
Verktøy som virker

INVITERT KOMMENTAR

PÅL CHRISTIAN WOLD MORBERG

pal.morberg@gmail.com

Pål Christian Wold Morberg er overlege ved Anestesiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold og forsker tilknyttet Radiologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold og Computational Radiology & Artificial Intelligence (CRAI) Research Group ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når et helsevesen konfronteres med flere pasienter enn det har kapasitet til, blir det nødvendig å prioritere.

Å sortere symptomer og tilstander i et triageringssystem har historiske røtter tilbake til napoleonskrigene, da Dominique Jean Larrey (1766–1842) utviklet en kategorisk sortering av sårede soldater ut fra medisinske behov [\(1\)](#). Siden den gang har slik prioritering blitt vanlig i den kliniske hverdagen også i fredstid. Prioriteringen kan bidra til å optimalisere ressursbruk og sørge for at de sykeste får hjelp først.

Sorteringssystemer må valideres slik at de virker etter intensjonen. Til tross for at de finnes overalt i det norske helsevesen, er det varierende hvor godt de virker og hvor enkle de er å sammenligne med hverandre [\(2–4\)](#). I en studie som nå publiseres i Tidsskriftet, har Høyvik, Straume og medforfattere validert triageverktøyet SATS-N, som blant annet brukes i Helse Vest [\(5\)](#). Triageverktøyet for barn er tilpasset norske forhold etter å ha vært utviklet og revidert i Sør-Afrika [\(6\)](#).

Studien inkluderte 303 barn i alderen 0–14 år, og man evaluerte verktøyets treffsikkerhet både ved prehospital bruk i ambulanser og i akuttmottak. Skalaen ble delt i to (høy og lav hastegrad), og resultatene ble analysert for å avdekke hvor mange som ble innlagt på overvåkningsavdeling som følge av triagering til høy hastegrad. SATS-N viste seg å ha høy sensitivitet, men lav spesifisitet.

Triagering av barn kan være særlig utfordrende. Barn kan ha stor variasjon i vitalia avhengig av alder og ha uspesifikke kliniske symptomer. I tillegg kan de trenge assistanse fra en foresatt for å gjøre seg forstått. Sammenligning mellom triagering prehospitalt og i sykehus er interessant fordi omgivelsene også spiller en rolle ved vurdering av syke barn. At kun ett universitetssykehus var åsted for undersøkelsen, kan ha påvirket resultatene, men det gir samtidig et realistisk bilde av den kliniske hverdagen. Covid-19-pandemien kan også ha hatt innvirkning på funnene, all den tid barn i perioder var isolert fra sine jevnaldrende. Betydningen av dette er imidlertid vanskelig å anslå.

«Det finnes ingen bred enighet om hvor godt et triageringsverktøy bør være. Verken over- eller undertriagering er definert med nasjonale eller internasjonale krav eller mål»

Det finnes ingen bred enighet om hvor godt et triageringsverktøy bør være. Verken over- eller undertriagering er definert med nasjonale eller internasjonale krav eller mål, og det finnes ingen standard for hvor ofte pasienter eventuelt bør retriageres. Her ligger noen av utfordringene for norske akuttmottak: Systemer som i teorien virker lovende, kan ha utilsiktede konsekvenser, som økt arbeidsmengde for de ansatte eller undertriagering av pasienter (7, 8). Dette gjør arbeidet fra Høyvik, Straume og medforfattere desto viktigere.

På sikt vil tallfesting og systematisering kunne bedre forståelsen av helseytelser i det moderne helsevesen (2, 7, 8). Vi kan lettere sammenligne pasientforløp, men trenger å lære mer om alle ringvirkningene i et pasientforløp for at verktøyene skal fungere etter intensjonen (9). Vi må heller ikke glemme betydningen av klinisk kunnskap og vurderinger. Ikke minst kan foreldre og familie levere informasjon som for den enkelte pasient kan være livsviktig.

I helsevesenet er det høyt trykk på innføring av nye metoder, tilpasning av gamle og fjerning av utdaterte metoder – et krav som dels skyldes industrialiseringen av helsetjenestene (10). Det er derfor viktig og ønskelig at verktøy som tas i bruk, testes for å se om de lever opp til forventningene eller hører hjemme i haugen med innovasjoner som ikke virket.

REFERENCES

1. Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O et al. "To afford the wounded speedy assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World J Surg* 2006; 30: 1392–9. [PubMed][CrossRef]
2. Lentz BA, Jenson A, Hinson JS et al. Validity of ED: Addressing heterogeneous definitions of over-triage and under-triage. *Am J Emerg Med* 2017; 35: 1023–5. [PubMed][CrossRef]
3. Zachariasse JM, van der Hagen V, Seiger N et al. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e026471. [PubMed][CrossRef]

4. Engebretsen S, Røise O, Ribu L. Bruk av triage i norske akuttmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 285–9. [PubMed][CrossRef]
 5. Høyvik HE, Straume V, Østerås Ø et al. Hastegradsvurdering av akutt syke barn transportert i ambulanse. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0480. [CrossRef]
 6. Twomey M, Cheema B, Buys H et al. Vital signs for children at triage: a multicentre validation of the revised South African Triage Scale (SATS) for children. S Afr Med J 2013; 103: 304–8. [PubMed][CrossRef]
 7. Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. BMC Emerg Med 2018; 18: 58. [PubMed][CrossRef]
 8. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. Aust Health Rev 2011; 35: 371–83. [PubMed][CrossRef]
 9. Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A et al. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emerg Med J 2019; 36: 231–8. [PubMed][CrossRef]
 10. Rastegar DA. Health care becomes an industry. Ann Fam Med 2004; 2: 79–83. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 10. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0844
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. februar 2026.