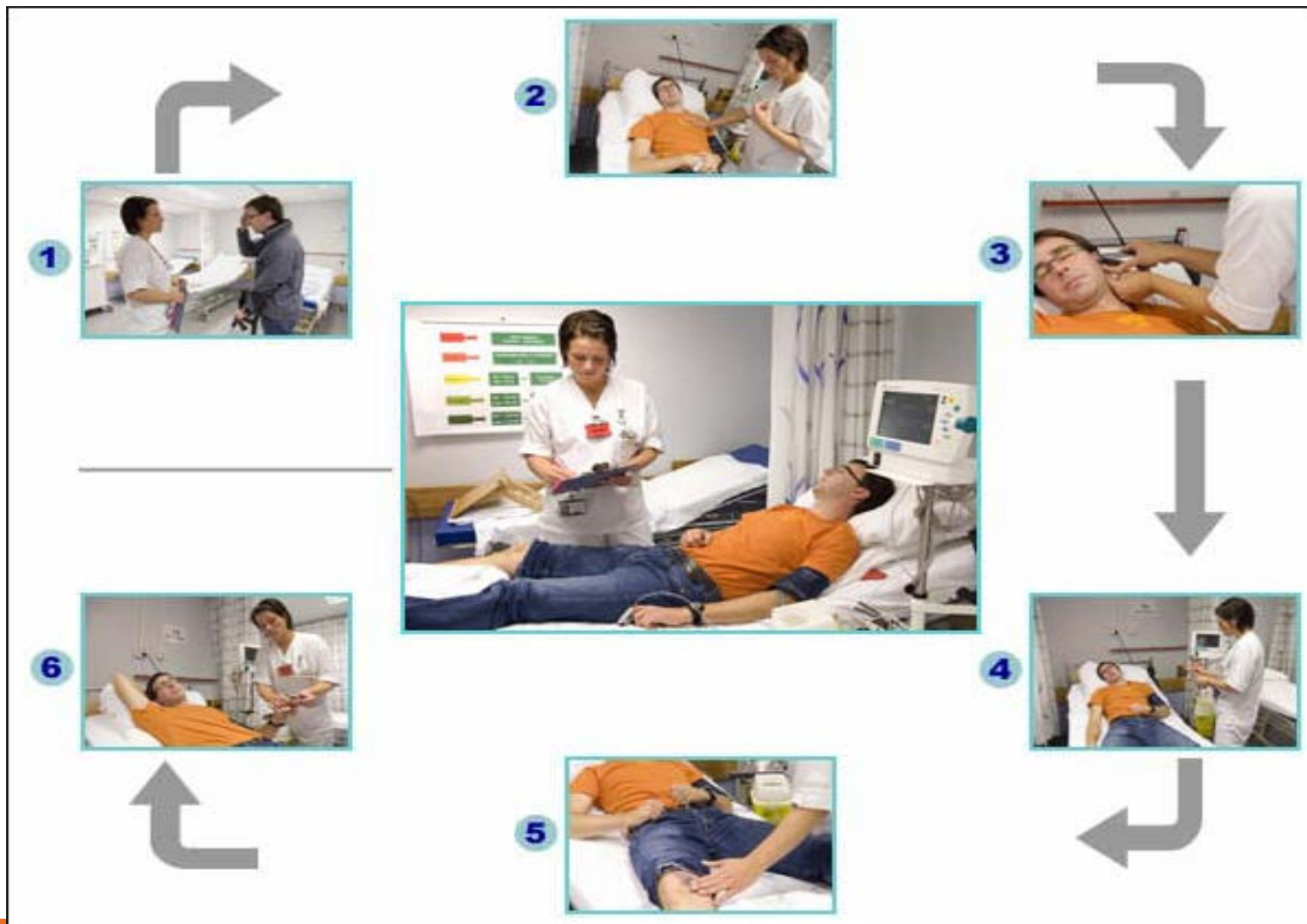
I situasjoner hvor pasienten var "dårlige" var reliabiliteten (pålitelighet) 53,2 % (Wülp, Schrijvers,2008).





Prosesser som påvirkes av innføring av et MTS





Marit Røed Halvorsen
Kandidat i sykepleievitenskap

