

Triage på akutmottagningen i Mariehamn

Johan Jansson

Examensarbete

Akutvård 2008

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	
Författare:	Johan Jansson
Arbetets namn:	Triage på akutmottagningen i Mariehamn
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	Akutmottagningen vid Ålands Centralsjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>Triage på en akutmottagning utförs i syfte att sortera väntande patienter enligt hur brådskande deras behov av vård är. Målet är att snabbt finna de akut sjuka patienterna vilka inte kan förväntas klara av att vänta på vård. Arbetet är ett utvecklingsarbete beställt av akutmottagningen vid Ålands Centralsjukhus.</p> <p>Följande forskningsfrågor har legat till grund för arbetet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Finns det svagheter i dagens rutiner kring triage? 2. Är dagens personalresurser och patientunderlag tillräckligt för att genomföra triage? 3. Är akutmottagningens lokaler lämpade för triage med bibehållen integritet för patienten? 4. Finns det hjälpmedel som skulle underlätta prioriteringen av patienterna? <p>För att besvara forskningsfrågorna genomfördes en litteraturgranskning inom området triage, patientsäkerhet samt kommunikation. Därtill genomfördes en enkätundersökning bland personalen våren 2012. Av totalt 25 utdelade enkäter returnerades 17 stycken. Sjukskötarna utgjorde den största gruppen av informanter. Resultatet av enkätundersökning visade att akutmottagningen bemannades av trygg personal med lång arbetserfarenhet. Personalen önskade få gemensamma standardiserade riktlinjer för hur patienternas vårdbehov skulle bedömas då den individuella variationen idag är stor. Undersökningen visade även att patientens integritet i samband med ankomstintervjun kunde tillgodoses på ett bättre sätt. Personalen framförde åsikter på hur man med hjälp av bättre samarbete med primärvårdens jourmottagning kunde underlätta arbetet på akutmottagningen. Erfarenhet, mod, förmågan att lyssna samt ett professionellt förhållningssätt bedömdes vara viktiga personliga egenskaper hos den som bedömer patientens vårdbehov.</p>	
Nyckelord:	Triage, Akutmottagning, Beslutsstöd
Sidantal:	62
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	25.03.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency Care
Identification number:	
Author:	Johan Jansson
Title:	Triage at the emergency ward in Mariehamn
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	The emergency ward at Ålands Centralsjukhus
<p>Abstract:</p> <p>Triage at an emergency ward is carried out with the purpose of sorting waiting patients according to how urgent their need of care and treatment is. The goal is to as fast as possible find the acutely ill patients who cannot be expected to be able to wait for treatment. This assignment is a work of development commissioned by the emergency ward at Åland's Centralsjukhus. The following research questions have functioned as a foundation for the assignment:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Are there any weaknesses in today's routine surrounding triage? 2. Are the staff resources and patient base of today sufficient to carry out triage? 3. Are the premises of the emergency ward appropriate for triage with retained integrity for the patient? 4. Are there tools and means that would facilitate the priority of the patients? <p>In order to answer the research questions a literature review of triage, patient security and communication was carried out. In addition to the literature study, a survey among the staff was conducted during the spring of 2012. Out of a total of 25 handed out questionnaires, 17 were returned. The largest group of informants consisted of nurses. The results of the survey showed that the emergency ward was manned by secure and confident staff with long working experience. The staff wished to have common and standardized guidelines for how the need of care is to be assessed, since the individual variation today is large. The survey also showed that the patients' integrity in connection to the interview conducted upon their arrival could be provided for in a better way. The staff conveyed opinions about how a greater collaboration with the primary health care's on-duty reception ward would facilitate the work of the emergency ward. Experience, courage, ability to listen and a professional approach were considered to be important personal traits with the person who assesses the patient's need of care.</p>	
Keywords:	Triage, Emergency Ward, Decision Support
Number of pages:	62
Language:	Swedish
Date of acceptance:	25.03.2013

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Johan Jansson
Työn nimi:	Potilasluokittelu päivystyspoliklinikalla Maarianhaminassa
Työn ohjaaja (Arcada):	Christel Roberts
Toimeksiantaja:	Ahvenanmaan Keskussairaalan päivystyspoliklinikka
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Potilasluokituksen merkitys päivystyspoliklinikalla on luokitella odottavia potilaita heidän hoitotarpeen mukaan. Tavoitteena on nopeasti löytää äkilliset sairaat potilaat jotka eivät voi jäädä odottamaan hoitoa. Tutkimus on kehitystyö jonka Ahvenanmaan Keskussairaalan päivystyspoliklinikka on tilannut. Seuraavat tutkimuskysymykset ovat tämän työn lähteenä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Löytyykö heikkouksia tämän päivän potilasluokituksen menettelytavoissa? 2. Ovatko tämän päivän henkilökunta varat ja potilas alusta riittävät jotta potilasluokitus voidaan toteuttaa? 3. Ovatko päivystyspoliklinikan tilat sopivia säilyttääkseen potilaan integriteettiä loukkaamattomuutta potilasluokitusta tehdessä? 4. Onko apuvälineitä jotka voisivat olla avuksi luokitellessa potilaita? <p>Jotta saisimme vastauksen näihin tutkimuskysymyksiin, suoritettiin kirjallisuuskatsaus potilaan luokituksesta, potilasturvallisuudesta sekä kommunikaatiosta. Tämän lisäksi tehtiin henkilökunnan kesken kyselylomake keväällä 2012. Kahdestakymmenestäviidestä jaetusta kyselystä palautettiin 17 kappaletta. Suurin ryhmä vastanneista olivat sairaanhoitajat. Kyselyn tuloksena oli että päivystyspoliklinikka oli miehitetty tuvallisella henkilökunnalla jolla oli pitkä työkokemus. Henkilökunta toivoivat saavansa yhtenäisiä standardisoituja suuntaviivoja miten potilaiden hoitotarve voitaisiin arvioida. Tutkimus näytti myös että potilaan integriteettiä tulohaastattelussa on parantamisen varaa. Henkilökunta esitti mielipiteitä miten voitaisiin helpottaa työtä päivystyspoliklinikalla saamalla parempaa yhteistyötä terveystieteiden päivystyksen kanssa. Kokemus, rohkeus, kyky kuunnella sekä ammattimaisuus olivat tärkeitä yksilöllisiä ominaisuuksia henkilöllä joka luokittelee potilaan hoitotarpeet.</p>	
Avainsanat:	Potilasluokittelu, Päivystyspoliklinikka, Päätöstuki
Sivumäärä:	62
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	25.03.2013

INNEHÅLL / CONTENTS

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund.....	9
2.1	Ålands Hälso- och Sjukvård.....	9
2.2	Akutmottagningen.....	10
2.3	Vägen till vård idag.....	12
3	Avsikt, syfte och frågeställning.....	14
4	Design.....	15
5	Teoretisk referensram	16
5.1	Patientsäkerhet.....	16
5.1.1	<i>Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013</i>	<i>17</i>
5.2	Kommunikation.....	18
6	Metod	19
7	Tidigare forskning.....	20
8	triage.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
9	Resultatredovisning.....	29
10	Etisk reflektion	41
11	Kritisk granskning.....	43
12	Diskussion.....	44
	Källor.....	47
	Bilaga 1. Följebrev.....	49
	Bilaga 2. Enkät	49
	Enkätundersökning på akutmottagningen i Mariehamn	49
	Bilaga 3. Fullständig förteckning över kommentarer till enkätsvar.	54
	Bilaga 4. Undersökningslov från Ålands Hälso- och Sjukvård.....	62

Figurer

Figur 1. Flödesschema, vägen till vård idag - Vardagar kl. 08-16	12
Figur 2 Flödesschema, vägen till vård idag vardagar kl. 18-16, lördag, söndag och helgdag kl. 16-09	13
Figur 3 Studiens arbetsprocess	16
Figur 4 Deltagarnas utbildning	30
Figur 5 Arbetserfarenhet på avdelningen	31
Figur 6 Dagens rutiner vid patientmottagning och triage fungerar bra	32
Figur 7 Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten till en annan vårdgivare?	34
Figur 8 Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten att återvända hem?.....	35
Figur 9 Upplever du att ett skriftligt beslutsstöd, där patienten på basen av kontaktorsak och vitala parametrar skulle underlätta din bedömning av patientens vårdbehov?	36
Figur 10 Vilka mätvärden eller undersökningar upplever du att skulle för dig i ditt arbete med att prioritera patientens vårdbehov i samband med ankomstintervjun?.....	37
Figur 11 En bedömning av hur brådskande vårdbehovet är utförs lika på alla patienter	38
Figur 12 Vilka personliga egenskaper anser du som viktiga hos den som bedömer patientens behov av akutvård?.....	40

Tabeller

Tabell 1. METTS-A färgkoder, förklaring och väntetid	24
--	----

FÖRORD

Under sommaren 2011 då jag själv arbetade som sommarvikarie på akutmottagningen frågade jag avdelningssköterskan om det fanns något inom verksamheten som kunde fungera som en idé för mitt kommande examensarbete. Jag fick erbjudande att skriva om triage. Ett ord som inte var främmande för mig, men dess verkliga omfattning har klarnat under arbetets gång.

Eftersom min huvudsakliga arbetsuppgift under tidigare somrar varit att arbeta som mottagningsbiträde i ”luckan”, då man är den första en gående patient möter, var det ett område som inte var helt obekant. Arbetet i luckan var tidvis mycket krävande då man saknade verktyg och hjälpmedel att använda sig av. Som oerfaren kände jag själv ett behov av ett beslutsstöd som kunde hjälpa mig komma fram till ett beslut huruvida en patient jag mötte var i behov av akutvård eller inte.

En erfaren sjukskötare har under tiden i arbetslivet skaffat sig verktyg som man som ny i vården saknar, en klinisk blick. En trygghet som bygger på erfarenhet och upplevelser som man kan använda sig av då man stöter på en ny situation, en ny patient. Alla är vi individer som fattar beslut på olika grunder, en variation som inom vården kan vara riskabel ur patientsäkerhetssynpunkt. Användningen av olika hjälpmedel kan utjämna den individuella variationen och ge varje patient en bedömning på så lika villkor som möjligt. (Dong et al. 2005)

1 INLEDNING

I dagens sjukvård har effektivisering blivit ett centralt begrepp. De ekonomiska resurserna krymper vilket ställer krav på ett effektivt utnyttjande av de befintliga resurserna så att man i största möjliga mån inte behöver göra avkall på kvalitén av vården. Triage är ett verktyg som kan användas i effektiviseringsarbetet, att styra patientflödet så att rätt patient får tillgång till rätt vård i rätt tid. På en akutmottagning innebär detta att se till att patienter som är i akut behov av vård, de som inte kan vänta, får vård så snabbt som möjligt. Alla patienter bör ha rätt till en professionell bedömning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Samtidigt skall de patienter vilka bedömts klara av att vänta få tillräcklig information, känna till grunderna till beslutet och hänvisas till den för situationen lämpligaste enhet inom hälso- och sjukvården. En förutsättning är dock att det förutom akutmottagningen finns en annan enhet som är avsedd att ta emot de patienter vilka för tillfället inte krävde vård på akutmottagningen.

Kommunikation är en mycket viktig del av vården och central i bedömningen av patientens vårdbehov. Alla människor är unika och beskriver sina problem utgående från hur de själv upplever dem. Patienter som har större kunskap om människokroppen, sjukdomar och dess symptom samt är beivrade i medicinsk terminologi kan mycket detaljerat beskriva sina symptom och lyfta fram viktiga aspekter då de söker vård. Patienter som inte har den kunskapen får med egna ord och kroppsspråk beskriva hur man upplever sin situation. Det är då otroligt viktigt att vårdpersonalen klarar av att noggrant lyssna på patienten samt i kommunikationen med patienten använda ett språk och en terminologi som patienten förstår (Thornquist 2001:14). Patientens integritet bör i största möjliga mån garanteras och patienten bör ges möjlighet till avskildhet, för att i förtroende kunna berätta om sina problem för vårdpersonalen utan att medpatienter och övriga hör vad som sägs. Detta ställer krav på de lokaler man är verksam i samt rutiner för var och hur man intervjuar patienten och att detta kan ske med bibehållen säkerhet för vårdpersonalen. (Barkensjö & Tikka 2010)

2 BAKGRUND

Här nedan beskrivs Ålands Hälso- Sjukvård som organisation. En med Åländska mått mätt stor organisation vars uppgift är att bedriva offentlig hälso- och sjukvård under de tidvis krävande förhållanden som ett ö-samhälle erbjuder. En komplex uppgift som omfattar allt från förebyggande hälsovård till avancerad specialsjukvård.

2.1 Ålands Hälso- och Sjukvård

Ålands Hälso- och sjukvård är den myndighet som ansvarar för hela den offentliga sjukvården på Åland. Vid Ålands Centralsjukhus är det mesta av den offentliga sjukvårdens resurser samlade på ett och samma sjukhusområde. Här finns barn och ungdomskliniken, medicinska kliniken, kirurgiska kliniken samt BB och Gynekologiska kliniken. Alla dessa enheter har en egen vårdavdelning och en poliklinik på sjukhuset. Därutöver finns även onkologiska polikliniken som en del av medicinkliniken. Medicinklinikens poliklinik innefattar en rad underspecialiteter: antikoagulationsmottagning, behandlingsmottagning för till exempel intravenös antibiotikabehandling vid borrelia, dietistmottagning, specialsjukvårdens endokrinologi- och diabetesmottagning, endoskopimottagning, hjärtmottagning, hud- och neurologimottagning, lungmottagning, mag- och tarmmottagning, njurmottagning samt reumamottagning. På sjukhuset finns även operations-, anesthesi- och intensivvårdskliniken som även innefattar dialysverksamheten. Öron-, näs- och halskliniken samt ögonkliniken har här sin poliklinikverksamhet. I huvudbyggnaden finns även röntgenkliniken och laboratorieenheten samt läkemedelcentralen och instrumentvården.

Även en stor del av primärvårdens olika enheter finns på sjukhuset. Hälsocentralen som är primärvårdens läkarmottagning för bokade patientbesök samt jourmottagning på kvällar och helger för icke bokade besök. På sjukhuset finns även företags- och personalhälsovården, en enhet som ansvarar för personalhälsovården för alla anställda inom Ålands Hälso- och sjukvård samt jordbrukare och företagare med särskilt avtal. Preventivmedelsmottagningen, livsstils- och diabetesmottagningen, barn- och mödrarådgivningen samt primärvårdens psykolog.

Patienter som kräver specialistvård vilken inte sjukhuset kan erbjuda remitteras till andra sjukhus i Sverige eller Finland. För detta ändamål finns en ambulanshelikopter vilken också sköter de akuta ambulansflygningarna från till exempel skärgårdskommunerna in till sjukhuset. Helikopterns bemanning beror på typen av transport, vid förflyttning från sjukhuset till ett annat sjukhus bemannas helikoptern av en sjukskötare ur helikoptergruppen med erfarna och specialutbildade sjukskötare. Vid ambulansflygningar bemannas helikoptern av ambulanspersonalen från Mariehamns Räddningsverk. På sjukhusområdet finns även psykiatriska klinikens och geriatriska klinikens sjukhus som även rymmer rehabiliterings- och fysiatriskliniken.

2.2 Akutmottagningen

Akutmottagningen vid Ålands Centralsjukhus är idag den enda akutmottagningen på Åland. I dagligt tal pratar man om akuten. Hit kommer alla som plötsligt insjuknat eller varit med om en olycka. Till akuten transporteras också alla ambulanspatienter. Akutmottagningen är öppen dygnet runt. Akuten är belägen vid centralsjukhuset i Mariehamn. Bemanningen dagtid är normalt sett tre sjuksköterskor, ett mottagningsbiträde samt två läkare. Kvällen och nattetid sänks läkarbemanningen till en jourläkare vilken även ansvarar för resterande delar av centralsjukhuset. På akutmottagningen kan man söka akutvård dygnet runt.

Då man söker vård på akutmottagningen krävs ingen remiss men patienter kan remitteras från privatläkare eller från hälsocentralen vid behov. Vid ankomsten görs en bedömning huruvida patienten bör vända sig till hälsocentralens jourmottagning eller är i behov av omedelbar vård på akutmottagningen. Gående patienter tas emot och intervjuas vid den s.k. ”luckan” i akutmottagningens väntrum. Den initiala bedömningen utförs här av ett mottagningsbiträde eller en sjukskötare beroende på hur bemanning för dagen ser ut. Sommartid kan bemanningen vara annorlunda då även studerande arbetar i luckan. I luckan tas en kort anamnes av patienten eventuella sår eller andra skador kan inspekteras kort. Det samtal som förs i luckan kan höras av andra patienter i väntrummet. Vid sidan av luckan finns dock ett litet samtalsrum som kan användas för ankomstintervjun om patienten så önskar eller om personalen bedömer att samtalskaraktär är extra

känslig. Vitalparametrar såsom blodtryck, puls eller saturation kontrolleras i regel inte vid ankomstintervjun.

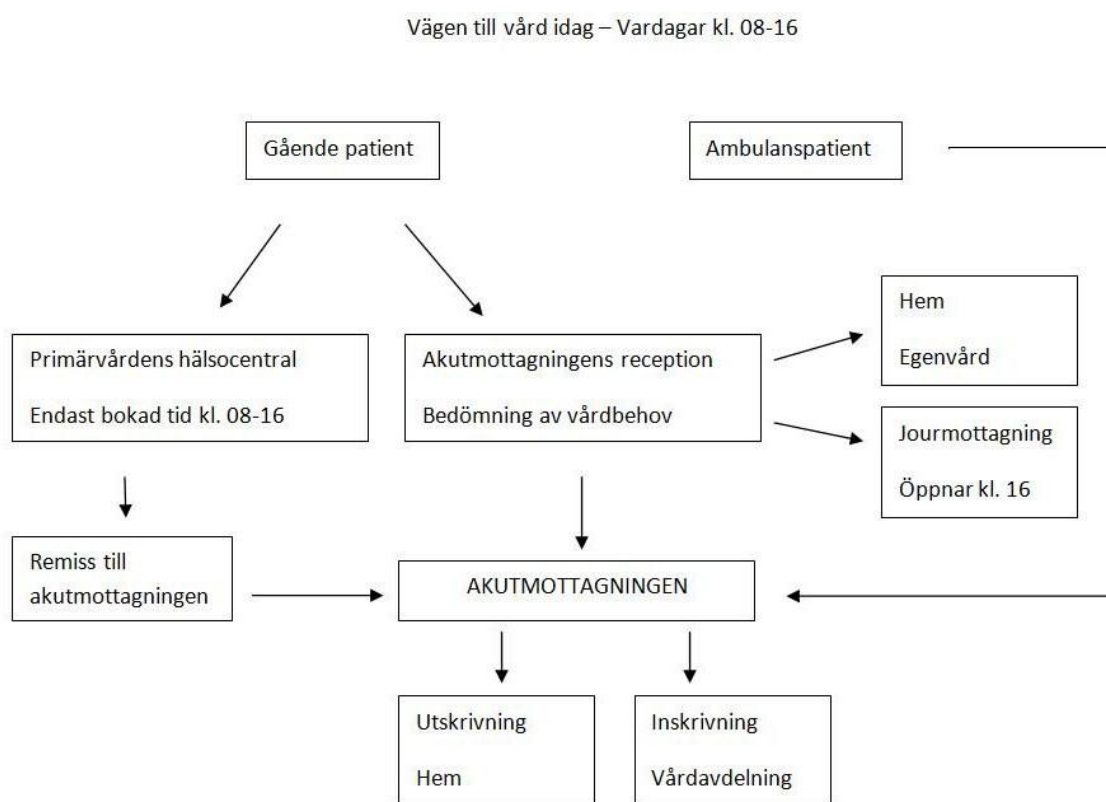
Då patienten intervjuats och identitets- samt kontaktuppgifter kontrollerats skrivs en vårdplaneringsblankett ut. På blanketten finns information om patientens identitet, kontaktuppgifter, uppgifter om patientens anhöriga samt ankomstorsak och tid. På denna blankett finns utrymme för uppmätta vitalparametrar, läkemedels- och infusionsordinationer samt utrymme för fritext där övriga ordinationer och undersökningsresultat kan antecknas. Här finns även en ruta där röntgen- och laboratorieundersökningar som beställts antecknas samt kvitteras efter att dessa blivit utförda. Vid mer omfattande övervakning kompletteras vårdplaneringsblanketten med en uppföljningsblankett där vitalparametrar, observationer, givna läkemedel och påbörjade infusioner antecknas.

Vårdplaneringsblanketten placeras sedan i en låda i receptionen, i lådan finns alla patienter som ännu inte blivit undersökt av en läkare. Patienterna sorteras här i första hand enligt symptomens allvarlighetsgrad och i andra hand utgående från ankomstordning, resultatet från ankomstintervjun ligger till grund för hur patienten prioriteras. Under tiden patienten väntar på läkarundersökning tas denne omhand av en sjukskötare som tar emot patienten och utför en första undersökning som innefattar kontroll av blodtryck, puls, saturation och i de flesta fall kroppstemperatur. Vid till exempel bröstsmärta tas rutinmässigt ett EKG. Om sjukskötaren upplever de nödvändigt tas rutinmässiga laboratorieprover enligt flera på förhand uppbyggda analyspaket. Den sjukskötare som först tog emot patienten fortsätter i regel som ansvarig för den specifika patientens vård, detta antecknas på vårdplaneringsblanketten så att läkaren och övrig personal vet vem man skall vända sig till. En del patienter behöver inte ses av läkare, det gäller till exempel mindre skador såsom små sår som inte behöver sutureras. Dessa sköts i sin helhet av en sjukskötare som vid behov kan konsultera läkare.

Patienterna vars vårdbehov inte föranleder ett besök på akutmottagningen kan vända sig till hälsovårdens hälsocentral för tidsbokade besök eller till hälsocentralens jourmottagning vilken dock har begränsade öppettider, på vardagar klockan 16-18 och helger klockan 9-16. Nattetid är enbart akutmottagningen öppen.

2.3 Vägen till vård idag

För att åskådliggöra hur man som patient kan söka sig till vården har jag valt att illustrera detta genom ett antal figurer. Figurerna visar hur patientflödet i dagens läge är strukturerat. Med gående patient menas alla patienter som själva tagit sig till sjukhuset, det betyder inte att patienten nödvändigtvis är gående. Gemensamt för alla tider på dygnet är att alla patienter som transporteras med ambulans oavsett allvarlighetsgrad kommer till akutmottagningen. De många alternativen gör att patienter inte alltid vet vart de ska vända sig i första hand.



Figur 1. Flödesschema, vägen till vård idag - Vardagar kl. 08-16

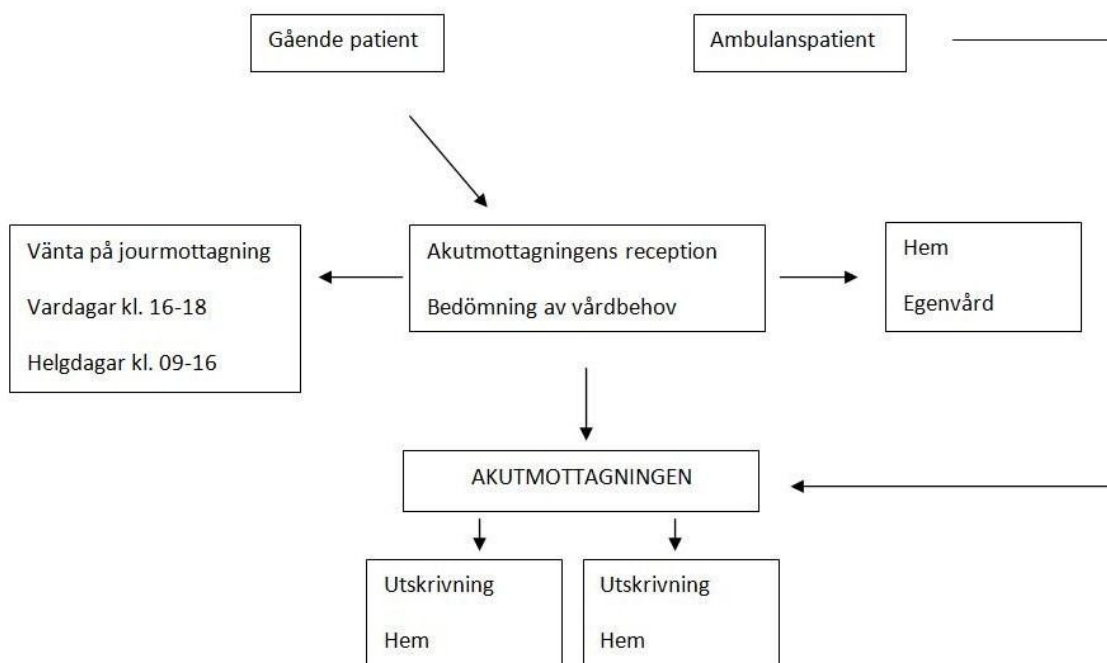
Patienter som under vardagar mellan 08-16 är i behov av oplanerad vård får i första hand vända sig till akutmottagningen. Om det på akutmottagningen bedöms att patienten inte är i behov av omedelbar vård får patienten antingen råd för egenvård i hemmet eller så rekommenderas patienten att uppsöka hälsocentralens öppna jourmottagning efter kl. 16. Patienten kan dock välja att först gå till hälsocentralen, ibland finns tillgängliga tider som avbokats, men i regel är allt förhandsbokat. Man kan inte med säkerhet garantera att patienten får en tid då man hänvisar patienten vidare. Alla ambulanspa-

tienter som transporteras in till sjukhus vårdas på akutmottagningen oberoende av patientens tillstånd.

Gående patienter har under vardagar mellan kl. 16-18 möjlighet att söka vård direkt via hälsocentralens öppna jourmottagning. Valet mellan vilken instans patienter först besöker är patientens. Om patienten först uppsöker hälsocentralen och man där bedömer att patienten behöver akut vård remitteras patienten till akutmottagningen. Under två timmar på vardagar finns det därmed två instanser som jourmässigt båda bedömer patientens vårdbehov, patienter som inte är säkra på vilken instans som den är den rätta kan här förlora viktig tid om väntan på bedömning är lång. Patienter som under denna tid uppsöker akutmottagningen kan smidigare hänvisas direkt till hälsocentralens jourmottagning om behov av akut vård ej föreligger.

Under veckoslut på dagtid har hälsocentralens jourmottagning längre öppettider. Det finns dessa dagar ingen tidsbokad verksamhet utan all vård sker på obokad basis. Under dessa tider kan patientflödet smidigt styras så att de patienter som inte är i behov av akut vård kan hänvisas till hälsocentralen under nästan hela dagen.

Vägen till vård idag – Vardagar kl. 18-08, Lördag, söndag och helgdag kl. 16-09



Figur 2 Flödesschema, vägen till vård idag vardagar kl. 18-16, lördag, söndag och helgdag kl. 16-09

På kvällar och nätter är akutmottagningen den enda jourverksamhet som patienter kan uppsöka. De patienter som inte är i behov av akutvård får hänvisas till hälsocentralen för tidsbokning följande vardag eller i väntan på att jourverksamheten öppnas på kvällar och helger.

3 AVSIKT, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Akutmottagningen i Mariehamn strävar efter att göra förändringar för att förbättra patientflödet och prioriteringen av de svårast sjuka patienterna. Genom en enkätundersökning bland personalen ämnar jag kartlägga nuvarande rutiner och upptäcka eventuella svagheter och på basen av undersökningens resultat utarbeta förslag till förbättrade rutiner för att öka patientsäkerheten och effektivisera. Personalen kommer även att ges möjlighet att belysa problemområden eller föreslå förbättringar de stött på i sitt dagliga arbete.

Triage på en akutmottagning innebär att patienternas medicinska angelägenhetsgrad bedöms utgående från hur sjuk eller skadad patienten är och inte enligt i vilken ordning de anlänt till mottagningen (Göransson et al. 2008:21). Syftet med mitt examensarbete är att öka patientsäkerheten genom att ge avdelningsledningen förslag på förbättringar av rutinerna kring triage. Jag eftersträvar ett tryggare patientflöde på akutmottagningen genom att undersöka vilka faktorer som skulle underlätta beslutsfattande för vårdpersonalen. Syftet med triage är att säkerställa att de patienter som kräver omedelbar vård fångas upp direkt men även att gallra ur de patienter som utan risk för försämring klarar av att vänta. (Göransson et al. 2008:20)

Utgångspunkten i mitt arbete är de forskningsfrågor jag formulerat:

- Finns det svagheter i dagens rutiner kring triage?
- Är dagens personalresurser och patientunderlag tillräckligt för att genomföra triage?
- Är akutmottagningens lokaler lämpade för triage med bibehållen integritet för patienten?

- Finns det hjälpmedel som skulle underlätta prioriteringen av patienterna?

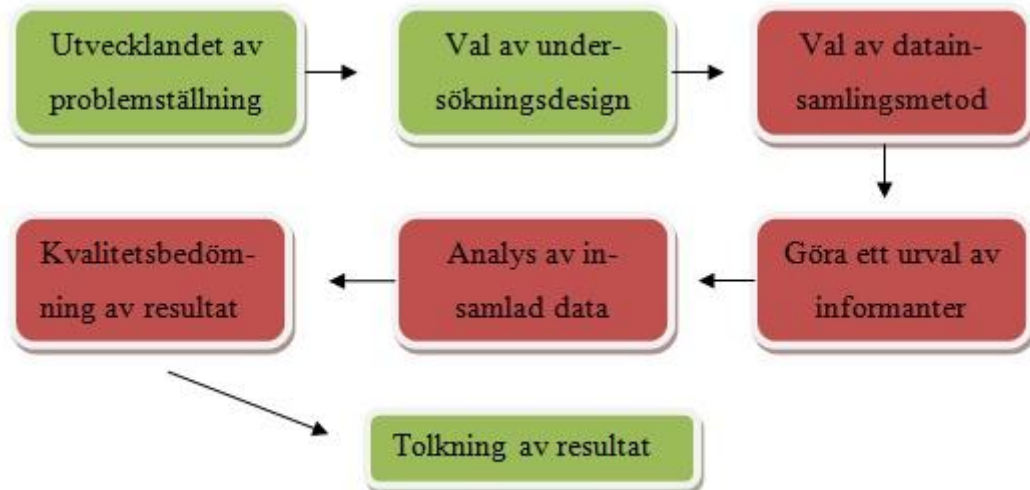
4 DESIGN

I min undersökning har Jacobsen (2007) fungerat som grundpelare vad gäller arbetsprocessens utformning, utgående från boken har jag planerat mitt arbete.

Den kvantitativa forskningsprocessen delas in i sju olika faser:

1. Utvecklandet av en problemställning. Problemställningen beskriver vad man är intresserad av.
2. Val av undersökningsuppläggning. Den kvantitativa metoden är mer strukturerad i sitt genomförande, denna metod är lämplig då man önskar förklara omfattningen av ett fenomen.
3. Insamlingen av information, till exempel genom en enkätundersökning.
4. Hur ska man välja ut enheter, dvs. göra ett urval av informanter som deltar i undersökningen.
5. Hur ska man analysera den data man fått in?
6. Vilken kvalitet har upptäckterna och slutsatserna? Kan man lita på att den data man fått är trovärdig, har man mätt det man avsett att mäta?
7. Tolkning av resultatet
(Jacobsen 2007:15–17)

Grafiskt sett kan arbetsprocessen beskrivas som en linjär process. De två första samt det sista skedet är gemensamt oavsett valet av undersökningsdesign:



Figur 3 Studiens arbetsprocess

5 TEORETISK REFERENSRAM

Här nedan presenteras den teoretiska grund arbetet bygger på. Två centrala områden som berör triage är patientsäkerhet och kommunikation. Triage utförs i syfte att fånga upp de kritiskt sjuka patienter som inte klarar av att vänta på vård. Bedömningen sker på basen av en snabb undersökning och patientens mående vid ankomst till akutmottagningen dokumenteras. Triagering av patienterna på en akutmottagning kan öka patientsäkerheten genom att rätt vård sätts in i rätt tid. Kommunikation är en viktig komponent i triage. Undersökningen ska gå snabbt tillika som patienten ska intervjuas och data ska registreras. Under tidspressade förhållande sker en dialog mellan vårdpersonalen och patienten vilket kräver god intervjuteknik. Kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal lyfter fram sådan information som inte är direkt mätbar men trots allt är essentiell.

5.1 Patientsäkerhet

Social- och Hälsovårdsministeriet har som mål att styra vården i Finland, såväl offentlig som privat, mot en enhetlig patientsäkerhetskultur. Patientsäkerheten bör ses som ett centralt mål för framtidens sjukvård. För att inte patienten ska förorsakas onödig skada bör man använda sig av effektiva metoder inom sjukvården. Att sätta in rätt vård i rätt tid och utnyttja de befintliga resurserna på bästa möjliga sätt. Eftersom hälso- och sjuk-

vården är en mycket avancerad och krävande bransch krävs yrkesskicklig och kompetent personal, trots detta finns det riskmoment. Patientsäkerhetsarbetets principer och funktioner strävar till en säkrare vård för patienten genom att förebygga skador och hantera de riskmoment som uppkommer inom vården. (SHM:2009)

5.1.1 Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013

Strategin belyser patientsäkerheten ur fyra olika synvinklar: säkerhetskultur, ansvar, ledning och författningar. Säkerhetskultur inom vården innebär att såväl arbetstagare som organisationen ständigt arbetar på ett sätt som garanterar vårdsäkerheten för patienten. Patientsäkerhetsarbetet förutsätter en ständig utveckling av verksamheten, en aktiv riskbedömning samt förebyggande och korrigerande åtgärder. För att minska eventuella risker och skador patienten kan utsättas för i vården krävs att patientsäkerhetskulturen stärks. Detta genom att var och en känner ett gemensamt ansvar inför uppdraget att stärka patientsäkerhetskulturen inom vården. (SHM:2009)

Genom att skapa en öppen och förtroendefull vårdmiljö ska såväl personalen som patienterna och dess anhöriga ges möjlighet att påverka patientsäkerhetsarbetet. Var och en skall ha möjlighet att göra sin röst hörd, få ställa frågor eller ingripa i situationer som kan påverka säkerheten negativt. Väsentligt för detta är mångprofessionellt verksamhetssätt, en öppen atmosfär samt en ständig utveckling av verksamheten. (SHM:2009)

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet åligger organisationens ledning. Trots detta är patientsäkerheten ett gemensamt ansvarsområde som rör såväl all personal inom hälso- och sjukvården som patienterna. Inom begreppet yrkesskicklighet ingår att varje enskild arbetstagare samt hela dennes yrkeskategori tar gemensamt ansvar för och aktiverar sig i frågor som rör patientsäkerheten. Genom att ständigt bedöma och utveckla den egna kompetensen och det egna arbetet främjar man patientsäkerhetsarbetet inom hela verksamheten. (SHM:2009)

Ledningen har inte bara ansvar för att se till att patientsäkerhetsarbetet fortgår utan de är även skyldiga att ge verksamhetsenheterna goda förutsättningar att genomföra arbetet under sådana arbetsförhållanden som främjar patientsäkerheten. En ändamålsenlig be-

manning med tillräcklig kompetens är en förutsättning. Ansvarsfördelningen inom patientsäkerhetsarbetet bör vara klar och tydlig, vad som åligger personalen och vad som vad som är ledningens ansvar. Inom alla beslut som fattas bör man bedöma hur dessa kan komma att påverka patientsäkerheten. Det är ledningens ansvar att organisera patientsäkerhetsarbetet så att information om tillbud och risker kan samlas in och analyseras samt att negativa händelser följs upp och att denna information används i verksamhetsutvecklingen. Väsentligt för utvecklandet av patientsäkerhetskulturen är principen om att inte skuldbelägga, att erbjuda personer som varit involverad i en händelse stöd och hjälp genom utredningen och vid eventuella påföljder. (SHM:2009)

Den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården i Finland förutsätter att verksamheten bedrivs på ett professionellt och vetenskapligt sätt. Verksamhetens ska basera sig på dokumenterade erfarenheter samt följa praxis för god vård och rehabilitering. Vården skall hålla hög klass och vara säker. Författningar som styr hälso- och sjukvården är bland andra: (SHM:2009)

- Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992
- Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994
- Patientskadelagen 585/1986

5.2 Kommunikation

Kommunikation kan ibland ses som en linjär händelse mellan två parter, information överförs från den ena till den andra parten. Man kan tänka sig informationen som ett paket som fysiskt fraktas mellan parterna. Att paketet kommer fram oskadat och oförändrat är väsentligt i detta sätt att betrakta kommunikation. I verkligheten är fallet ett annat, där måste man beakta faktorer som språk och tolkning. Om man ser tillbaka på kommunikationen som en linjär process krävs en justering av bilden för att förstå kommunikationens komplexitet. Ett samtal mellan två personer, en dialog, är den form av kommunikation som vi är mest förtrogna med. En dialog kräver två aktiva parter som är villiga att sätta sig in i motpartens situation. Paketet man skickar ut som första part i kommunikationen ändras varje gång det bollas mellan parterna, istället för en rak linje bildas då en sicksack formad linje där paketet på sin resa mellan parterna får genomgå ett flertal förändringar innan det når sitt mål och kommunikationen avslutas. Slutpro-

dukten, budskapet eller informationen kan då vara en helt annan än den från början var avsedd att vara. (Thornquist 2001:12–13)

I ett samtal mellan två personer är inte bara ämnet relevant, även förhållandet till motparten är av intresse. Vilket förhållande man har till varandra, hur man använder sitt språk är också relevanta faktorer. Medvetet och omedvetet använder man ord och uttryckssätt så att motparten ska kunna förstå vad man säger. Vi försöker lägga märke till hur motparten uppfattade och tolkade informationen och det som sägs till följande baserar sig på den analysen. Förmågan att ta till sig motpartens perspektiv är en av de viktigaste förutsättningarna för ömsesidig förståelse. Som professionell inom hälso- och sjukvården har man ett särskilt ansvar då parternas kunskap och situationserfarenhet ofta är på väldigt olika nivå. (Thornquist 2001:14)

Kommunikation sker i olika sammanhang. En indelning är samtal som sker i informella och formella sammanhang. Som exempel på informella sammanhang ses vardagliga samtal mellan två personer, de båda deltar på lika villkor, har möjlighet att ändra på temat, nyansera samtalet och med frågor kritisera det som motparten säger. Formella samtal uppstår i situationer som föreläsningar, förhör eller vid läkarbesök. Under formella samtal är det motparten som i högre grad kontrollerar och styr förloppet. Den professionella parten har kontroll genom att ställa frågor men också genom s.k. selektiv uppmärksamhet, att välja vad som är relevant eller inte i motpartens svar, att välja vad som följs upp eller ignoreras. De formella samtalen tenderar ha en gemensam struktur på basen av de ämnen som behandlas men också på basen av parternas formella ställning. I formella sammanhang är det naturligt att samtalet styrs av en professionell som med sina frågor försöker inhämta den information som för situationen är relevant. (Thornquist 2001:83-84)

6 METOD

Som metod för datainsamlingen i mitt arbete har jag valt att genomföra en enkätundersökning (se bilaga 2). En enkätundersökning är en lämplig metod vid ett stort antal informanter eller vid kartläggning då man önskar få en översikt över ett ämnesområde. (Carlström & Hagman 2006:207) Enkäten konstruerades i samråd med avdelningsskö-

terskan vilket var ett krav för beviljande av organisationens undersökningslov. Enkäten består av elva huvudfrågor och fem följdfrågor, sammanlagt genererar detta sexton frågor.

Enkäten består av totalt 16 frågor indelade i 9 öppna och 7 slutna frågor. Till en del av de slutna frågorna har jag knutit öppna följdfrågor för att få ut mer information, åsikter eller förslag på förbättringar från informantens sida. Informanten uppmanades att svara på följdfrågan på basen av svaret i huvudfrågan. För att få ett tydligare upplägg i enkäten har textrutor lagts in för de öppna frågorna.

Enkäten tillsammans med följebrevet kuverterades och placerades i en låda sjuksköterskans kansli. Avdelningssköterskan skickade ut ett informationsbrev om undersökningen per e-post till akutens hela personal. En ankteckning om undersökningen gjordes även i ett häfte som används för att sprida aktuell information på avdelningen. Det kuvert som enkäten delades ut i fungerade samtidigt som svarskuvert. Undersökningen pågick under 2 veckors tid. Totalt 50 kuvert innehållande följebrev och enkät fanns tillgängliga vid undersökningens början. Ett antal som överstiger det faktiska personalantalet, detta för att minimera riskerna för att enkäterna skulle ta slut. Då undersökningen avslutades hade 25 kuvert avhämtats och av dessa hade 17 kuvert returnerats i svarslådan. Under tiden för undersökningen pågick även en annan undersökning på avdelningen. Ett svarskuvert hade i misstag placerats i fel låda och upptäcktes först efter avslutad undersökning.

7 TIDIGARE FORSKNING

För att få kunskap om tidigare forskning på området genomfördes vintern 2011 en litteratursökning. Artiklar söktes i databaserna PubMed och Cinahl (EBSCO). Som sökord användes ”emergency ward”, ”triage” och ”decision support”. Sökningen resulterade i 5 relevanta artiklar. De artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext kostnadsfritt via PubMed eller Cinahl kunde genom detaljerad sökning i sökmotorn Google hittas kostnadsfria i fulltextutförande. Artiklar som behandlade triage under storolyckor eller katastrofer exkluderades eftersom triageringskriterierna under dessa förhållanden skiljer sig från de som används under normala förhållanden.

En artikel vilken behandlade skillnaden mellan att använda sig av elektronisk triagering och traditionell pappersbaserad triagering. Studien är genomförd på ett stort kanadensiskt sjukhus på en akutmottagning med uppskattningsvis 67 000 patienter per år. Akutmottagningen på det aktuella sjukhuset använde sig av en pappersbaserad triageringsmodell, ”Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS), en triagemodell med 5 olika nivåer av bedömt vårdbehov. Studien genomfördes genom att två sjukskötare som var kopplade till undersökningen genomförde ett andra triage strax efter att akutmottagningens ordinarie personal triagerat patienten enligt gällande rutiner. Dessa två sjukskötare använde sig istället av en elektronisk modell för triage, eTRIAGE, en webbaserad lösning för triage som i grunden baseras sig på CTAS. Den elektroniska modellen ger användaren stöd under triageringsprocessen genom att tvinga användaren till att ange patientens sökorsak och därefter följa en mall för att uppnå en triageringsnivå. (Dong et al. 2005)

Då man använder sig av pappersvarianten är det upp till användaren att ställa relevanta frågor vilka blir minnesbaserade och beroende av personens erfarenhet. Den elektroniska varianten har dock en funktion där man efter motivering kan forcera beslutet och välja en egen triagenivå utgående från ens egen bedömning. Denna funktion är inbyggd i systemet dels för att upptäcka brister och utveckla verktyget men också för att personalen som använder sig av elektroniskt triage och beslutsstöd inte ska känna att de måste överge den kliniska bedömning man kan göra på basen av egen erfarenhet. Det förväntas att erfarna sjukskötare kan bedöma patientens behov av vård med hjälp av sin kliniska bedömning och är i behov av forceringsfunktionen medan ett beslutsstöd kan hjälpa och stödja dem med mindre erfarenhet att utföra triage. (Dong et al. 2005)

Studien omfattar 722 patienter varav 693 patientfall var kompletta och kunde analyseras. Av dessa 693 patienter valdes 100 patientfall ut och analyserades av en expertpanel. Man fann en signifikant skillnad i den bedömning som sjukskötarna som använde sig av pappersbaserad triage gjort och möjliga orsaker till det bedöms vara att man inte kan garantera att alla som utför triage har en viss nivå av erfarenhet, att det inte finns kontroll över noggrannhet och kontinuitet samt att det finns en tendens att på basen av hur situationen på akutmottagningen är upp- eller nedtriagera patienter. Ett gemensamt pro-

blem för pappersbaserade triagemodeller är just det att de grundar sig på användarens minne, att ställa relevanta frågor i förhållande till sökorsak. Detta försvåras ofta av variationer i arbetserfarenheten hos personalen, tidsbrist och möjlighet till återkoppling. Användningen av hjälpmedel såsom minnesanteckningar, handböcker och beslutsstöd kan utjämna skillnaderna. Man kan dock inte förvänta sig att personalen under stress kan använda sig av en handbok eller minnas ett helt triageringssystem. Ett elektroniskt beslutsstöd som guidar användaren genom beslutsprocessen och ställer följdfrågor tills en triagenivå uppnåtts kunde avhjälpa de skillnader som uppstår mellan personalens bedömningar. (Dong et al. 2005)

Den andra inkluderade artikeln, "Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence" syftade bland annat till att redogöra huruvida användandet av enskilda vitalparametrar eller sökorsaker kunde påverka dödligheten under sjukhusvistelsen eller inom 30 dagar från ankomsten till akutmottagningen. Studien är en systematisk litteraturoversikt som omfattade 4 artiklar. Inledningsvis bestod urvalet av 4185 artiklar varav 89 studerades i fulltext, därefter tillkom 10 artiklar från andra källor. Totalt 95 granskade artiklar exkluderades som irrelevanta för studien. Kvaliteten på de valda artiklarna ansågs dock vara medelmåttig eller låg, inga artiklar av hög kvalitet kunde hittas. (Farrohknia et al. 2011)

Triagering är en central uppgift på en akutmottagning och är nödvändig i de fall det kan uppstå en kö till vård, detta för att avgöra vilken patient som har störst behov av omedelbar vård. Triagering är en komplex uppgift och flertalet av de tillgängliga triageringsmodellerna är uppbyggda att fungera som ett beslutsstöd för användaren. Beslutet om triagenivå kan antingen grunda sig på den huvudsakliga sökorsaken eller på patientens vitalparametrar alternativt en kombination av bägge. Flera länder har sedan början 90-talet konstruerat och infört olika typer av triageringsmodeller att använda på akutmottagningar. De flesta är konstruerade så att patienten, efter att ha genomgått triage, kategoriseras på en 5-gradig skala enligt hur brådskande deras behov av vård är. De triagemodeller som haft störst inverkan på triage på akutmottagningarna idag är: "Australian Triage Scale" (ATS), "Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale" (CTAS), "Manchester Triage Scale" (MTS) och "Emergency Severity Index" (ESI). (Farrohknia et al. 2011)

På basen av patientens vitalparametrar eller den huvudsakliga sökorsaken eller kombinationen av de båda fattas beslutet om patientens behov av vård. Vitalparametrar som studerats är: Andningsfrekvens, saturation, puls, medvetandegrad, blodtryck och kroppstemperatur. Endast en artikel som behandlade andningsfrekvens som viktig vitalparameter kunde inkluderas i arbetet. Man fann dock att andningsfrekvensen är en avgörande vitalparameter för att förutse dödlighet under sjukhusvistelsen. Vad gäller saturationen fann man i två artiklar att denna tillsammans med ålder och medvetandegrad kunde anses vara de vitalparametrar som bäst kunde förutsäga dödligheten under sjukhusvistelsen. Patientens puls konstaterades i en artikel vara viktig då man försökte förutsäga dödligheten hos patienter som vårdades på sjukhus. Vad gäller blodtryck och kroppstemperatur fann man ingen artikel som med tillräckliga vetenskapliga bevis kunde anses förutspå patientens dödlighet. Ej heller sambandet mellan huvudsaklig sökorsak och dödlighet kunde bedömas på grund av bristande forskning på området. Patientens ålder ansågs vara en viktig faktor att ta i beaktande vid bedömningen av patientens vårdbehov. Patientens stigande ålder kunde korreleras med ökad dödlighet, så mycket som 5 % per år. Trots detta är ålder en faktor som sällan finns med i bedömningen i dagens triageskalor. Man fann ett särskilt samband mellan patienter över 75 års ålder, med symtom på hjärt-kärl sjukdomar hade en högre dödlighet inom 30 dygn från ankomsten till sjukhuset än yngre patienter med motsvarande symtom. (Farrohknia et al. 2011)

Sammanfattningsvis konstaterades att ingen av de modeller för triage som omnämnts kunde anses säkrare än den andra då behovet av sjukhusvård hos patienterna använts som mått. Man bedömde att det finns ett behov av vidare forskning och starkare vetenskapliga bevis innan man kan säga vilken triagemodell som är den bästa eller vilka vitalparametrar eller sökorsaker som anses vara de viktigaste. Författarna rekommenderar inte heller att man, utan noggrannare undersökning, hänvisar patienter till en annan vårdnivå. Inte ens hos de patienter som konstaterats ha ett lågt behov av akut vård, de som kategoriseras i de två lägsta nivåerna i en femgradig skala. (Farrohknia et al. 2011)

I den tredje av de artiklar jag valt har man studerat patientens upplevelse av att genomgå triage på akutmottagningen. Mötet med patienten i samband med triage är ofta mycket

kort men kan påverka patientens upplevelse av hela sjukhusbesöket både positivt och negativt. Genom att känna till vilka faktorer som påverkar patientens upplevelse av triage på akutmottagningen kan man effektivare och kontinuerligt arbeta för att förbättra eller upprätthålla en redan god patienttillfredsställelse. Studien fann två huvudområden som anses vara av största vikt för hur patienten upplevde triageringen. Bemötande och information. På den aktuella akutmottagningen användes en femskalig triagemetod. ”Medical Emergency Triage and Treatment System” (METTS-A). Patienterna prioriteras och färgkodas enligt maximal väntetid innan de bör ha undersökts av läkare (se tabell 1). (Barkensjö & Tikka 2010)

Tabell 1. METTS-A färgkoder, förklaring och väntetid

RÖD: Livshotande	Omedelbar läkarundersökning.
ORANGE: Övervakningsbehov	Väntetid till läkarundersökning: <20 min.
GUL: Standardprocess med kontroller	Väntetid till läkarundersökning: <120 min.
GRÖN: Standardprocess utan kontroller	Väntetid till läkarundersökning: <240 min.
BLÅ: Inget medicinskt behov av triage	Ingen fastställd tid.

Studie genomfördes genom att intervjua patienten så snart som möjligt efter att de genomgått triage på den aktuella akutmottagningen. I studien som pågick under 2 veckors tid ingick 12 intervjuer varav en förkastades eftersom intervjun tvingats avbryta då patienten börjat gråta. Deltagarnas ålder varierade från 40år-70år. Alla deltagare hade tagit sig till akutmottagningen på egen hand och de bedömdes klara av att vänta minst 2 timmar innan läkarundersökning. Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant. (Barkensjö & Tikka 2010)

Vad gäller bemötande kom det fram att patienterna är i behov av ett lugnt, trevligt och sakligt bemötande. Ett lugnt bemötande ingav trygghet och patienterna upplevde att de mottogs av kompetent personal som klarade av att bedöma hur akut deras tillstånd var. Det var viktigt att personalen var lyhörd och verkligen lyssnade på patientens berättelse. En snabb bedömning betydde inte automatiskt att patienterna upplevde personalen som stressad, en snabb bedömning kunde istället lindra patientens oro för att vara akut sjuk. Patienten som uppsökte akutmottagningen hade behov av att bli bekräftad, detta för-

verkligades genom att sjukskötaren uppmärksammade patientens tillstånd, lyssnade aktivt och visade intresse för patientens berättelse. Ett ödmjukt bemötande likställdes med att sjukskötaren var lyhörd för patientens behov. Även det faktum att vårdpersonalen presenterat sig själv på ett trevligt sätt. Vidare framkom även att personal som hade en känsla för humor kunde lindra patientens oro. (Barkensjö & Tikka 2010)

Information är en faktor som flera patienter påpekat som mycket viktig. Patienter som inte fått tillräcklig information kunde känna sig otrygga på akutmottagningen. Att informera patienter om en uppskattad väntetid ansågs var mycket viktigt men lika viktigt informationen om att tiden är uppskattad och föränderlig, inget löfte, denna information gav en känsla av kontroll åt patienten. Väntetiden kunde även uppfattas som effektiv om det hände något till exempel att blodprover togs eller att sjukskötaren kontrollerade patientens tillstånd med jämna mellanrum. En del patienter önskade en större insyn i hur prioriteringssystemets uppbyggnad, vad deras egen prioritetsfärg hade för inverkan på omhändertagandet. Att vara lågt prioriterad kunde uppfattas som att läkaren inte brydde sig. En del patienter upplevde att det skulle vara bra att få någon form av information om patienter som var högre prioriterade, detta skulle öka förståelsen för en lång väntetid. De patienter som prioriteras lågt har fortfarande förmågan att ställa krav på vården medan högt prioriterade ofta inledningsvis tillskrivs mycket resurser och därför generellt sett är nöjdare med vården. Man ansåg att skriftlig standardiserad information var lämpligast. Då kunde patienterna själva välja vilken information de önskade få. Gemensamt för all information är att den måste vara sanningsenlig och trovärdig, kan man inte ge denna typ av information ansåg patienterna att man inte skulle ge någon information alls, i synnerhet inte falsk information i syfte att trösta eller lugna. (Barkensjö & Tikka 2010)

Informanterna beskrev kommunikation som en bristvara på akutmottagningen. Sällan märktes någon tydlig kommunikation mellan vårdpersonal vilket gjorde att man uppfattade att ansvarsfördelningen var oklar. De upplevde att man kunde bli hängande i luften efter att man genomgått triage, att man inte visste vem som ansvarade för patienterna som lämnades på ett undersökningsrum, i en korridor eller i väntrummet. De patienter som kom med remiss eller patienter som ofta besökte akutmottagningen var frustrerade över att samma historia alltid fick upprepas vid inskrivning, möte med sjukskötaren och

vid läkarundersökningen. Även integritet behandlas i studien som en viktig faktor som måste tillgodoses. Främst hade patienterna en önskan om att utrymmet där triage genomförs måste vara konstruerat så att inte övriga patienter kan höra vad som sägs. Man önskade att ostört kunna genomföra ett öppet och ärligt samtal med personalen i triagen. (Barkensjö & Tikka 2010)

Den fjärde artikeln studerar akutsjukskötarens upplevelse av triage och vilka krav som ställs på en triageskötare. Studien var avgränsad till ett antal akutmottagningar i Sverige och alla dessa arbetar enligt Manchester Triage Scale (MTS). Deltagande sjukskötare skulle ha minst 3 månaders erfarenhet av triage. Studien genomfördes genom en enkätundersökning med 102 enkäter som delades ut till triageskötare på de aktuella sjukhusen varav 74 returnerades. Man fann att de flesta sjukskötarna trivdes i sitt arbete, att det var intressant och givande. Hela 87 % svarade att de såg ett behov av ett triagesystem på sin arbetsplats. Över hälften hade svarat att de var utbildade i att använda det aktuella triagesystemet, 61 % ansåg trots detta att det fanns ett behov av mera utbildning. Viktiga egenskaper hos sjukskötarna bedömdes vara lång erfarenhet, medicinskt kunnande och en klinisk blick. Även social kompetens ansågs som en väsentlig egenskap. Över hälften av sjukskötarna hade varit positivt inställda till införandet av triage på den akutmottagning de jobbade. En stor del ansåg att MTS var en tydlig metod att jobba enligt, men en stor del ansåg den också vara svår. Mer erfarna sjukskötare kunde ha svårt att arbeta enligt triagemodellen då de tenderade att diagnostisera patienten mer än att se till specifika symtom. Man fann dock att erfarna sjukskötare var en tillgång för akutmottagningen. (Forsgren & Forsman 2008)

En del problemsituationer kunde också identifieras. Stor ansamling av patienter som var högt prioriterade men inte allvarligt sjuka kunde bli väntande på grund av bristande resurser, detta var också en kategori där patienterna snabbt kunde försämrats. En del sjukskötare upplevde det som jobbigt att äldre kollegor ifrågasatte deras bedömning och val av triagenivå. Det efterlystes kompetenshöjande utbildning, specifikt för triage. Att vårda vårdarna ansåg man vara viktigt för sjukskötarna. Att låta dem delta i handledning gynnade både patienten, dem själva och hela arbetsteamet. (Forsgren & Forsman 2008)

Den femte och sista artikeln behandlade Adaptivt Processtriage, ADAPT. En triagemodell utarbetad i Sverige 2006. ADAPT baserar sig på vitalparametrar enligt ABCD-principen där A står för luftväg, B står för andning, C står för blodcirkulation och D står för medvetandegrad. Inom ADAPT används även sökorsak som en komponent i bedömningen av triagenivå. Varje huvudsaklig sökorsak har ett antal frågor som guidar användaren till rätt triagenivå. Studiens syfte var att undersöka ADAPT-triagets validitet som triageskala, kunde ADAPT användas för att förutse behovet av avdelningsvård eller intensivvård. Man fann att över 77 % av de som initialt triagerats som livshotande sjuka skrevs in på en vårdavdelning. Av de som bedömdes vara i lägst behov av akut sjukvård skrevs endast 2 % in på en vanlig vårdavdelning. Nästintill en fjärdedel, 24,7% av patienterna som initialt triagerats som livshotande sjuka skrevs in på en intensivvårdsavdelning, från följande nivå skrevs 4,6 % av patienterna in på en intensivvårdsavdelning. Inte en enda patient från den lägsta nivån skrevs in på en intensivvårdsavdelning. (Nordberg et. al 2010)

I studien inkluderades 35054 patienter som hade besökt Södersjukhusets akutmottagning under en begränsad tidsperiod om sex månader. Endast patientens första besök räknades med i undersökningen. Man fann att ADAPT med gott resultat kunde förutse behovet av inskrivning på vårdavdelning men även också förutse behovet av intensivvård. (Nordberg et. al 2010)

8 TRIAGE

Triage som begrepp härstammar ursprungligen från latinets *tritare* och *terere* som betyder trampa och slita ut. Det infördes sedermera till franskan och fick en betydelse relevant för sjukvården det vill säga bedöma, sortera eller välja. Triage som metod har sedan länge använts militärt samt inom katastrofmedicinen. Där i betydelsen att välja vilka patienter som har störst chans till överlevnad i relation till varandra och därmed får tillgång till de begränsade personella och materiella resurser som är tillgängliga. (Göransson et. al 2008:18)

På en akutmottagning utförs triage i syftet att patienter vilka är i behov av omedelbar vård också får tillgång till det. De patienter som i sin tur klarar av att vänta utan att för-

sämras ska också göra det. Detta innebär att turordningen till att få träffa läkaren är behovsbaserad på basen av patientens symptom och inte enligt i vilken ordning patienten kommit till akutmottagningen. (Göransson et. al 2008:20-21)

Då man står i beråd att införa ett triagesystem finns några faktorer att ta i beaktande: sökmönster, personella resurser och lokaler. Det är viktigt att inledningsvis kartlägga akutmottagningens sökmönster det vill säga hur den genomsnittliga belastningen ser ut under veckans alla dagar olika tider på dygnet. En organisation som byggs upp för att klara höga patientflöden riskerar att underutnyttjas om akutmottagningen i verkligheten har ett lågt patientflöde. En sådan överkapacitet är ej heller ekonomiskt försvarbar, det bästa är en organisation som under de tider på dygnet man konstaterat högre flöden är förstärkt med extra resurser. En för liten organisation gör att plötsliga anhopningar av patienter skapar kö till triageringen vilket inte är bra ur patientsäkerhetssynpunkt. (Göransson et. al 2008:24)

För att ytterligare effektivera patientflödet kunde ambulanssjukvården och akutmottagningen använda sig av en gemensam triageskala. Då kan patienter som anländer med ambulans vara färdigt triagerade vid ankomst. Om akutmottagningen och ambulansen inte har ett gemensamt system måste också ambulanspatienter triageras om enligt akutmottagningens system för att inte automatiskt få förtur enbart på basen av att de anlät med ambulans. (Göransson et. al 2008:25)

Då man ser till de personella resurserna är det viktigt att strukturera bemanningen på basen av den analys av söktrycket man gjort. Det kan förefalla naturligt men man bör minnas att väntrummet är den plats på akutmottagningen med flest patienter och också dessa bör tilldelas tillräckliga resurser. (Göransson et. al 2008:25)

Lokalmässigt bör man använda sig av ett välplanerat utrymme för triage. Det gäller såväl ur ett ergonomiskt som ur ett materiellt perspektiv. Placeringen och skyltningen bör genomföras så att både patienter och anhöriga vet vart de först ska vända sig. För att effektivera patientflödet bör det från triagerummet gå att komma direkt in på avdelningen så att patienter som genomgått triage kan tas in på avdelningen utan att först återvända till väntrummet. Triage måste kunna ske med bibehållen sekretess, det är därför

nödvändigt att triage genomförs i ett slutet utrymme så att inte övriga väntande patienter eller övriga kan höra vad som sägs. Rummet bör vara stort nog för att rymma den utrustning man valt att använda sig av samt en brits för patienten samt ett bord och en stol för personalen utan att det blir opraktiskt att röra sig där. (Göransson et. al 2008:26)

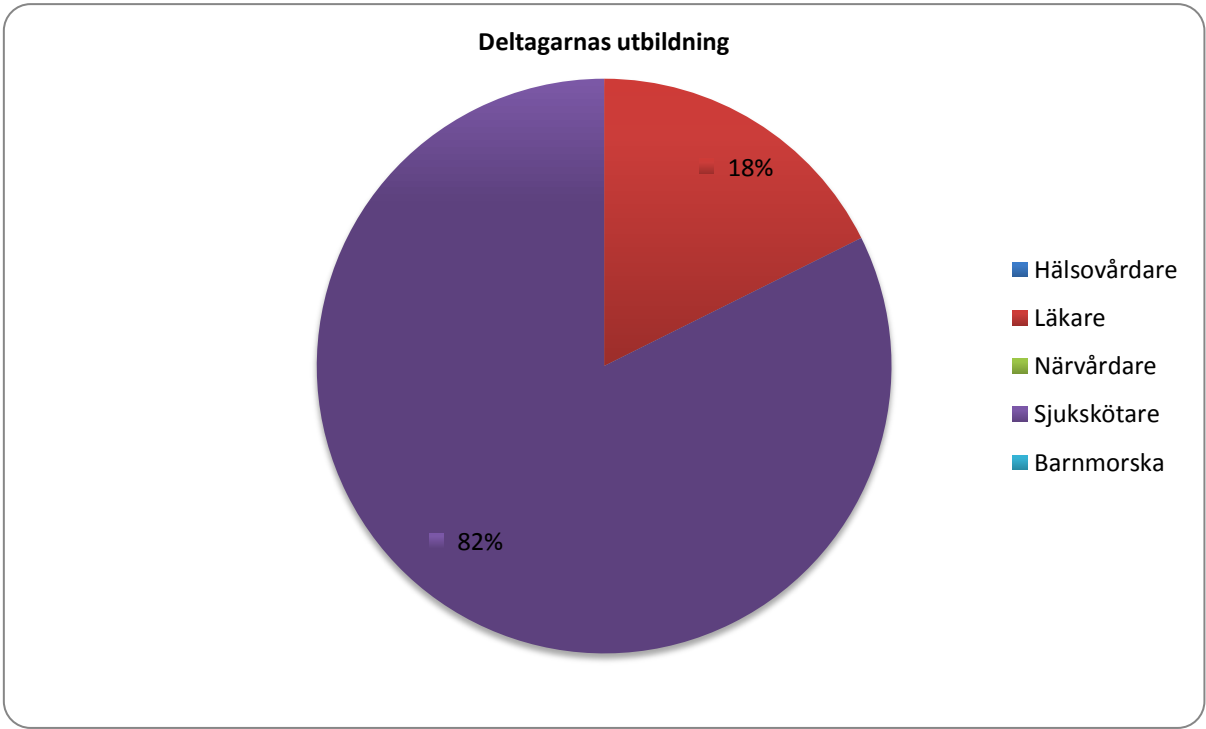
Att utföra triage kräver såväl ett medicinskt kunnande som ett kritiskt förhållningssätt. Det är även av stor vikt att personalen som utför uppgiften besitter en förmåga att analysera situationen på ett korrekt sätt. (Göransson et. al 2008:29) Nedan följer ett ansvarsfall som publicerats av Socialstyrelsen i Sverige som framhäver betydelse av kompetent personal:

En medelålders kvinna som sökte för ryggsmärtor efter ett trauma blev triagerad av en undersköterska vid den aktuella akutmottagningen. Undersköterskan hänvisade patienten till den närliggande jourläkarstationen, där man konstaterade mjältraktur och begynnande hypovolem chock. Undersköterskan hänvisade till att hon bedömde att kvinnan skulle få vård snabbare på jourläkarstationen än om hon väntade på akutmottagningen eftersom både sjuksköterskan och läkaren var upptagna. Undersköterskan hänvisade också till att föregående patient med ryggsmärtor hade hänvisats till jourläkarstationen. (HSAN 592/03:a5)

I Australien, Kanada och USA har man sedan länge använt sig av legitimerade sjuksköterskor för att utföra triage. Det finns ofta också krav på erfarenhet och tilläggsutbildning. Man har dock inte funnit någon evidens för att längre erfarenhet hade lett till flera korrekta bedömningar av patientens behov av vård. Man har däremot funnit bevis på att avsaknaden av ett beslutsstöd gör att variationen i bedömningen av en patients vård ökar. (Göransson et al. 2008:29)

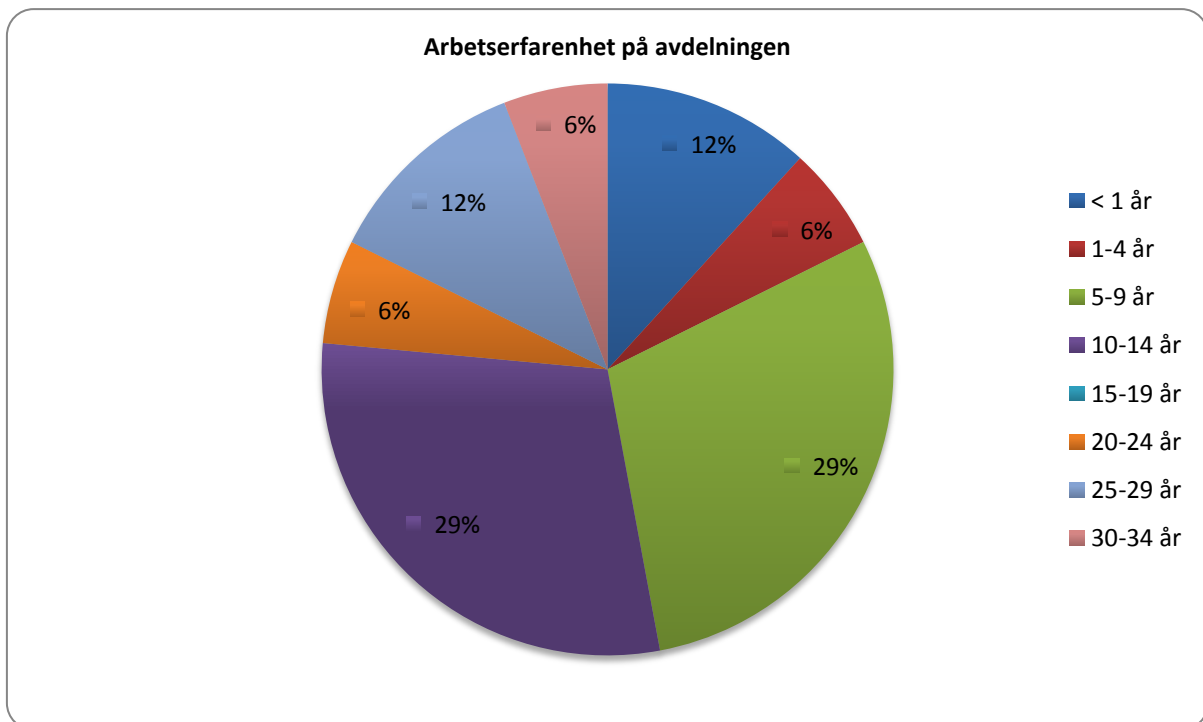
9 RESULTATREDOVISNING

Här nedan presenteras resultatet från enkätundersökningen. Materialet presenteras i såväl text som figurer. Utvalda kommentarer ur öppna frågor presenteras också. En fullständig förteckning över kommentarerna kan ses i bilaga 3.



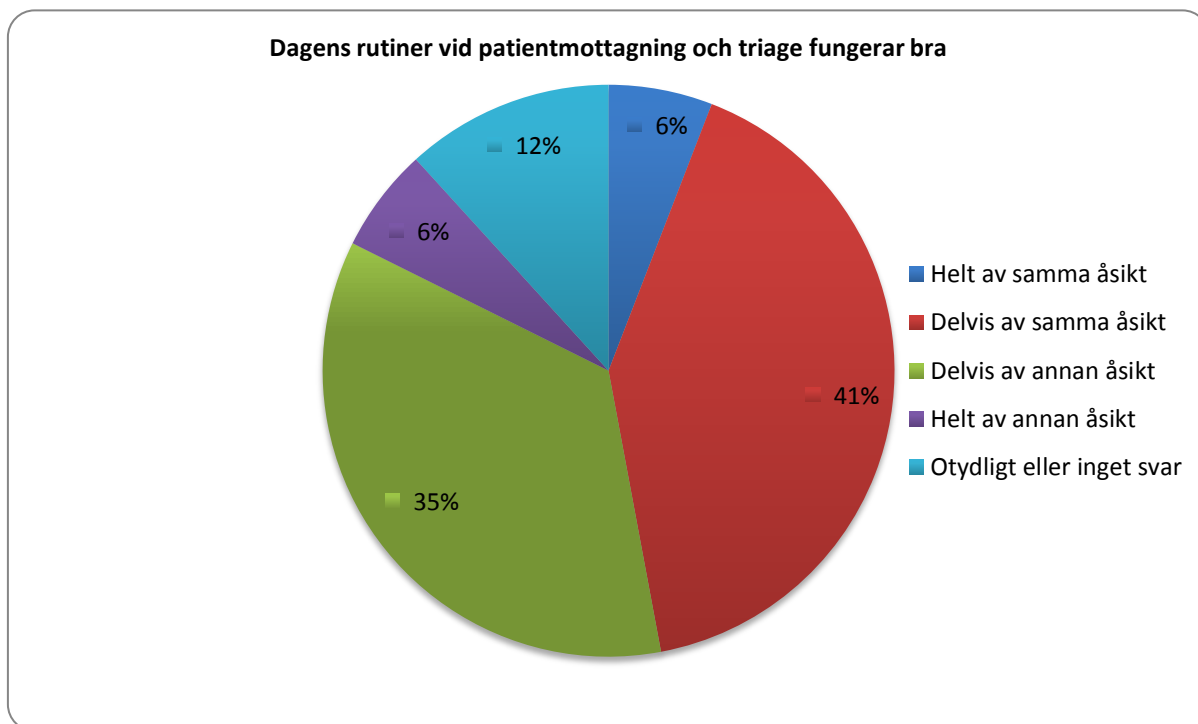
Figur 4 Deltagarnas utbildning

Inledningsvis ville jag veta deltagarnas utbildning. Sjukskötarna var inte oväntat den största gruppen med 14 deltagare gentemot läkarna med 3 deltagare. På hela akutmottagningen arbetar ett 30-tal sjukskötare och för tillfället är 3 läkare placerade där.



Figur 5 Arbetserfarenhet på avdelningen

Deltagarnas erfarenhet av arbetet på akutmottagningen åskådliggörs i ovanstående diagram. Den största andelen deltagare hade jobbat på akuten mellan 5 och 14 år. Största delen av undersökningsdeltagarna besitter en gedigen erfarenhet vilket också återkommer i många kommentarer att borde vara ett krav.



Figur 6 Dagens rutiner vid patientmottagning och triage fungerar bra

På frågan om hur deltagarna upplever att dagens rutiner fungerar i det dagliga arbetet med patientmottagningen delades majoriteten av de svarande i två större grupper. Majoriteten var delvis av samma åsikt att dagens rutiner fungerar bra. De många kommentarerna som visar att personalen ändå ser ett behov av förbättringar.

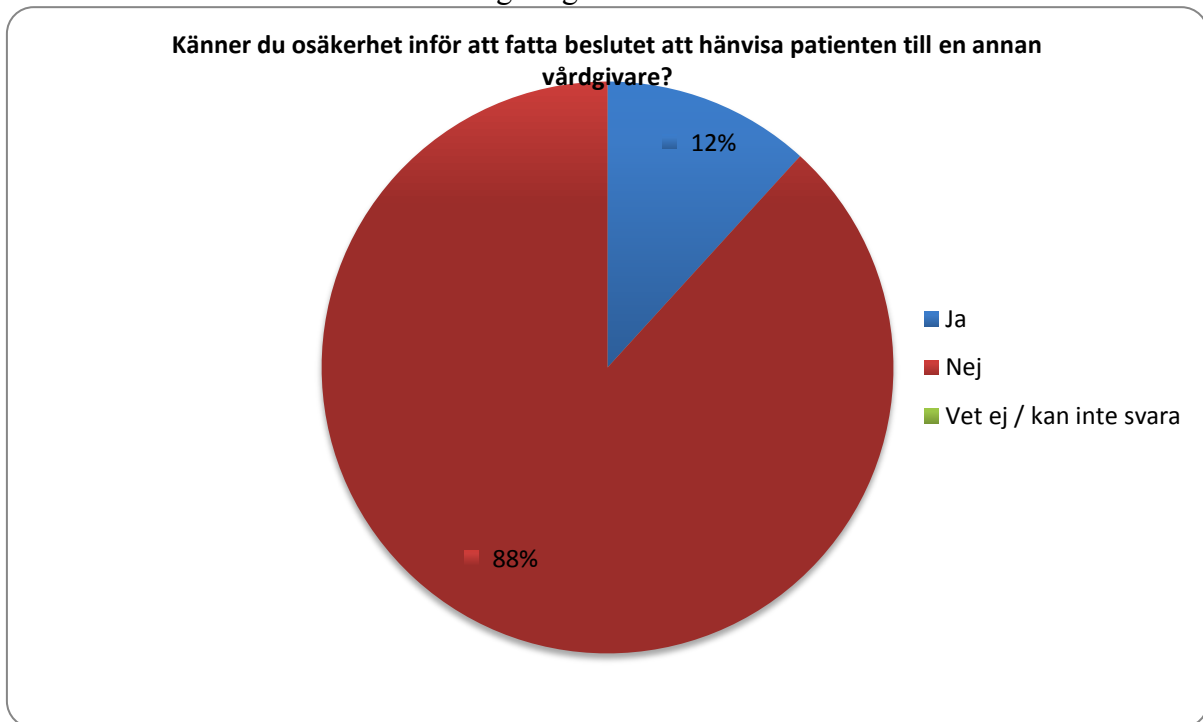
- ”Dataprogram med färgkodning att man på alla skärmar ser triageringen. Triagering enligt vitalfunktioner”
- ”Vi har inte ”rena, klara” linjer, hur eller var man placerar patienter och utbildning/uppdatering saknas eller är åtminstone bristfällig.”
- ”Beror på vem som sitter där i luckan o gör triagen. Vilken erfarenhet den personen besitter.”
- ”Tydliga parametrar som skall tas”
- ”Kunde vara mera jämnt, dvs. att alla håller samma linje. Vågar hänvisa vidare eller hem.”
- ”Fler patienter ska hänvisas till HC eller akut på följande vardag 08-16”

- ”Skulle vara bra med standardvariabler som grund för triageringen”
- ”Mer struktur, införa ett system”
- ”Enligt fastställda kriterier (Vitalparametrar).
- ”Använda ett färdigt triagesystem (blanketter)
- ”Triagen fungerar beroende på hur van personal som är på jobb. Har man längre arbetserfarenhet är den kliniska blicken säkrare.”

Alla deltagare svarade att det dagligen vårdas patienter utan ett akut behov av vård på akutmottagningen. Flera kommentarer påpekar att det kommer sig av problem med att kunna hänvisa patienter till annan jourverksamhet. Avsaknad av tydliga riktlinjer, möjligheten att kunna erbjuda patienten en konkret tid på hälsocentralen följande dag och utökade jourtider på hälsocentralen är också faktorer man upplever att bidrar till detta. Nedan följer de förslag till förändringar som personalen upplever att skulle underlätta deras arbete.

- ”Tydligare riktlinjer om vad vi ska ta emot”
- ”En dörrs system, akuten och HC på samma ställe och personalen tar beslut om det är HC-läkaren eller akutläkaren som patienten träffar.”
- ”En sektion, ”se och behandla” på akuten, dvs. träffa en ssk och läkare direkt och sedan gå hem.”
- ”Genom att hälsocentralen längre uppehållstider så man lättare skulle kunna hänvisa dit”
- ”Patientflödet är beroende av andra faktorer än vi kan påverka på akuten.”
- ”Vi borde kunna erbjuda HC-tider följande dag”
- ”Tydliga parametrar/kriterier hos pat. för att uppfylla behovet av akutvård.”
- ”Förläng HC:s öppethållningstider, att HC skulle ha fler läkartider (journsystem) under dagen.”

- ”Samarbetet mellan HVC och akuten borde funka bättre och att patienterna skulle ”slippa in” till HVC lättare och snabbare”
- ”Hårdare triagering i luckan”

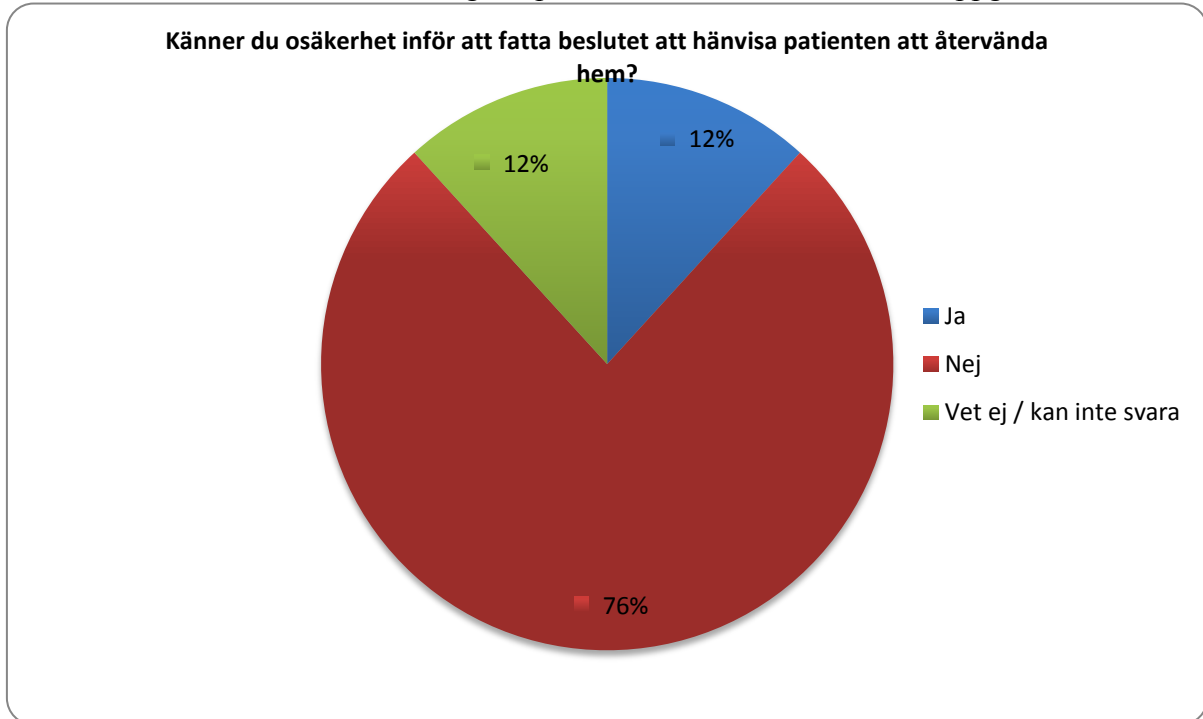


Figur 7 Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten till en annan vårdgivare?

Majoriteten av deltagarna känner ingen osäkerhet då det hänvisar patienten till en annan vårdgivare. Av kommentarerna framgår det att erfarenheten är en viktig faktor. Deltagarna långa erfarenhet avspeglar sig här i säkerheten vid beslutsfattande men också vikten av att respektera patienten och vara lyhörd.

- ”Erfarenhet gör att man blir säkrare i sina beslut, man lär sig med tiden att ställa rätt frågor.”
- ”Ibland modifierar folk sina svar för att få komma in till akuten”
- ”Man borde förklara för patienten att det inte rör sig om en ”avvisning” utan en hänvisning.”
- ”Om jag pratat, lyssnat och sett på patienten känner jag mig trygg/säker med att hänvisa patienten vidare.”
- ”Patienten kan alltid komma tillbaka med remiss, har då gått rätt väg.”
- ”Känner mig säker i mitt arbete, mycket på grund av lång erfarenhet och tilläggsutbildningar under åren.”
- ”Nej, jag litar på min intuition och sjuksköterskekompetens och

erfarenhet av många år på akuten och de anamnestiska uppgifterna.”

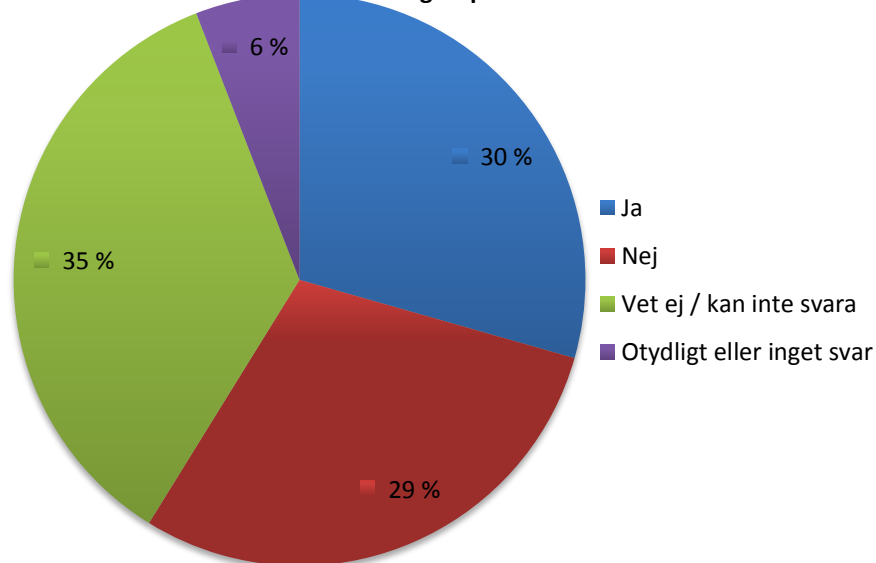


Figur 8 Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten att återvända hem?

Majoriteten av deltagarna ansåg att de inte känner någon osäkerhet då patienten rekommenderas att återvända till hemmet. I kommentarerna återkommer erfarenhetsaspekten som ger deltagarna den trygghet de behöver för att fatta beslutet. Vikten av att be patienten återkomma om situationen förändras och att verkligen lyssna på patienten innan beslutet fattas är återkommande.

- ”Nej, om jag har pratat, lyssnat och sett på patienten känner jag mig trygg/säker med att hänvisa patienten vidare. Patienten kan återvända om något tillstöter. Som sjuksköterska på en akutmottagning måste man våga ta eget ansvar och lita på sig själv.”
- ”Om jag hänvisar en patient till hemmet med råd om egenvård vet jag att det för stunden är tillräckligt. Om situationen ändras/förvärras kommer patienten nog tillbaka, vilket jag också säger att han får göra.”
- ”Erfarenhet gör att man blir säkrare i sina beslut, man lär sig med tiden att ställa rätt frågor.”
- ”Om jag har gjort beslutet är jag rätt så säker på att läger är lugnt. Men jag säger alltid åt patienten att om han/hon känner sig osäker/orolig att vara hemma så är det bara att komma tillbaka.”

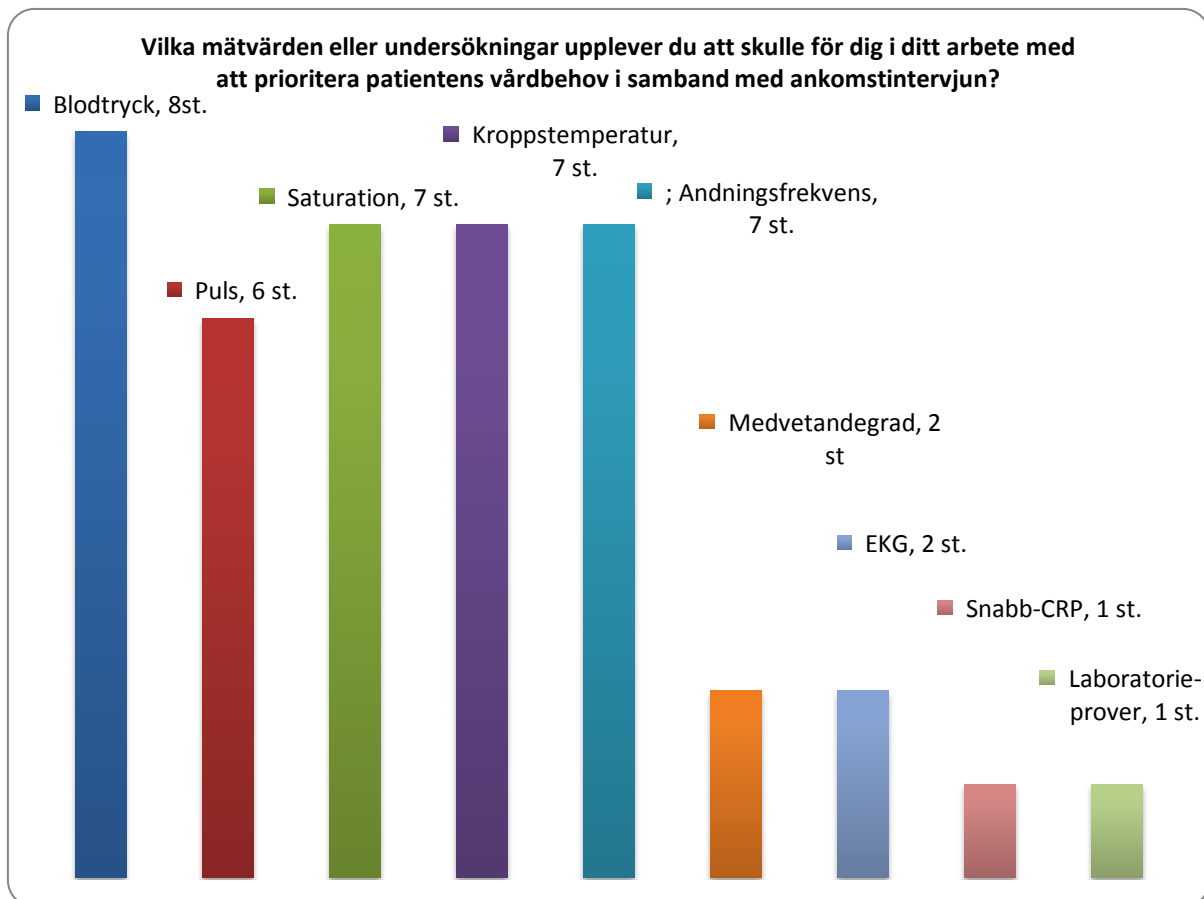
Upplever du att ett skriftligt beslutsstöd, där patienten på basen av kontaktorsak och vitala parametrar skulle underlätta din bedömning av patientens vårdbehov?



Figur 9 Upplever du att ett skriftligt beslutsstöd, där patienten på basen av kontaktorsak och vitala parametrar skulle underlätta din bedömning av patientens vårdbehov?

En stor del av deltagarna ansåg att det kunde underlätta deras arbete om det funnits ett skriftligt beslutsstöd som hjälp vid bedömning av patientens behov av vård. Majoriteten hade dock svarat att det inte visste huruvida det skulle underlätta arbetet för dem eller inte. Två spontana kommentarer hade antecknats vid sidan av frågan vilka jag anser värdefulla att ta med:

- ”Lättare att motivera beslutet för patienterna”
- ”Man kan inte gardera sig mot allt med hjälp av papper, dvs. mätdata, riktlinjer m.m. Man måste använda sunt förnuft och lita på sig själv och skaffa sig sådana kunskaper att man känner sig trygg med sitt arbetsområde. Man måste alltid våga ta eget ansvar.”

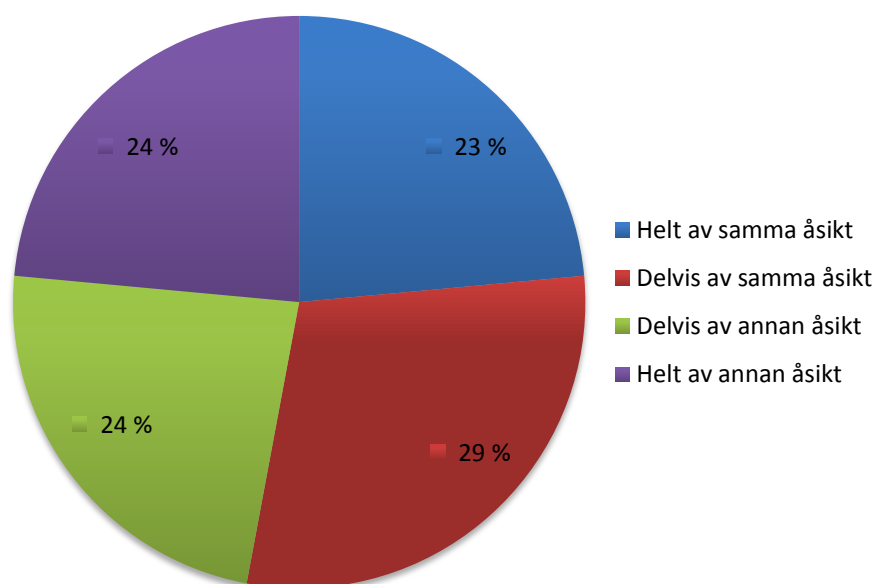


Figur 10 Vilka mätvärden eller undersökningar upplever du att skulle för dig i ditt arbete med att prioritera patientens vårdbehov i samband med ankomstintervjun?

I en öppen fråga bad jag deltagarna att ange vilka undersökningar eller mätvärden de skulle vilja ha tillgång till i samband med att de gör en ankomstintervju. Två av deltagarna hade lämnat svarsrutan tom, en del valde att i skrift motivera varför de inte såg något behov av vidare undersökning i samband med intervjun.

- ”Ett utarbetat färdigt triagesystem skall finnas till hands, eftersom vem som helst skall kunna triagera med ett färdigt instrument, oberoende av van eller ovan personal.”
- ”Inga mätvärden, utan ta anamnes (Prata och lyssna på patienten), se på patienten (alltså ser sjuk/frisk ut)”
- ”Om man gör en god ankomstintervju tillsammans med en klinisk blick, behövs inga mätvärden. Senare måste situationen förstås omvärderas.”
- ”Vet inte, man måste lära sig se det och använda ögonen och hörseln som instrument”
- ”Det viktigaste är att ställa rätt frågor för att kunna bedöma patientens vårdbehov”

En bedömning av hur brådskande vårdbehovet är utförs lika på alla patienter



Figur 11 En bedömning av hur brådskande vårdbehovet är utförs lika på alla patienter

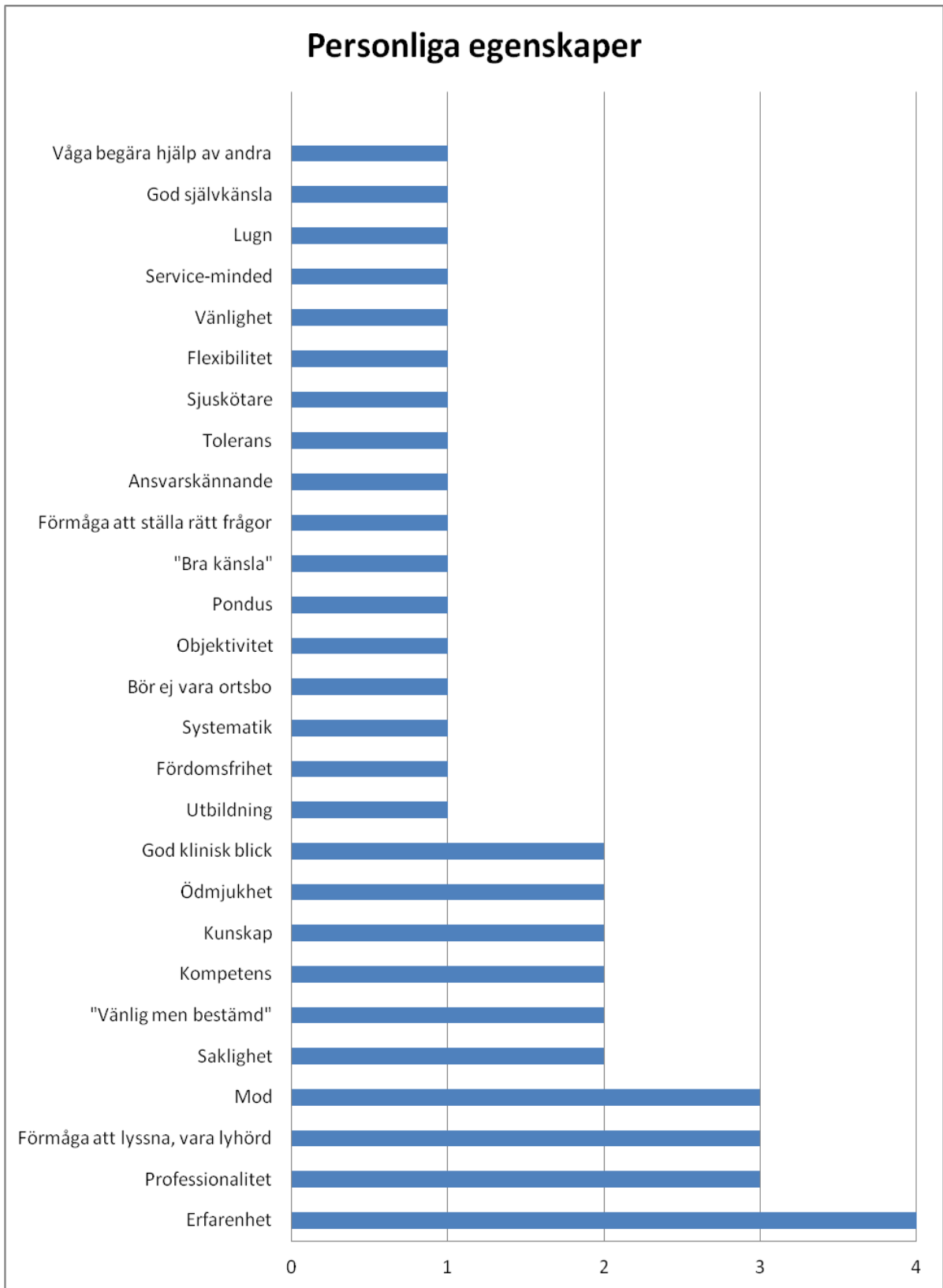
Med en liten marginal anser de flesta att man delvis på lika grunder idag bedömer hur brådskande vårdbehovet hos en patient är. Dock påpekas i kommentarerna att ett gemensamt verktyg, en modell saknas vilket kan leda till varierande bedömning utgående från vem som utför den.

- "Olika sköterskor har kanske lite olika referensramar, på/om vad som är brådskande."
- "Utbilda personal, införa regler för triagering"
- "Bedömningen beror mycket på personalens kunskap och erfarenhet"
- "Bedömningen olika beroende på vilken personal som tar emot i "luckan". Viktigt att ej ung/oerfaren, utbildad personal gör ankomstintervjun.
- "Det borde alltid vara en erfaren personal "i luckan". Svårt att göra en korrekt bedömning om man är oerfaren, kan vara svårt ändå."

Genom en öppen fråga önskade jag få deltagarnas syn på hur lokalen där ankomstintervjun utförs bör vara planerad. En viktig faktor som återkommer är att man måste kunna prata avskilt utan att andra patienter hör vad som sägs och att man rutinmässigt bör använda det samtalsbås som redan idag finns till förfogande.

- "Folk ska få tala ostört och privat"

- ”Borde kunna prata enskilt. Det kan vi ju om vi tar in patienten i dörren bredvid luckan”
- ”Avskilt (patientintegritet), Uppnås ej i dagsläget”
- ”Vi borde mer rutinmässigt använda ”buren” som är avsedd för att ta emot patienter i”
- ”Man skall kunna prata ostört, det får inte vara stökigt, folk som avbryter intervjun eller telefoner som ringer.”
- ”Man bör kunna ta vitalparametrar”
- ”Att det kan ske i lugn och ro, int att kanslinojset hörs till luckan”



Figur 12 Vilka personliga egenskaper anser du som viktiga hos den som bedömer patientens behov av akutvård?

Avslutningsvis ville jag veta vilka personliga egenskaper deltagarna ansåg som värdefulla hos den person som arbetar med att bedöma patientens behov av vård. I Diagrammet ovan presenteras de egenskaper som deltagarna angav. Nedan presenteras de kommentarer som skrevs i svarsrutan. Erfarenhet och förmågan att lyssna på patienten tillsammans med professionalitet ansågs av deltagarna som de viktigaste egenskaperna.

Kommentarer:

- ”Att kunna ge alla patienter ett gott bemötande. Ingen pat. kommer till akuten om de inte upplever att de behöver vård på ett eller annat sätt – viktigt att komma ihåg.”
- ”Professionell och vänlig med god klinisk blick och erfarenhet av vårdarbete”
- ”Behövs en sjuksköterska”

10 ETISK REFLEKTION

Då man genomför en undersökning finns det alltid en risk att deltagarna kan känna sig kränkta genom att man ofta är tvungen att göra intrång i deras privata sfär. För att minimera risken att i allt för hög grad inkräkta på enskilda individers privatliv finns tre grundläggande etiska krav man bör eftersträva att uppfylla. (Jacobsen 2007:21)

- Informerat samtycke
- Krav på skydd av privatlivet
- Krav på att bli korrekt återgiven

Till grund för informerat samtycke ligger frivillighet. Undersökningsdeltagaren skall frivilligt delta i undersökningen och känna till de följder, både positiva och negativa som undersökningen kan innebära. De principer som ligger till grund för det informerade samtycket går att dela upp i fyra delar: Kompetens, frivillighet, fullständig information och förståelse. (Jacobsen 2007:22–23)

Kompetens innebär att forskaren måste försäkra sig om att undersökningsdeltagarna självständigt klarar av att avgöra huruvida de önskar delta i undersökningen eller inte, något man inte kan ta för givet till exempel i undersökningar som genomförs bland barn

eller äldre personer. Det är då av största vikt att undersökningen gagnar deltagarna på något vis utan risk för att skada dem. (Jacobsen 2007:22)

Kravet på frivillighet är för de flesta något självklart men är i verkligheten inte alltid lätt att uppfylla. Undersökningsdeltagarna måste utan påtryckningar få möjlighet att välja om de önskar delta eller inte. Pressen som deltagarna utsätts för kan komma från övriga deltagare, forskaren eller till exempel media. Personer som först inte önskar delta kan sedan kännas sig tvingad till det på grund av påtryckningar som ger dåligt samvete. (Jacobsen 2007:22–23)

Det krävs en noggrann balansgång i arbetet med att uppfylla kravet på fullständig information. En alldeles för stor mängd information kan leda till falska resultat då deltagaren kanske modifierar sina svar för att passa in, för mycket information kan också leda till att respondenten inte förmår ta till sig allt. Undersökningens syfte och resultatets betydelse måste trots det presenteras för deltagarna. Till sist måste forskaren försäkra sig om att deltagarna även förstått informationen vilket är svårt att försäkra sig om på förhand. (Jacobsen 2007:23)

Till skydd av privatlivet hör inte enbart att skydda deltagarna som individer utan även tänka igenom hur långt in i det privata man bör gå. Vid insamling av känslig information eller då undersökningen genomförs i respondentens hemmiljö bör man kunna garantera ett gott skydd av privatlivet. Att presentera resultat där utomstående kan urskilja en enskild individs svar innebär en stor kränkning av det privata. Därför bör man extra noggrant arbeta för att skydda enskilda individer i den mån det är möjligt. I extrema fall tvingas man som forskare att ändra eller förfalska information för att skydda den enskilda individen. Det gäller i synnerhet vid undersökning av små grupper eller mindre områden. Genom att skapa breda grupper i till exempel presentationen av deltagarnas ålder och sänka detaljeringsgraden av den information man presenterar minskar man risken för identifiering av en enskild deltagare. Att medvetet införa mindre fel är något man kan ta till i extrema situationer, det är dock ett förfarande som inte får ha för stor inverkan på det slutgiltiga resultatet och det måste i sådana fall tydligt framgå att man använt sig av metoden. (Jacobsen 2007:24–25)

Avslutningsvis kravet på att bli korrekt återgiven vilket i praktiken innebär att resultat ska presenteras så fullständigt som möjligt utan att lyftas ur sitt sammanhang. Det gäller i synnerhet för citat som kan få en helt annan betydelse om det inte presenteras i rätt kontext. Att presentera allt material är inte lämpligt, i synnerhet inte om man använt sig av intervjuer då stora mängder data samlas in. Att inte förfalska sitt resultat kan uppfattas som något naturligt, men det har visat sig att så ändå sker. I synnerhet då resultatet på något vis kan ligga till grund för beslutsfattare som kan leda till negativa följder. All form av förfalskning eller justering av resultat är emot alla forskningsprinciper. Genom att spara undersökningsmaterialet och göra det tillgängligt för utomstående granskning samt göra en noggrann beskrivning av forskningsprocessen och dess utveckling kan man också i efterhand bevisa äktheten av resultatet. (Jacobsen 2007:26–27)

11 KRITISK GRANSKNING

Då jag analyserat enkäterna har jag upptäckt hur svårt det ibland kan vara att med säkerhet kunna tyda vad informanten skrivit. Då man inte med säkerhet kunnat avgöra vad som informanten skrivit har det varit bäst att lämna bort kommentaren helt och hållet. Risker finns att viktig information uteblivit men istället har kravet på att bli korrekt återgiven uppfyllts. En kommentar har strukits på grund av detta. Eftersom undersökningen genomfördes på den akutmottagning skribenten själv arbetar finns det en risk att informanterna kan känna sig obekväma och välja att avstå från deltagande trots att de garanteras anonymitet. I samråd med avdelningsskötaren exkluderades en yrkeskategori från undersökningen då det annars skulle ha avslöjat en enskild informants identitet.

Då det gäller beställningsarbeten bör man se till att kommunikationen mellan skribent och beställare fungerar samt att det finns ett tydligt angivet önskemål och förväntningar från beställarens sida. Av respekt mot beställaren bör arbetet vara klart inom den tid som avtalats och om det försenas bör man avtala om ett nytt datum för överlämnande. Ett arbete med endast en skribent kräver mycket självdisciplin. Arbetet har varit omfattande och i viss mån övermäktigt för en ensam skribent.

12 DISKUSSION

Finns det svagheter i dagens rutiner kring triage

Då man står i beråd att införa ett triagesystem bör man utvärdera nuvarande rutiner kring triage som är väl inarbetade på akutmottagningen. Inför nya rutiner i en lagom takt. I kommande system bör grunden för triagenivån dokumenteras, tidpunkten samt utförare av triageringen. Att slå fast väntetider för hur länge patienten kan vänta på att bli triagerad, hur länge patienten kan vänta på läkarundersökning samt när en omtriagering bör ske om väntetiden förlängs. I enlighet med patientsäkerhetsstrategin bör man förlita sig på beprövade och väldokumenterade metoder (SHM 2009:16). Då akutmottagningen under stora delar av dygnet är den enda öppna jourmottagningen och personalen upplever att det dagligen vårdas patienter utan behov av akutvård bör man överväga att införa en kategori i vilken man kan placera patienter som söker för mindre åkommor, till exempel mindre sårskador vilka inte behöver triageras. Göransson (2008) konstaterar att ett gemensamt triagesystem för akutmottagningen och ambulansen gynnar patientflödet på akutmottagningen. Man kunde även överväga möjligheten att styra ambulanspatienter till primärvårdens jourmottagning i de fall dessa inte kräver specialistsjukvård, idag innebär ambulanstransport att man per automatik hamnar på akutmottagningen. Ett gemensamt triagesystem för ambulansen och akutmottagningen gör att patienten på förhand kan triageras på samma grund som gående patienter och vårdnivån kan avgöras redan innan patientens ankomst till sjukhuset.

Som framkom ur Forsgren & Forsmans (2008) artikel var erfarenhet och sjukskötarens kliniska blick viktiga egenskaper hos den som utför triage. En stor del av personalen på akutmottagningen i Mariehamn besitter en gedigen erfarenhet som bör tas tillvara, i enkätundersökningen framkommer det att personalen önskar att inte oerfaren personal bedömer patientens vårdbehov samt att gemensamma riktlinjer införs som skulle jämna ut den individuella variation som kan uppstå.

Är dagens personalresurser och patientunderlag tillräckligt för att genomföra triage?

Enligt Göransson (2008) behövs ett triagesystem på en akutmottagning ifall det kan uppstå en kö till läkarundersökning och vård. Akutmottagningens resurser är begränsade

och varierar under dygnet, det gör även tillströmningen av patienter. Största delen av akutmottagningens patienter kommer oanmälda vilket gör det mycket svårt att garantera att resurserna räcker till under perioder då många patienter uppsöker akutmottagningen samtidigt. I det läget måste ett beslut i vilken ordning patienterna ska tas emot fattas, på basen av hur den enskilde patienten mår och inte på basen av i vilken ordning de anlät till mottagningen. Det behövs således inget större patientunderlag för att införa ett triagesystem. Risken för köbildning till vård kommer alltid att finnas.

Är akutmottagningens lokaler lämpade för triage med bibehållen integritet för patienten?

Kommunikationen är en central del av triage. Mellan vårdpersonal och patient förs en dialog där viktig information framkommer som inverkar på hur den kommande vården ska organiseras. Informationsbytet mellan parterna kan störas av ett flertal faktorer och således kan nödvändig information förvrängas eller helt utebli. Av enkätundersökningen framkommer det att akutmottagningen idag redan har utrymmen som ger möjlighet till avskildhet, rutinerna kring användningen av dessa verkar dock vara varierande. Det påpekas i enkäten att oljud från kansliet kan störa ankomstintervjun samt att denna intervju kan höras av andra väntande patienter. Det framkommer önskemål om ett utrymme där ankomstintervjun kan utföras ostört med utrustning för att kontrollera vitala parametrar. Man bör överväga om de utrymmen som finns idag är lämpade för triage eller om man på något vis kunde förbättra dem. Barkensjö & Tikka (2010) konstaterade i sina intervjuer att patienterna upplevde att det var viktigt att få samtala med vårdpersonalen in enrum utan att övriga patienter i väntrummet kunde höra vad som sades. Kommunikationen kunde gynnas genom ändamålsenliga utrymmen.

Finns det hjälpmedel som skulle underlätta prioriteringen av patienterna?

Enkätundersökningen visade att personalen önskar att man införde ett strukturerat system för triagering där gränser för vitala parametrar och sökorsaker finns förutbestämda. Ett system som är digitalt så man på akutens olika datorskränor kunde se intagna patienter och deras prioritet. Åsikterna om huruvida ett skriftligt beslutsstöd kunde underlätta för personalen går isär, en informant menade att beslutet kunde vara lättare att motivera för patienten om det fanns ett skriftligt beslutsstöd. Enligt Dong (2005) kunde

hjälpmedel användas för att utjämna de individuella variationerna som kunde uppstå vid minnesbaserad triagering.

Hälsocentralen är ofta förekommande i enkätsvaren. Det verkar råda en viss oklarhet över vilka patienter som kan vårdas på hälsocentralen och vilka som hör till akutmottagningen. Samarbetet mellan akutmottagningen och hälsocentralen är viktigt eftersom man bägge bedriver jourmottagning för oplanerad vård och kan behöva hänvisa patienter mellan varandra. Möjligheten att erbjuda patienten en konkret tid på hälsocentralen samt utökad jourverksamhet efterlystes i enkätsvaren.

KÄLLOR

Barkensjö, My. Tikka, Therese. 2010, Patientupplevelse av triage, Högskolan i Borås, institutionen för vårdvetenskap, 35 s.

Carlström, Inge. Carlström Hagman, Lena-Pia. 2007, *Metodik för utvecklingsarbete och utvärdering*, Lund: Studentlitteratur, 447 s.

Dong, Sandy L. Bullard, Michael. Meurer, David P. Colman, Ian. Blitz, Sandra. Holroyd, Brian R. Rowe, Brian H. 2005, *Emergency Triage: Comparing a Novel Computer Triage Program With Standard Triage*, Academic Emergency Medicine, vol 12, No. 6

Farrohknia, Nasim. Castrén, Maaret. Ehrenberg, Anna. Lind, Lars. Oredsson, Sven. Jonsson, Håkan. Asplund, Kjell. Göransson, Katarina E. 2011, *Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence*, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19:42.

Forsgren, Susanne. Forsman, Berit. 2008, *Sjuksköterskans arbete med Manchestertriage – arbetstillfredsställelse och kompetens*, Högskolan Väst, institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, 29 s.

Göransson, Katarina. Eldh, Ann Catrine. Jansson, Anna. 2008, *Triage på akutmottagning*, Lund: Studentlitteratur, 120 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 320 s.

Nordberg, Martin. Lethvall, Sven. Castrén, Maaret. 2010, *The validity of the triage system ADAPT*, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 18:36.

SHM. Social- och hälsovårdsministeriet 2009, *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013*, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, 24 s.

Thornquist, Eline. 2001, *Kommunikation i kliniken. Möte mellan professionella och patienter*, Lund: Studentlitteratur, 328 s.

BILAGA 1. FÖLJEBREV

Bästa undersökningsdeltagare!

Jag heter Johan Jansson och är fjärde årets akutmottagningsstudenter vid Yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Mina studier leder till examen som förstavårdare och sjukskötare. Under mitt sista studieår skriver jag nu mitt examensarbete, denna enkätundersökning är en viktig del av arbetet.

Syftet med undersökningen är att utreda nuvarande rutiner för triage samt föreslå förbättringar för framtiden. Med hjälp av denna enkät vill jag få en uppfattning om personalens åsikter i olika frågor med anknytning till patientmottagning. Enkäten riktar sig till all personal på akutmottagningen som deltar i patientarbetet. Deltagandet är helt anonymt och frivilligt. Ingen information i undersökningen kan användas för att röja din identitet. Enkäterna kommer enbart att behandlas av mig personligen. Materialet kommer att förstöras efter att arbetet godkänts. Ditt deltagande kommer inte att belönas men din insats är mycket värdefull. Besvarade enkäter placeras i medföljande svarskuvert som försluts väl och samlas i avdelningsskötarens kansli. För att bibehålla anonymiteten ser jag gärna att du personligen lämnar in svarskuvertet. Frågor angående enkäten kan riktas till mig personligen, till min handledare eller via avdelningsskötare som anonymt kan vidarebefordra dessa till mig.

Med en önskan om att du tar god tid på dig att läsa igenom frågorna och de olika svarsalternativen tackar jag för ditt deltagande. Enkäten får du gärna ta hem och fylla i om du så önskar. Enkäten lämnas in senast det datum som anges på svarskuvertet.

Tack för att Du deltar och möjliggör denna undersökning!

Johan Jansson
Studenter
Kontaktuppgifter:
janssojo@arcada.fi
Tel. +3584573613329

Christel Roberts
Handledare
Kontaktuppgifter:
christel.roberts@arcada.fi
Tel.+358405153224

BILAGA 2. ENKÄT

Enkätundersökning på akutmottagningen i Mariehamn

Denna enkät är en del av mitt examensarbete ”Triage på akutmottagningen i Mariehamn”. Enkätens syfte är få personalens åsikter i nedanstående frågor. Svara på frågorna genom att ringa runt den bokstav du anser att bäst stämmer överens med din egen åsikt. En del av frågorna är öppna frågor där du får formulera ditt eget svar.

Deltagandet är helt anonymt och frivilligt. Ditt deltagande kommer inte att belönas men dina åsikter är mycket viktiga för mig. Då du fyllt i enkäten placerar du den i svarskuvertet och försluter det väl. Tack för din hjälp!

1) Ange din utbildning genom att ringa runt ett alternativ.

- A. Hälsovårdare
- B. Läkare
- C. Närvårdare
- D. Sjukskötare
- E. Barnmorska

2) Hur länge har du arbetat på akutmottagningen? Ange antalet fullständiga år.

_____ år Jag har arbetat på akutmottagningen mindre än 1 år

3) Dagens rutiner vid patientmottagning och triage fungerar bra.

- A. Helt av samma åsikt
- B. Delvis av samma åsikt
- C. Delvis av annan åsikt
- D. Helt av annan åsikt

3b) Om du svarat B, C eller D på föregående fråga: vad kunde förbättras?

4) Hur ofta upplever du att patienter, som inte är i behov av akut vård, ändå vårdas på akutmottagningen? Ringa runt ett alternativ.

- A. Dagligen vårdas patienter utan akut behov av vård
- B. Sällan, ett fåtal patienter per vecka.
- C. Mycket sällan, ett fåtal patienter per månad.
- D. Aldrig

4b) Om du svarat A, B eller C på föregående fråga: Hur kunde man undvika detta?

5) Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten till en annan vårdgivare t.ex. till en hälsocentral? Ringa runt ett alternativ, motivera ditt svar i följdfrågan.

- A. Ja
- B. Nej
- C. Vet ej/kan inte svara

5b) Motivera ditt svar:

6) Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa en patient att återvända hem? Ringa runt ett alternativ, motivera ditt svar i följdfrågan.

- A. Ja
- B. Nej
- C. Vet ej/kan inte svara

6b) Motivera ditt svar:

7) Upplever du att ett skriftligt beslutsstöd, där patienten på basen av kontaktorsak och vitala parametrar blir triagerad i olika brådskandekategorier, skulle underlätta din bedömning av patientens vårdbehov? Ringa runt ett alternativ.

- A. Ja
- B. Nej

C. Vet ej/kan inte svara

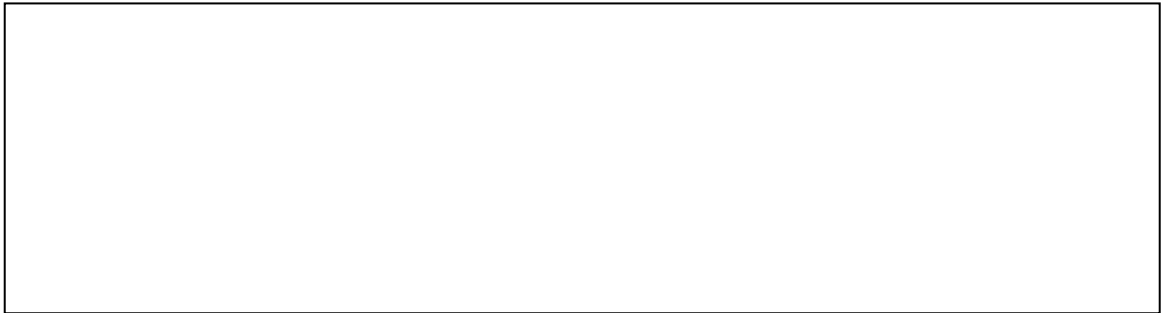
- 8) Vilka mätvärden eller undersökningar upplever du att skulle underlätta för dig i ditt arbete med att prioritera patientens vårdbehov i samband med ankomstintervjun?

- 9) En bedömning av hur brådskande patientens vårdbehov är utförs lika på alla patienter.

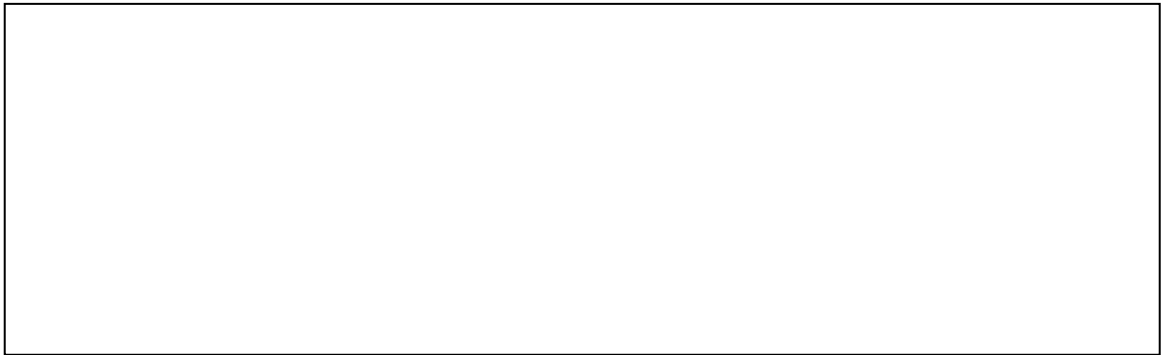
- A. Helt av samma åsikt
- B. Delvis av samma åsikt
- C. Delvis av annan åsikt
- D. Helt av annan åsikt

- 9b) Om du svarat B, C eller D på föregående fråga, vad kunde man ändra på?

10) Vilka krav bör ställas på det utrymme där ankomstintervjun utförs?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 10.

11) Vilka personliga egenskaper anser du som viktiga hos den som bedömer patientens behov av akutvård?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 11.

BILAGA 3. FULLSTÄNDIG FÖRTECKNING ÖVER KOMMENTARER TILL ENKÄTSVAR.

3) Dagens rutiner vid patientmottagning och triage fungerar bra.

- A. Helt av samma åsikt
- B. Delvis av samma åsikt
- C. Delvis av annan åsikt
- D. Helt av annan åsikt

3b) Om du svarat B, C eller D på föregående fråga: vad kunde förbättras?

- ”Stor skillnad beroende på vem som sitter ”i luckan”. Alltid erfaren personal som tar emot pat.”
- ”Dataprogram med färgkodning att man på alla skärmar ser triageringen. Triagering enligt vitalfunktioner”
- ”Vi har inte ”rena, klara” linjer, hur eller var man placerar patienter och utbildning/uppdatering saknas eller är åtminstone bristfällig.”
- ”Beror på vem som sitter där i luckan o gör triagen. Vilken erfarenhet den personen besitter.”
- ”Pat. prio borde antecknas.”
- ”Tydliga parametrar som skall tas”
- ”Ansvarig SSK för pat. Tid då pat. blivit påtittad”
- ”Svårt att få hälsocentralen helt bort från vår akutmottagning”
- ”Kunde vara mera jämnt, dvs. att alla håller samma linje. Vågar hänvisa vidare eller hem.”
- ”Fler patienter ska hänvisas till HC eller akut på följande vardag 08-16”
- ”I nuläget personberoende triagering på basen av mott.bitr. / SSK uppfattning, förmedlas verbalt till jourhavande”
- ”Skulle vara bra med standardvariabler som grund för triageringen”
- ”Mer struktur, införa ett system”
- ”Kan säkert förbättras”

- ”Vi har inte triage här på denna avd. i såna fall behöver det förbättras”
- ”Enligt fastställda kriterier (Vitalparametrar).
- ”Alla gör likadant”
- ”Bättre översikt vilken triagering pat. har”
- ”Använda ett färdigt triagesystem (blanketter)
- ”Bättre utrymmen”
- ”Bättre riktlinjer”
- ”Användning av färgkoder
- ”Triagen fungerar beroende på hur van personal som är på jobb. Har man längre arbetserfarenhet är den kliniska blicken säkrare.”
- ”Enhetligare linje vad man tar emot eller ej”
- ”Tydligare prioritering istället för ”lådan”

4) Hur ofta upplever du att patienter, som inte är i behov av akut vård, ändå vårdas på akutmottagningen? Ringa runt ett alternativ.

- A. Dagligen vårdas patienter utan akut behov av vård
- B. Sällan, ett fåtal patienter per vecka.
- C. Mycket sällan, ett fåtal patienter per månad.
- D. Aldrig

4b) Om du svarat A, B eller C på föregående fråga: Hur kunde man undvika detta?

- ”Tydligare riktlinjer om vad vi ska ta emot”
- ”En dörrs system, akuten och HC på samma ställe och personalen tar beslut om det är HC-läkaren eller akutläkaren som patienten träffar.”
- ”Bättre hänvisningar”
- ”Längre öppethållningstider på HC”
- ”En sektion, ”se och behandla” på akuten, dvs. träffa en ssk och läkare direkt och sedan gå hem.”

- ”Bättre triagering.”
- ”Mera tider på HC.”
- ”Genom att hälsocentralen längre uppehållstider så man lättare skulle kunna hänvisa dit”
- ”Inte vara så ”snäll” utan stå på sig när man sitter i luckan till patienter som vägrar gå till HC, men som är uppenbara HC-fall.”
- ”Mera tider på HC och specialistmottagningar”
- ”Patientflödet är beroende av andra faktorer än vi kan påverka på akuten.”
- ”Tydligare riktlinjer för vilka patienter som ska vårdas på akuten och vilka som ska hänvisas till HC.”
- ”Vi borde kunna erbjuda HC-tider följande dag”
- ”Fler läkartider på HC”
- ”Övernattning på HC”
- ”Hemvårdsinfo? (Tips och information att använda i hemmet), känner sig tryggare i hemmet.”
- ”Genom att hänvisa patienterna till rätt vårdinstans”
- ”Utökad hälsocentralmottagning”
- ”Strängare kriterier vid vår patientmottagning”
- ”Tydliga parametrar/kriterier hos pat. för att uppfylla behovet av akutvård.”
- ”Utökad primärvård, mer jourverksamhet på HC.”
- ”Förläng HC:s öppethållningstider, att HC skulle ha fler läkartider (journsystem) under dagen.”
- ”Ha bättre ”pondus” (lita på sin kompetens) att inte ta emot HC-pat. trots att de är påstridiga.”
- ”Samarbetet mellan HVC och akuten borde funka bättre och att patienterna skulle ”slippa in” till HVC lättare och snabbare”

- ”Hårdare triagering i luckan”
- ”Framförallt så att alla polikliniker skulle fungera som de borde.”
- ”Att HC har mera akuttider, många gånger får man ta emot dem för att göra det smidigt för patienten. (Inte patientens fel att poliklinikerna inte är smidiga.”

5) Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa patienten till en annan vårdgivare t.ex. till en hälsocentral? Ringa runt ett alternativ, motivera ditt svar i följdfrågan.

- A. Ja
- B. Nej
- C. Vet ej/kan inte svara

5b) Motivera ditt svar:

- ”Tycker att jag kan triagera ok.”
- ”Tycker att jag ganska lätt kan ställa rätt frågor till patienterna och få ut mycket info att veta/kunna se att de inte behöver akutvård.”
- ”Erfarenhet gör att man blir säkrare i sina beslut, man lär sig med tiden att ställa rätt frågor.”
- ”Ibland modifierar folk sina svar för att få komma in till akuten”
- ”Man borde förklara för patienten att det inte rör sig om en ”avvisning” utan en hänvisning.”
- ”Generellt har vi en låg tröskel att ta emot oklara.”
- ”Akutmedicinsk ängslighet”
- ”Självklart kan man väl ibland känna en viss osäkerhet, men om man skickar pat. t.ex. till HC så kommer pat. garanterat tillbaka.”
- ”HC kan remittera pat. till akuten vid behov.”
- ”Tycker jag kan se om pat är svårt sjuk dvs. behöver akut vård. Allt annat kan egentligen vänta, fast patienterna kan vara svåra att motivera till att gå till HC.”
- ”Om jag pratat, lyssnat och sett på patienten känner jag mig trygg/säker med att hänvisa patienten vidare.”
- ”Patienten kan alltid komma tillbaka med remiss, har då gått rätt väg.”

- ”Känner mig säker i mitt arbete, mycket på grund av lång erfarenhet och tilläggsutbildningar under åren.”
- ”Jag känner mig rätt så yrkeskunnig och ifall att jag har skickat fel så är det inte hela världen”
- ”Nej, jag litar på min intuition och sjuksköterskekompetens och erfarenhet av många år på akuten och de anamnestiska uppgifterna.”

6) Känner du osäkerhet inför att fatta beslutet att hänvisa en patient att återvända hem? Ringa runt ett alternativ, motivera ditt svar i följdfrågan.

- A. Ja
- B. Nej
- C. Vet ej/kan inte svara

6b) Motivera ditt svar:

- ”Nej absolut inte. Tycker att jag ganska lätt kan ställa rätt frågor till patienterna och få ut mycket information att veta/kunna se att de inte behöver akutvård.”
- ”Tycker att jag har tillräckligt med kunskap”
- ”Nej, om jag har pratat, lyssnat och sett på patienten känner jag mig trygg/säker med att hänvisa patienten vidare. Patienten kan återvända om något tillstöter. Som sjuksköterska på en akutmottagning måste man våga ta eget ansvar och lita på sig själv.”
- ”Känner mig säker i mitt arbete mycket på grund av lång erfarenhet och tilläggsutbildningar under åren.”
- ”När pat. är intagen så är det läkaren som bedömer pat. som klinikfärdig”
- ”Om jag hänvisar en patient till hemmet med råd om egenvård vet jag att det för stunden är tillräckligt. Om situationen ändras/förvärras kommer patienten nog tillbaka, vilket jag också säger att han får göra.”
- ”Akutmedicinsk ängslighet”
- ”Ibland modifierar folk sina svar för att få komma in till akuten”
- ”Erfarenhet gör att man blir säkrare i sina beslut, man lär sig med tiden att ställa rätt frågor.”
- ”Om jag har gjort beslutet är jag rätt så säker på att läger är lugnt. Men jag säger alltid åt patienten att om han/hon känner sig osäker/orolig att

vara hemma så är det bara att komma tillbaka.”

- ”Ytterst sällan en patient hänvisas hem!”
- ”Nej, jag skickar inte hem om jag är osäker.”

7) Upplever du att ett skriftligt beslutsstöd, där patienten på basen av kontaktorsak och vitala parametrar blir triagerad i olika brådskandekategorier, skulle underlätta din bedömning av patientens vårdbehov? Ringa runt ett alternativ.

- A. Ja
- B. Nej
- C. Vet ej/kan inte svara

- ”Lättare att motivera beslutet för patienterna”
- ”Man kan inte gardera sig mot allt med hjälp av papper, dvs. mätdata, riktlinjer m.m. Man måste använda sunt förnuft och lita på sig själv och skaffa sig sådana kunskaper att man känner sig trygg med sitt arbetsområde. Man måste alltid våga ta eget ansvar.”

8) Vilka mätvärden eller undersökningar upplever du att skulle underlätta för dig i ditt arbete med att prioritera patientens vårdbehov i samband med ankomstintervju?

- ”Ett utarbetat färdigt triagesystem skall finnas till hands, eftersom vem som helst skall kunna triagera med ett färdigt instrument, oberoende av van eller ovan personal.”
- ”Inga mätvärden, utan ta anamnes (Prata och lyssna på patienten), se på patienten (alltså ser sjuk/frisk ut)”
- ”Om man gör en god ankomstintervju tillsammans med en klinisk blick, behövs inga mätvärden. Senare måste situationen förstås omvärderas.”
- ”Vitalparametrar”
- ”Vet ej”
- ”Vitalparametrar, medvetandegrad, orientering”
- ”Vet inte, man måste lära sig se det och använda ögonen och hörseln som instrument”
- ”Det viktigaste är att ställa rätt frågor för att kunna bedöma patientens vårdbehov”

9) En bedömning av hur brådskande patientens vårdbehov är utförs lika på alla

patienter.

- A. Helt av samma åsikt
- B. Delvis av samma åsikt
- C. Delvis av annan åsikt
- D. Helt av annan åsikt

9b) Om du svarat B, C eller D på föregående fråga, vad kunde man ändra på?

- ”Baserat på ”triage-ssk:s” bedömning (dvs. mottagningsbiträde/ssk)”
- ”Olika sköterskor har kanske lite olika referensramar, på/om vad som är brådskande.”
- ”Försök undvika att låta pats. sjukhistoria påverka för mycket. Alla känner alla på orten.”
- ”Utbilda personal, införa regler för triagering”
- ”I dagens läge görs ingen bedömning”
- ”Bedömningen beror mycket på personalens kunskap och erfarenhet”
- ”Bedömningen olika beroende på vilken personal som tar emot i ”luckan”. Viktigt att ej ung/oerfaren, utbildad personal gör ankomstintervjun.
- ”Nej, utförs inte pga. vilken personal det är som bedömer samt avsaknad av ett triageinstrument.”
- ”Det borde alltid vara en erfaren personal ”i luckan”. Svårt att göra en korrekt bedömning om man är oerfaren, kan vara svårt ändå.”
- ”Kan bero på att det är för mycket att göra på avdelningen och för lite personal.”

10) Vilka krav bör ställas på det utrymme där ankomstintervjun utförs?

- ”Folk ska få tala ostört och privat”
- ”Avskilt och mysigt”
- ”Borde kunna prata enskilt. Det kan vi ju om vi tar in patienten i dörren bredvid luckan”
- ”Rum”
- ”Privat och lugn och ro – enskildhet”

- ”Avskilt (patientintegritet), Uppnås ej i dagsläget”
- ”Att man kan prata enskilt”
- ”Ej lyhört”
- ”Vi borde mer rutinmässigt använda ”buren” som är avsedd för att ta emot patienter i”
- ”Enskilt utrymme!, En brits, instrument/maskiner till vitalparametrarna.”
- ”Viktigt att kunna få prata ostört, att man kan ha ett privat samtal med sköterskan”
- ”Man skall kunna prata ostört, det får inte vara stökigt, folk som avbryter intervjun eller telefoner som ringer.”
- ”Man bör kunna ta vitalparametrar”
- ”Att det kan ske i lugn och ro, int att kanslinojset hörs till luckan”
- ”Enskilt rum med utrustning”

11) Vilka personliga egenskaper anser du som viktiga hos den som bedömer patientens behov av akutvård?

- ”Att kunna ge alla patienter ett gott bemötande. Ingen pat. kommer till akuten om de inte upplever att de behöver vård på ett eller annat sätt – viktigt att komma ihåg.”
- ”Utbildning, minst närvårdare”
- ”Kunna lyssna och bedöma när läget är akut”
- ”Kunna ställa de rätta frågorna så att en rätt bedömning kan göras”
- ”Professionell och vänlig med god klinisk blick och erfarenhet av vårdarbete”
- ”Behövs en sjuksköterska”
- ”Orelevant fråga till enkäten”

BILAGA 4. UNDERSÖKNINGSLOV FRÅN ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD.



ÅLANDS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Beslut: VCH 28/12 & CHL 152/12.

Sakägare: Akutvårdsstuderande Johan Jansson.

Ärende: Anhållan om att få göra en enkätundersökning på Akutkliniken.

Beslut: Beslutas godkänna anhållan om tillstånd att genomföra studien.

Inga direkta kostnader för undersökningens genomförande får belasta ÅHS.

Jansson förutsätts informera forskningspersonerna om studiens syfte, metod och etiska grund. Då detta sker bör hänvisning till detta beslut ske. Frivillighet och anonymitet skall garanteras. Jansson bör diskutera med avdelningsskötare Mari-ka Lindström om studiens uppläggning och frågor samt överenskomma med henne hur studien genomförs praktiskt.

Tillståndet förutsätter att Jansson på lämpligt funnet sätt delger Ålands hälso- och sjukvård resultatet av studien.

Mariehamn den 28 mars 2012

Bengt Michelsson
Vårdchef



Dick Sjögren
Chefläkare

*Dick Sjögren, chefläkare
Ålands hälso- och sjukvård*

Rättelseyrkande: I enlighet med §58, tjänstemannalagen för landskapet Åland (61/1987) och § 14 i Land- skapslagen om hälso- och sjukvården samt punkt 11 i Reglemente för Ålands hälso- och sjukvård får ändring i beslutet sökas genom rättelseyrkan. Rättelseyrkandet skall var inlämnat inom 21 dagar efter det att beslutet delgivits och det skall anges vilket beslut som önskas rättas och vilka omständigheter som rättelseyrkandet grundar sig på. Rättelseyrkandet skall behandlas utan dröjsmål.

Postadress
Pb 1091
Ax- 22 111 Mariehamn

Besöksadress
Doktorsvägen 1
Mariehamn

Telefon
018-535 168
0457-5483268

Telefax
018-538 533

E-post
bengt.michelsson@ahs.ax

Webb
www.ahs.ax