



Triage - Ansvar og gjennomføring, akuttmottak

D46010

Utgave:
3.02Gjelder fra:
12.08.2024

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

- Sikre optimal hastegradsvurdering av pasienter som ankommer akuttmottak som øyeblikkelig hjelp
- Sikre riktig prioritering og observasjon
- Pasienter som overflyttes fra et høyere behandlingsnivå, triageres kun etter vitale parametere (VP)
- Ø-hjelpsoverflytninger triageres etter vanlig prosedyre
- Dersom akuttmottaket tar imot elektive pasienter, triageres ikke disse etter RETTS

Ansvar/målgruppe

- Avdelingsledelsen har ansvar for at alt personell som arbeider i akuttmottaket, jobber etter prinsipper i RETTS
- Sykepleiere og leger er ansvarlige for korrekt bruk og etterlevelse av verktøyet

Handling

RETTS som verktøy for triage og beslutningsstøtte

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS):

Ved første undersøkelse, måler og vurderer man vitale parameter (VP), samt innhenter en standardisert og strukturert anamnese på bakgrunn av kontaktårsak og aktuelle symptomer, kalt Emergency Symptoms and Signs (ESS). Akuttmottakene har egne profiler på rettsonline.com der de kan legge inn egnede tiltak tilpasset lokale forhold. Dette driftes lokalt av hver avdeling.

Vitale parameter sammen med ESS danner grunnlaget for et hastegradsnivå.

I RETTS finnes fem nivåer: blå, grønn, gul, orange og rød i stigende prioritet og alvorlighetsgrad som risiko for død og/eller behov for akutt-medisinsk behandling umiddelbart eller innen rimelig tid. Hvert enkelt akuttmottak har lokale prosessiltak knyttet til kontaktårsaken.

Triage

- Triage dokumenteres i Metavision
- Ved nedetid i Metavision, dokumenteres triage på skjema: [Trykksak - Dokumentasjon ved innleggelse akuttmottak, art 207430 \(beredskap\)](#); følg [Triage - Til bruk ved nedetid av MetaVision/ DIPS: Veiledning for dokumentasjon ved innleggelse, akuttmottak](#)
- Sykepleier som triagerer pasienten, skal ha fokus på rask avklaring av A-B-C-D-E. VP og ESS danner grunnlaget for vurdering av hastegrad og tiltak som skal iverksettes. For å utføre triage er man avhengig av å finne riktig kontaktårsak i innholdslisten i RETTS-algoritmen.

- Alle pasienter skal triageres innen 20 minutter etter ankomst sykehus. Triagefargen må umiddelbart formidles til akuttmottakets e-tavle. Lege varsles ved behov.
- «Tid til lege» er differansen fra triage er satt, til legen tilser pasienten
- For pasienter som kommer med ambulanse, gjøres det forberedelser i henhold til prehospital triage. Triage prehospitalt bør fremkomme ved innmelding akuttmottak.

Tabell for tiltak og observasjoner

Triagefarge	Overvåkning og legetilsyn
Rød	Pasienten regnes som livstruende syk og lege skal umiddelbart tilse pasienten. Dersom pasienten triageres rød på VP er det ikke nødvendig å finne ESS. Lege skal være varslet og tilstede på pasientrommet når pasienten ankommer, dersom den er meldt inn som rød prioritet fra ambulanse. Se lokale prosedyrer vedrørende tilkalling av relevante team. Pasienten overvåkes kontinuerlig med registrering av VP hvert 10. minutt.
Orange	Pasienten regnes som potensielt livstruende syk, og lege skal tilse pasienten innen 20 minutter etter ankomst/triage satt. Vurder lege på aktuelt rom ved innmelding av orange pasient prehospitalt. Se lokale prosedyrer vedrørende tilkalling av lege/relevante team. Pasienten skal observeres av sykepleier med registrering av VP minst hvert 20. minutt.
Gul	Pasienten regnes ikke som livstruende syk, og pasienten kan vente. Pasienten skal tilses av lege innen 60 minutter. Pasienten skal observeres av sykepleier med registrering av VP minst hvert 60. minutt.
Grønn	Pasienten regnes ikke som livstruende syk. Pasienten kan vente, men har behov for medisinsk behandling/vurdering innen rimelig tid. Tilses av lege innen 240 minutter. Tilsyn av sykepleier minimum hver andre time.
Blå	Benyttes etter lokale rutiner

Retriage

- Tidspunkt for retriage skal dokumenteres i Metavision og på e-tavle
- Retriage definerer observasjonsregimet i henhold til «Tabell for tiltak og observasjoner»
- Etter initial undersøkelse skal lege vurdere behovet for retriage av pasienten
- Sykepleier kan nedtriagere pasient ett trinn dersom bedring i VP, men aldri lenger ned enn ESS tilsier
- Pasienten kan når som helst retriageres til høyere prioritet

Ved samtidighetskonflikter

- Følg lokal eskaleringsplan/lokale rutiner

Overflytting til annen post

- Vitale parameter skal være registrert i løpet av de siste 30 minuttene før pasienten forlater akuttmottaket. Avviker observasjonene fra tidligere målte VP, skal det konfereres med lege før pasienten forlater akuttmottaket, både med tanke på behandling og vurdering av riktig behandlingsnivå.

Referanser

- [SI/06.03.02-11](#) [Trykksak - Dokumentasjon ved innleggelse akuttmottak, art 207430 \(beredskap\)](#)
- [SI/06.03.02-12](#) [Trykksak - Dokumentasjon ved innleggelse akuttmottak BARN, art 255154](#)
- [SI/17.01-21](#) [Triage - Til bruk ved nedetid av MetaVision/ DIPS: Veiledning for dokumentasjon ved innleggelse, akuttmottak](#)
- [SI/21-12](#) [Legemidler - Legemiddelliste A ferdigutfylt](#)