

Triage på akutmottagningar

- **En kvalitativ studie om styrkor, svagheter och utvecklingsmöjligheter**

Matilda Nyholm

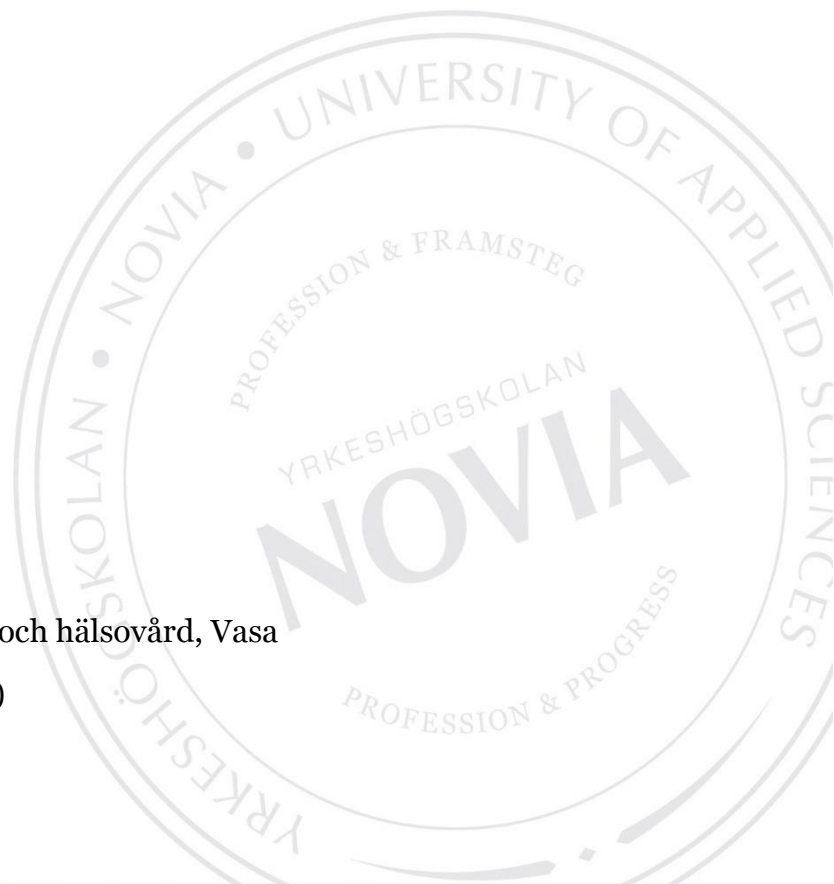
Simone Wiklund

Emma Öst

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa / 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Matilda Nyholm, Simone Wiklund och Emma Öst

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Lisen Kullas-Nyman

Titel: Triage på akutmottagningar

- En kvalitativ studie om styrkor, svagheter och utvecklingsmöjligheter

Datum: Höst 2014

Sidantal: 62

Bilagor: 4

Abstract:

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på hur triage används i praktiken på akutmottagningar, samt styrkor, svagheter och utvecklingsmöjligheter med triage. Centrala frågeställningar är hur triage används och fungerar på akutmottagningar, finns det styrkor och svagheter med triage, samt om det finns utvecklingsmöjligheter med triage. Temat valdes för att det är ett aktuellt tema, och för att vi är intresserade av akutvård. Vi hoppas också att akutmottagningar kan ha nytta av vårt examensarbete.

Vi har använt oss av en kvalitativ innehållsanalys och vi har intervjuat 13 sjukskötare från två olika akutmottagningar. Som teoretiska utgångspunkter har vi använt oss av Joyce Travelbees Human-to human relationship och Katie Erikssons definition av hälsa. Vi har också tagit upp patientsäkerhet och kommunikation, eftersom det är viktigt att det fungerar korrekt på en akutmottagning. Bakgrunden består av tidigare forskning och litteratur som berör triage.

Enligt de intervjuade används ABCDE-klassificeringen som triageskala på den ena akutmottagningen, och på den andra har det utvecklats en egen triageskala som passar akutmottagningen. Båda skalorna fungerar bra enligt de flesta av de intervjuade. Styrkor med triage är teamarbete, arbetet och patientflödet löper smidigare samt att patienterna får samma bedömning. Svagheter med triage är långa väntetider, feltriagering, dåliga utrymmen och personal- och tidsbrist som påverkar triage negativt. Utvecklingsmöjligheter med triage är mera personal, bättre utrymmen, mera skolning och mindre störningsmoment.

Språk: Svenska

Nyckelord: Triage, prioritering, akutmottagning, triageskala

OPPINÄYTETYÖ

Tekijät: Matilda Nyholm, Simone Wiklund ja Emma Öst

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Lisen Kullas-Nyman

Nimike: Triage ensiavussa

- Kvalitatiivinen tutkimus vahvuuksista, heikkouksista ja kehitysmahdollisuuksista

Päivämäärä: Syksy 2014

Sivumäärä: 62

Liitteet: 4

Tiivistelmä:

Tämän oppinäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten triage käytetään käytännössä ensiavussa, sekä triagen vahvuuksia, heikkouksia ja kehitysmahdollisuuksia. Keskeisenä kysymyksenä ovat miten triage käytetään ja miten se toimii ensiavussa, triagen vahvuudet ja heikkoudet sekä triagen kehitysmahdollisuudet. Aihe valittiin koska triage on ajankohtainen, ja olemme myös kiinnostuneita ensihoidosta. Toivomme myös että ensiavuilla on hyötyä oppinäytetyöstämme.

Olemme käyttäneet kvalitatiivista sisältöanalyysia, ja olemme haastatelleet 13 sairaanhoitajaa kahdesta eri ensiavusta. Teoreettisena pohjana olemme käyttäneet Joyce Travelbeen Human-to human relationship ja Katie Erikssonin terveyden määritelmää. Olemme myös ottaneet esille potilasturvallisuuden ja tiedonannon, koska on tärkeää että se toimii virheettömästi ensiavussa. Pohja sisältää edellisiä tutkimuksia ja kirjallisuutta jotka käsittelevät triagea.

Haastateltavien mukaan ABCDE-asteikkoa käytetään yhdessä ensiavussa, ja toisessa ensiavussa on kehitetty oma sopiva asteikko. Molemmat asteikot toimivat hyvin useimpien haastateltajien mielestä. Triagen vahvuudet ovat tiimityö, työ ja potilaiden virtaus toimivat sujuvasti ja potilaat saavat myös saman arvioinnin. Triagen heikkoudet ovat pitkät odotusajat, virheellinen triage, huonot triagetilat ja henkilöstö- ja ajanpuute jotka vaikuttavat triageen negatiivisesti. Triagen kehitysmahdollisuutena ovat enempi henkilökuntaa, paremmat triagetilat, enemmän koulutusta ja vähemmän häiriötekijöitä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Triage, prioriteetti, ensiapuvastaanotto, triageasteikko

BACHELOR´S THESIS

Authors: Matilda Nyholm, Simone Wiklund och Emma Öst

Education and place: Nurse, Vaasa

Supervisor: Lisen Kullas-Nyman

Title: Triage in emergency departments

- A qualitative study of strengths, weaknesses and opportunity for development

Date: Autumn 2014

Number of pages: 62

Appendices: 4

Summary:

The purpose of this thesis is to find out how triage is used in practice in emergency departments, and the strengths, weaknesses and development of triage. Key questions are how triage is used and works in emergency departments, are there strengths and weaknesses with triage, and whether there are opportunities for development with triage. The theme was chosen because it is a current theme, and because we are interested in emergency care. We also hope that emergency departments can benefit from our thesis.

We have used a qualitative content analysis and we have interviewed 13 nurses from two different emergency departments. As a theoretical starting points, we have used Joyce Travelbee´s-Human to Human Relationship and Katie Eriksson's definition of health. We have also addressed patient safety and communication, as it is important that it works correctly in an emergency department. The background consists of previous research and literature relating to triage.

At one hospital ABCDE- classification is used as triagescale. On the other hospital they have developed an own triage scale that suits them better. Both scales works good according to most of the people we have interwied. Strenghts with triage are teamwork, work and that patientflow runs smoother. Same assessment of the patients is another strenght with triage. Weaknesses with triage are long waiting time, incorrect triage, bad rooms and lack of time that affects triage negative. Development with triage are more personal, better rooms, more education and less distraction.

Language: Swedish Key words: Triage, priority, emergency department, triagescale

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Vård på en akutmottagning	3
2.2	Sjukskötarens uppgifter på en akutmottagning	4
2.3	Triageutveckling runt världen	4
2.4	Triagebedömning	5
2.4.1	Ankomstsamtal.....	6
2.4.2	Vitalparametrar som undersöks.....	7
2.5	Triageskalor.....	9
2.6	Färgkoder	11
2.7	Triage i Finland.....	12
3	Tidigare forskning.....	14
3.1	Noggrannheten och tillförlitligheten i triage	14
3.2	Trängsel på akutmottagningar och patientens upplevelser av triage.....	18
3.3	Tillförlitligheten av olika triageskalor.....	19
3.4	Patientflöde på akutmottagningar.....	20
3.5	Feltriagering	22
3.6	Sammanfattning av tidigare forskning	24
4	Syfte och frågeställningar.....	26
5	Teoretisk referensram.....	27
5.1	Joyce Travelbees Human-to human relationship	28
5.2	Katie Erikssons definition på hälsa	29
5.3	Patientsäkerhet	30
5.3.1	Patienssäkerhetsstrategin 2009-2013	31
5.3.2	Finlands lagstiftning.....	31
5.4	Kommunikation.....	32
6	Metod	35
6.1	Urval.....	35
6.2	Datainsamling	36
6.3	Dataanalys	37
7	Resultat.....	37
7.1	Triageanvändning.....	38
7.2	Styrkor.....	41
7.2.1	Teamarbete	41
7.2.2	Arbetet och patientflödet löper smidigare	42

7.2.3 Samma jämförelse	43
7.3 Svagheter.....	43
7.3.1 Personal- och tidsbrist	44
7.3.2 Triage-utrymmen och feltriagering	45
7.3.3 Väntetider	46
7.4 Utvecklingsmöjligheter med triage	46
7.4.1 Mera personal.....	46
7.4.2 Bättre triageutrymmen.....	47
7.4.3 Mindre störningsmoment	47
7.4.4 Skolning	48
8 Tolkning.....	48
8.1 Triageanvändning.....	49
8.2 Styrkor.....	50
8.2.1 Arbetet och patientflödet löper smidigare	50
8.2.2 Teamarbete	51
8.2.3 Samma jämförelse	52
8.3 Svagheter.....	52
8.3.1 Personal- och tidsbrist	52
8.3.2 För lite skolning	53
8.3.3 Väntetider.....	54
8.3.4 Brister i triage skalan.....	55
8.4 Utvecklingsmöjligheter	56
8.4.1 Mental ohälsa och barn	56
8.4.2 Triageutrymmen	56
8.4.3 Skolning	57
8.4.4 Mera personal.....	58
8.4.5 Kommunikation.....	58
9 Kritisk granskning.....	58
9.1 Perspektivmedvetenhet.....	59
9.2 Struktur.....	59
9.3 Pragmatiska kriteriet	60
10 Diskussion.....	60
Källförteckning	63
Bilagor.....	1

1 Introduktion

Uttrycket triage kommer från franskans "trier" och betyder "välja ut". (Wikström 2012). Triage användes till en början under första världskriget, när offer sorterades enligt deras fysiska- och psykiska skador, de som var i större behov av vård fick först vård. Triage började efter krigstiden även användas inom den offentliga hälso- och sjukvården på akutmottagningar. (Andersson & Omberg & Svedlund 2006). Enligt Fagerström (2011, s. 246-247) uppkom de första skalorna i USA, Australien, Kanada och Storbritannien. Wikström (2012) skriver att erfarna sjukskötare eller i vissa fall även läkare utför triage när flera patienter samtidigt kommer till akutmottagningen. Sjukskötare skall då göra en första sortering av patienterna och deras behov av vård. En patient som exempelvis har misstänkt hjärtinfarkt skall snabbt få vård medan en patient som har sårskador på extremiteterna som slutat blöda inte kräver vård lika snabbt. Förutom denna brådskande sortering skall även patienterna prioriteras till rätt klinik. På så sätt "får rätt patient rätt vård i rätt tid". (Wikström 2012). Enligt Finlands lagstiftning framkommer det bland annat att varje individ skall få den vård som han eller hon behöver. Lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785) 3 § skriver att:

"Var och en som varaktigt bor i Finland har utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter [...] Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras." (www.finlex.fi).

Triage är alltså att bedöma och gruppera patienter. Vid en händelse där många är skadade är resurserna begränsade och i ett sådant tillfälle prioriteras patienterna. Det vill säga att varje enskild patients medicinska tillstånd samt överlevnadschans jämförs med de andra skadade personerna. (Göransson, K., Eldh, A C & Jansson, A 2008).

Utvecklingen av triage har resulterat i ett gemensamt språk för kliniker när man diskuterar patientens brådskande och underlättar samarbetet både inom men även utanför sjukhusen. Vetenskapliga bevis visar att förbättrade flödesprocesser kan förkorta patientens väntetider och längder för vistelsen, detta på grund av användningen av triage som även underlättar samarbetet på sjukhusen. (Farrokhnia & Göransson 2011).

Det har skett en ökning i användningen av triage skalor framför allt i Sverige, särskilt de senaste två åren har man sett en acceleration i användningen av triage på sjukhusen. (Farrokhnia & Göransson 2011). En orsak till varför vi valde att skriva om triage är att det är ett aktuellt ämne just nu, samt att det i framtiden kommer att vara ett väl använt system. Vi väljer också att skriva om triage eftersom akutvården intresserar oss allihop, samt att vi vill lära oss mera om detta ämne. Triage används mycket vid akutmottagningar och vid krissituationer när ambulanspersonal är på plats. Inom akutvården är det viktigt att prioritera rätt eftersom det kan handla om liv och död. Vi vill undersöka hur triage används och fungerar i praktiken och om det finns utvecklingsmöjligheter i användningen samt styrkor och svagheter i triage.

2 Bakgrund

Triage är en skala och process som bedömer patienter i en akut situation eller inom akutsjukvården (SBU 2010). Att försäkra sig om att de mest sjuka patienterna får behandling i rätt tid är en av de viktigaste uppgifterna på en akutmottagning. Triage används för att identifiera dessa. Det betyder alltså att alla patienter inte kan få vård omedelbart. (Engebretsen, Røise & Ribu 2010).

När stort antal patienter söker till en akutmottagning kan läkarresurserna vara knappa, det är därför viktigt att göra en initial sortering så att läkaren kan prioritera sin tid rätt i förhållande till patienternas behov för hjälp. När patienten kommer till akutmottagningen är det sjukskötaren som först ser och tar emot patienten. Triage görs i samband med att patienten kommer till akutmottagningen och blir omhändertagen av sjukskötare som rapporterar vidare till läkare. I praktiken betyder det att sjukskötare gör graderingar baserat på ett medicinskt grundlag. Därför är det viktigt att de graderingar som görs är baserat på dokumenterad standardmodell som säkrar rätt gradering av patienten. Roller och ansvarsfördelning ändrar inte, läkaren förstår sjukdomsbilden och beslutar om behandling, sjukskötaren tar vara på patienten, speciellt i den sårbara fäsen för att värderingen kan bli gjord. Vårdpersonal på akutmottagningarna har varierande kvalifikationer och erfarenheter. (Vatnøy 2009).

Registrering av de vitala funktionerna har stor betydelse, bland annat blodtryck, puls och andningsfrekvens är mätningar som vårdpersonal på akutmottagning gör dagligen på alla

patienter, dessa mätningar ger objektiv information. (Vatnøy 2009). Inom vården kan det ske misstag på grund av att det vid informationshämtning tolkas fel eller får bristfällig information. Detta kan i värsta fall leda till mortalitet eller andra allvarliga konsekvenser. Därför är triage viktigt, eftersom patienterna då får korrekt vård vid rätt tillfälle. (Sundblom 2013).

2.1 Vård på en akutmottagning

Arbetsuppgifterna på en akutmottagning är varierande. Vårdare på akutmottagningar bör ha både god medicinsk kunskap och vårdvetenskaplig kunskap. På akutmottagningar är det oftast korta vårdrelationer, men omvårdnaden skall ändå vara omsorgsinriktad. (Nyström 2003, s. 205).

När en patient söker till en akutmottagning vet denna vanligtvis inte vad han/hon har för fel, de saknar en medicinsk diagnos, men han/hon lider av ett eller flera symtom, och söker sig därför till en akutmottagning. På en akutmottagning är det oklart att i förväg veta hur många patienter som kommer att besöka akutmottagningen under till exempel ett dygn, därför måste också personalen på akutmottagningen vara beredda på att kunna vårda alla patienter som söker sig dit. Patienter kan komma till akuten på två sätt. Med ambulans eller så kallade gående patienter, som kommer på egen hand. Dessutom kan det komma patienter från till exempel en annan avdelning eller mottagning, men detta är mera ovanligt. När en patient sedan kommer till akutmottagningen, är det en sjukskötare som tar emot patienten och bedömer patienten. För att bedöma patienten använder sig sjukskötaren av ett strukturerat triagesystem. Bedömningen ska göras så snabbt som möjligt inom tio minuter. En patient som söker till en akutmottagning och som är svårt sjuk, behöver vård omedelbart. Ifall patienten får vänta på vård, på grund av till exempel många patienter som har sökt till akutmottagningen på samma gång, kan patientens hälsa skadas. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.13-15).

I USA har man år 1986 infört något som kallas Emergency Medical Treatment & Labor Act, också kallat EMTALA. Detta betyder att en patient har rätt till en medicinsk bedömning oavsett om patienten har en förmåga att betala. Patienten har alltså rätt till att få en bedömning på en akutmottagning före registreringen samt betalningen. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.13-15).

2.2 Sjukskötarens uppgifter på en akutmottagning

Som sjukskötare kräver triage arbetet väldigt bred och lång erfarenhet. Arbetsuppgifterna varierar mycket och vårdaren kan möta många olika patienter på en och samma dag. Ofta har sjukskötarna bristfällig information om patienten, såsom till exempel saknad av laboratoriesvar eller patientjournaler. Sjukskötare ska känna igen, kunna bedöma patienter samt ta hand om hotande sjukdomstillstånd. Sjukskötarna kan också ha ansvaret om att skicka hem en patient, som bedömts att inte behöver akutsjukvård med anvisningar och rekommendationer om egenvård, eller anvisningar om att patienten ska ta kontakt med en vårdcentral eller familjeläkarmottagning. Exempel på arbetsuppgifter som en triage sjukskötare blir tvungen att göra utan läkarordination kan vara att limma eller lägga om sår, ordinera och utföra provtagningar, genomföra elektrokardiografi-undersökningar (EKG), göra röntgenremisser, eller administrera mediciner enligt generella riktlinjer, samt mycket annat. Eftersom en sjukskötare inte vanligtvis skulle få skriva röntgenremisser eller ordinera blodprov eller mediciner, sker detta enligt speciella delegeringar eller generella direktiv. På detta sätt kan patientens vårdtid bli kortare och detta i sin tur sparar resurser samt tid. När sedan läkaren kommer för att träffa patienter, finns det färdigt röntgenbilder eller provsvar. Detta kan förkorta patientens väntetid med flera timmar. (Wikström 2012, s. 25-26).

2.3 Triageutveckling runt världen

Triage används inte enbart på akutmottagningar, det används också i olika katastrofer samt militärt. I hälso- och sjukvårdslagen står det att den person som behöver hälso- och sjukvård mest, får också företräde till vården. Det betyder alltså att på akutmottagningar måste det finnas någon typ av turordning och i den ordningen får patienterna gå in till läkaren. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.17-22).

På en akutmottagning uppstår det alltid väntetider, inte bara till läkaren. Patienter måste ibland vänta på att komma till röntgen eller andra undersökningar, eller vänta på transport. Därför är det viktigt att det alltid finns en sjukskötare som har hand om patienten så länge han/hon väntar. Patienten behöver övervakas, kontrolleras och monitoreras, samt utvärderas fortlöpande. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.17-22).

Militär triage användes i Frankrike på 1700-talet. En generalläkare vid namn Jean Larrey sägs ha infört triage. Hans böcker från kriget på 1700-talet är första böckerna som beskriver triage. Jean Larrey använde inte ordet triage i sina böcker, men han anses ändå vara den person som införde triage. I Sverige infördes militär triage först så sent som på 1990-talet. Den civila sjukvården påverkades av militära sjukvårdens turordningsprinciper, och började under 1950-talet använda triage vid olika katastrofer. På denna tid skedde en förändring på de amerikanska akutmottagningarna. Väntetiderna till läkare blev allt längre på grund av att söktrycket till akutmottagningarna växte. De långa väntetiderna utgjorde en risk för patienterna. På grund av detta beslöts det att ändra turordningssystemet från väntetidsbaserat till behovsbaserat. USA var alltså först med att börja använda triage på akutmottagningarna. Senare började också Australien, Kanada samt England använda triage. Spanien och Sydafrika har nu dessa senaste år också börjat använda triage. Sverige var det första nordiska landet som tog i användning triage, medan Norge befinner sig ännu i en uppbyggnadsfas. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.17-22).

2.4 Triagebedömning

Syftet på en akutmottagning är att triage genomförs på ett sätt att patienter får vård i rätt tid. Detta betyder att svårt sjuka patienter får träffa läkaren snabbare och patienter som klarar av att vänta utan att bli sämre är tvungen att vänta längre. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.20-21).

Triagebedömningen bör ske i ett stort välplanerat lokalutrymme och vara enkelt och snabbt att hitta. Tydliga skyltar är att rekommendera så att både patienter, anhöriga och vårdpersonal lätt hittar utrymmet. Orsaken till varför bedömningen inte borde ske i väntrummet är för att en triagelokal optimerar kommunikationen mellan patienten och sjukskötaren. En triagelokal behöver vara sluten så att inte andra patienter och anhöriga hör vad som sägs. Lokalen bör också vara ergonomiskt anpassad och stor nog att rymma en stol, bänk, ett bord med en dator på och övervakningsutrustning. In-och utgångar från triagelokalen bör placeras på motsatta sidor för att effektivera patientflödet. Det betyder att patienter från triagerummet kan gå direkt till avdelningen utan att behöva gå igenom väntrummet en gång till. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.26).

Personalen som utför triage bör bära en förmåga att kunna analysera situationer på rätt sätt, ha ett medicinskt kunnande och kritiskt förhållningssätt. Dock finns det inga studier som visar att sjukskötare med längre erfarenhet triagerar patienter bättre än sjukskötare med mindre arbetserfarenhet. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.29).

Då patienter med livshotande tillstånd påträffas kallas läkaren dit omedelbart. En patient som har andningsstillestånd har högsta prioritering och behandling påbörjas omedelbart. Medan en person med hjärtinfarkt bedöms av en läkare inom 10-15 minuter. För patienter som kan sitta finns väntrum, men för patienter som inte orkar eller kan sitta i ett väntrum, ska det finnas skilda rum. (Wikström. 2012. s 25).

2.4.1 Ankomstsamtal

Det är viktigt att triagesjukskötaren och sjukskötaren på den klinik dit patienten skall föras har ett ankomstsamtal. Här tar triagesjukskötaren upp patientanalys samt skapar en bild om vad som hänt. (Wikström 2012 s 26-27). Det är viktigt att utföra en bra patientanalys, då får patienten rätt medicinsk diagnos samt rätt hjälp. Frågorna som ställs under patientanalysen skall vara öppna, detta innebär att frågorna inte ska kunna få svaren ja eller nej. Frågorna skall även vara lätta så att det inte sker missförstånd. Patientens namn, personnummer, datum och namn på sjukskötaren som utfört anteckningarna är obligatoriska att fylla i. (Wikström 2012 s 27-31).

Under patientanalysen undersöks kontaktorsaken, hälsohistoria, överkänslighet, social bakgrund, omvårdnadsstatus, andning/cirkulation, kommunikation, aktivitet, smärta/sinnesintryck, nutrition, elimination, hud/vävnad och observation/övervakning. Patienten ska beskriva orsaken varför han/hon sökte till akutmottagningen, vilka symtom patienten har, vilken tidpunkt symtomen började, samt hur dessa symtom ändrat sedan de började. Utredningar angående andra sjukdomar och problem är också viktigt. Här uppkommer också frågor om tobak-, alkohol- och narkotikaanvändning. Allergier som patienten har ska alltid noteras samt hur allvarliga reaktionerna har varit. Annat som är viktigt att anteckna är yrke och kontaktperson samt att patientens bakgrund också ska utredas. (Wikström 2012 s 27-31).

Till ankomstsamtalet hör också att omvårdnadsstatusen skall dokumenteras, sjukskötaren som utgör patientanalysen skall dokumentera hur omvårdnadsstatusen är i nuläget. Det är också viktigt att kontrollera andningen och cirkulationen. Då antecknas ifall patienten har exempelvis, snabb andning, högt blodtryck, blödningar, cyanos, ödem, feber och perifer kyla. Om patienten använder läkemedel skall det också antecknas under ankomstsamtalet. Ifall patienten har kommunikationssvårigheter exempelvis genom dålig hörsel/syn så skall detta antecknas, och ifall patienten är uppegående eller är i behov av redskap/hjälp vid förflyttning skall detta också noteras. (Wikström 2012 s 27-31).

Smärtan skall också utredas hurudan, var och på vilket sätt smärtan är. Har patienten sådan smärta så att han/hon måste ligga stilla (detta kan vara tecken på fraktur eller peritonit), eller har patienten sådan smärta så att hon/han inte kan ligga stilla (detta kan vara tecken på exempelvis njurstensfall). Smärtan undersöks till exempel med visuell analog skalan (VAS-skala). (Wikström 2012 s 27-31).

Även ifall patienten har illamående, kräkningar, hematemes noteras detta. Det är viktigt att sjukskötaren kontrollerar ifall patienten har problem med urineringen (är patienten i behov av kateter eller inte), patientens magfunktion ska också undersökas. Huden kontrolleras och blåmärken, sår, brännskador samt olika vävnadsskador noteras. Ifall det finns blåmärken på konstiga ställen samt ifall blåmärken är av olika färg kan det misstänkas misshandel av något slag. Sjukvårdspersonalen har en skyldighet att anmäla ifall det finns misstanke av att ett barn misshandlas eller far illa. (Wikström 2012 s 27-31).

2.4.2 Vitalparametrar som undersöks

De vitalparametrarna som alltid ska undersökas är andningsfrekvensen, blodtryck, puls och temperatur. Även saturationen har på senare tid blivit allt mer vanlig att undersökas. Det är bevisat att triage utan vitalparametrar gör att betydande information saknas. Luftvägarna undersöks och ifall stridor (biljud under inandningen) förekommer, speciellt hos vuxna är det allvarligt. Stridor uppkommer när mer än 75 % av luftvägen (i diameter) är blockerad vilket betyder att personen är i akut behov av vård. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 47-57). Enligt Wikström (2012) är det viktigt med auskultation. Genom att lyssna på andningsljud kan det berättas om det är frågan om obstruktivitet (då är andningen pipande/väsande), pneumoni (då är andningen torrt rasslande) och om patienten lider av

hjärtsvikt eller lungödem (då hörs bubblande ljud, "våta rassel"). För att vidare undersöka patienten skall en lungröntgen genomföras, men först efter att de livshotande tillstånden stabiliserats. (Wikström 2012).

Andningsfrekvensen är en viktig vitalparameter som undersöks, om andningsfrekvensen stiger kan det vara tecken på att patienten är på väg i chock, exempelvis efter blodförlust. En ökad andningsfrekvens kan också betyda att patienten har ökad risk för att drabbas av hjärtstillestånd. Oftast då patienten har snabb andningsfrekvens har patienten också ytlig andning. Det betyder att ventilationen i alveolerna inte är tillräcklig. Hög andningsfrekvens förekommer vid många tillstånd som till exempel acidosis, feber, hypovolemi och smärta. En låg andningsfrekvens förekommer vid påverkan av opiater som morfin och heroin, eftersom opiater orsakar andningsdepression. Hjärnskador kan också påverka så att andningsfrekvensen blir lägre än normalt. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 47-57).

Den normala syremättnaden, det vill säga saturationen, är en procent på över 96 %, ifall en patient har lägre saturation än 96 % leder det till en ökad mortalitet bland personer som söker till akutmottagningen. Saturation betyder andelen molekyler hemoglobin som binder syre. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 47-57). En pulsoximeter är lätt och bra att använda sig av för att mäta saturationen. Det är viktigt att så snabbt som möjligt koppla saturationsmätaren till patienten för att på så sätt få ett utgångsvärde före patienten får syrgas. På detta sätt följs effekten av handlingen med. Det är även viktigt att observera olika faktorer som kan orsaka en felmätning av saturationen exempelvis kalla fingrar, stress och smärta. (Wikström 2012).

Alla personer som varit med om skalltrauma bör undersökas neurologiskt. Medvetandegraden är viktig att kontrollera fastän patienten inte visar tecken på neurologisk skada. Den skala som används mest är glasgow coma scale (GCS), GCS är en internationell skala som gör det lättare att jämföra behandlingsresultat och patienter mellan olika länder. EKG undersöks hos patienter som misstänks ha problem med hjärtat, även de patienter där det finns en liten risk för hjärtproblem skall undersökas. Hos patienter som varit med om förgiftning, nedskylning samt patienter som behöver opereras skall utredas med EKG. (Wikström 2012).

Andra vitalparametrar som kan kontrolleras är pupillernas storlek samt om pupillerna är ljusreaktiva. Under triagebedömningen skall det också undersökas smärtan, viktigt att

poängtera är att smärtan är subjektiv. Fastän vitalparametrarna kan vara normala skall det aldrig uteslutas att allvarliga tillstånd kan förekomma. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 47-57).

2.5 Triageskalor

Idag används femgradiga triageskalor, på grund av att tre-, och fyrgradiga triage skalor anses vara opålitliga. Den första femgradiga skalan gjordes i Australien år 1989, av en akutläkare vid namn FitzGerald, denna skala fick namnet Ipswich Triage Scale. De vanligaste skalorna är Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Manchester Triage Scale (MTS) och Emergency Severity Index (ESI). Det finns också flera triageskalor som utvecklats i Sverige. Dessa skalor är lokalt framtagna och används endast av de sjukhus som har utvecklat en egen triageskala. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 35).

Australasian Triage Scale är en vidareutveckling av Ipswich Triage Scale. ATS är en femgradig triageskala, vilken har en tidsintervall från direkt omhändertagande till en väntetid som sträcker sig till två timmar. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.35-37). ATS är den nationella triagemetoden i både Australien och Nya Zeeland (Lähdet, Suserud, Jonsson & Lundberg 2009).

Canadian Triage and Acuity Scale utvecklades i Kanada på 1990-talet. Det hade hörts talas om ATS skalan, vilket gjorde så att kanadensarna också gjorde en triageskala. Denna skala är också femgradig och vid varje nivå är det kopplade tidsintervall. Ifall patienten då inte blir undersökt av läkaren under given väntetid, måste sjukskötaren göra en ny undersökning och bedöma patienten. Detta på grund av att sjukdomstillstånd kan variera, och det måste kunna följas upp förändringar i patientens hälsotillstånd. Patientsäkerheten är därför nyckelfrågan i denna skala. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 37-38).

Manchester Triage Scale är utvecklad av akutläkare och sjukskötare på 1990-talet (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.38-40). MTS har varit den nationella triage metoden i Storbritannien och Irland för mer än ett decennium, och i Portugal började de använda sig av MTS år 2001. (Lähdet, Suserud, Jonsson & Lundberg 2009). MTS går ut på att sjukskötaren på akutmottagningen tar emot patienten, frågar patientens orsak för att ha

kommit till akutmottagningen och går sedan vidare enligt ett speciellt schema. Det finns 50 stycken flödesscheman och varje flödesschema utgår från en sökorsak. När sjukskötaren hittat ett lämpligt flödesschema för patienten, går sjukskötaren igenom schemat och slutför det genom att bestämma en passande triagenivå. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.38-40).

Emergency Severity Index (ESI) utvecklades också av akutläkare samt akutsjukskötare på 1990-talet. I denna skala ska sjukskötaren på akutmottagningen bedöma patienten genom att börja från A och fortsätta systematiskt vidare att fråga av patienten, tills sjukskötaren har hittat en lämplig triagenivå för patienten. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 40). ESI är en femgradig skala, och sjukskötaren som utför triage måste utvärdera patientens behov av vård samt mängd och typ av resurser som behövs för att behandla patienten. (Lähdet, Suserud, Jonsson & Lundberg 2009).

I Sverige fanns det inte någon gemensam triageskala, utan endast lokala. I början av 2000-talet hade ungefär hälften av alla akutmottagningar i landet en triageskala. De flesta lokala triageskalor var dessutom tre- eller fyrgradiga och det var endast fyra akutmottagningar som använde sig av en femgradig skala. Därför kunde skribenterna inte vara säkra på om triageskalorna var tillräckligt pålitliga. Nu har det skett en förändring och det har börjat användas MTS på flera akutmottagningar, som till exempel i Västra Götalandsregionen. Sahlgrenska i Göteborg har också utvecklat en egen femgradig skala, vid namnet Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS-A), och flera sjukhus i Sverige håller på att införa skalan till sina akutmottagningar. Det har också utvecklats en annan skala i Sverige som används av Karolinska universitetssjukhuset i Solna och Huddinge samt på Universitetssjukhuset MAS och Södersjukhuset. Skalan heter Adaptiv processtriage (ADAPT) och denna skala är också en femgradig skala. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 41-42).

Triageskalan METTS blev klar år 2004, och skalan börjades användas vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg i början av år 2005. METTS har nu utvecklats ytterligare och idag finns, förutom METTS-A (adult), också METTS-T (trauma), METTS-pre (prehospital), METTS-psy (psykiatri) samt METTS-p (pediatri). I denna skala sorteras patienterna i fem processer, dessa är röd, orange, gul, grön och blå, och målsättningen med denna skala är att de fem processerna inte ska blandas ihop och gå över varandra. Detta i sin tur ökar patientsäkerheten och effektiviteten. Patienterna går igenom tre olika steg, och

dessa är vitalparametrar som följs upp enligt ABCDE-systemet, kontaktorsak kopplad till symtomen och sedan åtgärdsmodulen som bestämmer patientens monitoreringsbehov samt provtagning. Triageskalen ADAPT (adaptivt processtriage) används kring Stockholms läns landsting och Region Skåne. Denna skala har samma processer som METTS, röd, orange, gul, grön och blå, men har också en lila process, som kännetecknas av patienter som direkt kan flyttas till en specialavdelning. Exempel på sådana patienter är infektionspatienter, strokepatienter, patienter med höftfrakturer samt hjärtpatienter. Skalan bygger också upp på tre steg som patienten ska gå igenom, vilka är vitalparametrar, patientens sökorsak och process. Både i METTS och ADAPT läggs det ner stor vikt på teamet som utför triage och teamet kan både bestå av sjukskötare, undersköterska, sekreterare samt ibland också läkare. Målsättningen med båda skalorna är att öka patientsäkerheten och förhindra att patienten blir sämre i väntan på vården. (SBU 2010).

Det har gjorts mycket studier kring alla triageskalor, men den skala det forskats minst om är MTS, medan de skalor som forskats mest om är ESI samt CTAS. Genom forskningen har det framkommit att de skalor som anses vara mindre pålitliga är ATS och MTS, medan de skalor som är mera tillförlitliga och har en högre grad av reliabilitet är ESI och CTAS. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 44)

2.6 Färgkoder

Triage används vanligtvis av olika färgkoder för att veta hur akut sjuk patienten är. Färgerna anger hur snabbt patienten måste undersökas av en läkare. Femgradiga triageskalor innebär att de använder sig av fem olika färger, dessa är röd, orange, gul, grön och blå. Alla triageskalor använder sig inte av dessa färgkoder, det finns också triageskalor som har flera färger. Den röda färgen betyder att patientens tillstånd är livshotande, och att läkaren måste undersöka och bedöma patienten genast. Orange innebär att det är mycket brådskande och patienten måste undersökas av läkaren inom 15 minuter. Färgerna gul, grön och blå är inte lika brådskande och patienterna måste inte bedömas av läkaren lika snabbt. Gul innebär att patienten ska bedömas inom 120 minuter, medan färgen grön innebär att patienten ska bli bedömt inom 240 minuter. Blå innebär att patienten inte är i akut behov av vård. (Arvidsson 2013 s. 21-22).

2.7 Triage i Finland

Finlands och Sveriges akutmottagningar skiljer sig betydligt från varandra. Av Sveriges akutmottagningar använder över 70 % någon triageskala, och de vanligaste är METTS och ADAPT, medan det i Finland mest används ABCDE-klassificering. Några akutmottagningar har dock också börjat använda sig av triageskalan ESI (Emergency Severity Index), som används i Europa, exempelvis i Holland. ABCDE-klassificering innehåller instruktioner om hur vårdarna ska dela upp sökorsaker som till exempel huvudvärk, bröstsmärta eller andnöd i de olika brådskande graderna. (Malmström, Kirua, Malmström, Torkki & Mäkelä 2011).

Malmström, Kiura, Malmström, Torkki och Mäkelä (2012) har undersökt akutmottagningarna i Finland. Det har däremot undersökts lite om triage användningen i Finland, vilket är en nackdel eftersom man inte vet hur tillförlitlig och säker ABCDE-klassificering är. I denna undersökning deltog 50 akutmottagningar. 36 av dessa använde sig av en skala för att bedöma patienten och 34 använde sig av ABCDE-klassificeringen och många av dessa hade utvecklat en egen lämplig skala som passade deras akutmottagning med hjälp av ABCDE-klassificeringen. ABCDE-klassificering innebär att de patienter som bedöms vara A behöver vård omedelbart, de patienter som bedöms vara B, ska få vård inom tio minuter, patienter som bedöms till C behöver vård inom en timme, och patienter som bedöms till D behöver vård inom två timmar. Patienter som bedöms vara E, är inte i behov av akutvård. ESI var i användning eller skulle tas i användning i fem av akutmottagningarna. I Åland hade de planer på att tillämpa Sveriges ADAPT- och METTS skalorna. De flesta av skalorna hade tagits i bruk år 2006-2011 och det behövdes personalutbildning eller organisationsförändringar på de flesta akutmottagningar. På några mottagningar behövdes också utrymmen förnyas.

Ett problem som kom fram med ABCDE-klassificeringen är grupperingen. Klassificeringen utgår från att patienterna som klassas som A och B, alltså akuta patienter styrs kategoriskt till specialistsjukvården, medan patienter som klassas som C och D patienter och är mindre akuta styrs till en allmänläkare. I grunden är det menat att patienter som styrs till en allmänläkare inte alls vore akuta, men en allmänläkare kanske hamnar och besvara för patienter med till exempel ögonskador, vilka också kan vara akuta och behöver omedelbart läkarvård. Dels är inte alla patienter som styrs till specialistsjukvården i praktiken akuta. En orsak till att det togs i bruk ABCDE-klassificeringen i Finland är för att det finns

ett behov av att särskilja på de icke-brådskande patienterna (patienter som klassas till E-gruppen) på akutmottagningar, och som kan vårdas under tjänstetid. I undersökningen kom det också fram att det borde forskas mera i hur hälsan och välmåendet påverkar patienter som klassas som icke-brådskande. (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012).

Nummelin, Tupala, Nuorinko, Koskelainen och Pakasto (2010) har skrivit en artikel om hur triageklassificering hjälper till att få vård snabbt till akuta patienter. Det har gjorts en utvärdering på hur triageskalen ABCDE påverkat Åbo universitets centralsjukhus akutmottagning (TYKS). I TYKS akutmottagning påskyndade triage patienternas vård, samt att triagesjukskötarna fick mera ansvar i sitt arbete. När triage infördes i TYKS ville de utveckla fungerande riktlinjer och utbilda samt binda personalen till en ny metod. Med hjälp av triage kunde patienterna på akutmottagningen få bästa möjliga vård på rätt tid och på rätt ställe. På samma gång förkortades den totala vårdtiden. I TYKS använde de sig av ABCDE, samt att det utvecklades nödvändiga formulär, arbetsbeskrivningar och utrymmen på akutmottagningen. Det utvecklades ett formulär där patienten kunde fylla i sina personuppgifter, beroende på sitt tillstånd och mående. Sedan skulle triagesjukskötaren också fylla i vilken triageklass patienten klassificerats i. Målet med formuläret var att påskynda på den elektroniska inskrivningen, speciellt vid tillfällena när det rådde trängsel på akutmottagningen. Ändringarna som gjordes visade sig ha en god effekt. Triageskalans utseende och innehåll var tämligen tydliga. Det som kunde utvecklas ytterligare var att triageskalen skulle utgå mera från symtom, samt att deltagarna ville ha en mera klagande skillnad på klassificeringarna C och D. Det ansågs att ändringarna överlag hade en positiv effekt, men att det fortfarande fanns utvecklingsmöjligheter i skalan. (Nummelin, Tupala, Nuorinko, Koskelainen & Pakasto 2010).

Akutmottagningen i Vasa finns i den nya byggnaden vid centralsjukhuset. Dit kommer patienter genom två olika ingångar, en ingång där så kallade gående patienter kommer och en infart för ambulansen finns. Då patienterna anländer till akutmottagningen finns det tre mottagningsdiskar och här skall patienterna anmäla sig. En klassificeringsbedömning, alltså triagering sker av en sjukskötare med erfarenhet. Triagesjukskötaren klassificerar patienterna enligt deras behov av vård, enligt ABCDE-klassificeringen (alltså i fem klasser). De patienter som klassificeras som A-patienter får genast vård av läkaren. B-patienter får vänta på läkaren i 10-30 minuter. C-patienter får vänta på läkaren i en timme och D-patienter kan vänta på sin tur i upp till cirka två timmar. Det finns även E-patienter

om det är patienter som inte är i behov av akutvård. Triageringen ska ske mellan tre och sju minuter, det innebär att patienten ska bli rätt prioriterad, patienterna ska också bli informerade samt att de andra vårdarna skall informeras. Allt ska också bli dokumenterat inom sju minuter. Om det är rusning på mottagningen finns det möjlighet att två sjukskötare utför triage, poängterar avdelningsskötaren Ann-Katrin Brandtberg. Alla patienter har rätt till en bedömning men alla patienter blir inte alltid undersökta av läkaren. På akutmottagningen finns det ett chockrum där patienter som är i akut behov av vård behandlas. Andra patienter som inte är i lika stort behov av vård behandlas i ett rum där sängar finns samt en övervakningscentral. (Stagnäs, M, 2014).

3 Tidigare forskning

I detta stycke tas upp tidigare undersökningar om triage, sammanlagt är det 16 artiklar. För att hitta information om vårt ämne, sökte vi efter vetenskapliga artiklar i databaserna Cinhal, PubMed och SweMed. Som ämnes- och sökord användes triage, triageskalor, nursing, emergency care, rapid, assessment, patient flow, treatment, priority, mental health. Vi har också hittat artiklar genom manuell sökning. I slutet finns en sammanfattning av alla artiklar.

3.1 Noggrannheten och tillförlitligheten i triage

Rehn (2010) gjorde en studie där han mätte noggrannheten och användbarheten av en ny triagemetod som tagits i bruk i Norge. I två olika omgångar simulerades en bussolycka. Första simuleringen gjorde han utan någon teori före och andra gången fick deltagarna lära sig en metod de skulle använda sig av. Resultatet visade sig att deltagarna gjorde snabbare och effektivare bedömningar vid det andra tillfället simuleringen gjordes, efter att deltagarna hade fått lära sig triagebedömning. Rehn menade (2010 s.5) att det inte riktigt går att mäta användbarheten av ett triageprotokoll i en simulerad övning eftersom det är svårt att efterlikna en riktig akutsituation där exempelvis kaos förekommer. I verkligheten kan också patienternas vitala värden vara svårare att få koll på eftersom det finns så mycket mera störande moment i omgivningen.

Gerdtz och Bucknall (2001) har gjort en observationsstudie om triagesjukskötarnas kliniska beslutfattande. Syftet med undersökningen är att beskriva längden på sjukskötarens beslutfattande, och för att beskriva data som sjukskötare samlar in när det beslutas om hur snabbt patienten behöver vård. Som triageskala användes Australasian Triage Scale (ATS). Observationsdata samlades in från en vuxen akutmottagning från Melbourne i Australien. Sammanlagt observerades 26 sjukskötare, och 404 tillfällen där triage användes observerades. Patienterna som deltog i undersökningen var mellan 18 till 75 år, antalet män som deltog var 230 och antalet kvinnor som deltog var 174. Sjukskötare med fem, eller färre års erfarenhet av att arbeta på en akutmottagning, tog det i genomsnitt 3,86 minuter att observera och utföra triage på en patient, medan det för mera erfarna sjukskötare tog i genomsnitt 3,55 minuter. I undersökningen kom de också fram till att omgivningen, miljön, patienten samt sjukskötaren har en stor betydelse i hur länge det tar för sjukskötaren att observera och utföra triage på patienten. Triagetiden ökade när sjukskötaren behövde göra en neurologisk bedömning eller utföra första hjälp. En betydande ökning på triagetiden skedde när patienten inte kunde prata engelska.

Göransson, Ehrenberg och Ehnfors (2005) har gjort en nationell undersökning som handlar om hur triagerelaterade arbeten utförs och organiseras på svenska akutmottagningar. Undersökningen gjordes med hjälp av telefonintervju med avdelningssköterna på var och en av akutmottagningarna. Undersökningen representerade 87 % av akutmottagningarna i Sverige. Av 69 akutmottagningar som var med i undersökningen visste 54 (78 %) akutmottagningar vad triage är. Det framkom också att triagearbetet inte är organiserat likformigt i Sverige. Totalt 81 % av patienterna som inte kom in med ambulans till akutmottagningen blev bedömda. Lite mindre än hälften av akutmottagningarna (46 %) använde ingen triageskala för att bedöma hur akut patienten är. Det fanns också olikheter i användningen och utformningen av triageskalor på akutmottagningarna. 37 (54 %) av akutmottagningarna använde någon sort av triageskala för att kommunicera och dokumentera hur akut patienten är, 18 av dessa använde en triageskala med tre nivåer, medan 15 akutmottagningar använde en skala med fyra nivåer, de fyra resterande akutmottagningarna använde en skala med fem nivåer. Denna undersökning visar tydligt på att triagearbetet inte organiserats enhetligt och systematiskt i Sverige. Det visar att det behövs ytterligare forskning och undersökning om triage, speciellt när det gäller personalen som utför triage, triageskalor samt riktlinjer och standarder.

I Göransson, Ehrenbergs, Marklunds och Ehnfors (2005) undersökning studerades noggrannheten och enighet hos sjukskötare som utför triage i Sverige. 48 (62 %) av akutmottagningarna i Sverige deltog i undersökningen. Med hjälp av avdelningssköterna på de alla akutmottagningarna kunde det identifieras lokala datainsamlare. 7550 triagebeslut kunde användas för dataanalys. Enligt denna undersökning borde sjuksköterna i Sverige få mera utbildning om triage, eftersom de inte i Sverige känner till triagearbetet tillräckligt. I undersökningen kom fram att 28,4 % av de 7550 triagebesluten var övertriage, medan 13,9 % av besluten var undertriage. Enligt undersökningen ska patientsäkerheten ifrågasättas. Triage som är en daglig uppgift för sjukskötare som arbetar på akutmottagningar, borde ske korrekt och så säkert som möjligt. Denna studie borde också följas upp för att få en djupare förståelse, mera kunskap om ämnet samt för att kunna förbättra triage.

Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk och Groot (2011) har skrivit en artikel som handlar om faktorer som påverkar tillämpningen av triage på akutmottagningar. Undersökningen är gjord i Nederländerna, och studien är en kvalitativ studie och skribenterna har använt sig av enkäter, fyra fokusintervjuer samt djupintervjuer med avdelningschefer och läkare. År 2004 framkom det en systematisk baserad riktlinje för hur de utför triage på akutmottagningarna i Nederländerna. Denna riktlinje skulle uppdateras år 2008 och därför utfördes denna undersökning på akutmottagningar i Nederländerna. Resultatet visade att över 30 % av alla akutmottagningar i Nederländerna inte använde sig av triage. Riktlinjerna är redskap som används för att göra evidens baserad kunskap praktiskt användbar för att förbättra patient vården. I undersökningen används Grols teorier och modell, första steget (1) utveckling av ett konkret förslag till förändring i klinisk praxis. (2) analys av målgruppen och identifiering av de hinder som kan förekomma eller hinder för förändring, (3) att koppla verksamheten till behoven, handledningen och hinder för förändringen, (4) utveckling och genomförande av en plan och (5) kontinuerlig utveckling eller övervakning baserad på indikatorer.

Sammanlagt har 81 akutmottagningar varit med i studien, av dessa 81 använde sig 42 (59 %) akutmottagningar sig av MTS eller ESI, som användes av sex stycken. Sjuksköterna påpekade 15 påverkande faktorer, avdelningscheferna påpekade 12 stycken medan läkarna uppgav fyra huvudsakliga faktorer. I studien kom det fram att alla olika yrkesgrupper

visade i stort sett likartade faktorer som påverkar tillämpningen av triage. (Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot 2011).

Uppfattningar om faktorer som påverkar tillämpningen av triage riktlinjer är bristen på resurser såsom speciella triageutrymmen, utbildning för personalen, för lite personal, stort ansvar, hög arbetsbelastning och programvaror. Ifall akutmottagningen saknade dessa förhållanden, var sjukskötarna mera tveksamma till att utföra triage. Andra faktorer som påverkar är kompetens, för lite information om triage och dess fördelar, läkare som inte bedömde patienterna inom den tid de skulle bedömas, tillgången av läkare på avdelningen, och läkare som fått för lite information om triage, gamla rutiner som är svåra att ändra, motivation, färdigheter, insikter och dagliga rutiner. (Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot 2011).

Då någonting nytt framförs tar det flera år förrän det kommer att synas någon förändring, detta beror på att den mentala förändringen tar länge. Triage kan ses som en ny specialisering/inriktning. Rutinerna är svåra att ändra på men slutligen bör den nya evidensen och de nya riktlinjerna framkomma i praktiken. Motivationen till att lära sig om triage kan också vara en faktor som påverkar användningen av triage. (Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot 2011).

Enligt artikeln är det en nackdel för de sjukhus som inte har en speciell akutvårds läkare, på grund av att läkarna ofta inte är informerade om procedurerna kring triage. Det tar även tid för läkarna att lära sig att använda triage och känna sig bekväm med användningen. Det framkom brister med triage exempelvis neurologiska symtom och feber hos barn framträdde inte. (Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot 2011).

I denna artikel har det gjorts en utvärdering av hur noggrann triage är. Idag vet personer lite om tillförlitligheten av triagemetoder. För att genomföra studien användes olika fall, och sjukskötarens uppgift var att bedöma den information de fick och göra en bedömning av vilken triagekategori patienterna skulle placeras i. Endast 12 respondenter från ett sjukhus deltog i undersökningen, samt att två respondenter från ett annat sjukhus valde att delta. På grund av detta, kan det funderas på artikeln trovärdighet. Resultatet visade att majoriteten av fallen placerades i rätta kategorier, men det fanns ändå fall som kategoriserades fel. Detta i sin tur betyder att det förekommer fel inom triage, och att

sjuuskötare borde få mera kunskap och kompetens för att inte kategorisera patientfall fel. I undersökningen kom det också fram till att det borde undersökas mera om triageprocessen, men redan ändringen från triageskalor med endast tre nivåer till fem nivåer är en utveckling, och det ger en möjlighet att mer korrekt rikta flödet av patienter i en hektisk akutmottagning. Mera utbildning kunde förbättra resultatet av tillförlitligheten och noggrannheten i triage. (Donnelly & Bell 2006).

3.2 Trängsel på akutmottagningar och patientens upplevelser av triage

Sundblom och Dryver (2013), båda läkare på Skånes universitetssjukhus har skrivit en artikel om beslutsfattande på akuten och kommer att skriva om ett ramverk för beslutsfattande på akutmottagningar. I artikeln står det att information från utredningar som blodprov, status, anamnes, EKG och röntgenundersökningar är otroligt viktiga för att ett välgrundat beslut kan tas. Alla utredningar behöver använda sig av resurser, vilket i sin tur leder till att en annan patient tvingas sitta och vänta och det bidrar till trängsel på akutmottagningen. Trängsel på akuten bidrar i sin tur till att patientsäkerheten äventyras. I takt med att befolkningen ökar kommer också antalet besök på en akutmottagning att öka. Detta betyder att många beslut måste tas och att vi har ett bra sorteringsystem på våra sjukhus.

Sundblom och Dryver (2013), poängterar att det är viktigt att en läkare inte fastnar för tidigt i en diagnostisk hypotes utan är duktiga på att se flera möjliga sjukdomar. Tidig behandling minskar för vissa diagnoser risken för tidig mortalitet, ett exempel på det är antibiotikabehandling vid svår sepsis. Skribenterna till denna artikel vill uppmana till att diskutera med kollegor vid svåra beslut. De menar också att det är viktigt att dokumentera tydligt i patientjournalen, detta gäller både sjuuskötare och läkare.

I Hong Kong har Nga Han Chan och Chau (2005) undersökt i hur patienterna upplever triage. Forskningen gick ut på att få reda på ifall patienterna är nöjda med triagevården och genom resultatet hjälpa sjuuskötarna att hitta sin egna roller bättre och förbättra patienternas vård. 56 akuta, brådskande samt icke brådskande patienter fick delta i undersökningen. Patienterna som skulle delta i undersökningen valdes under en tre månaders period. I undersökningen deltog 26 män och 30 kvinnor. Majoriteten av

deltagarna var kineser, och mellan 30 och 39 år. De flesta patienter var nöjda med triage i vården.

3.3 Tillförlitligheten av olika triageskalor

Yousif, Bebbington och Foley (2005) har gjort en undersökning om förändringen från National Triage Scale (NTS) till Australasian Triage Scale (ATS). Från juli till september år 2001 bedömdes patienter enligt National Triage Scale (NTS), medan från juli till december år 2002 bedömdes patienterna enligt Australasian Triage Scale (ATS). Denna undersökning utfördes i Auckland sjukhus. År 2001 deltog 8715 patienter, medan det år 2002 deltog 9047 patienter. Antalet läkare och sjukskötare var identiska under de två studieperioderna. Det kom fram att det fanns stora skillnader i vilken nivå/kategori patienterna hamnade i beroende på vilken skala som användes. Båda skalorna är femgradiga skalor, och enligt undersökningen blev det en ökning på patientantalet i nivåerna två och tre, medan det blev en minskning på nivåerna fyra och fem. I kategori ett var patientantalet relativt oförändrat. Patienterna som hamnade i kategori ett är patienter med livshotande tillstånd, och måste få vård omedelbart, medan kategori fem är patienter som anses vara icke akuta och kan vänta upp till två timmar förrän de får vård.

Denna artikel handlar om hur tillfredsställda sjukskötare är med triage på akutmottagningar i västra Sverige. I undersökningen deltog sammanlagt fyra sjukhus och 74 triagesjukskötare som skulle svara på 37 korta frågor. Sjukskötare som deltog i undersökningen hade minst sex månaders erfarenhet av triageskalan MTS (Manchester Triage Scale). Resultatet visade att sjukskötare överlag är tillfredsställda med arbetet. Sjukskötarna såg sitt arbete som intressant, stimulerande och initiativtagande, vilket ökade på tillfredsställelsen. En annan faktor som ökade på tillfredsställelsen i arbetet var att andra anser triagesjukskötarens roll som viktig, samarbetet var också väldigt viktigt för att sjukskötarna skulle vara nöjda med sitt arbete. Att få göra egna beslut visade sig ha en svagare korrelation till tillfredsställelse. Faktorer som kunde påverka arbetet negativt var bland annat en stor arbetsbelastning och bristande kompetens/kunskap. De flesta sjukskötare ansåg att triageskalan MTS är klar, tydlig samt okomplicerad att använda, men de ansåg också att skalan behöver utvecklas. Slutsatser som framkom i denna undersökning

är att triagemetoden är oförmögen att skilja på alla parametrar som en erfaren sjukskötare tar hänsyn till. Ifall skalan tillåts att prioriteras före sjukskötarnas erfarenheter, kan det uppstå hinder. En del av sjukskötarna ansåg att deras egen kompetens var otillräcklig och att deras arbetsmiljö var dålig. (Forsgren, Forsman & Carlström 2009).

Christ, Grossman, Winter, Bingisser och Platz (2010) har skrivit en artikel som handlar om att identifiera moderna triage instrument/skalor och jämföra deras validitet och reliabilitet. Undersökningen gjordes genom att söka artiklar från databasen Medline. Triageskalor som jämfördes i artikeln är Manchester Triage Scale (MTS), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) och Emergency Severity Index (ESI). Det användes endast artiklar som hittades genom peer-reviewed tidskrifter. Det kom fram att akutmottagningar runt världen använder sig av olika skalor för att bedöma allvarligheten på de patienter som uppsöker akutmottagningar. Femgradiga triageskalor är mycket mera tillförlitliga än skalor med endast tre grader. Triageskalor som anses ha mest reliabilitet/tillförlitlighet är CTAS och ESI. De flesta länder använder sig i dag av femgradiga skalor. Att introducera modern triage i till exempel Australien har visat sig ha en god effekt. Patientsäkerheten har ökat och arbetet på akutmottagningar har blivit mera tillfredsställande. Patienternas väntetid minskade också, samt att hela besöket på akutmottagningen blev kortare. Sammanfattningsvis konstaterades att femgradiga triageskalor är rekommenderade av nationella och internationella samhällen i akutvården. Medan en nackdel med triageskalorna är att de inte analyserar systematiskt och tillräckligt patienter med psykiska problem samt barn, det har heller inte undersökts tillräckligt om detta.

3.4 Patientflöde på akutmottagningar

Harding, Taylor och Leggat (2011) har skrivit en artikel om hur triagesystem kan användas för att se till att de mest akuta patienterna får snabbt vård. Artikelns syfte är att undersöka om triage också har en effekt på patientflödet på akutmottagningar. Skribenterna använde sig av en systematisk översyn genom att söka artiklar i fem olika elektroniska databaser med sökorden "triage" och "patientflöde". De identifierade och bedömde kvaliteten på 25 artiklar som uppfyllde kriterierna. Resultatet av studien var att ett triagesystem som kombinerar både behandling och triage har visat sig förbättra patientflödet på

akutmottagningar. Ett bra system kan också ha positiv effekt på patientflöde, mätt med väntetid och vistelsetid. Skribenterna diskuterar sedan triagesystemet och nämner att det finns olika typer av system och de olika systemen och skalorna kan påverka resultatet på patientflödet. Skribenterna skriver också att det finns tillfällen då identifiering och behandling av prioriterade fall måste väga tyngre än viljan att minimera totala väntetider. Det finns dock motstridiga uppgifter om huruvida grundläggande triagesystem kan minska totala väntetider. Det finns måttliga bevis för att förmågan att hantera mindre resursintensiva fall eller omdirigera olämpliga remisser vid tidpunkten för triage kan förbättra patientflödet.

Edward (2011) har skrivit en artikel om hur snabb triagebedömning kan förbättra vårdresultat. Författaren har gjort en litteraturstudie för att samla information. På akutmottagningen på Modbury sjukhus i Australien har personalen haft problem med att minska väntetider, speciellt för patienter i triagekategorierna tre och fyra. Överbelastning orsakad av mycket patienter kan leda till att patienter blir lämnad utan att bli sedda eller försena tillhandahållandet av smärtlindring, antibiotika eller trombolytisk behandling. För att lösa dessa problem, beslutade sig personalen på akutmottagningen att bilda ett snabbt bedömningsteam. Projektet infördes i februari 2009 och meningen med projektet var ett förbättra patientflödet, minska genomsnittlig vårdtid och minska antalet patienter som lämnar innan de behandlas. Innan det snabba bedömningsteamet inrättades, genomförde författaren en litteraturstudie för att samla information om hur sådana grupper kan förbättra saker i praktiken. Resultatet visar att en behandling som inleds omedelbart för patienten har de mest effektiva resultaten. Resultaten visar också att en snabb klinisk bedömning kan minska väntetiderna på akutmottagningar.

Oredsson m.fl (2011) har skrivit en artikel om hur patientflödet på akutmottagningar kan förbättras. Med en systematisk litteraturöversikt har författarna vetenskapligt sökt efter vilka åtgärder som kan göras för att förbättra patientflödet på akutmottagningar. Författarna behandlade 33 olika studier, inklusive 800 000 patienter totalt. Studiernas ämnen var "streaming", "fast track", "team triage" och "point-of-care testing". Resultatet visade att snabbt agerande och snabb klinisk bedömning på akutmottagningar kan förbättra patientflödet. Det är också bättre ekonomiskt och förbättrar patientens belåtenhet med snabbt agerande på akutmottagningen. Dock så menar författarna att det inte nämns i en enda artikel om hur patientsäkerheten kan åtgärdas. I Sverige skrivs det att det har skett en

ny utveckling gällande triagesystem som kombinerar indelning i olika processer med förfinade triageskalor baserade på vitalparametrar och exakta symtom. I artikeln diskuteras det slutligen att snabb bedömning för patienter på akutmottagningar med mindre svåra symtom resulterar i kortare väntetider, kortare sjukhusvistelse och även ett mindre antal patienter lämnar sjukhuset utan att ha blivit sedda. Ett så kallat "team triage", med en läkare med i teamet, vill troligen resultera i kortare väntetider och sjukhusvistelse och även färre patienter som lämnar sjukhuset utan att ha blivit sedda.

3.5 Feltriagering

Brown och Clarke (2014) har skrivit en artikel om triagering av patienter med mental ohälsa. På akutmottagningarna förekommer många olika patientgrupper och vårdåtgärder, bland annat patienter med psykiska besvär kommer till mottagningen. Allt från personer med depressioner till aggressiva patienter som förs till akutmottagningen av polisen, samt personer som har försökt att begå självmord och personer som varit med om trauma kommer till mottagningen. (Brown & Clarke 2014).

Det finns brister i hur triage genomförs men ännu mera brister förekommer och mindre information finns det om hur sjukskötarna skall utföra triage på patienter som lider av mentala ohälsa. Sjukskötarna som arbetar på akutmottagningen är en av de första personerna som kommer i kontakt med patienter som söker vård. Sjukskötarna som utför triage på akutmottagningar kan bli trångsynta och arbetar enbart enligt rutiner och ser ofta inte helheten med patienten, det kan beskrivas på så sätt att sjukskötaren ser patientens sjukdom genom ett litet fönster och därmed inte ser helheten. (Brown & Clarke 2014).

Brist på kunskap inom mental hälsa och psykiska problem på akutmottagningarna väcker oro, bland annat på grund av att för lite utbildning inom området och kompetens inom mental ohälsa bland de sjukskötare som utför triage är för låg. Patienter med mentala problem har berättat att de känner sig bli kränkta med långa väntetider och dessa patienter prioriteras inte lika brådskande som personer som behöver medicinsk vård eller trauma patienter. I en studie framkom det att sjukskötarna ofta prioriterar många patienter högre än vad de egentligen är, medan patienter som lider av mentala problem ofta behöver snabbare vård än vad triage vårdaren har bedömt. I en studie framkom det att 50 % av de patienter som led av psykiska problem och som bedömdes som inte brådskande (level V)

var för lågt prioriterade. Det framkom även att vårdaren utnyttjar triagesystemet så att de patienter som inte behöver vård lika snabbt hamnar och vänta extra länge. (Brown & Clarke 2014).

Andra problem som förekommer är att vårdarna utnyttjar också detta triagesystem så att de patienter som inte behöver vård lika snabbt hamnar och vänta extra länge. Det framkom i studien att sjukskötare som utför triage har brist på förtroende och kompetens då det handlar om personer som lider av psykisk ohälsa. Triageskalor som endast är tregradiga har kritiserats för sin brist på validering med kliniska resultat och tillförlitligheten är inte lika bra som hos fem gradiga triageskalorna. Skalor som ATS, CTAS, MTS har utvecklats på så sätt att dessa har visat förbättrad tillförlitlighet och giltighet. Genom att granska patienterna fås också en subjektiv bedömning av de icke verbala kommunikationerna. Därför är det också viktigt att vårdarna inte enbart utför olika tester utan att det non-verbala också granskas. (Brown & Clarke 2014).

Att utveckla en bättre förståelse för hur triagesjukskötare skall fatta beslut är viktigt, särskilt i situationer där frågor som rör psykisk hälsa och ohälsa kan höja nivåerna av osäkerhet bland vårdarna. Kompetens är viktigt för att sjukskötaren skall kunna bedöma rätt men minst lika viktigt är det att sjukskötaren har förståelse och medkänsla så att inte patienten får en uppfattning av att de är mindre viktiga. En artikel skriver; osäkerhet kommer alltid att vara en negativ faktor när en patient med psykiska problem kommer genom dörren till en akutmottagning. (Brown & Clarke 2014).

Jelinek, Fahje, Immermann och Elisbernd (2014) har skrivit en studie som är gjord i USA år 2009 under en period på tre månader. I USA söker mera än 30 miljoner människor årligen vård efter trauman. Vården av traumapatienter är viktig och krävande. Exempelvis svåra bröst- och magtrauman kan resultera i död inom 60 minuter efter olyckan, därför är snabb och rätt bedömning viktig. Patienterna klassificerades i tre nivåer enligt rekommendationer, nivå ett var den allvarligaste nivån medan nivå tre var mindre allvarlig. Undertriagering var vanligt förekommande av traumapatienter (14 %). Denna studie beskriver en process hur vårdarna utvecklar traumatriage så att patienterna får vård i rätt tid. (Jelinek, Fahje, Immermann & Elisbernd 2014).

Enligt studien är det vanligt förekommande att kommunikationsproblem uppstår. Före denna studie gjordes triage av läkare, av den som överlämnade patienten till akutmottagningen eller så gjordes ingen triage. Resultaten efter studien jämfördes med hur resultaten var före. (Jelinek, Fahje, Immermann & Elisbernd 2014).

För att utveckla triage skapades en rapporterande trauma sjukskötare, dennes uppgift var att utföra triage samt att samla ihop det arbetsgrupp som behövdes för den specifika patienten. Denna sjukskötare fungerade som en assisterande överskötare på akutmottagningen. Sjukskötarna som hade denna uppgift valdes ut bland annat enligt erfarenheter av ledarskap, positiva attityder till utveckling, flexibilitet och de skulle också ha goda kommunikations egenskaper men även kritiskt tänkande och bra på att ta beslut var egenskaper som dessa sjukskötare skulle ha. 28 sjukskötare valdes ut att göra utföra uppgift. De fick utbildning i området, men även all personal fick utbildning. (Jelinek, Fahje, Immermann & Elisbernd 2014).

Efter studien jämfördes resultaten och personalens åsikter togs i beaktande. Kvantitativa och kvalitativa metoder användes. Undertriagering minskade från 14 % till 10 % på sex månader, men tre år efter studien förekom undertriagering med endast 4,8 %, vilket är en stor förbättring. Akutmottagningarnas personal anser att sjukskötarna som tog hand om triage och samlade ihop en triagegrupp var viktiga och stödde en ökad kunskap om traumapatienter. Sjukskötarna på akutmottagningarna ansåg att denna modell byggd av behovet av mer aktuell och korrekt traumatriage, har förbättrat deras kommunikation och förberedelser oerhört. (Jelinek, Fahje, Immermann & Elisbernd 2014).

3.6 Sammanfattning av tidigare forskning

Enligt Rehn (2010) är triagebedömning ett snabbare och effektivare system att använda sig av, än ifall det inte skulle användas något system alls. Men Rehn (2010) menar också att det är svårt att i verkligheten mäta användbarheten av triage eftersom det är svårt att efterlikna en riktig akutsituation med till exempel kaos och stress. Gerdtz och Bucknall (2001) har också undersökt om vilka faktorer som kan påverka en triagesjukskötares beslutsfattande, samt hur lång tid triagebedömningen tar. Det framkom att omgivningen, miljön och patienten har en stor roll i hur länge det tar för sjukskötaren att utföra triage. Erfarna sjukskötare gjorde dessutom en snabbare bedömning på patienten än vad mindre

erfarna sjukskötare gjorde, vilket kan konstateras som att triagebedömningen kräver en del erfarenhet. Andra faktorer som kan påverka triagebedömningen är vilken triageskala som användes, Yousif, Bebbington och Foley (2005) undersökte om triageskalor, och de kom fram till att det fanns skillnader i vilken nivå/kategori patienterna hamnade i, beroende på vilken skala som användes. Båda triageskalorna som undersöktes var femgradiga triageskalor, men ändå fanns skillnader i bedömningen. I Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groots (2011) artikel beskrivs resurser som behövs för att kunna utföra en ordentlig triage. För att kunna utföra triage behövs speciella triage rum, utbildning till personalen samt tillräckligt med personal. Andra faktorer som påverkar triage är ifall det finns en för stor arbetsbelastning och bristen på programvaror. Ifall kompetens, läkare på akutmottagningar och information saknas, påverkar det också triage negativt.

I Sverige har Göransson, Ehrenberg, Marklund och Ehnfors (2005) undersökt om noggrannheten och enigheten hos sjukskötare som utför triage, enligt denna undersökning borde sjukskötarna i Sverige få mera utbildning om triage. Enligt artikeln övertriagerades och undertriagerades patienterna. Triagebedömningen kan alltså påverkas av hur mycket utbildning sjukskötarna har fått. Brown & Clarke (2014) skriver också i sin studie om feltriagering, personer som lider av psykiska problem bedöms ofta fel, det framkom att till och med 50 % av de patienter som bedömdes som inte brådskande (kategori fem) var fel prioriterade och behövde egentligen snabbare vård. Brown och Clarke menar att fel i prioriteringen ofta kan bero på okunskap bland vårdarna. Jelinek m.fl (2014) skriver också att undertriagering var vanligt förekommande av traumapatienter, så mycket som 14 % av traumapatienterna var undertriagerade. Jelinek m.fl (2014) förbättrade undertriageringen genom att utvalda sjukskötare fick utbildning och deras arbetsuppgifter var att utföra triage och att samla ihop en specifik arbetsgrupp för varje patient. Donnelly & Bell (2006) har också gjort en utvärdering om hur noggrann triage är och de kom fram till att det borde undersökas mera om triageprocessen samt om det förekommer fel inom triage.

Göransson, Ehrenberg och Ehnfors (2005) har också gjort en undersökning i Sverige, som handlar om hur triagerelaterade arbeten utförs och organiseras. I undersökningen framkom det att det finns olikheter i användningen och utformningen av triageskalor på akutmottagningar i Sverige. Denna undersökning visar alltså att triagearbetet inte är organiserats enhetligt och systematiskt i Sverige, och att det behövs ytterligare forskning och undersökningar om triage. Göransson, Ehrenberg, Marklund och Ehnfors (2005)

poängerade också i sin artikel att det behövs mera kunskap om triage för att kunna göra en förbättring i triage.

Sundblom och Dryver (2013) skriver i sin artikel att trängsel på akutmottagningar ofta uppstår, och det kan i sin tur också leda till att patientsäkerheten äventyras. Därför behövs ett bra sorteringsystem. Harding, Taylor och Leggat (2011) skriver i sin artikel om hur triage kan användas för att se till att akuta patienter får snabbt den vård de behöver. Syftet är att undersöka om triage har någon effekt på patientflödet på akutmottagningar. Resultatet visade att triage har förbättrat patientflödet på akutmottagningar. Oreddson m.fl (2011) har också skrivit en artikel om patientflödet på akutmottagningar. De kom fram till att ett snabbt agerande och snabb klinisk bedömning på akutmottagningar kan förbättra patientflödet. Nga Han Chan och Chau (2005) har undersökt hur patienterna upplever triage, och resultatet visade att majoriteten var nöjda med triagearbetet i vården, och eftersom akutmottagningar ofta har trängsel (Sundblom & Dryver 2013), är det viktigt att patienterna är nöjda med triagearbetet. Janssen, Achterberg, Adriaansen och m.fl (2011) skriver i sin artikel att ett triagesystem som kombinerar både behandling och triage har visat sig förbättra patientflödet på akutmottagningar. Ett bra triagesystem kan också ha positiv verkan på väntetider och vistelsetid. Edward (2011) poängerade också om väntetider på akutmottagningar i sin artikel, en snabb klinisk bedömning kan minska väntetiderna på akutmottagningar, samt att en behandling som inleds omedelbart för patienten har de mest effektiva resultaten.

Forsgren, Forsman & Carlström (2009) har i sin artikel skrivit om hur tillfredställda sjukskötare är med triage. Sjukskötare är överlag nöjda med arbetet och ser sitt arbete som intressant. Christ, Grossman, Winter, Bingisser och Platz (2010) har däremot skrivit en artikel om triage skalor, och deras validitet och reliabilitet. Det framkom att femgradiga skalor är de mest tillförlitliga, och de är också de som används mest idag.

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt examensarbete är att genom intervjuer och datainsamling undersöka hur triage används och fungerar på akutmottagningar. Vi vill också undersöka ifall det finns svagheter eller styrkor samt utvecklingsmöjligheter i triage.

För att patienterna ska prioriteras rätt och få den vård de behöver, måste triage fungera korrekt och användas likadant av alla i vårdpersonalen. För att kunna använda sig av triage vid akutmottagningar är det viktigt att alla i vårdpersonalen förstår sig på triage och kan använda sig av det. Triage måste därför vara lätt att använda så att inga frågetecken uppstår.

- Hur används triage på akutmottagningar?

- Hur fungerar triage på akutmottagningar?

- Finns det svagheter och styrkor i triage?

- Finns det utvecklingsmöjligheter i triage?

5 Teoretisk referensram

Här nedan presenteras tre viktiga ämnen som detta examensarbete bygger på. De tre ämnen vi anser är centrala områden inom triage är samarbetet mellan sjukskötaren och patienten, definitionen av hälsa, patientsäkerhet och kommunikation. Patientsäkerhet är ett mycket omdiskuterat ämne som vi anser är viktigt att ta upp i vårt examensarbete. Snabb och rätt bedömning av patienterna kan öka patientsäkerheten genom att patienterna får rätt vård vid rätt tidpunkt. En bra kommunikation vårdare och patient emellan är betydelsefull när information om patientens sjukdomstillstånd fås. Under kommunikation tas också kommunikationsverktyget ISBAR upp, på grund av att det också är viktigt med en bra kommunikation vårdare emellan.

Respondenterna kommer att skriva om Joyce Travelbees och Katie Erikssons teoretiska utgångspunkter i examensarbetet. Travelbees modell "Human-to human relationship" används och modellen representerar samarbete mellan sjukskötaren och patienten (Tomey & Alligood 2011). Eftersom hälsa är ett viktigt begrepp inom vården kommer respondenterna även att ta fasta på Erikssons definition av hälsa.

5.1 Joyce Travelbees Human-to human relationship

Som teoretisk referensram valdes Joyce Travelbees modell "Human-to human relationship", modellen representerar samarbete mellan en sjukskötare och patient. Modellen presenteras i cirklar och kan delas in i fem kategorier (Tomey & Alligood 2011). Modellen beskriver hur sjukskötaren skall hjälpa patienten att hitta mening i sin upplevelse, genom att sjukskötaren och patienten skall fungera tillsammans och sjukskötaren skall möta patientens egna unika behov. Travelbee menar att man vårdar och assisterar patienten men även de anhöriga. Patientens fysiska behov men även sociala och psykiska behov skall vårdas. Travelbee menar att när man tar hand om en sjuk person som är i förtvivlan är det viktigt att som vårdare ge motivation och hopp till patienten. (Parker & Smith 2010 s 76-77).

Här presenteras Travelbees modell i fem olika kategorier. Den första kategorin är "det första mötet". Den här kategorin är karakteriserad av första intrycket patienten får av sjukskötaren och intrycket sjukskötaren får av patienten. Sjukskötaren och patienten uppfattar varandra i stereotypiska roller. (Tomey & Alligood 2011, s.423). Vid det första mötet är det viktigt att minnas att varje individ är olika, det betyder att vid den första kontakten med en patient skall vårdaren finna det unika i denna individ. Bandet mellan patienten och vårdaren växer starkare för varje gång de träffas. (Parker & Smith 2010 s. 77).

Den andra kategorin är "framväxande identiteter". Framväxande identiteter fasen är karakteriserad av sjukskötaren och patienten som uppfattar varandra som unika individer. Relationsbandet dem emellan börjar ta form. Tredje kategorin är "empatiska fasen", vilket är karakteriserad av förmågan att kunna dela en annan persons erfarenheter. Resultatet av denna process är att personerna får en förmåga att förutspå och förutsäga beteendet hos en annan individ. Travelbee trodde att alla egenskaper som förbättrar den empatiska fasen var likheter av erfarenheter och förmågan att förstå en annan person. (Tomey & Alligood 2011, s.423).

"Sympati" är den fjärde kategorin. Sympati går utöver empati och sker när sjukskötaren önskar att lindra orsaken till patientens sjukdom eller lidande. Sjukskötaren hjälper och ger omvårdnad som ett resultat av att nå fasen av sympati. Denna hjälpande omvårdnads åtgärd kräver ett disciplinerat förhållningssätt och ett terapeutiskt användningssätt. (Tomey &

Alligood 2011, s.423). Travelbee menar inte att man skall tycka synd om patienten utan visa för patienten att han eller hon inte är ensam att genomgå sjukdomen. Vårdaren skall vara ett stöd för patienten och de anhöriga. (Parker & Smith 2010 s 77).

Den femte och sista kategorin är "samförstånd", vilket är karakteriserad av sjukskötares handlingar som lindrar en patients smärtor. (Tomey & Alligood 2011, s.423). Samförstånd är en process, en händelse eller en erfarenhet. Patienten ser både tillit och självförtroende i sjukskötaren. (Tomey & Alligood 2011,s. 420). Sjukskötaren är i stånd att skapa samförstånd eftersom hon innehar kunskap och de färdigheter som krävs för att kunna ta hand om en sjuk person. (Tomey & Alligood, 2001 s. 423).

5.2 Katie Erikssons definition på hälsa

Vårdarna kan inte "ge" hälsa till patienterna men genom att stödja patienterna kan de få en så bra hälsa som möjligt. Hälsa är enligt Katie Eriksson för det första en helhet, för det andra är hälsa relativ, alltså ingen kan säga exakta mått på hur hälsan är, den är alltså individuell och kulturell. För det tredje är hälsa personlig, med det menas att en individ bestämmer vad hälsa är för en själv. (Eriksson 1988 s 41).

Eriksson Katie (1994 s 69) menar att för att ha en bra hälsa måste den inre människan vilja ha hälsa, alltså människan måste finna en mening med vården. Enligt Eriksson betyder hälsa helighet och helhet. Med helighet menar Eriksson att det djupa medvetandet i människan, människans originalitet och medmänskligheten gör att människan har helighet. Med helhet menar Eriksson att människan har en ande, kropp och själ som är oskiljaktiga, hon menar att dessa tre delar bildar en helhet. (Eriksson 1994 s 63-64).

Eriksson skriver att hälsa är individuell samt beroende på situation kan hälsans betydelse variera. Med hälsa menas en friskhet, sundhet och välbefinnande, alltså ett inre stöd för människan. Att vara frisk från sjukdom behöver inte betyda att människan har en god hälsa utan det varierar alltid från situation till situation. På så vis att en människa med en kronisk sjukdom kan ha lika god hälsa som en människa som inte lider av någon sjukdom. Alltså då personen säger sig ha ett gott välbefinnande och en god hälsa kan personen ha en god hälsa, fastän samhället tycker att personen i fråga inte har en bra hälsa. (Eriksson 1993 s 26-35).

"Individens subjektiva upplevelse av hälsa varierar även från stund till stund och är starkt förankrad till den enskilda individens aktuella situation." (Eriksson 1993 s 76).

Hälsa förutsätter att ett funktionellt sammanhang mellan de alla olika delarna i en helhet. Hälsa förutsätter inte med nödvändighet att alla delarna i helheten skall vara perfekta. Hälsan påverkas av samverkan mellan de olika faktorerna (friskhet, sundhet och välbefinnande) och samverkan mellan miljön som individen befinner sig i. (Eriksson 1993 s 73-74).

Vid vårdandet av en patient är det viktigt att se på helheten. Idag finns det många problem som uppstår genom att det inom medicin och omvårdnad separerar kroppen och själen. På grund av detta finns det idag många personer som har en negativ uppfattning av sjukskötare, läkare och annan vårdpersonal, detta på grund av otillfredsställda patienter. (Eriksson 1993 s 109-110).

5.3 Patientsäkerhet

Efter att en patient lagt in sin fot på en akutmottagning har sjukvården ansvaret över vården. Det gäller både före och efter patienten fått sin bedömning. Ansvaret över en patient gäller till det att sjukskötaren rapporterat över information gällande patienten till en annan sjukskötare. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s.69). Ansvarsfördelningen på en akutmottagning skall vara klar och tydlig, både patient och anhöriga skall veta vem som har ansvaret över patienten. (Göransson, Eldh & Jansson 2008,s 73). Patienterna ska vara trygga och kunna lita på att personalen gör ett bra arbete. Social- och hälsovårdsverket i Finland har som mål att styra vården mot enhetlig patientsäkerhetskultur genom att förebygga skador och riskmoment. Det bör användas säkra och effektiva metoder inom sjukvården för att undvika att patienten skadas i onödan. (SHM:2009).

Världshälsoorganisationen skriver att den enklaste definitionen av patientsäkerhet är att vårdarna skall förebygga fel och biverkningar som patienten kan få i samband med hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården har blivit mera effektiv och komplex vilket ökar användningen av ny teknik, nya läkemedel och nya behandlingar. Hälso- och sjukvården

vårdar idag äldre och sjukare patienter som kräver mera krävande vårdåtgärder. Detta leder i sin tur till att kraven ökar på vårdarna. (SHM:2009).

5.3.1 Patientsäkerhetsstrategin 2009-2013

Patientsäkerhetsstrategin tar upp patientsäkerheten ur fyra olika vinklar: Ansvar, ledning, säkerhetskultur och författningar. Alla yrkesutbildade personer som arbetar inom vården har ett eget ansvar för att sörja för patientsäkerhet. Det betyder att alla tar eget ansvar för att upprätthålla sin kunskap och förbättra sitt eget arbete inom vården. För att förbättra patientsäkerheten krävs ett ständigt förbättrande av verksamheten, riskbedömning samt förebyggande och justering av olika handlingar. (SHM:2009).

Ledningen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten genom att se till att det finns tillräckligt med personal samt att sörja för att det finns goda arbetsförhållanden. Personalen skall ha god kunskap för att bidra till god patientsäkerhet i vården. Både personal, patient och anhöriga skall få sin röst hörd och alla skall få möjlighet att ställa frågor. Om en negativ händelse uppstår skall både vårdare, patienter och deras anhöriga erbjudas stöd. (SHM:2009).

5.3.2 Finlands lagstiftning

Hälso- och sjukvården i Finland skall vara högklassig och säker och det finns flera författningar som styr hälso- och sjukvården i Finland. De är: (SHM:2009).

- Hälso- och sjukvårdslag 2010/1326
- Lagen om patientens ställning och rättigheter 785/1992
- Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso-och sjukvården 559/1994

Hälso- och sjukvårdslag (2010/1326) 50 § skriver att vid brådskande sjukvård av olika slag skall patienten få omedelbar brådskande vård oberoende var personen är bosatt. Brådskande vård innebär en omedelbar bedömning av patienten samt den behandling som måste göras genast så att patienten inte försämras. Då brådskande vård behövs skall kommunen ordna jour 24 timmar i dygnet. Jourenheten skall bestå av tillräcklig personal

samt goda vårdare. För att trygga en bra vårdkvalitet samt patientsäkerhet behövs en välfungerande jourenhet. Efter bedömning av en patient som är i behov av brådskande vård skall patienten flyttas till en fortsatt vårdenhet som personen behöver. (www.finlex.fi).

Lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785) 8 § skriver att under brådskande vård skall patienten få den vård som han/hon är i behov av, för att på så sett minska faran som hotar hälsan eller till och med patientens liv. Denna vård får patienten även om patientens vilja inte går att utredas på grund av medvetlöshet eller annan orsak. (www.finlex.fi).

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) 15 § skriver att:

“Målet för yrkesutövningen i fråga om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är att upprätthålla och främja hälsan, förebygga sjukdomar samt bota sjuka och lindra deras plågor. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall i sin yrkesutövning tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder enligt sin utbildning, som han hela tiden skall försöka komplettera. [...] En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården är skyldig att beakta vad som stadgas om patientens rättigheter. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall alltid hjälpa den som är i brådskande behov av vård.” (www.finlex.fi).

5.4 Kommunikation

Kommunikation handlar om överföring av information från en part till en annan. När två personer talar med varandra talas det om en dialog. Genom dialogen växlas meningar och vårdarna fokuserar sig på varandra. Förhållandet till den andra personen är av stor betydelse i en dialog. Anpassning av ord och uttryckssätt sker både medvetet och omedvetet när vi samtalar med en annan person. Det är speciellt viktigt inom vården när kunskapsnivån vårdare och patient emellan kan vara olika, det är viktigt att få patienten att förstå. (Thorquist 2001, s. 12-14).

En patient som kommer till en akutmottagning och får en låg triagenivå får längre väntetid till läkaren. Som sjukskötare på akutmottagning är det viktigt att ge information åt patienten gällande väntetiden. Patienten borde få information om varför han klarar av att vänta en stund på sin tur, samt att hans tillstånd inte är livshotande och att han därför kan vänta en stund utan att riskera hans hälsotillstånd. Med denna information upplever

patienten sig vara väl omhändertagen och kan känna sig trygg i väntan på läkaren. Patienten accepterar också väntetiden bättre när han fått information gällande den. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 71).

Det är också viktigt med bra kommunikation mellan olika yrkesgrupper i vården. ISBAR är ett kommunikationsverktyg som används inom vården, och detta verktyg används för att de ska kunna kommunicera med varandra. Med hjälp av ISBAR kan missuppfattningar hindras och vårdskador sker inte lika ofta. ISBAR står för identifiera, situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. (Hallén u.å.). ISBAR förbättrar också patientsäkerheten, genom att värdefull information ges på ett kort och koncist sätt i en förutsägbar struktur. (Randmaa, Mårtensson, Swenne & Engström, 2014).

Finnigan, Marshalf och Flanagan (2010) har gjort en studie om kommunikationsverktyget ISBAR. Syftet med denna studie var att introducera ISBAR i en hälsoorganisation i Australien för en intern klinisk kommunikation. Denna studie är både kvalitativ och kvantitativ, och de har använt sig av ett utbildningstillfälle, intervjuer och frågeformulär. Studien är gjord vid en hälso- och sjukvårdsanstalt som har cirka 12000 anställda. Tjänsten har över 1,1 miljoner patienter årligen. På grund av storleken på organisationen bestämde man sig för att begränsa antalet. Sammanlagt deltog 1400 personer. Av de 1400 kliniska anställda deltog 1002 (71 %) i själva utbildningen som hölls om ISBAR. I slutet avslutade 618 ur personalen ett utvärderingsformulär. Tre månader efter att utbildningen hade varit intervjuade man 13 stycken av dem som hade deltagit i utbildningen. Av dessa 618 som fyllde i ett utvärderingsformulär hade 71 % (446 stycken) aldrig hört tidigare om ISBAR, men efter utbildningen svarade 89 % (554 stycken) att utbildningen/sessionen var väldigt givande, och 88 % tyckte att ISBAR var relevanta till dem och deras kollegor.

I intervjuerna kom det fram att de flesta hade börjat använda sig av ISBAR, och att de flesta också förstod hur kommunikationsverktyget användes. Nio av tretton hade inte några problem med verktyget, men kommentarer som framkom i intervjuerna var till exempel att alla förändringar tar sin tid och att vårdarna känner sig säkrare med ett skrivblock där det skrivits upp anvisningar för hur ISBAR skall användas. Alla som intervjuades fann förtjänst i att använda ISBAR strukturen, speciellt när vårdarna hade telefonsamtal för att göra dem mera effektiva. De intervjuade hade kommenterat att ISBAR hjälper dem att få all den viktiga information som behövs. ISBAR sågs också som väldigt användbart hos yngre i personalen eftersom det lättar deras arbete. De intervjuade hade också hjälp av

kommunikationsverktyget i slutet av deras arbetsskift när de skulle ge information om patienter till sina arbetskollegor, då kunde de följa ISBAR verktyget och se vilken information som måste överlämnas. Inga av de intervjuade hade några negativa synpunkter om ISBAR. Hälften av de intervjuade ansåg att ISBAR inte har någon förändring i kommunikationen, men detta kunde förklaras med att de flesta av de äldre i personalen redan var duktiga på att kommunicera, men alla de intervjuade var överens om att ISBAR ger en tydligare bild om den kliniska situationen.

Randmaa, Mårtensson, Swenne och Engström (2014) har gjort en undersökning där syftet var att undersöka personalens upplevelser av kommunikation inom och mellan olika yrkesgrupper. Undersökningen gjordes både före och efter genomförandet av kommunikationsverktyget SBAR på två olika sjukhus i Sverige. Syftet var också att undersöka om det fanns någon förändring i andelen incidentrapporter som orsakas av kommunikationsfel. Enkätuppgifter samlades in från personal från två olika sjukhus från 2011 till 2012. Data samlades in både före de börjat använda SBAR och när SBAR tagits i bruk på sjukhuset. Andelen incidentrapporter dokumenterades under ett års tid både före och efter genomförandet.

Undersökningen gjordes som en prospektiv interventionsstudie. Frågeformulär skickades ut till personal på två olika sjukhus i Sverige. Frågeformulären skickades ut vid undersökningens början, samt sex månader efter genomförandet av SBAR. Incidentrapporter vid de två sjukhusen mättes under en period på ett år både före och efter genomförandet. Det framkom förbättring i de faktorer mellan gruppkommunikation, noggrannhet och säkerhetsklimat. Andelen av incidentrapporter grund på kommunikationsfel minskade betydligt, från 31 % till 11 %. Genomförandet av kommunikationsverktyget SBAR förknippades med förbättringar mellan personalen och uppfattningen av kommunikation. Resultatet visar tydligt att verktyget SBAR förbättrar kommunikationen mellan personal och olika yrkesgrupper på sjukhuset.

6 Metod

I detta stycke beskrivs hur examensarbetet utförs, hurdana informanter och metod som används. Detta examensarbete utförs av tre respondenter, vi har valt att använda oss av en kvalitativ innehållsanalys. För att samla in data har vi använt oss av intervjuer med sjukskötare som arbetar med akutvård. Vi har intervjuat sjukskötare från två akutmottagningar och sammanlagt intervjuat 13 sjukskötare. Intervjuerna utfördes i Österbotten och Mellersta Österbotten. För att samla in ytterligare material har vi använt oss av böcker och vetenskapliga artiklar.

6.1 Urval

I en kvalitativ studie väljs inte deltagarna ut slumpmässigt, istället frågas det lov ifall man får intervju personer som har erfarenheter av det ämne som ska undersökas. I en kvalitativ studie är det vanligtvis färre informanter än vad det är i en kvantitativ studie. Det kan vara bra att få variation i personerna som ska intervjuas. Kön, ålder och olika erfarenheter kan bidra till en större variation i data som samlats in. (Henricson 2012, s. 134). Vid kvalitativa datainsamlingar genom exempelvis intervjuer, kommer undersökaren mer nära individen än vid till exempel enkäter som datainsamlings sätt. Negativa situationer kan därför uppstå och det är viktigt att undersökarna hanterar sådana situationer på rätt sätt. (Henricson 2012).

Vi har valt att intervju sjukskötare på två akutmottagningar från Österbotten och Mellersta Österbotten. Urvalskriterier för deltagarna av sjukskötare på akutmottagningarna var att de skulle vara triagesjukskötare. På den första akutmottagningen intervjuades sju sjukskötare. Sjukskötarna var ungefär mellan 25 till 55 års ålder. Informanterna hade arbetat olika lång tid på akutmottagningen, och hade därför olika erfarenheter om akutvård och triage. Informanterna hade arbetat allt från tre år till 20 år med akutvård. Flera av de intervjuade hade också erfarenhet från andra vårdavdelningar. Alla informanter var kvinnor, tre finskspråkiga och fyra svenskspråkiga. På den andra akutmottagningen intervjuades sex sjukskötare, alla var kvinnor samt svenskspråkiga. Sjukskötarnas ålder varierade mellan 30 till 60 år. De flesta hade arbetat minst fem år på akutmottagningen, och en del hade också erfarenhet från andra vårdavdelningar.

6.2 Datainsamling

Vid intervjuer ska det användas enkla samt raka frågor, som svar på sådana frågor fås det innehållsrika och komplexa svar (Trost 2010, s. 25). Intervjuer, observationer, fokusgrupper, och berättelser är kvalitativ data, och i en kvalitativ undersökning får man ta del av personernas levda erfarenheter om ett speciellt ämne. Det finns ingen sanning, men heller inget som är fel i den intervjuades erfarenhet. Forskaren bör vara anpassningsbar, flexibel, ha en öppen inställning till forskningsämnet samt till förändringar som möjligen sker när man samlar in data. (Henricson 2012, s. 130-133). Ifall intervjuerna spelar in stör det själva intervjun mindre, och viktig information missas inte fall intervjuerna bandas in. (Nyberg & Tidström 2012, s.132).

För att få genomföra intervjuerna på de två akutmottagningarna anhölls tillstånd från akutmottagningarnas överskötare och avdelningsskötare via e-post, kontakt hade också med den ena akutmottagningen per telefon. När vi fått tillstånd kom vi överens med avdelningsskötaren på respektive akutmottagning att han/hon tar en diskussion med sjukskötarna på deras avdelningsmöte och diskuterar och frågar vem som är villig att delta på intervjuer, samt ger dem infobrevet (se bilaga fyra). Vi kom också överens om när intervjuerna skulle ske. För att vi skulle hinna intervju mellan sex till sju sjukskötare per akutmottagning, bestämde vi sammanlagt fyra datum när intervjuerna kunde ske, på detta sätt hade vi tillräckligt med tid för intervjuerna. Alla 13 intervjuades enskilt och att utföra intervjuerna tog sammanlagt tre dagar. Intervjuerna spelades in med bandspelare, och intervjuerna tog i medeltal ungefär 15 minuter. Intervjuerna utfördes tillsammans för att lättare komma på följdfrågor och på så sätt få djupare intervjuer. I början av intervjun presenterade vi oss, berättade vilken skola vi kommer från samt räckte infobrevet (se bilaga fyra) till de informanter som inte tidigare läst det. Det berättades också vilka rättigheter informanterna har, till exempel att de får avbryta intervjun när som helst, ifall de så vill. Informanterna fick också information om att intervjuerna kasseras så fort som möjligt när intervjuerna är nedskrivna. 13 intervjufrågor ställdes med följdfrågor på vissa, för att få en djupare diskussion. (se bilaga två och tre).

6.3 Dataanalys

Vi har använt oss av en kvalitativ innehållsanalys. Med kvalitativ menas data som fås uttrycks med satser samt ord, och dessa kan kategoriseras (Nyberg & Tidström 2012, s. 345). En kvalitativ innehållsanalys är troligen den vanligaste metoden att använda när det handlar om kvalitativ data. Med kvalitativ innehållsanalys görs en systematisk gruppering av texten och idén med denna metod är att data som samlats in reduceras med hjälp av att använda sig av särskilda/individuella förklaringar till större enheter, klasser eller grupper. När det sedan funnit de största grupperna ska det eventuellt övervägas behovet av undergrupper till dessa. I resultatet kan respondenterna använda sig av utvalda citat. Denna metod är en smidig metod att använda sig av när skribenterna vill analysera kvalitativ data. Denna metod har också fått en del kritik. Metoden kan ibland uppfattas som för lätt, och att data inte analyseras tillräckligt djupt med denna metod. Ett annat problem denna metod har fått kritik för är att den emellanåt kan utelämna data. (Nyberg & Tidström 2012, s. 135-136).

När en kvalitativ metod används börjas vanligtvis dataanalysen efter att intervjuerna är klara och att alla personer och fått den data som behövs. (Henricson 2012, s. 135). Analysen kan delas in i tre olika steg, först bearbetas intervjuerna, sedan analyseras dem, och det tredje steget är att tolka intervjuerna. Materialet man skrivit analyseras samt det som hördes och sågs under intervjuerna. (Trost 2010, s. 147).

Efter att alla intervjuer hade gjorts, började intervjuerna renskrivas. Intervjuerna delades upp och renskrevs på dator. Sedan började analyseringen av intervjuerna. Vi analyserade alla intervjuer tillsammans, svaren tolkades och kategorier och teman gjordes. Intressanta citat skrevs ner för att kunna få fram intervjuade vårdarnas åsikter på ett bättre sätt. När intervjuerna var nerskriva, kasserades allt material från bandspelaren.

7 Resultat

Här beskrivs det resultat som kommit fram i intervjuerna. Resultatet beskrivs i rubriker och underrubriker. Sammanlagt intervjuades 13 sjukskötare från två olika akutmottagningar. Resultatet delas upp och först beskrivs skilt hur de två olika akutmottagningarna använder triage, vilket besvarar den första och andra frågeställningen.

Sedan beskrivs styrkorna och svagheter i triage, vilket svarar på den tredje frågeställningen. Sist beskrivs utvecklingsmöjligheter med triage, och det svarar på den fjärde frågeställningen.

7.1 Triageanvändning

På den första akutmottagningen som intervjuades användes ABCDE-klassificeringen, och enligt informanterna utförs triage av akutsjukskötare, närvårdare, primärvårdare och medicalvaktmästare. Triage utförs både i telefonen och i en anmälningslucka, vilket är ett litet rum där vårdaren som utför triage sitter. Nattetid används inte anmälningsluckan, utan nattetid tas patienten emot till exempel i korridoren, eller där var man träffar patienten. På akutmottagningen finns flera olika läkare som tar emot patienter. Två allmänläkare, en sjukskötare samt specialläkare finns på akutmottagningen. En del vårdare anser att åldringar har förtur medan andra anser att barn har förtur till vård, men oberoende ålder, kön, ras så väntar patienterna på sin tur poängterar en sjukskötare. Enligt flera av de intervjuade prioriteras barn före vuxna, barn slipper snabbare till en läkare, detta eftersom det finns barnläkare på plats medan en vuxna måste vänta på sin läkare.

"Alle kolmekuukautiset lapset menee erikoissairaanhoidon välittömästi, se on semmoinen pääsääntö."

På akutmottagningen är det viktigt med information om väntetider till patienter. De intervjuade berättar att de informerar patienterna om hur lång väntetider kan vara på akutmottagningen. Väntetider som uppkommer kan ha negativ inverkan på patienternas humör, även om information om väntetiderna ges. En del av de intervjuade ger också information om triage till patienterna, speciellt om en patient undrar varför vissa patienter slipper före till läkaren fastän han/hon har väntat längre. Patienter blir ofta arga, har dåligt tålamod och irriterade vid långa väntetider enligt en av de intervjuade.

"Meillä on täällä semmoinen koppi, eli se on pieni huone missä puhelinneuvonta ja se akuuttihoitaja istuu. Potilaas ilmoittautuu sinne. Siinä sitten keskustelun perusteella päädytään johonkin. Mutta yöllä se ei ole käytössä. Että yöllä se triage tehdään sitten siinä missä se potilas kohdataan, eteisessä tai hoitajan kansliassa. "

"Sanotaan kyllä että kannattaa varouta odottamaan, että on paljon potilaita."

"Oikeastaan siinä vaiheessa voidaan antaa triagesta tietoa jos potilaat kysyy että miksi minä en pääse vaikka erikoissairaanhoidon, että minä haluan sinne koska olen ennenkin ollut siellä, elikkä sitten joudutaan perustelemaan potilaalle että tämä oire ei vaadi sitä. Mutta en minä tavallisesti henkilökohtaisesti puhu triagesta."

Vanliga vitalparametrar som undersöks är blodtryck, puls, temperatur, saturation och blodsocker, men det är ovanligt att vårdarna tar alla dessa vitalparametrar under det första mötet med patienten i anmälningsluckan, vitalparametrarna tas sedan i själva undersökningsrummet. De intervjuade poängterar att det är viktigt att fokusera på symtomobservation och patientens ord och förklaringar, patientens grundsjukdomar beaktas också alltid. Informanterna poängterar också logiskt tänkande, vilket oftast fås efter några års erfarenhet. Ifall patienten blir sämre under väntetiden, triageras patienten på nytt.

"Triagen lever hela tiden, alltså det finns de man tror är sämre än vad de är och tvärt emot."

"Elintoiminnot otetaan oireiden perusteella ja potilaan kunnonperusteella."

De flesta av de intervjuade tycker att triageskalan fungerar bra just nu, eftersom den är relativt ny på akutmottagningen. Alla av de intervjuade tycker också att det behövs några års erfarenhet för att man ska kunna utföra triage.

"Jag tycker skalan fungerar bra."

På den andra akutmottagningen används egentligen ingen speciell triageskala, utan här har det konstruerats en egen skala som passar akutmottagningen. De intervjuade förklarar att triage utförs i en så kallad lucka och triage utförs av en sjukskötare med erfarenhet. Det finns alltid en triagesjukskötare på plats morgon och kväll, men nattetid finns inte någon triagesjukskötare. Denna akutmottagning fungerar också som en "telefonrådgivning", efter klockan fyra när hälsovårdscentralen stänger förs alla telefonsamtal över till akutmottagningen, och då sköter akutmottagningen om alla tidsbokningar. Flera av de intervjuade tycker att akutmottagningen inte borde ha hand om tidsbokningen eftersom detta stör triagearbetet. Telefonen blir ett störningsmoment eftersom den ringer ofta. På akutmottagningen finns två olika linjer, och patienter som placeras till linje ett är patienter som inte behöver akutvård, medan patienter som placeras till linje två behöver akutvård. Barn under tre månader hör direkt till specialsjukvården.

"Barn prioriteras egentligen inte före andra, endast om de ser sjuka ut. Jag vet att vissa ibland brukar prioritera barnen före, men oftast brukar vi nog ha jämlikt för annars kan det bli så lång väntetid för vuxna."

Patienter med fysiska symtom och psykiska symtom prioriteras lika men ifall det kommer in oroliga patienter till akutmottagningen får de oftast ett eget rum att vänta i. Oroliga patienter eller patienter med psykiska problem kan bli ännu mera oroliga ifall de måste sitta och vänta i ett fullt väntrum, därför har de ett eget rum där en anhörig eller en vårdare sitter och väntar med patienten. På grund av att personalens antal inte är så stort och för patientens bästa samt för vårdarnas och de andra patienternas säkerhet kan personer med psykiska problem få en snabbare tid till läkaren menar en sjukskötare. En av de intervjuade sjukskötarna poängterar att en patient som har psykiska problem kan också ha fysiska problem. Om en patient är aggressiv kan personalen kalla på extra hjälp.

"Även en person med psykiska problem kan ha en hjärtinfarkt."

Akuta bröstsmärtor, andningssvårigheter, och svåra andningssymtom prioriteras först enligt flera av de intervjuade. Omtriagering är också möjligt på akutmottagningen ifall en patient snabbt blir sämre under väntetiden. Alltså triagen lever hela tiden och patienter kan bli omtriagerade om det så behövs.

"Alltid är det akuta andningssvårigheter, akuta bröstsmärtor, allt med svåra andningssymtom som slipper först. De som mår psykiskt dåligt har oftast en anhörig med och de får vara i ett avskilt rum så därför slipper de som har fysiska akuta symptom ofta före."

Det är viktigt att sjukskötaren eller personerna som utför triage har erfarenhet inom området, för att personalen skall kunna genomföra en god och säker triagering av patienterna. Enligt de intervjuade behövs några års erfarenhet och sjukskötaren behöver känna till de olika patientgrupperna som förekommer. Personen som utför triage skall förstå den sjuka människan och ha en god teoretisk referensram.

"Det finns de med 20-30 års erfarenhet som aldrig blir en bra triageskötare, de bara ältar det samma problemet på ytan och kan inte gå djupare ner i problemen. Dessa sjukskötare kan vara bra vårdare men triage är inte deras område."

7.2 Styrkor

Under denna rubrik presenteras styrkor med triage. Styrkorna presenteras enligt underrubriker. Underrubrikerna är teamarbete, arbetet löper smidigare och samma jämförelse.

7.2.1 Teamarbete

Förr i tiden användes inga triageskalor vilket var en svaghet, när triageskalor finns underlättar det arbetet. Nyexaminerade sjukskötare har också lättare att komma in i systemet när det finns en ordentlig triageskala som grund och som kan följas. De flesta av de intervjuade ansåg att triage hjälper och underlättar arbetet. Arbetet löper smidigare och triageskalan är en så kallad grund för arbetet. En sjukskötare berättar att om vårdaren trivs med sitt arbete så fungerar också allting mycket bättre. Alltså en styrka är att vårdarna trivs med sitt yrke, det leder bland annat till att teamarbetet fungerar bättre.

"Minä tykkään tästä triagesta, se on hyvä, se on niinkuin pohja sille työlle."

"Triage helpottaa silti meidän työtä."

Många sjukskötare nämnde också att bättre uppdelning av patienterna fås vid användning av triage. En styrka med triage är också att personalen arbetar som ett team och den som fungerar som triagesjukskötare är den som håller i trådarna på akutmottagningen. Triageskötaren behöver inte känna sig ensam utan kan alltid fråga av sina medarbetare om hjälp om så behövs. Eftersom det finns en triageskötare är det alltid någon på plats och tar emot patienterna, och patienterna förs vidare till läkaren på ett smidigt sätt.

"Patienterna får idag på grund av triageskalan samma jämförelse. En styrka är att det finns ett bra samarbete mellan olika yrkesgrupper."

"Styrkorna här är att vi är ett bra team, om jag säger åt dig att göra det så vet jag att du tar hand om detta. Inget lämnar i luften och man är inte ensam då man är i triagen."

"Triagesjukskötaren är som "spindeln i nätet" och håller i trådarna."

7.2.2 Arbetet och patientflödet löper smidigare

Beroende på med vilka symtom patienterna kommer in till akutmottagningen grupperas patienterna till olika läkare som har olika specialområden. Barnläkare är också kontaktbara dygnet runt, vilket är bra när det kommer in ett barn som är sjukt. Barn under tre månader får direkt träffa läkaren. Eftersom triageskötaren prioriterar och grupperar in patienterna till olika läkare leder det till att arbetet fungerar smidigare och väntetiderna förkortas. Patienterna får också rätt vård omedelbart då en noggrann triage har utförts, eftersom patienterna då blir rätt klassificerade till läkare specialiserade inom just det specifika området. De intervjuade tycker också att det är bra att det står till pappers vilka sjukdomar som hör till specialistsjukvården och vilka som inte hör. När det står till pappers förstår man det också bättre, varför vissa patienter hör till specialistsjukvården, medan andra patienten inte hör dit.

"No ainakin se että kun triagea noudatetaan ja sen mukaan mennään niin mahdollisimman vähän tulee potilaille niinkuin semmoista turhaa kiertoa, että he esimerkiksi yleislääketieteellä sanoo että tämä potilas kuuluu erikoissairaanhoidon ja joutuu odottaa siellä sitten."

"Jag tycker den är lätt att använda, när man har det på papper så ser man därifrån vart och varför patienter hör till den grupp och så vidare. Man ser till exempel vilka sjukdomar som hör till specialistsjukvården eller vilka som hör till centralsidan."

"Potilaat saavat sen hoidon mitä tarvitsevat mahdollisimman pian."

"Patienterna sköts bättre på rätta stället. Man får bättre delat upp patienterna till olika läkare och olika sidor."

"Styrkorna med det är att det är ganska så klart och det underlättar arbetet."

De flesta av de intervjuade menar att en sjukskötare med några års erfarenhet borde vara triageskötare, medan en del menar att närvårdare också kan vara triageskötare. Alla intervjuade poängterar att erfarenheten är viktigt fastän triagekort finns att användas. Erfarenheten gör också att triagearbetet fungerar smidigare, men alla är nybörjare någon gång och det tar en stund att komma in i rutinerna.

"Enligt mig kan en närvårdare som till exempel arbetat i 40 år utföra triage bättre än en sjukskötare som inte har en lika lång erfarenhet. Som en ny sjukskötare får man inte utföra triage här, utan för att få utföra triage behöver man lite erfarenhet och det beror också på vilken bakgrund vårdaren har, men det krävs det nog ett par år av erfarenhet före en vårdare kan utföra triage."

De intervjuade poängterar att ett bra triageutrymme underlättar arbetet. Ett skilt triageutrymme gör att patienterna direkt kan undersökas, och patienterna behöver inte stå inför andra vårdare och patienter när de berättar om sina problem. Några av de intervjuade menar att ett triageutrymme leder till smidigare triagearbete. På en av akutmottagningarna renoveras utrymmena och personalen hoppas då på att få bättre triageutrymmen, med det menas ett enskilt rum där en sjukskötare kan ta emot och undersöka patienter.

7.2.3 Samma jämförelse

Några av de intervjuade menar att eftersom alla vårdare på en enhet följer samma skala blir alla patienter rättvist behandlat. Vårdarna utför triage på alla patienter och de patienter som är snabbare i behov av vård får också snabbare tid till läkaren. Sjukskötarna var aningen oeniga i frågan som gällde barn, en del ansåg att barn prioriteras före vuxna medan någon sjukskötare säger att det är jämlikt. En av de intervjuade berättar att vissa prioriterar barn före och andra åldringar före, sjukskötaren poängterar att det borde vara jämlikt. De som är sjukaste borde få vård först oberoende kön, ålder, ras och så vidare menar en av de intervjuade.

"Barn prioriteras egentligen inte föra andra endast om de ser riktigt sjuka ut, jag vet att vissa ibland brukar prioritera barnen före, men oftast brukar vi nog ha jämlikt för annars kan det bli så lång väntetid för vuxna."

"Alla patienter får samma jämförelse, alltså vi gör samma triage till alla patienter."

7.3 Svagheter

Under denna rubrik presenteras svagheter med triage. Svagheter presenteras enligt underrubriker. Underrubrikerna är personal- och tidsbrist, triageutrymmen, feltriagering och väntetider.

7.3.1 Personal- och tidsbrist

Enligt flera av de intervjuade är triageskalorna inte alltid så entydiga, en patient kan höra till två kategorier. En lätt triageskala kan också bidra till feltriagering eftersom specifika riktlinjer saknas. Enligt de intervjuade sjukskötarna finns det några punkter som kunde förbättras. Det var många av de intervjuade som nämnde att personal- och tidsbrist var svagheter och att de inte kunde utföra en ordentlig triage på grund av det. Det finns för lite skolningar inom triage och många kunde tänka sig gå på triageskolning om de fick möjligheten till det. En av de intervjuade poängterar att triageskalan de använder är väldigt svåränvänd på grund av att skalan kan tolkas olika. Den intervjuade tycker att skalan borde vara lättare att använda eftersom vårdaren ofta har lite tid på sig att utföra triage, och beslut ska göras snabbt.

"Jag använder triageskalan ganska lite eller jag har den i bakhuvudet men jag stirrar mig inte blind på den."

"Triage jota me käytämme ei ole helppokäyttöinen. Tulkinanvarainen, siinä voi tulkita asiat erilailla, mutta se ei ole selvä minun mielestäni. Mutta triage helpottaa silti meidän työtä jos ehtii katsoa kunnolla, mutta saisi olla vielä helpompi käyttöinen koska päätös pitää tehdä äkkiä. "

På ett av sjukhusen som deltog berättar flera sjukskötare att oerfarna, unga läkare eller läkare från ett annat land ofta behöver hjälp av triageskötare. Triageskötare eller en annan vårdare assisterar läkaren och fungerar även som tolk när språksvårigheter inträffar. Detta leder i sin tur till att väntetiderna blir längre exempelvis på grund av att triageskötare inte hinner att triagera då hon/han även måste arbeta som hjälprede till läkaren. Patientflödet blir då inte tillräckligt snabbt. Sjukskötare som intervjuades menar att det behövs mera personal så att dessa problem inte uppstår.

"Det är för lite personal, vi har en triageskötare och en som skall mäta de vitala parametrarna men hon/han måste ofta hjälpa läkarna. Speciellt då läkarna kan vara från annat land hamnar vi att vara som tolk. Så mera personal behövs så att triageringen inte fördröjs."

Det borde finnas möjlighet att ta olika vitalparametrar redan vid triageringen. En sjukskötare berättar att vid triageringen tas inte så mycket vitalparametrar, utan läkaren kan säga till sjukskötare efter mötet med patienten att han/hon vill ha olika vitalparametrar på patienten. En vårdare menar att om vitalparametrarna skulle tas redan vid triageringen

skulle det leda till att väntetiderna skulle kunna ytterligare förkortas, men på grund av för lite utrymmen och för lite personal går det inte.

7.3.2 Triage-utrymmen och feltriagering

Där ingen specifik triageskala används kan det lätt förekomma feltriagering, en ordentlig skala skulle förbättra detta. Ett bra utrymme för att utföra triage behövs också för att kunna göra en ordentlig bedömning. Patienter vill oftast inte berätta om alla problem när det finns många andra som står och hör på, och därför borde speciella triageutrymmen finnas. Dåliga triageutrymmen leder alltså till att triage inte kan utföras på ett bra sätt.

"Så utrymmet är faktiskt jätte dåligt här. Ett triagerum skulle inte vara sämre i alla fall!"

Enligt vissa sjukskötare är det svårt att veta om en patient lider av mentala problem, det som försvårar är bland annat att vårdarna inte har möjlighet att se psykiatrijournaler. Ofta säger patienterna sanningen om varför de vill träffa läkaren men det förekommer även fall där patienten undviker sanningen menar en sjukskötare. Vill patienten inte berätta varför de söker hjälp och vårdaren antyder att patienten lider av mentala problem kan medicinlistan kollas, ifall det är betydande för vården. En vårdare poängterar att de personer som lider av psykiska problem också kan få fysiska problem. Det är därför viktigt att vitalparametrar undersöks för att också kontrollera de fysiska funktionerna på en patient med psykiska problem. En sjukskötare poängterade att det är svårt att vara triageskötare eftersom det kan vara svårt att veta hur vårdaren skall prioritera de som lider av mental ohälsa. Den intervjuade menar också att det är som att psyket inte vårdas som det borde vårdas i dagens läge, det borde tas på allvar. Kommunikationen med barn kan vara svårt, små barn kan själv inte uttrycka sig och det är svårt att veta hur sjuka de egentligen är.

"Om barnen är små utgår vi från föräldrarna och vad de säger men vi ser också på barnen. Om ett barn ser ut att må dåligt så är de oftast också dåliga, för barn ser oftast bättre ut än vad de egentligen är, även fast de är mycket sjuka."

7.3.3 Väntetider

Flera sjukskötare menar att väntetiderna påverkas när oerfarna läkare är i arbete, väntetiderna blir längre och det påverkar patienternas humör. Många patienter blir även arga när de blir tvungen att vänta länge på sin tur till läkaren. Patientflödet är ojämnt och stort, ibland kan det då bli långa väntetider när många kommer på samma tid till akutmottagningen. Även fast personalen gett information gällande väntetider är det ändå många patienter som klagar. En sjukskötare poängterade att vårdarna får höra en hel del fula ord när de diskuterar med patienter via telefon, speciellt när vårdarna pratar om hur långa väntetider det är på akutmottagningen. Det kan för en del patienter vara svårt att förstå triagebedömningen och att patienterna köar till olika läkare. Intervjuade från båda sjukhusen poängterar att det är ett störande moment när patienter som inte behöver akutsjukvård kommer till akutmottagningen. På ett av sjukhusen stänger hvc mottagningen kl. 16, vilket leder till alla samtal vidarekopplas till akutmottagningen. En stor del av de intervjuade på detta sjukhus nämner att det påverkar triageringen negativt. Det leder till att triageskötaren sitter mycket i telefon och tar emot många icke akuta samtal kvällstid. Samtidigt bör triageskötaren kunna ta emot patienterna.

"Täällä voi olla noin neljä tai viiden tunnin jonot, viikonloppuisin se on ihan mahdollista."

"Puhelimessa kuulee vaikka minkäläistä. Mutta siinä pitää minun mielestäni olla jämäkkä kun olet päätöksen tehnyt niin sinä myös pysyt siinä. Eihän sita kannata ruveta tappelemaan. Mutta sinulla pitää olla se päässä että tämä ei kuulu tänne. Ja se sanotaan myös potilaalle. Minä henkilökohtaisesti sanon aika herkästi siitä."

"Man märker ganska så ofta att patienterna blir arga, speciellt om patienterna får vänta över två timmar, då är nog 50 % arga fastän de har fått information om väntetiden."

7.4 Utvecklingsmöjligheter med triage

Under denna rubrik presenteras utvecklingsmöjligheter med triage. Utvecklingsmöjligheterna presenteras enligt underrubriker. Underrubrikerna är mera personal, bättre triageutrymmen, mindre störningsmoment och skolning.

7.4.1 Mera personal

Triageskalan skulle kunna utvecklas på de sjukhus som deltog i intervjuerna så att sjukskötaren som tar emot patienterna skulle kunna undersöka patienterna mera. Då skulle

det samtidigt behövas mera personal, och de flesta av de intervjuade anser också att det borde finnas mera personal. En utvecklingsmöjlighet vore att en sjukskötare specialiserad inom barn skulle behövas på grund av att det krävs mycket kunskap, speciellt vid telefontriagering.

"Det har varit på tal om att det skulle behövas en sjukskötare som har barn som specialområde."

"Meillä ei ole resurssit siihen."

7.4.2 Bättre triageutrymmen

Bättre utrymmen behövs också, det borde finnas möjlighet att ta olika vitalparametrar redan vid triageringen. En sjukskötare berättar att vid triageringen tas inte så mycket vitalparametrar, utan läkaren kan säga till sjukskötaren efter mötet med patienten att han/hon vill ha olika vitalparametrar på patienten. En vårdare menar att om vitalparametrarna skulle tas redan vid triageringen skulle det leda till att väntetiderna skulle kunna förkortas ytterligare. Många av de intervjuade berättar att på grund av det dåliga triageutrymmet får vårdarna en uppfattning om att patienterna inte vill berätta allt till vårdaren, framförallt på grund av att andra kan höra deras samtal.

"Utrymmena gör att det inte fungerar till 100 %."

"Vi får inte arbeta ostört på grund av utrymmena."

"Meillä on hirveen huonot tilat."

7.4.3 Mindre störningsmoment

Många av de intervjuade nämner också att de vill ha mera tid vid triagering och kunna utföra triage utan störningsmoment, som exempelvis en telefon som ringer. På en akutmottagning har triagesjukskötaren många uppgifter, sjukskötaren skall ta emot patienter och bedöma deras vårdbehov samt svara i telefon. En vårdare nämner att det känns som att de som har hand om triage också är en telefonväxel som tar emot många samtal. En triagesjukskötare skall kunna arbeta ostört och bara fokusera på triage. För att kunna satsa mera på triagen behövs därför mera personal. En lista på vilka patienter som

tas emot och inte kunde vara bra, så att sjukskötarna vet vilka som hör till hälsovårdscentralen istället för akutmottagningen.

"Vi är lite som en telefonväxel samtidigt."

7.4.4 Skolning

Flera av de intervjuade får ingen skolning inom triage och de anser att det vore bra med skolning samt studiebesök till andra sjukhus. Bättre information om triage och väntetider kunde ges till patienterna så att de vet att de kan bli tvungna att vänta tills det är deras tur. Sjukare patienter får vård före de som kan vänta en stund på vård. En del av de intervjuade poängterar också att en utvecklingsmöjlighet vore att vårdarna skulle ha en bättre teoretisk referensram, vilket betyder att det skulle behövas mera skolning.

"Man skall ha ganska god teoretisk referensram för att kunna spinna vidare på patientens symtom."

"Toivomus olisi lisää koulutusta."

"Studiebesök till olika ställen skulle kunna vara bra och se hur andra har det."

Några av de intervjuade anser att en utvecklingsmöjlighet vore att alla i personalen skulle använda triageskalan likadant, eftersom vissa använder sig mindre av skalan än vad andra gör. För att alla patienter ska få samma bedömning, måste också alla i personalen använda triage likadant. På akutmottagningen som konstruerat en egen triageskala tycker också flera av de intervjuade att man kunde prova ABCDE-klassificeringen.

"Ja täällä pitäisi vielä noudattaa triagea paremmin."

8 Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att tolka resultaten från vetenskapliga artiklarna och intervjuerna med teoretiska referensramarna: Travelbees och Erikssons teorier om relation och hälsa. För att tolkningen ska vara lätt att läsa och förstå framställs den med underrubriker.

8.1 Triageanvändning

I intervjuerna framkom att det triagesystem som användes var ABCDE-klassificeringen på en av de akutmottagningar som intervjuades. Enligt Malmström, Kirua, Malmström, Torkki & Mäkelä (2011) är ABCDE-klassificeringen den mest använda triageskalan i Finland. ABCDE-klassificering innehåller instruktioner om hur sökorsaker ska dela upp, till exempel huvudvärk, bröstsmärta eller andnöd i de olika brådskande graderna.

En orsak till att ABCDE-klassificeringen togs i bruk i Finland är att det finns ett behov att särskilja på akuta- och icke akuta patienter. (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä, 2012). De flesta av de intervjuade på akutmottagningen där skalan används anser att den fungerar bra.

Joyce Travelbees modell "Human to human relationship" poängterar sympatin och att den går utöver empati och sker när sjukskötaren önskar lindra orsaken till patientens sjukdom eller lidande. Sjukskötaren hjälper och ger omvårdnad som ett resultat av att nå fasen av sympati. Denna hjälpande omvårdnads åtgärd kräver ett disciplinerat förhållningssätt och ett terapeutiskt användningssätt (Tomey & Alligood 2011, s.423). Flera av de intervjuade säger att personen som utför triage skall förstå den sjuka människan och ha en god teoretisk referensram. Samt att personen som utför triage skall kunna gå djupare in i patientens problem och inte bara älta samma problem om och om igen. Några av de intervjuade berättar att det är viktigt att se på patienternas kroppsspråk. Brown & Clarke (2014) menar också att det är viktigt att det icke verbala kommunikationen dokumenteras samt att de sjukskötare som utför triage skall se helheten med patienten, det är viktigt att vårdarna inte fastnar enligt rutiner utan ser det unika i varje patient fall.

På båda akutmottagningarna som intervjuades görs triage i en så kallad anmälningslucka, ankomstsamtal gör sedan den sjukskötare som har hand om patienten. Det är viktigt att triagesjukskötaren och sjukskötaren på den klinik dit patienten skall föras har ett ankomstsamtal. Här tar triagesjukskötaren upp patientanalys samt skapar en bild om vad som hänt. (Wikström 2012 s 26-27). Det är viktigt att utföra en bra patientanalys, för att på så sätt får patienten rätt medicinsk diagnos samt rätt hjälp. Frågorna som ställs under patientanalysen skall vara öppna och lätta att förstå. Patientens namn, personnummer, datum och namn på sjukskötaren som utfört anteckningarna är obligatoriska att fylla i. (Wikström 2012 s 27-31).

De intervjuade berättar att vanliga vitalparametrar som undersöks är blodtryck, puls, temperatur, saturation och blodsocker, men det är ovanligt att alla dessa vitalparametrar tas under det första mötet med patienten när de sitter i anmälningsluckan, vitalparametrarna tas sedan i själva undersökningsrummet. De intervjuade poängterar att det är viktigt att fokusera på symtomobservation och patientens ord och förklaringar, patientens grundsjukdomar beaktas också alltid. Wikström (2012) skriver att de vitalparametrarna som rutinemässigt ska tas är andningsfrekvensen, blodtryck, puls och temperatur. Också saturationen har den senaste tiden blivit allt vanligare att mäta. Det är bevisat att triage utan vitalparametrar gör att betydande information saknas.

8.2 Styrkor

Under denna rubrik tolkas styrkorna i triage med hjälp av tidigare forskning, teoretiska referensramen samt intervjuerna. Vi har deltat upp avsnittet enligt underrubriker. Underrubrikerna är följande: arbetet och patientflödet löper smidigare, teamarbete och samma jämförelse.

8.2.1 Arbetet och patientflödet löper smidigare

I intervjuerna framkom att en triageskala underlättar arbetet. När det finns en ordentlig triageskala som grund kommer också nyexaminerade sjukskötare lättare in i systemet. Många av de intervjuade nämnde att arbetet löper smidigare när en triageskala används som grund för arbetet. Bättre uppdelning av patienterna fås också vid användning av triage. Patienterna får också rätt vård, vid rätt tidpunkt menar de intervjuade. Nummelin, Tupala, Nuorinko, Koskelainen och Pakasto (2010) som undersökt hur triage påverkat TYKS akutmottagning kom fram till att triage påskyndande patienternas vård, samt att triagesjukskötarna fick mera ansvar i sitt arbete. Med hjälp av triage kunde patienterna på akutmottagningen få bästa möjliga vård på rätt tid och på rätt ställe. På samma gång förkortades den totala vårdtiden. Rehn (2010) har också i sin artikel kommit fram till att ifall vårdarna använder sig av triagebedömning går det snabbare och effektivare än ifall de inte hade någon metod att gå efter.

Enligt Christ, Grossman, Winter, Bingisser & Platz (2010) är femgradiga triageskalor de tillförlitligaste, och de rekommenderas också av nationella och internationella samhällen i akutvård. Patientsäkerheten ökar och arbetet på akutmottagningarna har blivit mera tillfredställande, väntetiderna blir kortare, och hela patientens besök på akutmottagningen förkortas. Janssen, Achterberg, Adriaansen och m.fl (2011) har också kommit fram till i sin artikel att ett triagesystem som kombinerar både behandling och triage har visat sig förbättra patientflödet på akutmottagningar. Detta betyder att ett bra och välfungerande triagesystem borde förkorta väntetiderna samt vistelsen på sjukhuset. Edward (2011) har också kommit fram till att en behandling som inleds omedelbart för patienten har de mest effektiva resultaten. Resultaten visar också att en snabb klinisk bedömning kan minska väntetiderna på akutmottagningar. Enligt Harding, Taylor & Leggat (2011) kan triage system som kombinerar både behandling och triage förbättra patientflödet på akutmottagningar. Ett bra triage system på en akutmottagning kan också ha positiv effekt på patientflöde, mätt med väntetid och vistelsetid. De intervjuade poängterar också att när triageskötaren prioriterar och grupperar in patienterna till olika läkare leder det till att arbetet fungerar smidigare och väntetiderna förkortas.

En styrka som de intervjuade tycker är bra med ABCDE-klassificeringen är att det i pappren står vilka sjukdomar som hör till specialsjukvården och vilka sjukdomar som inte hör. Då det finns till hands förstås det också bättre. Malmström, Kirua, Malmström, Torkki & Mäkelä (2011) har i sin artikel skrivit att ABCDE-klassificering innehåller instruktioner om hur vårdarna ska dela upp sökorsaker som till exempel huvudvärk, bröstsmärta eller andnöd i de olika brådskande graderna.

8.2.2 Teamarbete

En annan styrka med triage som framkom i intervjuerna var att personalen arbetar som ett team och den som fungerar som triagesjukskötare är den som håller i trådarna på akutmottagningen. Forsgren, Forsman & Carlström (2009) skriver i sin artikel att sjukskötare såg sitt arbete som intressant, stimulerande och initiativtagande, vilket ökade på tillfredsställelsen. En annan faktor som ökade på tillfredsställelsen i arbetet var att andra anser triage-sjukskötarens roll som viktig, samarbetet var också väldigt viktigt för att sjukskötarna skulle vara nöjda med sitt arbete. Enligt de intervjuade var teamarbetet en

styrka. Vårdaren är aldrig ensam i triage, det finns kollegor som vårdaren kan fråga och diskutera med ifall det så behövs.

8.2.3 Samma jämförelse

Några av de intervjuade menar att eftersom alla vårdare på en enhet följer samma skala blir alla patienter rättvist behandlat. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) 15 § skriver att det är viktigt att alltid vårda de patienter som är i mest behov av vård först. (www.finlex.fi). Detsamma poängterar sjuksköterna på båda sjukhusen, det är även viktigt att då ge information till de patienter som är tvungen att vänta på sin tur. Alla patienterna får likadan bedömning och de personer som klarar av att vänta på sin tur utan att försämrats får vänta en stund på sitt läkarbesök. Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (1994/559) 15 § beskriver också att patientens rättigheter måste beaktas. Även lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785) 8 § skriver att patienterna skall få den vård de är i behov av, speciellt vid brådskande vård. Detta leder till att patientens hälsa eller liv inte hotas.

8.3 Svagheter

Under denna rubrik tolkas svagheter i triage med hjälp av tidigare bakgrund, teoretiska referensramen samt intervjuerna. Vi har delat upp avsnittet enligt underrubriker. Underrubrikerna är följande: personal- och tidsbrist, för lite skolning, väntetider och brister i triageskalen.

8.3.1 Personal- och tidsbrist

Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot (2011) har i sin artikel skrivit om faktorer som påverkar triage, enligt undersökningen de gjort finns det mycket som kan påverka triagearbetet. Faktorer som påverkar tillämpningen av triage är bristen på resurser, som till exempel triageutrymmen, utbildning för personalen, för lite personal, för stort ansvar, hög arbetsbelastning och programvaror. Andra faktorer som också påverkar är kompetens, för lite information om triage och dess fördelar, läkare som inte bedömde patienterna inom den tid som var bestämt, tillgången av läkare på avdelningen, gamla

rutiner, motivation och färdigheter. Enligt många av de intervjuade finns det inte tillräckligt bra utrymmen på akutmottagningarna, och det försvårar triagearbetet. För lite personal och tidsbrist finns också på akutmottagningarna, för att triagearbetet ska kunna löpa så smidigt som möjligt borde dessa svagheter förhindras. Flera av de intervjuade tycker också att det finns för mycket störningsmoment på akutmottagningen, vilket försvårar triagearbetet. Forsgren, Forsman & Carlström (2009) kom också fram i sin artikel att faktorer som kunde påverka arbetet negativt var bland annat en stor arbetsbelastning och bristande kompetens eller kunskap.

8.3.2 För lite skolning

De flesta av de intervjuade tycker att de får för lite skolning om triage, och skulle vilja ha mera utbildning. Göransson, Ehrenbergs, Marklunds och Ehnfors (2005) kom också fram till i sin artikel att sjukskötare i Sverige har för lite utbildning inom triage, och borde få mera, de känner heller inte till triagearbetet tillräckligt i Sverige. Enligt Forsgrens, Forsmans & Carlströms (2009) artikel ansåg också en del av sjukskötarna att deras egen kompetens var otillräcklig.

Som sjukskötare kräver triagearbetet väldigt bred och lång erfarenhet. Arbetsuppgifterna varierar mycket och man kan möta många olika patienter på en och samma dag. Ofta har vårdaren bristfällig information om patienten, såsom till exempel saknad av laboratoriesvar eller patientjournaler. Sjukskötare ska känna igen, kunna bedöma patienter samt ta hand om hotande sjukdomstillstånd. (Wikström 2012, s. 25-26). De intervjuade poängterade också erfarenheten som behövs för att man ska kunna arbeta som triagesjukskötare. Som nyutexaminerad sjukskötare är det svårt att börja arbeta som en triagesjukskötare, det behövs några år av erfarenhet. Gerdtz och Bucknall (2001) har i sin artikel skrivit att själva sjukskötaren har en stor betydelse i hur länge det tar att observera och triagera patienten, de menar att erfarna sjukskötare gjorde en snabbare bedömning av patienterna, alltså med erfarenhet kommer också ett snabbare agerande. Brown & Clarke (2014) har också i sin artikel kommit fram till att kompetensen är oerhört viktig för att en sjukskötare ska kunna bedöma rätt. En sjukskötare ska också kunna visa förståelse och medkänsla och det är minst lika viktigt.

Sundblom och Dryver (2013) skriver i sin artikel att patientsäkerheten kommer att äventyras på akutmottagningen, detta bland annat på grund av att trängseln som finns på akutmottagningar. Sundblom och Dryver menar också att antalet besök till mottagningarna inte kommer att minska utan tvärt emot öka, vilket leder till ännu mera trängsel och köer till läkaren. Patientsäkerhetsstrategin tar upp om att förbättring av verksamheten samt förebyggande av olika handlingar krävs för att ständigt kunna förbättra patientsäkerheten. Ledningen har också ett ansvar att det finns tillräckligt med personal och personalen skall ha bra kunskap för att bidra till en god patientsäkerhet. (SHM:2009).

Hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) 50 § skriver att vid brådskande vård skall en brådskande bedömning ske och behandlingen som patienten behöver skall påbörjas så snabbt som möjligt. Jourenheten skall bestå av tillräckligt med personal och goda vårdare. Detta behövs för patienternas säkerhet. (www.finlex.fi). Även några av de intervjuade menar att personalbrist och okunskap kan leda till att patienterna inte får den vård de behöver vid rätt tillfälle. Därför bör skolning inom triage ges till vårdarna för att få en god patientsäkerhet. De intervjuade ansåg också att tillräckligt med personal behövs på akutmottagningen för att kunna ge patienten så god vård som möjligt.

8.3.3 Väntetider

Några av de intervjuade på den ena akutmottagningen poängterar att när oerfarna läkare är på plats kan det påverka väntetiderna så att patienterna måste sitta och vänta längre. Detta i sin tur leder till att patienternas humör blir sämre. Medan enligt Nga Han Chan och Chau (2005) är patienterna överlag nöjda med triagearbetet i vården. Sjukskötarna som intervjuades ansåg att för lite personal också påverkar triagearbetet vilket bland annat leder till att väntetiderna förlängs ytterligare. Enligt Janssen, van Achterberg, Adriaansen, Kampshoff, Schalk & Groot (2011) artikel är det en nackdel för de sjukhus som inte har en speciell akutvårds läkare, eftersom att läkarna ofta inte är informerade om procedurerna kring triage. Det tar även tid för läkarna att lära sig att använda triage och känna sig bekväm med användningen. Vatnøy (2009) skriver i sin artikel att när ett stort antal patienter söker till akuten kan läkarresurserna vara knappa, det är därför viktigt att göra en initial sortering så att läkaren kan prioritera sin tid rätt i förhållande till patienternas behov för hjälp. Enligt Sundblom och Dryver (2013) bidrar trängsel på en akutmottagning till att patientsäkerheten äventyras. När befolkningen ökar, ökar också antalet besök på en akutmottagning. Detta

betyder att många beslut måste tas, och därför är det viktigt med ett bra sorteringsystem på sjukhusen.

En patient som kommer till en akutmottagning och får en låg triagenivå får längre väntetid till läkaren. Som sjukskötare på akutmottagning är det viktigt att ge information åt patienten gällande väntetiden. Patienten borde få information om varför han klarar av att vänta en stund på sin tur, och att hans tillstånd inte är livshotande och att han kan vänta en stund utan att riskera hans hälsotillstånd. Med denna information upplever patienten sig vara väl omhändertagen och kan känna sig trygg i väntan på läkaren. Patienten accepterar också väntetiden bättre när han fått information gällande den. (Göransson, Eldh & Jansson 2008, s. 71). Några av de intervjuade poängterar att patienter har dåligt tålamod och ibland till och med kan bli arga. Fastän information om väntetider ges förstår alltid patienterna inte detta. Speciellt under helgerna när väntetiderna kan vara oerhört långa finns det patienter som blir irriterade. Enligt Göransson, Eldh & Jansson (2008, s. 17-22) är det alltid väntetid på en akutmottagning, väntetiden uppstår inte bara till läkaren på akutmottagningen. Patienter måste också ibland vänta på olika undersökningar som till exempel röntgen.

8.3.4 Brister i triage skalan

Svagheter med triageskalor är att de inte analyserar systematiskt och tillräckligt patienter med psykiska problem samt barnpatienter, men det har heller inte undersökts tillräckligt om detta enligt Christ, Grossman, Winter, Bingisser & Platz. De intervjuade menar också att mentala problem kunde framkomma bättre i triageskalor eftersom en del av de intervjuade poängterar att det finns patienter som inte vill berätta om sina psykiska problem. Brown & Clarke (2014) har i sin artikel kommit fram till att det borde utvecklas en bättre förståelse för hur triagesjukskötare skall fatta beslut är viktigt, särskilt i situationer där frågor som rör psykisk hälsa och ohälsa kan höja nivåerna av osäkerhet bland vårdarna. Som en artikel skriver; osäkerhet kommer alltid att vara en negativ faktor när en patient med psykiska problem kommer genom dörren till en akutmottagning. (Brown & Clarke 2014).

8.4 Utvecklingsmöjligheter

Under denna rubrik tolkas utvecklingsmöjligheterna i triage med hjälp av bakgrunden, teoretiska referensramen samt intervjuerna. Avsnittet delas upp enligt underrubriker. Underrubrikerna är följande: mental ohälsa och barn, triageutrymmen, skolning, mera personal och kommunikation.

8.4.1 Mental ohälsa och barn

De flesta sjukskötare som intervjuades menade att patienterna som led av psykiska problem triagerades rätt. Någon sjukskötare berättade att det är svårt att veta hur triagesjukskötaren skall prioritera de som lider av mental ohälsa. Enligt Brown & Clark (2014) finns det brister i hur triage genomförs, speciellt finns det brister och för lite information om hur sjukskötarna skall utföra triage på patienter som lider av mentala problem. Brist på kunskap inom mental hälsa leder till oro på akutmottagningarna. Enligt studien av Brown & Clark (2014) prioriterades 50 % av de patienter som led av psykiska problem som icke brådskande, medan de var patienter som egentligen behövde brådskande vård. Mera kunskap om mentala problem borde underlätta prioriteringen av patienterna.

Flera av de intervjuade tycker att arbetet på akutmottagningarna löper smidigare med en triageskala, vare sig den är femgradig eller tvågradig. Några av de intervjuade på akutmottagningen där de har konstruerat en egen triageskala tycker också att de kunde testa på ABCDE-klassificeringen.

8.4.2 Triageutrymmen

De intervjuade poängterar att ett bra triageutrymme underlättar arbetet. Många nämner också att det inte finns tillräckligt med bra utrymmen på akutmottagningarna och att det försvårar trigearbetet. Travelbee menar också att det första mötet med patienten är viktigt och att vårdaren skall se varje patient som en enskild individ (Tomey & Alligood 2011, s.423). Ett enskilt triagerum vore därför bra på grund av att kontakten mellan vårdaren och patienten skulle förbättras. De intervjuade från ett av sjukhusen menar att patienterna inte alltid vill berätta sina problem i "triage luckan" exempelvis på grund av att andra kan höra

samtalet, speciellt när det gäller psykiska problem. Enligt Gerdtz och Bucknall (2001) påverkar också omgivningen, miljön, patienten och sjukskötaren i hur länge det tar att utföra triage på patienten, ifall sjukskötaren behövde göra en neurologisk bedömning eller första hjälp ökade triage tiden också. Göransson, Eldh & Jansson (2008, s. 26) skriver att triage ska ske i ett stort och planerat utrymme, tydliga skyltar bör också finnas på akutmottagningen så att personal, patienter samt anhöriga hittar lätt. Triage ska inte utföras i väntrum på grund av att det kan störa kommunikationen mellan sjukskötaren och patienten. Triageutrymmet ska också vara slutet, så att andra patienter eller anhöriga inte hör vad som sägs.

8.4.3 Skolning

I Donnellys & Bells (2006) artikel har det gjorts en utvärdering om hur noggrann triage är, i undersökningen framkom att de flesta av patientfallen placerades i rätt kategori, men ändå fanns det fall där patienter triagerades till fel kategori. Enligt Donnelly & Bell borde vårdarna få mera kompetens och kunskap, så att patienter inte ska kategoriseras fel, mera utbildning kunde också förbättra resultatet av tillförlitligheten och noggrannheten i triage. I Göranssons, Ehrenbergs, Marklunds och Ehnfors (2005) undersökning kom fram att 28,4 % av de 7550 triage besluten var övertrriage, medan 13,9 % av besluten var undertrriage, och därför borde sjukskötare också få mera utbildning inom triage. De flesta av de intervjuade tycker att de fått för lite utbildning inom triage, och många av de intervjuade skulle kunna tänka sig att gå på triageskolningar, de intervjuade skulle också kunna tänka sig att gå på studiebesök till andra akutmottagningar för att se hur triage används på andra sjukhus. Det som försvårar arbetet är också att personalen kan tolka och använda skalan olika, och det kan leda till feltriagering. Ifall patienterna placeras i rätt kategori får patienten också rätt vård omedelbart eftersom patienterna då blir rätt klassificerade till läkare specialiserade inom just det specifika området. Så en utvecklingsmöjlighet vore att alla i personalen använder skalan likadant.

Eriksson (1993 s109-110) menar att vid vårdandet av en patient är det viktigt att se på helheten. Idag finns det många problem som uppstår genom att det inom medicin och omvårdnad separerar kroppen och själen (Eriksson 1993 s109-110). Då en vårdare utför triage är det viktigt att se helheten, som en av de intervjuade berättar är det viktigt att se hela patienten, exempelvis en person som lider av psykiska problem från förut kan även få

en hjärtinfarkt. Det är viktigt att hela människan beaktas vid triageringen så att inga missbedömningar sker. Mera skolning och framförallt breda teoretiska baskunskaper borde vårdarna ha poängterat en av de intervjuade sjuksköterna.

8.4.4 Mera personal

Edward (2011) skriver att överbelastning orsakad av mycket patienter kan leda till att patienter blir lämnad utan att bli sedda eller försena tillhandahållandet av smärtlindring, antibiotika eller trombocytisk behandling. Många av de intervjuade berättar även att mera personal behövs på akutmottagningen för att en bra triage kan utföras. Personalen har också många olika arbetsuppgifter och det kan störa triage-arbetet, vilket också kan leda till feltriagering.

8.4.5 Kommunikation

Enligt Jelinek m.fl (2014) är det vanligt att det förekommer problem vid kommunikationen. För att dessa kommunikationsproblem framförallt mellan personalen skulle minska fick en sjukskötare uppgiften att samla ihop en arbetsgrupp som behövdes för den individuella vård denna patient behövde. Sjukskötaren fungerande som en assisterande överskötare. (Jelinek, Fahje, Immermann & Elsbernd 2014). Kommunikationsverktyget ISBAR används inom vården för att hindra missuppfattningar och vårdskador. ISBAR sågs som väldigt användbart hos yngre i personalen eftersom det kan underlätta deras arbete. Alltså mer personal skulle underlätta så att missförstånd inte sker lika ofta, samt användningen av kommunikationsverktyg som exempelvis ISBAR kan minska missförstånd och vårdskador. (Finnigan, Marshall & Flanagan 2010). Eriksson menar att vårdare inte kan "ge" hälsa till patienterna men genom att stödja patienterna och kommunicera med dem kan de få en så bra hälsa som möjligt (1988 s 41).

9 Kritisk granskning

I detta kapitel diskuteras examensarbetets kvalitet. Materialet och resultaten har granskats kritiskt. Respondenterna har valt att granska studien enligt Larssons (Starrin & Svenssons

(red), 1994) kriterier för kritisk granskning. De kriterier som respondenterna valt att använda sig av är perspektivmedvetenhet, struktur och pragmatiska kriteriet.

9.1 Perspektivmedvetenhet

Larsson (Starrin & Svensson (red), 1994 s. 165-168) menar att vi redan vid första mötet har en förståelse. Tanken om undersökningsämnet ändras under studiens gång och samtidigt uppkommer även tolkningens utgångspunkter. Utgångspunkten för studien skall göras tydlig, för att inte undanhålla perspektiv för läsaren. För att öka läsarens förståelse för ämnet, kan personliga erfarenheter vara betydelsefulla i studien.

Ämnet för vårt examensarbete fick vi välja fritt. Vi är alla intresserade av akutsjukvård och valde ämne med fokus på det. Vi har själva fått välja hurudan studie vi ville göra och vad vi valt att lägga fokus på. Vi valde att intervjua sjukskötare på akutmottagningar eftersom vi själva studerar till sjukskötare och ville få fram en diskussion för att få fram bästa resultat. Intervjufrågorna gjorde vi själva med fokus på våra egna frågeställningar, vi anser också fått svar på våra frågeställningar. Vi har försökt vara objektiva och försökt att inte medvetet påverka studien på något vis. Vi har fått mycket ny kunskap och förståelse av ämnet under bearbetningen av tidigare forskning som består av 16 artiklar och teoretiska bakgrunden.

9.2 Struktur

Med god struktur menas att materialet är förståeligt och överskådligt. Fokus skall ligga på det väsentliga. Läsaren bör få en klar överblick över resultatet på ett sätt som tydliggör strukturen. Röda tråden i arbetet skall synas och ett enkelt och tydligt språk skall användas för att göra texten lättläst. (Starrin & Svensson (red.), 1994 s. 173-175).

Respondenterna har följt Yrkeshögskolan Novias anvisningar för lärdomsprov. Det som ansetts vara väsentligt för studien har tagits med från datamaterialet som samlats in. Resultatet är uppbyggt med huvudkategorier, kategorier och underkategorier för att göra arbetet mera lättläst och för att läsaren skall ha lättare att följa med i tankegångarna. Respondenterna har använt ett tydligt och enkelt språk för att göra texten mer lättläst.

Enligt respondenterna finns det också en röd tråd i examensarbetet. Det kan dock förekomma några upprepningar i resultatet på grund av att vårdarna har olika åsikter och exempelvis kan en svaghet med triage även vara en styrka enligt en annan vårdare.

9.3 Pragmatiska kriteriet

(Starrin & Svensson (red.), 1994 s. 185-186) menar att resultatet som framkommit skall synliggöras för att få betydelsen av resultaten i praktiken.

”Kvaliteten i analysen är avhängig i vilken utsträckning undervisning utifrån de beskrivna uppfattningarna kan resultera i ökad förståelse av visst innehåll. (Starrin & Svensson 1994).”

Respondenterna visste redan tidigt i planeringen av detta examensarbete att de ville göra en studie med ett aktuellt tema som berör en del i vårt kommande yrke som sjukskötare. Eftersom vi alla är intresserade av akutsjukvård valde vi ett tema som berör det området. Tanken var att få ny kunskap inom ämnet och förståelse för hur triage fungerar och används på akutmottagningar. Respondenterna anser att studiens resultat kan vara till nytta för de som arbetar på en akutmottagning, för att få mer förståelse för ämnet och hur det fungerar i praktiken. De akutmottagningar som deltagit i studien kommer få ett exemplar av studien. Studieenheten kommer få ett exemplar av examensarbetet så studerande och lärare kan dra nytta av resultatet vi kommit fram till. Under presentationen av examensarbetet kommer studeranden och lärare få ta del av examensarbetets resultat.

10 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att genom intervjuer med sjukskötare på akutmottagningar få fram hur triage används och fungerar på akutmottagningar, samt styrkor, svagheter och utvecklingsmöjligheter med triage. I resultatet kom vi fram till att en triageskala underlättar arbetet på en akutmottagning, arbetet och patientflödet löper smidigare och vårdarna arbetar som ett team. Med hjälp av triage får också alla patienter samma jämförelse. Svagheter med triage är att tidsbrist och personalbrist som ofta förekommer på akutmottagningar påverkar triage negativt, på grund av att man inte hinner göra en ordentlig triage. Andra svagheter som kom fram var att triage kräver ordentliga

triageutrymmen, finns det inte tillräckligt med triageutrymmen är det också svårare att utföra triage. Feltriagering är också en svaghet, samt att väntetider vanligtvis uppstår, vilket kan leda till irriterade och arga patienter. Utvecklingsmöjligheter med triage är bättre utrymmen så att det finns möjligheter att ta vitalparametrar redan vid triageringen, mera personal behövs också för att vårdarna ska kunna ha möjlighet att undersöka och ta de vitala parametrarna redan vid triageringen. Andra utvecklingsmöjligheter är mera skolning om triage till personalen på akutmottagningar. Mindre störningsmoment, såsom telefoner som ringer vore också en utvecklingsmöjlighet.

Inför vårt examensarbete hade vi ett väldigt stort intresse och en väldigt positiv inställning. Vi hade många frågor om triage, som vi ville få svar på. Under denna arbetsprocess har vi lärt oss mycket om ämnet triage och vi har fått svar på våra frågor. När vi började planera vårt examensarbete funderade vi på om vi ville göra en enkätstudie eller intervjuer. Vi valde intervjuer för att kunna ställa följdfrågor och vi är nöjda med det valet. Vi tror vi fick bättre material än om vi skulle ha använt oss av enkäter i vår studie. Med intervjuer fick vi mera djup i ämnet än vad vi skulle ha fått med en enkätstudie. Vi frågade flera olika akutmottagningar om vi fick lov att intervjua där, men alla valde inte att delta i vår studie. Alla intervjuer skedde på den intervjuades modersmål, det försvårade intervjun något eftersom bara en av oss är tvåspråkig. Eftersom vi inte fick intervjua alla ställen vi hade planerat, fick vi inte så många informanter som vi hade önskat. Vi tror att vi kunde fått ett bredare material att använda oss av om vi fått intervjua alla de ställen vi hade hoppats på. Vi valde att intervjua sjukskötare på akutmottagningar som arbetar med triage. Informanterna hade arbetat allt från några år till ungefär 20 år med akutvård, vilket enligt oss var positivt, eftersom informanterna då hade olika erfarenheter kring triage. Vi är otroligt tacksamma över att informanterna tog sig tid och ställde upp på intervjuerna. I efterhand insåg vi att vi kunde ha haft med en intervjufråga om ISBAR användning på akutmottagningarna, eftersom vi skrev om det i teoretiska referensramen.

Det finns många skrivna artiklar om triage, men det var svårt att hitta forskningar gjorda i Finland. Flertalet artiklar som vi hittade fanns inte i fulltext eller var avgiftsbelagda. Eftersom triage är ett relativt nytt begrepp i Finland finns det ännu mycket att forska kring. Vi använde oss av många olika sökord för att få fram de artiklar som berörde våra frågeställningar. Vi sorterade bort de artiklar vi ansåg handlade om någonting annat eller som vi inte hade användning av i vårt examensarbete. Vi har även valt att ha med en artikel

som är över tio år gammal, på grund av att artikeln är intressant och handlar om vårt tema. Vi anser att vi ser en röd tråd i de artiklar vi valt och att de svarar på våra frågeställningar.

Kati Eriksson (Eriksson 1988 s 41) skriver att hälsa är en helhet. Vi valde att skriva om teoretikern Kati Erikssons definition på hälsa eftersom det är viktigt att se patienten som en helhet i akutvården. Den andra teoretikern vi valde att skriva om var Joyce Travelbee. Travelbee poängterar vikten med bra kommunikation mellan patient och vårdare. (Tomey & Alligood 2011). Vi tycker också att kommunikationen mellan vårdare och patient är viktig för att göra så god vård som möjligt åt patienten. Vi anser att det är viktigt med god kommunikation i akuta situationer så att vårdaren får så mycket information som möjligt angående patientens mående och situation och för att försöka få så god vård som möjligt åt patienten.

Att utföra intervjuerna samt dataanalysen tog väldigt lång tid, men vi anser att vi fått fram väldigt bra material. Under arbetets gång när vi skrev om patientsäkerheten och Finlands lagstiftning, kom också frågor såsom ifall alla människor som arbetar inom vården känner till lagar som berör sjukvården? När vi hade kommit en bit på vårt examensarbete, märkte vi att det inte finns en helt felfri triageskala, därför började vi också undra ifall det kunde utformas en triageskala som skulle vara lämplig till alla akutmottagningar. Kunde kanske detta examensarbete vara en början till en ny triageskala?

Källförteckning

Andersson, A-K., Omberg, M & Svedlund, M. (2006). *Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions*. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 11 (3), s. 136-45.

<http://ezproxy.novia.fi:2095/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=1d3d73c1-aae3-411d-8e86-9e0b32d2c52f%40sessionmgr110&hid=108> (Hämtat 7.2.2014.)

Arvidsson, G. (2013). *Akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB.

Brown, A-M., Clarke, D. (2014). *Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision-making*. International Emergency Nursing, 22(2014) 47-51. (Hämtat: 2.4.2014)

Christ, M., Grossman, F., Winter, D., Bingisser, R & Platz, E. (2010). *Modern Triage in the Emergency Department*. *Deutsches Ärzteblatt international*, 107(50): 892 8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/> (Hämtat: 1.4.2014).

Donnelly, G & Bell, J. (2006). *Mini-evaluation of triage accuracy*. NENA Outlook (OUTLOOK), 29 (1): 19-20.

<http://ezproxy.novia.fi:2094/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b61b7852-cb70-40d9-8e47-74ab7a34d4e0%40sessionmgr4003&vid=22&hid=4114> (Hämtat: 12.3.2014).

Edward, T. (2011). *How rapid assessment at triage can improve care outcomes*. Emergency nurse. Okt. 2011. Vol. 19. Nr. 6. Academic Journal. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4767b09b-ab91-4753-9331-8edf90a6b19d%40sessionmgr110&hid=126>. (Hämtat: 30.3.14).

Engebretsen, S., Røise, O & Ribu, L. (2010). *Bruk av triage i norske akuttmottak*. Tidsskriftet.no

<http://tidsskriftet.no/article/2966131> (Hämtat 16.10.2013)

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4. uppl.) Stockholm: Norstedts Förlag AB. (s. 41)

Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. (2. uppl.) Göteborg. Liber Utbildning AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv. Liber utbildning.

Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska - Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur AB.

Farrokhnia, N & Göransson, K. (2011). *Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.
<http://www.sjtrem.com/content/19/1/72> (Hämtat 31.10.2013).

Forsgren, S., Forsman, B & Carlström, E. (2009). *Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing*. *International Emergency Nursing* 17, s. 226–232.
file:///C:/Users/User/Desktop/Downloads/1-s2.0-S1755599X09000263-main.pdf
(Hämtat: 2.4.2014).

Gerdtz M. & Bucknall T. (2001). *Triage nurses clinical decision making. An observational study of urgency assessment*. *Journal of Clinical Nursing* 35(4), s. 550-561.
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=680e53de-7cf7-4c53-863a-abc51271b1b5%40sessionmgr111&vid=6&hid=128> (Hämtat: 4.1.2014).

Göransson, K., Ehrenberg, A & Ehnfors, M. (2005). *Triage in emergency departments: national survey*. *Journal of Clinical Nursing* 14, s. 1067–1074.
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=97116e1c-4a5f-4b91-8d20-f06ee0f19a40%40sessionmgr114&vid=4&hid=119> (Hämtat: 5.1.2014).

Göransson, K., Erenberg, A., Marklund, B & Ehnfors, M. (2005). *Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage*. *Scand J Caring Sci* 19, s. 432-438
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=97116e1c-4a5f-4b91-8d20-f06ee0f19a40%40sessionmgr114&vid=6&hid=119> (Hämtat: 5.1.2014).

Göransson, K., Eldh, A & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagningen*. Poland: Studentlitteratur.

Hallén (u.å.) *Vårdförbundet. SBAR-ett kommunikationsverktyg för säkrare vård*.
<https://www.vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/SBAR/> (Hämtat: 20.5.2014).

Harding, K.E. Taylor, N.F. Leggat, S.G. *Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature*. *Australian Health Review*. Aug 2011.371-83.
<http://search.proquest.com/abiglobal/docview/910806287/fulltext/C2B46989991542E9PQ/2?accountid=28773> (Hämtat: 27.3.14).

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod*, Poland: Studentlitteratur AB.

Janssen, M., Achterberg, T., Adriaansen, M., Kampshoff, C., Schalk, D & Groot, J. (2011) *Factors influencing the implementation of the guideline Triage in emergency departments: a qualitative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 437–447.
<http://ezproxy.novia.fi:2095/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5bca63a6-8d6f-4188-b554-f4374410ae8e%40sessionmgr113&vid=6&hid=103> (Hämtat: 9.3.2014).

Jelinek, L., Fahje, C., Immermann, C., Elsbernd, T. (2014). *The Trauma Report Nurse: A Trauma Triage Process Improvement Project*. Emergency Nursing Association.
http://www.nelliportaali.fi/V/BAHCD65XUPNXMFBDCEHGBFYYP5J4Y5GQ8KLKT2M1GXPYIU69MX508360func=meta3&shortormat=002&set_number=094257&set_entry=000001&format=999 (Hämtat: 2.4.2014)

Lindskog, B.(2011) *Medicinsk mini-ordbok*. Norstedts förlags grupp AB.

Lähdet, EF., Suserud, B., Jonsson, A & Lundberg, L. (2009). *Analysis of triage worldwide*. *Emergency Nurse* 17 (4): 16-9. (19 ref).
<http://ezproxy.novia.fi:2094/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=883c8b0b-1624-4c00-99c5-1b038a315b9f%40sessionmgr4002&vid=8&hid=4107> (Hämtat: 12.2.2014).

Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P & Mäkelä, M. (2012). *Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erillaiset kun Ruotsissa*. *Suomen lääkarilehti* 9/2012 vsk 67. s. 699-703.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto9_2.pdf (Hämtat: 5.2.2014).

Nga Han Chan, J & Chau, J. (2005). *Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong*. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), s. 498-507.
<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5b299d72-ee92-405f-bdda-170f3e60d3c6%40sessionmgr115&vid=4&hid=114> (Hämtat: 2.1.2014)

Nummelin, M., Tupala, M., Nuorinko, M., Koskelainen, S & Pakasto, T. (2010). *Triage-luokitus tuo nopeammin avun hätäpotilaille*. *Sairaanhoitaja - Sjuksköterskan* 12, vol. 83, s. 17-19.

Nyberg, R & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nyström, M. (2003). *Möten på en akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur. (s. 205).

Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K., Ehrenberg, A., Asplund, K., Castren, M., Farrohkina, N. (2011). *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments*. *Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 2011, 19:43.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152510/> (hämtat: 2.4.2014).

Parker, M., Smith, M. (2010). *Nursing theories Nursing practice*. F. A. Davis Company.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, CL., Engström, M. (2014). *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anesthetic clinic: a prospective intervention study*. *BMJ Open* 2014:4. (hämtat: 15.4.2014).

Rehn, M., Andersen, J., Vigerust, T., Krüger, A & Lossius, H. (2010). *A concept for major incident triage: full-scaled simulation feasibility study*. *BMC Emergency Medicine*, Vol. 10, No.17. s.1-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2928192/> (Hämtat: 2.1.2014).

SBU, Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*.

<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Triage-och-flodesprocesser-pa-akutmottagningen/>
(Hämtat: 16.10.2013).

SBU, Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. (2010). *Triage och flödesprocessen på akutmottagningen*.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Triage_fulltext.pdf (Hämtat: 4.2.2014).

SHM. Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). *Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientstrategin 2009-2013*, Social- och hälsoministeriets publikationer.

Stagnäs, M. (26.3.2014) Dagtidning. Vasabladet. *Nya akuten anses toppmodern*. s. 2-3.

Starrin, B & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur AB

Sundblom, E & Dryver, E. (2013). *Beslutsfattande på akuten*. *Lakartidningen*, 12 (110) 631-635
<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=19399> (Hämtat: 16.10.2013).

Thornquist, E.(2001). *Kommunikation i kliniken. Möte mellan professionella och patienter*, Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Tomey, A M., Alligood, M R. (2001). *Nursing Theorists and their work*. Mosby

Vasacentralsjukhus (u.å.).

http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_uutiset.aspx?id=1020450 (Hämtat: 16.10.2013).

Vatnøy, T. (2009). *Rett bemanning til riktig tid*. Sykepleien.no

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/fagutvikling/fagartikkel/188103/rett-bemanning-til-riktig-tid>
(Hämtat: 16.10.2013).

Wikström, J. (2012). *Akut sjukvård - omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur AB.

Yousif, K., Bebbington, J & Foley, B. (2005). *Impact on patients triage distribution utilizing the Australasian Triage Scale compared with its predecessor the National Triage Scale*. Emergency Medicine Australasia 17, s. 429–433.

<http://ezproxy.novia.fi:2053/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=774a7fd2-4f0a-4ca3-8b40-2063e2d3c248%40sessionmgr112&vid=8&hid=119> (Hämtat: 16.1.2014).

World health organization. (u.å). *Patient safety*.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785

www.finlex.fi (hämtat 31.10.2013).

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326

www.finlex.fi (hämtat 7.2.2014).

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785

www.finlex.fi (hämtat 7.2.2014).

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 28.6.1994/559

www.finlex.fi (hämtat 7.2.2014).

Bilagor

Bilaga 1

Begreppslista

ABCDE-system: Arbetsrutin som används av sjukvårdspersonal. En typ av triagesystem

Acidos: En förändring bland kroppsvätskornas sammansättning, vilket leder till ökad surhetsgrad

Alveol: Där gasutbytet sker med kapillärerna i lungorna

Andningsdepression: När andningscentrum i hjärnan slutar att fungera och personen slutar att andas

Andningsfrekvens: Antalet andetag per minut

Askultation: Medicinsk undersökning där det lyssnas på patientens ljud

Blodcirkulation: Blodets kretslopp i kroppen

Blodtryck: Blodflödets tryck i blodkärlen

Chock: Plötsligt psykisk eller fysisk allvarlig störning som ofta kräver intensivvård

Cyanos: Blåaktig missfärgning av huden och slemhinnor

EKG: registrering av hjärtats elektriska aktivitet

Elimination: Avlägsnande

Empati: Förståelse för andras känslor

EMTALA: Emergency Medical Treatment and Labor Act

Fraktur: Benbrott

Glasgow Coma Scale: Skala som används för bedömning av medvetandegraden

Hematemes: Blodkräkning

Hemoglobin: Står för syrabastransporten i blodet

Hjärtinfarkt: När en blodpropp täppt till hjärtats kranskärl, vilket ger syrebrist i en del av hjärtat

Hjärtsvikt: Hjärtat förmår inte att pumpa ut tillräckligt med blod i kroppen

Hypovolemi: För låg blodvolym

Kateter: medicinskt instrument som införs i rör- eller kanalformat organ

Kronisk sjukdom: Är en långvarig, ihållande och långsamt sjukdomstillstånd

Lungödem: Vätskeansamling i lungorna

Medvetslös: Avsaknad av medvetande

Mortalitet: Dödstal eller dödlighet

Neurologisk bedömning: Bedömning av hjärnans verksamhet

Njursten: Samlingsnamn för sten (konkrement) i urinvägarna

Njurstensanfall: Smärtsamma kramper när en sten passerar urinledaren

Nutrition: Näring

Obstruktion: Tilltäppning

Omvårdnad: Sjukskötarens ansvarsområde, syftar till att hjälpa en person att planera och genomföra handlingar

Opiat: Läkemedel framställt ur Opim. Exempelvis morfin

Patientanalys: Patientens sjukdomshistoria

Patientsäkerhet: Säker omhändertagande av patient

Pediatrik: Läran om barns utveckling och sjukdomar

Peritonit: Bukhinneinflammation

Pneumoni: Lunginflammation

Puls: Hjärtats slag per minut

Pulsoximeter: Mätinstrument som mäter syremättnaden i blodet

Prehospital: Vård före ankomst till sjukhuset

Psykatri: Medicinskt område som handlar om psykisk ohälsa

Röntgen: Allmänt begrepp för joniserande strålning
Saturation: Syremättnad
Sepsis: Cirkulationssvikt
Stridor: Väsande och pipande andningsljud
Stroke: Blödning eller blodpropp i hjärnan
Sympati: Förståelse för andras känslor
Trauma: Psykisk eller fysisk skada
Triage: En process för att sortera och prioritera patienter vid akuta situationer
Triagelokal: Rum där triage utförs
VAS-skala: Visuellt analog skala, ett verktyg för att mäta smärta
Vitala funktioner: Andning, cirkulation och medvetande
Vitalparameter: Tecken på allmäntillståndet hos en person
Ödem: Ansamling av vätska i kroppen

Lindskog, B.(2011) *Medicinsk mini-ordbok*. Norstedts förlags grupp AB.

Bilaga 2

Intervju frågor på svenska

1. Hur länge har du arbetat på akutmottagningen?
2. Använder ni någon triage skala?
 - a. Isåfall vilken skala använder ni?
3. Vem utför triage?
 - a. Vem anser du är lämplig att utföra triage?
4. Hur lång erfarenhet behövs?
 - a. Får ni någon skolning inom triage?
5. Var utförs triage?
6. Kan du beskriva hur triage används?
 - a. vilka vitalparametrar undersöks?
7. Vad anser du är styrkorna med triageskalan som ni använder?
 - a. mera ingående.
8. Finns det svagheter med skalan?
9. Tycker du att triage kan utvecklas ytterligare?
 - a. hur?
10. Ger ni information åt patienterna om triage? (information om eventuella väntetider)
 - a. Märker ni skillnad på patienternas humör vid lång väntetid?
11. Finns det någon skild triage skala för barn (under 5 år)?
12. Kommer det fram i triage om patienterna lider av mentala problem?
13. Har du något att tillägga?

Intevjufrågor på finska

1. Kuinka kauan olet työskennellyt ensiavussa/päivystyksessä?
2. Käytättekö te triage asteikkoa/mittakaava?
 - a. Mitä triage asteikkoa/mittakavaa käytätte?
3. Kuka suorittaa triagin?
 - a. Kenen sinun mielestäsi soveltuu suorittaa triagin?
4. Kuinka pitkä kokemus tarvitaan ensiapu alalla että voi suorittaa triagin?
 - a. Saatteko koulutusta suorittaa triagin?
5. Onko/Onko teillä erityisiä tiloja missä suoritetaan triage ensiavussa/päivystyksessä?
6. Voitko selittää/kuvailla kuinka triage käytetään?
 - a. Mitkä elintoiminnot tarkastetaan?
7. Mitkä ovat vahvuudet triage mittakaavassa jota te käytätte?
8. Mitkä ovat mittakaavan/asteikon heikkoudet?
9. Voiko sinun mielestäsi vielä kehittää triagin?
 - a. Miten?
10. Annatteko potilaille tietoa triage asteikosta/mittakaavasta? (esim. Tietoa mahdollisista odotusajoista?)
 - a. Huomaatteko eron potilaiden mielialassa jos heidän pitää odottaa kauan/jos heillä on pitkä odotusaika?
11. Onko erillistä triage asteikkoa/mittakavaa lapsille? (alle 5 vuotta)
12. Tuleeko triageasteikossa esille jos potilas kärsii mielenterveyden/psykkisistä ongelmista?
13. Onko sinulla jotain lisättävää?

Bilaga 4

Anhållan om genomförande av intervjuer

Bästa informanter, vi är tre sjukskötarestuderande från Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi skriver vårt examensarbete som handlar om ”Triage”. Vi vill undersöka hur triage används i praktiken, vilka styrkor och svagheter triage har samt om det finns utvecklingsmöjligheter.

Vi söker sjukskötare som arbetar inom akutsjukvården och är villig att delta i vårt examensarbete. Vi kommer att använda oss av intervjuer som vi kommer att spela in. En intervju tar ungefär 30 minuter och vi önskar sex till åtta frivilliga sjukskötare som intervjuas vid olika tillfällen. Intervjuerna sker under våren 2014.

Vi hoppas att Ni vill delta i vårt examensarbete och berätta om era erfarenheter samt kunskaper gällande Triage, så att vårt examensarbete är möjligt att genomföras. Era personuppgifter publiceras ej någonstans och intervjuerna är frivilliga och Ni har möjlighet att avbryta när som helst under ert deltagande. Uppgifterna som samlas in behandlas konfidentiellt och intervjuinspelningarna kasseras när examensarbetet är färdigt.Handledande lärare kan vid behov delges ljudbandning för handledning och tolkning.

Ifall man är intresserad av att ge en intervju så är det att kontakta undertecknade. Vi svarar gärna på frågor gällande examensarbetet. Tack på förhand.

Matilda Nyholm

matilda.nyholm@novia.fi

Emma Öst

emma.k.ost@novia.fi

Simone Wiklund

simone.wiklund@novia.fi

Examensarbetets handledare

Lisen Kullas-Nyman

Lektor, vård

lisen.kullas-nyman@novia.fi