



**SJUKSKÖTERSORS  
TRIAGEARBETE PÅ  
AKUTMOTTAGNINGEN**  
- En litteraturöversikt

**NURSES' TRIAGE WORK IN THE  
EMERGENCY DEPARTMENT**  
- A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2014

Författare: Martin Junker  
Linda Wallberg

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen – En litteraturöversikt
Författare:	Junker, Martin; Wallberg, Linda
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Larsson, Anneli
Examinator:	Westin, Lars
Sidor:	17
Nyckelord:	triage, arbetskollegor, arbetsmiljö, förhållningssätt, våld

---

**Bakgrund:** På akutmottagningen använder sjuksköterskor triageriktlinjer för att bedöma hur akut patienters sjukdomstillstånd är. Triage är en komplex uppgift som kräver kritiskt tänkande och medicinsk kunskap. Sjuksköterskor har en viktig roll i patienters upplevelse av att söka vård på akutmottagningen.

**Syfte:** Syftet var att sammanställa och belysa forskning som beskriver sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen.

**Metod:** Vald metod var litteraturöversikt med både kvalitativa- och kvantitativa artiklar. Datamaterialet bestod av nio kvalitativa och tre kvantitativa artiklar

**Resultat:** Vid analysen identifierades fyra teman. Dessa var Sjuksköterskors sätt att arbeta med triage, Sjuksköterskors kollegor i triagearbetet, Sjuksköterskors arbetsmiljö i triagearbetet samt Sjuksköterskors förhållningssätt till patienter i triagearbetet.

**Konklusioner:** Tillsammans kan sjuksköterskor stärka professionen och blir säkrare i sina triagebeslut. Sjuksköterskor behöver ha en god självkänedom. Sjuksköterskor har behov av att organisationen ger rätt förutsättningar för att god vård ska kunna bedrivas. Resultatet tyder på att mer forskning inom ämnet behövs för att utveckla sjuksköterskors roll i triagearbetet på akutmottagningen.

## ABSTRACT

Title: Nurses' triage work in the emergency department – a literature review  
Author: Junker, Martin; Wallberg, Linda  
Department: School of Life Sciences, University of Skövde  
Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS  
Supervisor: Larsson, Anneli  
Examiner: Westin, Lars  
Pages: 17  
Keywords: triage, work related relationships, work environment, attitude, violence

---

**Background:** Nurses use triage guidelines to sort patients who seek care in the emergency department. It is a complex situation which demands critical thinking and medical knowledge. Nurses play an important role in patients' experience of seeking care in the emergency department.

**Aim:** To gather and identify research which describes nurses' triage work in the emergency department.

**Method:** The chosen method was a literature review. The data consisted of nine qualitative and three quantitative studies.

**Results:** Four themes were identified through the analysis. These were Nurses' way of working with triage, Nurses' work related relationships in their triage work, Nurses' work environment in their triage work and Nurses' attitudes to patients in their triage work.

**Conclusions:** If nurses work together they can strengthen the profession and be more confident in their triage decisions. Nurses need to have good self-knowledge. If good health care is to be conducted, nurses need the administration to provide the right conditions. The study suggests that more research is needed, which can develop nurses' role in the triage work in the emergency department.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	1
Triage .....	1
Utvecklingen av femgradiga triageskalor .....	2
Triagesystem internationellt .....	2
Triagesystem i Sverige.....	2
Sjuksköterskors yrkesroll och kompetens.....	3
Sjuksköterskors roll i triagearbetet .....	3
Omvårdnadsteoretisk referensram .....	4
Patienters upplevelser i samband med triage .....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE .....	5
Frågeställningar .....	6
METOD .....	6
Urval .....	6
Datainsamling .....	6
Analys .....	7
Etiska överväganden .....	7
RESULTAT .....	8
Sjuksköterskors sätt att arbeta med triage.....	8
Sjuksköterskors kollegor i triagearbetet .....	10
Sjuksköterskors arbetsmiljö i triagearbetet.....	11
Sjuksköterskors förhållningssätt till patienter i triagearbetet .....	12
DISKUSSION.....	13
Metoddiskussion .....	13
Resultatdiskussion .....	14
Konklusion och klinisk implikation.....	17
REFERENSER .....	18

## BILAGOR

1. ESS-algoritm i RETTS
2. Litteratursökning
3. Granskningsmall kvalitativ studie
4. Granskningsmall kvantitativ studie
5. Översiktstabell analyserade artiklar

# INLEDNING

I dagstidningar och sociala medier skildras det ibland hur hälso- och sjukvården blir drabbade av besparingar och nedskärningar. Allt fler invånare söker sig till den somatiska akutmottagningen, vilket gör att arbetsbelastningen blir allt mer påtaglig och väntetiderna längre (Socialstyrelsen, 2013). Hälso- och sjukvården styrs utifrån Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), där det i 2 § framkommer att målet är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde. I 2a § beskrivs det även att hälso- och sjukvården har kravet på sig att patienter som vänder sig till och har behov av hälso- och sjukvård, ska få en medicinsk bedömning så snabbt som möjligt (ibid.). Triage är en arbetsmetod där patienter som söker sjukvård på akutmottagningen sorteras utifrån deras behov. Sjuksköterskor som arbetar med triage är oftast de som träffar patienterna först på akutmottagningen. Med hjälp av triageriktlinjer placeras patienter i en prioriteringsnivå, som visar om de har behov av direkt akutsjukvård eller kan vänta. Sjuksköterskorna har ett ansvar att göra en korrekt bedömning och ge patienter ett professionellt bemötande. Som blivande sjuksköterskor och genom privatlivet har författarna till denna studie kommit i kontakt med sjuksköterskor som triagerar på akutmottagningen. Upplevelsen och sökorsakerna har varit skilda från varandra, vilket väckte idén till att införskaffa mer kunskap om hur sjuksköterskor arbetar med triage. De flesta kommer någon gång att komma i kontakt med triage på akutmottagningen och därför upplever författarna att det är relevant att belysa sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen.

# BAKGRUND

## Triage

Ordet triage härstammar från franskans trier och betyder att sortera. Triage används inom hälso- och sjukvården till att rangordna och prioritera vård för patienter utifrån hur sjuka de är. Tanken kring att rangordna skadade härstammar från Napoleonkrigen som pågick under 1700-talet. Där bedömdes och behandlades soldaterna under tiden slaget pågick, istället för efteråt som annars varit brukligt. Soldaterna med störst behov av vård skulle tas om hand först, oberoende militärisk rangordning, och de mindre skadade fick vänta (Iserson & Moskop, 2007).

Det finns olika triagesystem inom hälso- och sjukvården, vilka fungerar som stöd för att identifiera hur akut patienters tillstånd är, samt rangordna patienter utifrån hur snabbt de behöver träffa en läkare (Iserson & Moskop, 2007). Det är viktigt att bedömningen av patienterna blir rätt. Undertriagering innebär att patienter blir graderade för lågt och vid övertriagering graderas patienter som mer akut sjuka eller skadade än vad de är. Felbedömningar påverkar patientsäkerheten och kan leda till att resurser som sjukvårdspersonal och sjukvårdsplatser blir överbelastade (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

## **Utvecklingen av femgradiga triageskalor**

Under 1980-talet utvecklade den australienske läkaren Fitzgerald en femgradig triageskala, Ipswich Triage Scale. Under 1990-talet utvecklades skalan vidare och fick namnet National Triage Scale (NTS) som 2001 bytte namn till Australasian Triage Scale (ATS) eftersom den även användes av närliggande länder (Göransson, Eldh et al., 2008). Flera andra länder förstod nyttan med en femgradig skala och utarbetade egna skalor utifrån NTS under 1990-talet. Kanada skapade The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) och Storbritannien skapade Manchester Triage Scale (MTS) (McCallum Pardey, 2006). I USA utvecklades The Emergency Severity Index (ESI). En litteraturoversikt av 16 studier som undersökt reliabiliteten av triageskalor visar att femgradiga triageskalor ger mer korrekt bedömning än tre- och fyrgradiga skalor (Fernandes et al., 2005).

## **Triagesystem internationellt**

Eftersom CTAS bygger på samma grund som ATS är de ganska lika. Båda har en omfattande lista med kliniska förklaringar för varje nivå. Varje nivå i den femgradiga skalan visar inom vilken tid patienter ska träffa en läkare. MTS använder sig av 52 flödesdiagram där patienter värderas utifrån sex specifika symtom som exempelvis huvudvärk och hosta. I CTAS, ATS och MTS innebär nivå ett att patienter får träffa en läkare direkt. Nivå fem innebär i CTAS och ATS att patienter bör få träffa en läkare inom 120 minuter, medan i MTS inom 240 minuter. ESI har inte specificerat tider utan bedömer de mest akuta patienterna som ett eller två på skalan. Utifrån hur mycket resurser som krävs för handläggning av patienter, placeras patienter sedan i de lägre nivåerna (Fernandes et al., 2005).

## **Triagesystem i Sverige**

I början av 2000-talet väcktes intresset att organisera svensk akutsjukvård på ett mer patientsäkert och effektivt sätt. Forskningsprojektet rapid emergency triage and treatment system (RETTS) fokuserade på att utifrån en kombination av objektiva och subjektiva variabler, urskilja de patienter som behövde vård akut och de som kunde vänta. Projektet implementerades under namnet medical and emergency triage and treatment system (METTS), men återfick ursprungsnamnet RETTS år 2011 (Widgren, 2012). I Sverige använder majoriteten av akutmottagningarna detta system (Farrokhnia & Göransson, 2011). Widgren (2012) förklarar att bedömningen med RETTS sker i flera steg. I första steget skapar sjuksköterskor sig en objektiv bild av patienters tillstånd genom att kontrollera deras vitalparametrar. Det visar andnings- och cirkulationsorganens funktion, patienters vakenhetsgrad och kroppstemperatur. Kontroll av vitalparametrar sker samtidigt som sjuksköterskor fångar en strukturerad anamnes som utgår från sökorsaken. Detta kombineras med ja- och nej frågor gällande om patienterna har sjukdomar som ger en ökad risk för att tillståndet snabbt kan försämrats. I nästa steg sammanvägs informationen som fås fram i steg ett med ESS-algoritmer (emergency symptoms and signs). Varje sökorsak har en ESS-algoritm kopplat till sig och det finns 99 sökorsaker representerade i vuxenversionen för RETTS, se Bilaga 1. I ESS-algoritmen finns sökorsakens olika symtom uppdelade i olika färger för att visa vilken prioriteringsnivå patienter bör få. Det finns även fakta om sökorsaken och beskrivna åtgärder, såsom vilka provtagningar som bör göras. Färgerna visar på hur allvarligt patienters tillstånd är och sträcker sig mellan rött där

tillståndet är livshotande till blått där patienter kan söka vård genom andra vårdinstanser. Detta beslutsunderlag fungerar som ett stöd tillsammans med vitalparametrar och patienters anamnes, för att sjuksköterskor ska kunna prioritera patienter rätt. Sjuksköterskor gör även en bedömning av patienters omvårdnadsbehov för att tidigt kunna styra resurserna rätt. RETTS beskriver inga tider gällande när patienter bör träffa läkare utan det bestäms utifrån sjukhusets organisation och kapacitet (ibid.).

## **Sjuksköterskors yrkesroll och kompetens**

Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) omfattar rekommendationer om yrkeskunnande, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt för legitimerade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården. Kompetensbeskrivningen tydliggör sjuksköterskors profession och yrkesutövning och bidrar därmed till att patienter får en god och säker vård. Sjuksköterskors huvudsakliga arbetsområden är omvårdnads teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Dessa huvudområden har betydelse för sjuksköterskors arbete oavsett verksamhet och vårdform. Arbetet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras enligt gällande författningar och riktlinjer. En helhetssyn på människan och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskors arbete (ibid.). International Council of Nurses (ICN, 2012) vägledande etiska kod för sjuksköterskor beskriver att behovet av vård är universellt. Sjuksköterskors fyra grundläggande ansvarsområden för etiskt handlande är; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande.

Florin (2009a) framhäver att sjuksköterskor använder omvårdnadsprocessen i sitt arbete. Det är en beslutsmodell och problemlösningsmodell som används för att systematiskt identifiera behov, problem och resurser som är av betydelse för omvårdnaden. Att använda omvårdnadsprocessen som ram för patienters omvårdnad är ett uttryck för kritiskt förhållningssätt och tänkande. Den synliggör sjuksköterskors insatser i patienters samlade vård och omsorg. Florin (2009b) visar att sjuksköterskor använder flera metoder för att samla in information om patienter i bedömningsprocessen. Det rör sig om samtal, kroppsundersökning samt datainsamling genom att ta del av journaler. Sjuksköterskor behöver ha förmågan att förstå vilken information som är väsentlig och viktig att känna till om patienter. Det är viktigt att poängtera att sjuksköterskor gör en egen bedömning som kräver kritiskt tänkande. Sjuksköterskor behöver goda färdigheter i att kommunicera. Detta för att ta del av den information patienter vill delge och för att skapa en relation med patienter. Sjuksköterskor gör bedömningar både inom omvårdnad och inom medicin. Det finns ingen tydlig gräns mellan vad som är omvårdnadsproblem och vad som är medicinska problem. Det beror på att de delvis går in i varandra och att situationen kan förändras över tid. Florin (2009b) refererar till Carpentino (2002) som hävdar att det finns många hälsotillstånd som kräver både omvårdnadskompetens och medicinsk kompetens.

## **Sjuksköterskors roll i triagearbetet**

Sjuksköterskor i triage har en viktig del i sjukvården och omvårdnaden som ges på akutmottagningen. För att akutmottagningarna ska kunna hantera denna vårdsituation använder de oftast kvalificerad vårdpersonal som sjuksköterskor till att möta de nyanlända patienterna. Helst ska triage utföras av en legitimerad sjuksköterska (Göransson, 2006). Göransson och Eldh et al. (2008) hävdar att icke-legitimerad personal inte bör ansvara för

triagebeslut. Triagering är en komplex uppgift som kräver såväl medicinsk kunskap, kritiskt förhållningsätt och en förmåga att analysera situationer korrekt. Arbetsmiljön kräver att den som utför triage är stresstålig och klarar av att hantera flera olika situationer. I Sverige varierar den akademiska utbildningsnivån hos sjuksköterskor som utför triage, från grundläggande sjuksköterskeutbildning till särskilda triagekurser.

Göransson och Eldh et al. (2008) beskriver specifika områden inom omvårdnaden som sjuksköterskor bör beakta i samband med triage. Dessa är framför allt smärtlindring, nutrition, trycksårskick och fallrisk som behöver relateras till ålder, sjukdomstillstånd och väntetiden till att få träffa en läkare. Smärta och smärtlindring är en av de vanligaste sökorsakerna på akutmottagningar. Beroende på patienters tillstånd kan en effektiv smärtlindring innebära en lägre triagenivå. Smärtlindring kan även ge patienter en bättre upplevelse av omhändertagandet under väntetiden. Eftersom sjuksköterskors profession är omvårdnad är det viktigt att bejaka omvårdnaden i triagearbetet.

## **Omvårdnadsteoretisk referensram**

Omvårdnad sammanfattas av Wiklund (2003) som både ett teoretiskt ämne och ett praktiskt arbete. Omvårdnaden ska vila på en vetenskaplig kunskap, där sjuksköterskor måste kunna arbeta och tillgodose kunskap utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. ICN (2012) belyser att sjuksköterskor ska verka för en miljö där det visas respekt och tas hänsyn till mänskliga rättigheter, tro, vanor och patienters enskilda värderingar. En viktig uppgift inom omvårdnaden som sjuksköterskor har är ansvar över att ge patienter adekvat information, för att patienterna sedan ska ha möjlighet att sätta sig in i och göra ett aktivt val i sin egen behandling. Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) beskriver att en förutsättning för att skapa patientdelaktighet är adekvat information men även en god vårdrelation samt en effektiv kommunikation. Sjuksköterskor förväntas ha kunskap om hur en god vårdrelation ska utvecklas, vilket i sin tur kan leda till en bättre omvårdnad för patienter. Vårdrelationer bygger på en ömsesidig kontakt mellan sjuksköterskor och patienter. Delaktighet kännetecknas av ömsesidigt kunskapsutbyte där både patienter och sjuksköterskor är delaktiga, där var och ens värde respekteras. Socialstyrelsen (2012) menar att en god vård kännetecknas av att den är jämlik, patientfokuserad och säker. För att uppnå en god vård ställs det krav på sjuksköterskor gällande bemötande och att göra patienter delaktiga i sin vård. Detta är viktigt för att patienterna ska nå hälsa och välbefinnande.

World Health Organization (1948) beskriver hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder. Eriksson (1989) framhåller att hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Välbefinnande är den subjektiva upplevelsen av att må bra, en inre upplevelse. Sundhet visar på den psykiska dimensionen och friskhet en fysisk egenskap. Hälsa innebär således en subjektiv helhetskänsla om det egna allmänna tillståndet, både fysiskt och psykiskt. Wiklund (2003) belyser att syftet med vården är att ge patienter det stöd de behöver för att uppleva hälsa och lindra lidande. När patienters lidande orsakas av vård och behandling eller brister hos dessa, är det ett vårdlidande. För sjuksköterskor är det viktigt att reflektera över sin roll i förhållande till patienter eftersom vårdlidande många gånger kan undvikas. Sjuksköterskor kan motverka vårdlidande om det uppmärksammas. Vårdlidande kan orsakas av bland annat brister i vårdorganisationen



samt felaktig, utebliven eller uppskjuten vård. Widgren (2012) belyser att det alltid finns ett varierande behov av omvårdnadsinsatser hos de patienter som söker hälso- och sjukvård på akutmottagningen. Omvårdnadsbehoven ska alltid tillgodoses i triagearbetet, även om det främst handlar om att planera vidare insatser på akutmottagningen. Detta är viktigt för att patienter ska uppleva att de blir professionellt bemötta.

## **Patienters upplevelser i samband med triage**

Studier har visat att patienter upplever ett förtroende för sjuksköterskor som utför triage och att de blir tagna på allvar. De känner även att de kan lyfta sina farhågor kring sitt tillstånd (Olofsson, Carlström & Bäck-Pettersson, 2012; Göransson & von Rosen, 2009). Att sjuksköterskor verkligen lyssnar skapar enligt patienterna en ömsesidig respekt och patienterna uppfattar sjuksköterskor som närvarande och empatiska (Olofsson et al., 2012). I Möller, Fridlund och Göransson (2010) uppger dock några patienter att sjuksköterskorna ibland fokuserar på medicinska ämnen och glömmer bort patienternas psykiska behov. Patienterna uppger att de initialt inte alltid vet vad syftet med triage är. Allt eftersom förstår de vad triagearbetet syftar i, att sortera dem utifrån deras symtom. Patienterna förstår varför vissa patienter prioriteras högre och meningen med det logistiska systemet, att allt måste flyta på bra på akutmottagningen. Patienter får inte alltid information om hur länge de behöver vänta på att få träffa en läkare. Några patienter uppger att de i efterhand fått reda på att de tilldelats den lägsta prioriteringsnivån. De tror att de skulle bli upprörda och börja klaga mer om de från början har vetskap om väntetiden. Patienter som frågat och fått adekvat information har dock lättare att acceptera väntetiden och klara av både positiva och negativa förändringar gällande väntetiden (ibid.).

## **PROBLEMFORMULERING**

För patientsäkerheten är det viktigt att den som söker vård på akutmottagningen prioriteras rätt vid triage. Triageskalorna fungerar som stöd eller mall för att utföra bedömningarna korrekt. Här spelar val av triageskala in eftersom det har visat sig att prioriteringen kan påverkas i form av under- eller övertriagering. Det är även viktigt att den som utför triage är kompetent eftersom triage är en komplex uppgift. Det visar sig att sjuksköterskor spelar en viktig roll för att patienter som söker vård akut får rätt vård och en bra upplevelse. Ett av sjuksköterskors huvudområden är kunskap om omvårdnadens teori och praktik. I sitt arbete gör sjuksköterskor egna bedömningar där kritiskt tänkande är viktigt. I omvårdnadsprocessen synliggörs sjuksköterskors arbete. Därför är det av intresse att undersöka hur sjuksköterskor arbetar med triage för att synliggöra deras insats i arbetet med patienter som söker vård på akutmottagningen.

## **SYFTE**

Syftet var att sammanställa och belysa forskning som beskriver sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen.

## Frågeställningar

- Hur ser sjuksköterskors triagearbete ut?
- Hur påverkas sjuksköterskor av sina kollegor i triagearbetet?
- Hur påverkas sjuksköterskor av arbetsmiljön i triagearbetet?
- Hur är sjuksköterskors förhållningssätt till patienter i triagearbetet?

## METOD

Eftersom studiens syfte var att sammanställa och belysa aktuell forskning inom området, har en litteraturöversikt använts som metod i denna studie. Enligt Friberg (2012) är motivet med en litteraturöversikt att skapa en beskrivande sammanställning av kunskapsläget inom det valda området, och därmed skapa en översikt. Det görs genom ett strukturerat arbetssätt där både kvalitativ och kvantitativ forskning ingår.

## Urval

Urvalet innefattade både kvalitativa och kvantitativa empiriska studier. Begränsningar har behövts göras eftersom studien specifikt syftade till att sammanställa och belysa forskning som beskriver sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska för att kunna förstås. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2004-2014. De skulle handla om triage på akutmottagningen eller väntetiden mellan triage och läkarbedömningen. Artiklarna skulle ha ett forskningsetiskt resonemang och vara peer reviewed, alltså granskade, för att lättare kunna säkerställa kvaliteten. Exklusionskriterier innefattade översiktsartiklar, populärvetenskapliga artiklar, diskussionsartiklar eller liknande. Artiklarna skulle ej heller utgå från ett patientperspektiv eftersom sjuksköterskors perspektiv skulle belysas. Artiklarna skulle inte specifikt handla om triage av barn eller patienter med psykisk ohälsa. De skulle ej heller handla om prehospital triage, triage via telefon eller inom någon annan instans.

## Datainsamling

Data har samlats in genom sökningar i databaserna CINAHL, SweMed+ och MEDLINE (EBSCO). Databasen CINAHL innehåller artiklar inom omvårdnad, SweMed+ innehåller medicinska artiklar skrivna på skandinaviskt språk och engelska, MEDLINE innehåller artiklar från det biomedicinska området men även omvårdnad (Karlsson, 2012). Datainsamlingen med tillhörande sökord presenteras i tabellform, se Bilaga 2. Utifrån sökningen har titlarna lästs för att finna de artiklar som hade potential att svara på syftet. I nästa steg lästes dessa artiklars sammanfattning för att se om de verkade relevanta. Nästa steg var att läsa artiklarna i sin helhet för att se om deras resultat överensstämde med studiens syfte och motsvarade inklusions- och exklusionskriterierna. Artiklarnas trovärdighet granskades sedan utifrån Carlsson och Eimans (2003) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Granskningsmallarna ger en poängsumma som sedan omräknas till procent och graderas till I-III. 80-100 procent ger grad I, vilket visar på hög vetenskaplig kvalitet. 70-79 procent ger grad II och 60-69 procent ger grad III. För en studie mindre än 60 procent är den vetenskapliga kvaliteten bristande och artikeln ska

uteslutas. Artiklarna som granskades bedömdes som följande; tio stycken fick grad I, en fick grad II och en fick grad III. Ingen av artiklarna hamnade under 60 procent. Granskningsmallarna finns representerade i Bilaga 3 och Bilaga 4. Således valdes tolv empiriska studier ut för analys, varav nio artiklar hade kvalitativ ansats och tre artiklar kvantitativ ansats.

## **Analys**

Analysen genomfördes med stöd i Fribergs (2012) beskrivning för analys i litteraturöversikt. De utvalda studierna lästes i sin helhet flera gånger för att erhålla en helhetsbild av deras innehåll och sammanhang. Studiernas innehåll sammanfattades i en översiktstabell, se Bilaga 5. När datamaterialet var välkänt sammanställdes den data i studiernas resultat som svarade på syftet och frågeställningarna. Nästa steg i analysen var att identifiera likheter och skillnader i dataenheterna. Detta gjordes genom anteckningar som med ett par ord beskrev enheternas huvudsakliga innebörd. I nästa steg sorterades enheterna utifrån de likheter och skillnader som framkom vid anteckningarna. Enheterna som hade liknande innehåll sammanställdes och konkretiserades under lämpliga rubriker. Rubrikerna sammanställdes till teman, vilka slutligen bildade studiens resultat. Detta innebär att materialet reducerades från en helhet till delar för att sedan skapa en ny helhet.

## **Etiska överväganden**

Kjellström (2012) belyser att en litteraturstudie inte kräver ett forskningsetiskt tillstånd men ändå kan väcka etiska frågor. Det är av vikt att inte förvränga och manipulera vetenskapliga arbeten. En begränsad språkkunskap kan påverka förståelsen och bedömningen av texterna (ibid.). Avsikten med studien har varit att ej plagiera och förvränga andras arbeten, vilket styrks med en tydlig och adekvat referenshantering. Översättningen av de engelska texterna har skett med eftertänksamhet och användande av egna ord för att framställa en korrekt översättning, vilket minskat risken för plagiat. Artiklarna har med hjälp av Kjellströms (2012) beskrivning av forskningsetik, noggrant kontrollerats för att säkerställa att de har haft ett forskningsetiskt tillstånd eller resonemang.

## RESULTAT

Efter bearbetning och analys av datamaterialet framkom fyra olika teman som benämndes *Sjuksköterskors sätt att arbeta med triage*, *Sjuksköterskors kollegor i triagearbetet*, *Sjuksköterskors arbetsmiljö i triagearbetet* samt *Sjuksköterskors förhållningssätt till patienter i triagearbetet*.

### **Sjuksköterskors sätt att arbeta med triage**

I detta tema beskrivs hur sjuksköterskor som arbetar med triage, redan vid första anblicken av patienter gör en objektiv bedömning, vilket sker genom observation och sjuksköterskors kliniska blick. Vidare beskrivs hur sjuksköterskor genom bland annat kommunikation samlar in information för att kunna bedöma patienters sjukdomstillstånd. Temat avslutas med hur sjuksköterskor bestämmer prioriteringsnivån och att det finns faktorer som påverkar dessa beslut.

Edwards och Sines (2008) samt Fry (2012) visar att sjuksköterskors bedömning initieras redan vid första anblicken av patienterna. Målet är att särskilja de som är i akut behov av vård från de som kan vänta. Sjuksköterskor förlitar sig till sin kliniska blick för att förstå vilken situation patienterna befinner sig i. Det första sjuksköterskor uppmärksammar är hur patienter ser ut och uppför sig. I Edwards och Sines (2008) studie observerar sjuksköterskorna patienters generella utseende som kroppshållning, rörelseförmåga, ålder, hygien och kläder. Sjuksköterskorna försöker skapa sig en uppfattning till om det är normalt i förhållande till patienternas livsvärld. Ytterligare objektiva tecken kan ha en inverkan på sjuksköterskors bedömning om patienterna är i behov av akut vård. Det kan vara att patienter till exempel har ett gips som visar på tidigare behandling eller om de kommer med en remiss (ibid.). Sjuksköterskorna förlitar sig inte bara till remissen utan håller sig till praxis för att utföra en säker triagering (Edwards & Sines, 2008; Fry, 2012). Sjuksköterskorna i Edwards och Sines (2008) studie gör en intuitiv värdering som baseras på patienters fysiska eller beteendemässiga signaler i relation till graden av problemet. Fry (2012) visar att sjuksköterskor på förhand kan bedöma patienter som icke akuta. Bedömningen balanseras dock av klinisk kunskap och triageriktlinjerna för att kunna ge en rättvis och patientsäker vård.

För att patienter ska få rätt hjälp och inte bli sämre under väntetiden behöver de få en bedömning så snabbt som möjligt. När sjuksköterskor ska ta reda på vilka sjukdomar, symtom eller andra problem patienter lider av, är det viktigt att de tänker på riskerna och kommunicerar på ett systematiskt sätt till patienter och anhöriga. Detta för att inte riskera att felbedöma eller förbise patienter med allvarliga och hotande sjukdomstillstånd. Genom att ställa relevanta frågor, observera och undersöka patienter kan sjuksköterskor erhålla kunskap om patienters allmäntillstånd (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006). Sjuksköterskor är överens om att den information som patienter ger är betydelsefull (Chung, 2005). I Göransson, Ehnfors, Fonteyn och Ehrenbergs (2008) studie beskriver sjuksköterskor hur de tänker när de gör sina bedömningar i triagearbetet. Sjuksköterskor beskriver att de tar in information om patienters historia, problem, vitalparametrar och nuvarande status. Sjuksköterskor skapar hypoteser gällande möjlig diagnos. För att generera en god och korrekt bedömning behöver sjuksköterskor få en uppfattning om patienters sjukdomstillstånd. Sjuksköterskor bedömer fynd och information för att avgöra

om patienter ska träffa läkare direkt eller kan vänta. Sjuksköterskor i studien uppger att de är försiktiga med antaganden om patienters symtom, tecken och förmåga. Vid bedömningen försöker även sjuksköterskor avgöra om mer information behövs för att fatta ett beslut. Sjuksköterskor ställer frågor till sig själva för att skapa sig ett samband mellan åtgärder och patienters problem (ibid.).

Vid diffusa symtom och där vitalparametrar inte visar något avvikande, använder sjuksköterskor sin intuition (Andersson et al., 2006). Här spelar erfarenheten roll, eftersom de kan känna igen mönster från liknande fall (Göransson, Ehnfors et al., 2008) och bedöma patienterna som mer allvarliga än vad som visats (Chung, 2005). En princip i triage är att alla bör triagera på samma sätt för att bedömningen ska vara rättvis och säker. Detta ska fungera oavsett hur mycket erfarenhet sjuksköterskor har (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2012). Sjuksköterskorna i Chung (2005) tycker att triageriktlinjerna är viktiga när erfarenhet saknas. De mer erfarna sjuksköterskorna ser dem bara som ett stöd vid beslutsfattande. Elmqvist et al. (2012) menar att erfarenhet gör att sjuksköterskor blir mer avslappnade och följsamma i konversationer med patienter. Chung (2005) visar att de flesta sjuksköterskorna i studien anser att klinisk erfarenhet är avgörande i beslutsfattandet och erfarenhet gör dem mer uppmärksamma. Betydelsen av kunskap framhävs även. Sjuksköterskorna tycker att träning är en väsentlig del vid triagebesluten, där kunskap gör att relevanta frågor kan ställas till patienterna. Det genererar rätt information från patienterna och en bättre bedömning.

Triagesystemet är baserat på kliniska prioriteringar och sjuksköterskor är medvetna om att den kliniska prioriteringen kommer i första hand. Sjuksköterskorna i Andersson et al. (2006) upplever dock att det under vissa omständigheter är viktigt att sätta den praktiska situationen före den medicinska orsaken. Det kan vara omständigheter där vissa patienter med särskilda behov inte klarar av att sitta och vänta i akutmottagningens väntrum (ibid.). Eller där behandling i vissa fall inte kan erbjudas på akutmottagningen, men att symtomlindring kan ges (Edwards & Sines, 2008). Sjuksköterskor baserar även prioriteringar utifrån deras omsorg om patienter, gällande historia och symtom. Till exempel om patienter uppger att de aldrig känt en sådan smärta tidigare (Göransson, Ehnfors et al., 2008). Smärta integreras alltid i prioriteringsbeslutet. Upplever patienter smärta använder sjuksköterskor mätinstrumentet Visual Analog Scale (VAS), där patienter graderar hur intensiv deras smärta är. Vitalparametrar och kontroller är betydelsefulla för prioriteringen, särskilt vid diffusa symtom där mer information krävs (Andersson et al., 2006). Vatnøy, Fossum, Smith och Slettebø (2013) har undersökt om prioriteringen påverkas av implementeringen av en triageskala där vitalparametrar ingår i besluten. Studien visar att användandet av vitalparametrar har ökat från 4 % före implementeringen till 87 % efteråt. Effekten är att färre antal patienter prioriteras som akuta när vitalparametrar används vid beslutsfattandet.

Vid triagering sker det många felprioriteringar (Andersson et al., 2006; Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors, 2005, 2006; Chung, 2005). I Göransson et al. (2005) undersöktes hur 423 sjuksköterskor bedömde i framtagna patientfall, vilket generade 7550 triagebedömningar. Av dessa bedömningar visar sig lite mer än hälften vara rätt prioriterade, men inget av patientfallen tilldelas samma prioriteringsnivå av sjuksköterskorna. Studien visar att sjuksköterskorna gör flest korrekta bedömningar i nivå ett och fem, alltså de patienter som har störst behov av akutsjukvård respektiv minst eller inget behov (ibid.). De upplever att det är lättare att sätta korrekt prioriteringsnivå på

allvarligt sjuka eller skadade patienter (Andersson et al., 2006). Sjuksköterskor som felbedömer gör vanligtvis övertriageringar (Göransson et al., 2005, 2006). Orsaker till övertriageringar kan vara att sjuksköterskors kunskap inom ett område inte är tillräcklig (Andersson et al., 2006). Ansvaret att besluta om en prioriteringsnivå kan skapa en osäkerhet vilket kan påverka beslutsfattandet. Detta gäller särskilt vid diffusa symtom (Chung, 2005; Andersson et al., 2006). Sjuksköterskor anser att deras intuition har en inverkan på beslut om prioriteringsnivå. Om det finns en känsla av att informationen inte överensstämmer med patienternas hälsotillstånd ges oftast en övertriagering (Chung, 2005). Sjuksköterskor uppger att deras erfarenhet av vissa sjukdomstillstånd kan leda till en medveten övertriagering, eftersom de har varit med om tillfällen när patienters tillstånd drastiskt försämrats (Elmqvist et al., 2012). I Göransson et al. (2006) har sambandet mellan sjuksköterskors erfarenhet och träffsäkerhet vid triage undersökts. Resultatet visar att längre klinisk erfarenhet inte har något signifikant samband för att prioritera korrekt.

## **Sjuksköterskors kollegor i triagearbetet**

Temat visar att kollegor kring triagearbetet kan ha både positiv och negativ inverkan på sjuksköterskors beslutsfattande.

Sjuksköterskor uttrycker att de i sitt triagearbete stöter på olika utmaningar på grund av kollegor och andra yrkeskategorier, vilket kan påverka triagearbetet. Detta kan skapa frustration som gör att mindre erfarna sjuksköterskor tappar självförtroendet eller ändrar sina beslut. Dock känner sig erfarna sjuksköterskor säkrare på sina beslut, trots inverkan från andra (Chung, 2005). Sjuksköterskors kännedom om läkares förhållningssätt gentemot patienter med vissa tillstånd kan påverka bedömningen (Göransson, Ehnfors et al., 2008). Sjuksköterskor kan även känna en viss oro för kritik från läkare om det blir för många icke-akuta patienter på akutmottagningen. Detta gör att sjuksköterskors bedömning kan bli åt det säkra hållet, eftersom varken sjuksköterskor eller läkare vill förbise patienter med allvarligt sjukdomstillstånd (Elmqvist et al., 2012). När sjuksköterskor börjar tvivla på sig själva kan det påverka andra medarbetares förtroende angående om prioriteringen verkligen är rätt. Sjuksköterskor som tar över ansvaret för patienter behöver lita på att besluten är korrekt fattade. Nästan alla sjuksköterskor tvivlar dock någon gång på sjuksköterskekollegors beslut. Det är viktigt att våga rådfråga sina medarbetare, och ha mod att ändra sina prioriteringar. Erfarenhet bland sjuksköterskorna visar sig vara ett viktigt stöd, eftersom mindre erfarna sjuksköterskor kan vända sig till de med mer erfarenhet när det är svårt att fatta ett beslut. Erfarenheten skapar en trygghet för alla som är involverade i triagearbetet på akutmottagningen (Andersson et al., 2006). Konstruktiv feedback och råd från kollegor uppskattas av sjuksköterskor, eftersom de kan ta lärdom och fatta mer korrekta beslut i liknande fall i framtiden (Chung, 2005). Sjuksköterskor anser att utbildning i triageriktlinjerna har betydelse. Saknar andra medarbetare, som läkare och ambulanspersonal, liknande utbildning som sjuksköterskorna i triageriktlinjerna kan svårigheter i kommunikationen uppstå. Det visar sig att när medarbetarna har liknande utbildning och kunskap om triage stärks relationen, samt att förtroendet blir starkare mellan medarbetarna (Atack, Rankin & Then, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskor i triage samarbetar med och har förtroende för ambulanssjuksköterskors kunskap vid överlämningen av patienter. Det behöver vara en samstämmighet i informationen som ambulanssjuksköterskor och sjuksköterskor i triage på akutmottagningen ger till patienter.

Detta är viktigt för att patienterna inte ska tappa förtroendet för sjukvården, vilket kan påverka sjuksköterskornas fortsatta triagearbete (Bruce & Suserud, 2005).

## **Sjuksköterskors arbetsmiljö i triagearbetet**

I detta temat beskrivs hur sjuksköterskor påverkas av arbetsmiljön i sitt triagearbete. Olika faktorer såsom arbetsbelastning, den administrativa organisationen samt hot och våld inverkar på sjuksköterskors välbefinnande samt triagebeslut.

Många omständigheter i arbetsmiljön kan påverka sjuksköterskors triagearbete. Sjuksköterskornas arbete utförs i en miljö med hög arbetsbelastning, där många beslut och praktiska moment ska utföras (Andersson et al., 2006) I en studie av Chung (2005) framkommer det att sjuksköterskorna ofta blir avbrutna i sitt triagearbete, vilket kan leda till att viktig information om patienter inte uppfattas. I Andersson et al. (2006) anger sjuksköterskorna att triageringen oftast sker i en lugn och tillfredsställande miljö, trots hög arbetsbelastning och störningar. Sjuksköterskorna upplever att arbetsbelastningen inte är ett problem vid triagearbetet, men tror att det kan påverka prioriteringen negativt. Atack et al. (2005) rapporterar att sjuksköterskor som får utbildning, samt utvecklar sina kunskaper i triage känner en större trygghet i sitt arbete. Detta är speciellt påtagligt när arbetsbelastningen är hög. Sjuksköterskorna upplever att kunskap i riktlinjerna även ger en bättre färdighet i att organisera patientflödet, vilket kan bidra till en god patientvård. Sjuksköterskorna rapporterar att planläggningen på akutmottagningen kan vara ett hinder i att upprätthålla patienters integritet och sekretess vid triageringen. Atack et al. (2005) visar att det är viktigt att den administrativa organisationen ser behovet av stöd gällande personal och vid förändringar i arbetsmiljön. Sjuksköterskorna känner dock en oro över att det administrativa stödet inte är tillräckligt.

Pich, Hazelton, Sundin och Kable (2011) visar att sjuksköterskor utsätts för både fysiskt och psykiskt patientrelaterat våld på sin arbetsplats. Våldet kan bestå av till exempel örfilar, sparkar eller verbala trakasserier. Sjukhusmiljön innebär att det finns tillgång till bland annat vassa nålar, vilket sjuksköterskorna uppger att patienter använt mot dem. De verbala trakasserierna kan vara riktade mot sjuksköterskors familj eller hot om att få sjuksköterskor avskedade. Effekten av våld på arbetsplatsen är att sjuksköterskorna känner maktlöshet och frustration. Detta kan skapa en tveksamhet till att arbeta med triage. I Pich et al. (2011) ser sjuksköterskorna våldet som oundvikligt samt ökande i intensitet och till antal. De ser att fler patienter söker sig till akutmottagningen på grund av att det är svårt att få tid hos andra vårdgivare. Ökande patientvolym och en brist av vårdplatser på akutmottagningen och sjukhuset i helhet, leder till långa väntetider på akutmottagningen. Sjuksköterskorna upplever att väntetiderna är en utlösande faktor till patientrelaterat våld. Andra faktorer de anger som kan utlösa våldsamt beteende är alkoholförgiftningar, substansmissbruk samt ålder. Hälften av sjuksköterskorna upplever att yngre patienter är mer våldsbenägna. Sjuksköterskorna medger att de känner en viss oro för sin egen säkerhet i triagearbetet, men att de med tiden har blivit härdade. De uppger att strategierna för att hantera patientrelaterat våld på arbetsplatsen fokuserar på att bemöta våldet och inte på att förebygga det. Det visar sig även i hur arbetsplatsen är strukturerad, att det finns säkerhetspersonal och larm. Sjuksköterskorna upplever att förändringar i organisationen skulle kunna motverka känslan av att våldet är oundvikligt på arbetsplatsen (ibid.).

## **Sjuksköterskors förhållningssätt till patienter i triagearbetet**

Temat belyser sjuksköterskors attityder och åsikter kring patienter som triageras. Patienter förväntas känna till hur akutmottagningen fungerar och sjuksköterskors förhållningssätt kan ha en påverkan på patientrelaterat våld

Sjuksköterskor som arbetar med triage förväntar sig att patienter ska veta hur akutmottagningen fungerar och när de förväntas söka sjukvård. Sjuksköterskor förutsätter många gånger att patienter som medvetet väntar med att söka vård på akutmottagningen inte är i akut behov av vård. Sjuksköterskorna tror att dessa patienter väntar på ett mer passande tillfälle, vilket gör att patienternas trovärdighet ifrågasätts. Patienterna anses därmed utnyttja akutens tillgänglighet (Edwards & Sines, 2008). Sjuksköterskorna i studien av Pich et al. (2011) har uppfattningen att särskilt yngre patienter ser sjukvården som en rättighet snarare än ett privilegie. Patienterna upplevs ha orealistiska förväntningar gällande väntetiderna samt vårdprocessen. Sjuksköterskorna tror dock att patienterna saknar förståelse för hur akutmottagningen och triagesystemet fungerar. Sjuksköterskorna i Fry (2012) förutsätter att patienterna inte söker sig till akutmottagningen med enklare sjukdomstillstånd utan att ha utfört egenvård. Receptfria läkemedel som febernedsättande eller smärtstillande förväntas ha tagits, men det är inte alltid patienterna är medvetna om detta. I en sådan situation intar sjuksköterskorna en lärande roll där de förklarar för patienterna hur de bör agera nästa gång. Enkla sjukdomstillstånd upplevs av sjuksköterskorna som slöseri med akutens resurser och att dessa patienter därför påverkar patientsäkerheten (ibid.).

I studien av Pich et al. (2011) uttrycker sjuksköterskor att det är svårt att vara empatisk när de har kontakt med otrevliga eller våldsamma patienter. Sjuksköterskor gör skillnad gällande våldsamma patienter, att våldet kan vara avsiktligt eller oavsiktligt. Sjuksköterskorna har en större förståelse till det oavsiktliga våldet, där patienterna inte kan kontrollera sina handlingar och ta ansvar för dem. Några sjuksköterskor i studien tror att patienter i lägre socioekonomiska grupper är mer våldsbenägna än andra samhällsklasser. Sjuksköterskorna beskriver dem som ovårdade med tatueringar. I förhållandet till patienterna i väntrummet har sjuksköterskorna en känsla av oss mot dem (ibid.). Sjuksköterskorna i Elmqvist et al. (2012) upplever tidspressen i sitt arbete som stressande. De använder den ibland som en sköld mot informations- och kommunikationsbehov på akutmottagningen. Sjuksköterskorna upplever att det tar tid att diskutera och förklara för patienterna, vilket gör att de många gånger väljer vilken information patienterna ska få. Den upplevda stressen gör att sjuksköterskorna kan uppfattas som att de inte har tid att ta kontakt eller prata med patienterna mer än nödvändigt. Pich et al. (2011) beskriver att en del sjuksköterskor ibland har en lite ohövlig och nedlåtande ton när de framför svar till patienterna. Det slags bemötande gör att de sjuksköterskorna är mer utsatta gällande patientrelaterat våld på arbetsplatsen än andra.



# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Metoden som användes i denna studie var en litteraturöversikt. Eftersom syftet var att sammanställa och belysa forskning som beskriver sjuksköterskors triagearbete på akutmottagningen, ansågs vald metod lämplig. Enligt Friberg (2012) används en litteraturöversikt till att skapa en överblick av kunskapsläget inom ett område. Den kan även användas för att träna på att genom ett strukturerat arbetssätt ställa samman redan publicerade forskningsresultat. Nackdelen med en litteraturöversikt är dock att det finns en risk för selektivt urval och att mängden data till viss del är begränsad (ibid.). Författarna har följt inklusions- och exklusionskriterierna för att minimera risken för selektivt urval av studierna. Eftersom arbetet är en kandidatuppsats på grundnivå har tiden varit begränsad. Litteraturöversikten är därför en allmän litteraturöversikt, till skillnad från en systematisk litteraturöversikt som enligt Friberg (2012) är mycket mer omfattande.

I urvalet gjordes en tidsbegränsning från år 2004-2014 för att den senaste forskningen skulle sammanställas. Det innebär att flertalet tidigare forskningsstudier som kunde ha passat syftet ej inkluderades. Det medför dock att studiens resultat speglar vad forskningen har fokuserat på de senaste 10 åren. Detta kan ses som en styrka eftersom Östlundh (2012) menar att vetenskapligt material är en färskvara.

Om det under datainsamlingen uppstår en oenighet kring om en studie bör inkluderas eller inte, väljs den ändå med för fortsatt granskning (Rosén, 2012). En artikel föll bort när det i granskningen upptäcktes att inklusionskriterierna inte uppfylldes eftersom det var omöjligt att specifikt urskilja triagearbete i den. Andra orsaker till exklusion kan enligt Rosén (2012) vara dubbelpublikation. I databasen CINAHL med sökorden "triage AND emergency department AND experience" återfanns det två artiklar från tidigare sökningar. Även i databasen Medline med sökorden "triage AND emergency department AND attitude" återfanns tre artiklar från tidigare sökningar. Sökningen i SweMed+ resulterade i en artikel som redan inkluderats. Detta kan tyda på att en viss mättnad uppstått i de sökorden eller en brist på variation i sökorden. Beskrivningen av bortfallen förklarar varför siffrorna vid vissa sökningar inte stämmer i Bilaga 2.

För att stärka den vetenskapliga kvaliteten kvalitetsgranskades de empiriska studierna utifrån Carlsson och Eimans (2003) granskningsmallar för kvantitativa och kvalitativa studier. Granskningsmallarna har anpassats utifrån studiens syfte för att kunna poängsätta om urvalet representerar sjuksköterskor som arbetar med triage, se Bilaga 3 och 4. Artiklarna granskades tillsammans, förutom en som granskades på var sitt håll för att sedan jämföras. Detta gjordes för att upptäcka om granskningen påverkades av varandras påtryckningar eller var en likvärdig och objektiv granskning. Ingen av artiklarna uteslöts på grund av bristande kvalitet. Eftersom granskningsmallarna var mycket utförliga fick författarna en ökad inblick i studiernas innehåll, vilket kom till nytta i analysen. Granskningen visade även att de flesta studierna höll en hög vetenskaplig kvalitet vilket kan ses som en styrka.

Av de vetenskapliga artiklar som valdes var majoriteten av studierna utförda i Sverige. Studier utförda i Norge, Kanada, Australien, Kina och England finns även de representerade. Det ger till en viss del ett internationellt perspektiv, men studierna har inte

analyserats utifrån ett kulturellt perspektiv. I studierna arbetar sjuksköterskorna utifrån liknande triageriktlinjer. Studien från Kina skiljer sig något eftersom de inte hade något specifikt triagesystem att utgå ifrån. Studiens resultat utvärderade dock inte reliabiliteten i triageriktlinjerna utan sjuksköterskornas upplevelser av att triagera. Eftersom studien var utförd i Hongkong som under en lång tid tillhörde Storbritannien, ansågs kunskapen studien genererade vara överförbar. Författarna anser att denna studiens resultat i stora delar är överförbar till den svenska hälso- och sjukvårdens triagearbete.

## **Resultatdiskussion**

Det framkommer i resultatet av denna studie att sjuksköterskor upplever ett stort ansvar över att sätta rätt prioriteringsnivå. Detta i sin tur skapar ibland en osäkerhet hos sjuksköterskor, vilket kan påverka beslutet. Osäkerheten är speciellt påtaglig när sjuksköterskor triagerar patienter som har diffusa symtom (Chung, 2005; Andersson et al., 2006). Sjuksköterskor anger att de använder sig av sin intuition i bedömningen och att det kan leda till övertriagering (Chung, 2005). Sjuksköterskor medger även att de medvetet övertriagerar patienter med vissa sjukdomstillstånd, där deras erfarenhet av tidigare patienter har en påverkan (Elmqvist et al., 2012). Vatnøy et al. (2013) undersökning av implementationen av en femgradig triageskala där vitalparametrar ingår, visar att när sjuksköterskor ökade användningen av vitalparametrar i sina triagebeslut resulterade det i att färre patienter triagerades som akuta (ibid.). Tidigare forskning visar att triagesystem som har femgradiga triageskalor ger en mer korrekt triagering, jämfört med tre- och fyrgradiga skalor (Fernandes et al., 2005). Göransson, Eldh et al. (2008) belyser att patienter som undertriageras får vänta längre tid på att träffa läkare. Patienter som övertriageras utsätts inte för en direkt medicinsk risk, men risken är att sjukvårdspersonalen och sjukvårdsplatserna felprioriteras. Effekten är att patientsäkerheten äventyras (ibid.). Brister i vårdorganisationen och uppskjuten vård kan leda till vårdlidande (Wiklund, 2003). Ovan visar att val av triagesystem påverkar patientsäkerheten och att utveckling kan leda till säkrare triageringar. Sjuksköterskor behöver vara medvetna om att deras intuition, osäkerhet och erfarenhet kan ha en negativ påverkan på deras bedömningar, vilket kan leda till vårdlidande.

Denna studie visar också att sjuksköterskor i triagearbetet upplever att erfarenhet är betydelsefullt när beslut ska tas (Chung, 2005; Fry, 2012; Göransson, Ehnfors et al., 2008). Sjuksköterskor använder sig av erfarenhet när de ser samband mellan nuvarande patienter och tidigare fall (Göransson, Ehnfors et al., 2008). Erfarenhet gör sjuksköterskor mer uppmärksamma (Chung, 2005) och kan även vara ett stöd i konversationen med patienter och i beslutsfattandet. Principen med triageriktlinjer är dock att erfarenhet inte ska vara ett nödvändigt kriterium för att kunna arbeta med triage (Elmqvist et al., 2012). I Göransson et al. (2006) framkommer det dessutom att ingen evidens finns som talar för att sjuksköterskors erfarenhet skulle innebära en mer korrekt triagering för patienter på akutmottagningen. Ovanstående styrks av Considine, Botti och Thomas (2007) som i sin sammanställning av olika forskningsstudier inte kunnat hitta något signifikant samband mellan sjuksköterskors erfarenhet och beslutsfattande. Samstämmigheten mellan besluten är oberoende sjuksköterskors erfarenhet (ibid.). Det intressanta är att sjuksköterskor upplever att erfarenhet är viktigt i deras triagearbete, men forskningen visar att det inte ger en mer korrekt triagering. Samtidigt är det värt att notera att sjuksköterskor finner ett stöd i erfarenhet och lättare kan kommunicera med patienter. Detta skulle kunna tyda på att

erfarenhet har betydelse, men inte är det huvudsakliga i att utföra en korrekt triagebedömning. Sjuksköterskor bör därmed inte förlita sig helt till sin erfarenhet. Risken är annars att sjuksköterskors erfarenhet leder till förlegad kunskap om sjuksköterskor fortsätter att arbeta som de alltid har gjort.

Det visar sig att kunskap ger sjuksköterskor en djupare förståelse om patienter. Sjuksköterskor kan med sin kunskap ställa relevanta frågor, observera och undersöka patienter för att göra sin bedömning (Andersson et al., 2006). Detta genererar en mer korrekt triagering (Göransson, Ehnfors et al., 2008). Sjuksköterskor som får utbildning och kunskaper inom triage känner sig tryggare i sin roll (Atack et al., 2005). Considine et al. (2007) visar att utbildning av erfarna sjuksköterskor som arbetar med triage, signifikant ökade samstämmigheten mellan deras beslut. Enligt HSL (SFS 1982:763), 2 § har alla rätt till en vård på lika villkor. Detta tyder på att sjuksköterskors kunskap är viktig i triagearbetet, eftersom alla patienter ska ha samma förutsättningar till att få en jämlik och god vård. Viktigt är att poängtera att enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning ska sjuksköterskors arbete utföras enligt gällande författningar. Sjuksköterskor har en skyldighet att fortlöpande engagera sig i sin professionella kompetensutveckling eftersom arbetet ska baseras på den senaste evidensen.

För att stärka samstämmigheten mellan sjuksköterskor och kollegor är utbildning en viktig faktor. Att organisationen investerar i utbildning motiverar och signalerar till medarbetare att de är viktiga (Kihlgren et al., 2009). Denna studie visar att gemensam utbildning och kunskaper i triage stärker relationer och att förtroendet blir starkare mellan kollegorna (Atack et al., 2005).

Resultatet visar också att sjuksköterskor ibland anpassar sina triagebedömningar för att foga sig efter läkare (Göransson, Ehnfors et al., 2008; Elmqvist et al., 2012). Historiskt sett har sjuksköterskor stått under läkares direkta ledning. Sjuksköterskors yrkesstolthet utgick från huruvida läkares behov tillfredsställdes och om de var nöjda med sjuksköterskornas arbetsinsatser. Det går att jämföra sjuksköterskors status med kvinnors underlägsenhet i det mansdominerade samhället (Kihlgren et al., 2009). Det är allmänt känt att sjuksköterska är ett kvinnodominerande yrke. Denna studie visar att sjuksköterskor fortfarande kan känna sig underlägsna läkare. Det är inte rimligt att sjuksköterskor ska känna på det sättet. Florin (2009b) visar i omvårdnadsprocessen att sjuksköterskor gör en egen bedömning, baserad på kunskap och färdigheter. I denna studien visar Andersson et al. (2006) att stöd från erfarna sjuksköterskekollegor kan hjälpa vid svåra beslut (ibid.). Osäkra sjuksköterskor kan på det sättet få stöd att behärska omvårdnadsprocessen, och därmed bli säkrare i sin bedömning och försvara den.

Sjuksköterskor upplever att arbetsmiljön påverkar triagearbetet. Patienter kan bli felprioriterade på grund av missad information, störningsmoment eller hög arbetsbelastning (Andersson et al., 2006). Sjuksköterskor rapporterar även att patienters integritet och sekretess kan äventyras på grund av arbetsmiljön (Atack et al., 2005). I en studie av Broadbent, Moxham och Dwyner (2014) framkommer det att sjuksköterskor är medvetna om att obehöriga kan höra patienters samtal vid triagering, vilket äventyrar patienters integritet och sekretess. Följderna blir att akutmottagningens fysiska miljö påverkar sjuksköterskors kommunikation med patienterna. Sjuksköterskor upplever att vissa frågor inte kan ställas och att de måste tänka på vad de frågar patienterna. Detta ökar stressen för både sjuksköterskor och patienter (ibid.). Det bör betonas att sjuksköterskor

alltid har ett ansvar att värna om patienters integritet och sekretess. Tänkvärt är att patientsäkerhetslagen 4 §, kap. 6, i SFS 2010:659 visar att hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Dessutom beskrivs det tydligt i Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning att sjuksköterskor ska ha förmågan att reflektera, motivera och medverka till att utveckla en god vårdmiljö. Sjuksköterskor ska värna om estetiska aspekter i vårdmiljön, medverka i arbetsmiljöarbetet, samt uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa (ibid.). Sjuksköterskor upplever att organisationen ibland är ett hinder i deras strävan efter att förbättra och förändra arbetsmiljön (Atack et al., 2005). Det är alltså viktigt att den administrativa ledningen samarbetar med hälso- och sjukvårdspersonalen för att förändra och bidra till en bättre arbetsmiljö och godare patientsäkerhet.

Vidare i resultatet framkommer det att patientrelaterat våld har en inverkan på sjuksköterskors arbetsmiljö. Sjuksköterskor uppfattar att våldet från patienter mot vårdpersonal på akutmottagningen ökar i både intensitet och volym. Våldet i arbetsmiljön har en negativ påverkan på sjuksköterskors välbefinnande. Sjuksköterskorna upplever att utlösande faktorer till våldet i arbetsmiljön är långa väntetider, alkohol- eller drogpåverkan och patienternas ålder (Pich et al., 2011). Även sjuksköterskorna i Lau, Magarey och Wiechulas (2012) studie upplever detta samband. Konsekvensen av detta gör att sjuksköterskorna främst uppmärksammar dessa upplevda faktorer och förbiser andra anledningar till våldsamt eller aggressivt beteende. Sjuksköterskorna kan på grund av detta omedvetet orsaka en upptrappning i patienters våldsamma beteende (ibid.). Detta tyder på att våld är mer komplext än vad sjuksköterskorna uppfattar det.

Dessutom menar Lau et al. (2012) att sjuksköterskors förhållningssätt är betydelsefullt för att minska våldet vid triage. Sjuksköterskor måste kunna möta dessa patienter med empatisk kommunikation (ibid.). Dock visar resultatet att sjuksköterskor tycker att det är svårt att vara empatisk mot otrevliga eller våldsamma patienter (Pich et al., 2011). Enligt Lau et al. (2012) behöver sjuksköterskor behärska kommunikationstekniker för att kunna möta dessa patienter på ett professionellt sätt. I Elmqvist et al. (2012) framkommer det dock att sjuksköterskors förhållningssätt när de informerar och kommunicerar kan kopplas till patientrelaterat våld. Sjuksköterskor känner sig stressade och upplever att de inte har tid att diskutera och informera patienter mer än nödvändigt. Pich et al. (2011) beskriver att sjuksköterskor ibland kan ha en ohövlig och nedlåtande ton när de talar med patienter. Möller et al. (2010) beskriver att information kan skapa frustration, men att adekvat information vanligtvis har positiva effekter. Både Möller et al. (2010) och Lau et al. (2012) nämner att brist på information under väntetiden kan vara en faktor som skapar missnöje hos patienter. Lau et al. (2012) beskriver att patienter som väntar eller har frågor måste bemötas med snabba, korrekta och objektiva svar av sjuksköterskor. Det kan skapa en logisk förklaring till varför patienter behöver vänta. Att ignorera eller inte ge patienter tillräcklig information kan provocera fram våldsamma incidenter (ibid.). Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning beskriver att en helhetssyn på människan och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra sjuksköterskors arbete (ibid.). Därför är det viktigt att sjuksköterskor är medvetna om att deras förhållningssätt och hur de kommunicerar till patienter kan vara provocerande. Sjuksköterskor måste kunna vara professionella i sitt agerande mot patienter och medarbetare.

Enligt ICN:s etiska kod (2012) och Sahlsten et al. (2007) har sjuksköterskor ansvar att ge patienter adekvat information för att de ska kunna bli delaktiga i sin vård. Sahlsten et al.

(2007) visar även att en vårdrelation är viktig för delaktigheten, vilken grundas i ömsesidig kontakt mellan sjuksköterskor och patienter. Delaktighet är ett av kraven för att målet med god vård ska uppfyllas (Socialstyrelsen, 2012). I Elmqvist et al. (2012) verkar sjuksköterskor undanhålla patienter information på grund av upplevd stress. Det kan tyda på att förutsättningarna för att utföra god vård inte uppfylls och att det inte bara är ett bristande förhållningssätt från sjuksköterskors sida, utan även ett organisatoriskt problem.

Resultatet av denna studie visar att sjuksköterskor har olika förhållningssätt mot patienter som söker vård på akutmottagningen. I Fry (2012) förväntar sig sjuksköterskor att patienter söker akutvård när de har behov av det, eftersom det annars upplevs som slöseri med akutens resurser (ibid.). Sjuksköterskor förväntar sig även att patienter ska veta hur akutmottagningen fungerar (Edwards & Sines, 2008). Enligt HSL (SFS 1982:763), 2 § ska hälso- och sjukvård ges med respekt för människors lika värde. När sjuksköterskor har förväntningar på hur patienter ska bete sig, visar det på ett förhållningssätt som inte utgår från en helhetssyn på människan. Konsekvensen av detta kan bli onödigt vårdlidande för patienter som inte blir bemötta med respekt. I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning poängteras att sjuksköterskors arbete ska utgå från en helhetssyn på människan.

## **Konklusion och klinisk implikation**

Denna studies resultat visar att sjuksköterskors profession är viktig i bedömning och bemötande med patienter som söker hälso- och sjukvård på akutmottagningen, men även i förhållande till kollegor. Det framgår även att sjuksköterskors personliga egenskaper kan påverka triagearbetet. I det praktiska vårdarbetet innebär det att sjuksköterskor tillsammans kan stärka professionen och därmed bli säkrare i sina triagebeslut. För att motverka de negativa effekter sjuksköterskors egenskaper orsakar patienter, behövs en god självkänedom. Reflexion över sitt förhållningssätt och att alltid utgå från en helhetssyn på människan är av yttersta vikt i kontakt med patienter. I studien framkommer även att sjuksköterskors triagearbete påverkas av hög arbetsbelastning. Med ett ökat söktryck samt längre väntetider på akutmottagningen har organisationen ett ansvar över att se sjuksköterskors behov av stöd för att målet med god vård ska kunna uppfyllas.

Studiens resultat är till nytta i den kliniska verksamheten eftersom den visar att organisationen kan utveckla verksamheten ytterligare för att ge sjuksköterskor ökat stöd i sitt triagearbete. Kan den upplevda stressen för sjuksköterskor minska, innebär det att patienter kan få mer information och därmed bli mer delaktiga i sin vård, vilket är ett av målen i god vård. Studiens resultat visar även att patienters välbefinnande kan öka om sjuksköterskor i triagen blir medvetna om sitt förhållningssätt och ser människan ur ett helhetsperspektiv. För sjuksköterskor i allmänhet bidrar denna studie med en ökad förståelse för komplexiteten i triagearbetet på akutmottagningen. Kunskapen är av godo i kontakten medarbetare emellan och minskar risken för missförstånd och osämja. I Sverige är det relativt nytt att arbeta utifrån gemensamma triageriktlinjer på akutmottagningen. Därför är det viktigt att mer forskning bedrivs inom området för att utveckla sjuksköterskors roll i triagearbetet på akutmottagningen.

## REFERENSER

Artiklar markerade med \* är med i resultatet.

\* Andersson, A., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 136-145. doi:10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x

\* Atack, L., Rankin, J. A., & Then, K. L. (2005). Effectiveness of a 6-week online course in the Canadian Triage and Acuity Scale for emergency nurses. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 436-441. doi:10.1016/j.jen.2005.07.005

\* Bruce, K., & Suserud, B. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 201-209. doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00124.x

Broadbent, M., Moxham, L., & Dwyer, T. (2014). Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with a mental illness at triage in an Australian context. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(1), 23-29. doi:10.1016/j.aenj.2013.11.002

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"* (Rapport nr. 2). Från [http://portal.omv.lu.se/publicfiles/uppsatsanvis/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://portal.omv.lu.se/publicfiles/uppsatsanvis/rapport_hs_05b.pdf)

\* Chung, J. Y. M. (2005). An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident & Emergency Nursing*, 13(4), 206-213. doi:10.1016/j.aen.2005.08.003

Considine, J., Botti, M., & Thomas, S. (2007). Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? *Academic Emergency Medicine*, 14(8), 722-726. doi:10.1197/j.aem.2007.04.015

\* Edwards, B., & Sines, D. (2008). Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2444-2451. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01970.x

\* Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work. *International Emergency Nursing*, 20(3), 113-119. doi:10.1016/j.ienj.2011.07.007

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2. uppl.). Göteborg: Nordstedts Förlag.

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*, 19(72)(8 December). doi:10.1186/1757-7241-19-72

Fernandes, C. M. B., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., Rosenau, A. M., ... Suter, R. E. (2005). Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five-Level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing*, 31(1), 39-50. doi:10.1016/j.jen.2004.11.002

Florin, J. (2009a). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg, & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 47-80). Lund: Studentlitteratur.

Florin, J. (2009b). Omvårdnadsbehov och omvårdnadsdiagnostik. I A. Ehrenberg, & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 83-118). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

\* Fry, M. (2012). An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems. *International Emergency Nursing*, 20(3), 120-125. doi:10.1016/j.ienj.2011.09.002

Göransson, K. (2006). *Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making* (Doctoral dissertation, Örebro university, Department of Health Sciences). Från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-732>

\* Göransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E., & Ehrenberg, A. (2008). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 163-172. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x

\* Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2005). Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 432-438. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00372.x

\* Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2006). Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident & Emergency Nursing*, 14(2), 83-88. doi:10.1016/j.aen.2005.12.001

Göransson, K., Eldh, A.C., & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

Göransson, K., & von Rosen, A. (2009). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18(1), 36-40. doi:10.1016/j.ienj.2009.10.001

International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 13 november, 2013, från [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

Iserson, K.V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275-281. doi:10.1016/j.jen.2007.11.013

- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kihlgren, M., Engström, B., & Johansson, G. (2009). *Sjuksköterska med uppdrag att leda* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Lau, J. B. C., Magarey, J., & Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International Emergency Nursing*, 20(3), 126-132. doi:10.1016/j.ienj.2011.08.001
- McCallum Pardey, T. G. (2006). The clinical practice of Emergency Department Triage: Application of the Australian Triage Scale – An extended literature review. Part I: Evolution of the ATS. *Australian Emergency Nursing Journal*, 9(4), 155-162. doi:10.1016/j.aenj.2006.09.003
- Möller, M., Fridlund, B., & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 746-754. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x
- Olofsson, P., Carlström, E. D., & Bäck-Pettersson, S. (2012). During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *International Emergency Nursing*, 20(4), 207-213. doi:10.1016/j.ienj.2012.03.006
- \* Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: a qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 19(1), 12-19. doi:10.1016/j.ienj.2009.11.007
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 429-443). Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., Lindencrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01660.x
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 18 februari, 2014, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 2 mars, 2014, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/?bet=2010:659](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/?bet=2010:659)
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 13 november, 2013, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)



Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig- Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 18 november, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar* (rapport, nr 2013-12-2). Hämtad 3 mars, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19259/2013-12-2.pdf>

\* Vatnøy, T. K., Fossum, M., Smith, N., & Slettebø, Å. (2013). Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(2), 89-96. doi:10.1016/j.ienj.2012.06.004

Widgren, B. R. (2012). *Retts – akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization. (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad 27 november, 2013 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

# BILAGOR

## ESS-algoritm i RETTS

## Bilaga 1

### 5. RETTS

#### - Bröstmärta/Bröstorgsmärta UNS R07.4

- Nyttillkommet vänstergrenblock  
- ST-höjning  
- Thorakal plötsligt smärta med vegetativa symtom (kallsvett, illamående) eller syncope

- Ischemitecken på EKG + pågående bröstmärta  
- Nyligen/pågående brsm med vegetativa symtom (kallsvett, illamående)  
- Brsm/bröstorgssmärta+dyspné  
- Brsm som kommer i vila och/eller vid ringa ansträngning  
- Brsm + syncope

- Måttlig/lätt brsm men med normalt EKG  
- Riskfaktorer

-Inget av ovanstående

#### Triageåtgärd: EKG

#### Rekommendationer enligt RETTS

-  Röda prover
-  Orange prover
-  Gula prover
-  Inga prover

RETTS© 2012

#### Faktaruta somatik

Bröstmärta är den vanligaste sökorsaken inom akutsjukvården. Ofta beskrivs bröstsmärtan som diffus och med oklar lokalisation. Viktigt är duration, dvs när började bröstsmärtan och vad gjorde patienten då. Kommer bröstsmärtan vid ansträngning, kyla eller är den andningskorrelerad ?

Med vegetativa symtom menas blek, kallsvettig och kladdig hud samt illamående patient.

Finns det riskfaktorer för ischemisk hjärtsjukdom som tidigare kardiovaskulär sjukdom (även Claudicatio intermittens, stroke, TIA), hypertoni, rökning, diabetes, hyperlipidemi, ärflighet? Förekomst av en eller flera riskfaktorer ökar sannolikheten för att akut koronart syndrom kan föreligga och stärker indikationen för utredning vid akut bröstsmärta.

Ett normalt EKG utesluter inte akut koronart syndrom. Ett patologiskt EKG bekräftar inte akut koronart syndrom.

En vanlig orsak till patologiskt EKG är att det felkopplat. Är EKG felkopplat ???

**Processåtgärd prehospital:** Enligt prehospital organisation

**Processåtgärd hospital:** TNI-serie på röd, orange och gul prio.

#### Reevaluering:

Vid återkommande eller förvärrad bröstsmärta under vård på akuten skall patientens symtom och tecken återigen värderas enligt algoritmen.

## Litteratursökning

## Bilaga 2

Databas	Sökord/Datum	Begränsningar	Antal träffar	Förkastade	Utvalda artiklar
CINAHL	triage AND nurse AND emergency department AND professional practice 2014-01-14	Peer reviewed, 2004-2014	2	***1	1
	triage AND emergency department AND nurse role 2014-01-14	Peer reviewed, 2004-2014	14	*10 **3 ***1	0
	Triage AND emergency AND attitude AND nurse 2014-01-15	Peer reviewed, 2004-2014	18	*15 **1 ***2	0
	Nurse AND Attitudes AND triage AND emergency 2014-01-15	Peer reviewed, 2004-2014	50	*40 **3 ***5	2
	Nursing AND Nurs* AND Attitudes AND triage AND emergency AND professional practice 2014-01-15	Peer reviewed, 2004-2014	16	*14 **2	0
	Triage AND emergency AND communication AND nurs* AND nurse 2014-01-18	Peer reviewed, 2004-2014	31	*24 **4 ***2	1
	Triage assessment AND emergency department 2014-01-23	Peer reviewed, 2004-2014	74	*61 **9 ***1	3
	Triage AND emergency department AND experience 2014-01-23	Peer reviewed, 2004-2014	90	*77 **5 **4	1
	triage AND emergency department AND pain AND nurs* 2014-01-24	Peer reviewed, 2004-2014	53	*51 **1 ***1	0

MEDLINE (EBSCO)	triage AND emergency department AND professional practice 2014-01-14	2004-2014	6	*4 ***2	0
	Emergency department AND prioritize 2014-01-15	2004-2014	50	*49 **1	0
	emergency department AND prioritizing 2014-01-15	2004-2014	27	*20 **2 ***3	2
	triage AND emergency department AND attitude 2014-01-15	2004-2014	87	*66 **9 ***7	2
SveMed+	Triage AND emergency department AND nurse 2014-01-15	Peer reviewed, 2004-2014	12	*11	0

\*Antal förkastade efter läsning av titel

\*\* Antal förkastade efter läsning av sammanfattning

\*\*\*Antal förkastade efter läsning av hela artikeln

## Granskningsmall kvalitativ studie

## Bilaga 3

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Sjuksköterskor som arbetar med triage	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citatt, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
Titel:				
Författare:				

## Granskningsmall kvantitativ studie

## Bilaga 4

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Sjuksköterskor som arbetar med triage	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p %
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

## Översiktstabell analyserade artiklar

## Bilaga 5

Författare Årtal Land Titel	Studiens syfte	Metod	Huvudresultat	Studiens kvalitet
Andersson et al. (2006) Sverige  <i>Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions.</i>	Beskriva sjuksköterskors triagering av patienter på en akutmottagning, samt vilka faktorer sjuksköterskan beaktar vid prioriteringar, kopplat till beslutsfattandet	Kvalitativ metod. Observationer och semi-strukturerade intervjuer med 19 sjuksköterskor. Kvalitativ innehållsanalys	Bedömningen påverkas av både interna och externa faktorer som tillsammans med patientens sökorsak leder till en prioritering. Interna faktorer är sjuksköterskans personlighet och färdigheter medan externa faktorer är arbetsmiljön.	Grad I (94 %)
Atack et al. (2005) Kanada  <i>Effectiveness of a 6-week Online Course in the Canadian Triage and Acuity Scale for Emergency Nurses</i>	Utvärdera en Internetbaserad kurs i en 5-gradig triageskala (CTAS) och hur den påverkar triagesjuksköterskans kliniska praxis	Kvalitativ metod. Journalanteckningar och systematiska intervjuer med 23 sjuksköterskor. Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna upplevde att kursen förbättrade deras triagering samt datorvana. Kommunikationen blev bättre mellan personalen, patienter och anhöriga. Granskningarna av journalanteckningarna visade på en hög noggrannhet i triageringen.	Grad III (67 %)
Bruce & Suserud (2005) Sverige  <i>The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses</i>	Utforska sjuksköterskors erfarenheter av att ta emot patienter från ambulans.	Kvalitativ metod. Intervjuer med 6 sjuksköterskor. Livsvärldsfenomenologisk analys	Kommunikationen mellan sjuksköterskan och ambulanspersonal. Ideala och ej ideala överlämnande beskrivs.	Grad I (81 %)
Chung (2005) Kina  <i>An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong</i>	Få en förståelse för sjuksköterskors erfarenheter kring beslut i triage och det kontextuella inflytandet.	Kvalitativ metod, deskriptiv. Ostrukturerade öppna intervjuer med 7 sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna har positiva erfarenheter kring triage men kan känna frustration och osäkerhet. Flertalet faktorer inverkar på deras beslutsfattande, t.ex. intuition och tid.	Grad I (81 %)
Edwards & Sines	Skapa en teori om hur	Kvalitativ metod.	Sjuksköterskorna som	Grad I

(2008) England  <i>Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage</i>	akutsjuksköterskor gör den initiala bedömningen i triageringen.	Inspelning (38st) av 17 sjuksköterskors triagering, med efterföljande intervju. Grundad teori.	triagerar avgör trovärdigheten i de objektiva symtomen, utifrån patienternas utseende och hur de framställer sitt problem.	(85 %)
Elmqvist et al. (2012) Sverige  <i>Trapped between doing and being: First providers' experience of "front line" work</i>	Beskriva och förstå undersköterskors, sjuksköterskors och läkares erfarenheter av att vara i första linjen på akutmottagningen.	Kvalitativ metod. Öppna intervjuer med 1 undersköterska, 4 sjuksköterskor, 3 läkare. Livsvärldsfenomenologi och reflekterande livsvärldsansats.	Att arbeta på första linjen är att ständigt befinna sig mellan att vara på alerten för akut sjuka och att skapa en god relation med patienter och anhöriga.	Grad I (85 %)
Fry (2012) Australien  <i>An ethnography: Understanding emergency nursing practice belief systems</i>	Få insikt i hur vårdklimatet kan påverka sjuksköterskans triagearbete.	Kvalitativ metod. Observation och intervjuer med 10 sjuksköterskor. Etnografisk metod.	7 övertygelser som influerar sjuksköterskornas triagearbete identifierades. Ex. patienterna ska inte komma med förväntningar. Övertygelserna fanns i vårdklimatet på akutmottagningen och kunde vara till en nackdel för patientens förväntningar.	Grad II (79 %)
Göransson et al. (2005) Sverige  <i>Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage</i>	Undersöka hur träffsäkert och överensstämmande sjuksköterskor på akutmottagningen graderar patienter.	Kvantitativ metod. Enkät med 18 patientfall fördelade på 423 sjuksköterskor. Beskrivande statistisk analys.	Stor variation på bedömningarna. 57.7 % bedömde rätt. 28.4 % övertriagerade, 13.9 % undertriagerade. Bedömningarna av nivå 1 och 5 var mer träffsäkra än nivå 2-4.	Grad I (87 %)
Göransson et al. (2006) Sverige  <i>Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions?</i>	Identifiera ett samband mellan sjuksköterskans personliga attribut och triagering av patientfall.	Kvantitativ metod. Enkät med 40 patientfall och 11 frågor om personliga attribut, 423 sjuksköterskor. Beskrivande och statistisk inferens analys.	Inget samband mellan personliga attribut som utbildning och erfarenhet, och sjuksköterskornas förmåga att triagera.	Grad I (87 %)



Göransson et al. (2008) Sverige  <i>Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage</i>	Beskriva och jämföra sjuksköterskors tankemönster vid triagering på akutmottagningen med hur korrekt de triagerar.	Kvalitativ metod. Tänk högt protokoll, med 8 sjuksköterskor; fyra från vardera gruppen, låg eller hög beömningsnivå. Urval från tidigare studie Göransson et al. (2005) Deduktiv kvalitativ innehållsanalys, med tankestrategier beskrivna av Fonteyn (1998).	14 tankestrategier från Fonteyns 17 identifierades. Sätten att tänka på vid bedömningarna hade inte någon större betydelse för utfallet och variationer fanns i båda grupperna.	Grad I (96 %)
Pitch et al. (2011) Australien  <i>Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study</i>	Beskriva en grupp triagesjuksköterskors erfarenheter under den senaste månaden gällande patientrelaterat våld på arbetsplatsen	Kvalitativ metod: Semistrukturerade intervjuer med 6 sjuksköterskor. Beskrivande kvalitativ innehållsanalys.	Alla sjuksköterskorna upplevde patientrelaterat våld. Orsakande faktorer identifierades som ex. långa väntetider och missbruk.	Grad I (83 %)
Vatnøy et al. (2013) Norge  <i>Triage assessment of registered nurses in the emergency department</i>	Utvärdera beslutsfattande i triagen före och efter implementering av triageskalan METTS-A på en akutmottagning.	Kvantitativ metod. Enkät före med 655 sjuksköterskor, efter 9 månader med 413 sjuksköterskor. Beskrivande och jämförande statistik	Före: 96 % använde inte vitalparametrar i prioriteringen, 40 % baserades på symtom och tecken. Efter: 87 % använde vitalparametrar vid prioriteringen. Färre prioriterades som akuta.	Grad I (85 %)