

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV
TRIAGEPROCESSEN PÅ EN
VUXENPSYKIATRISK AKUTMOTTAGNING**

En empirisk studie

**NURSES' EXPERIENCE OF TRIAGE PROCESS IN
THE PSYCHIATRIC A&E DEPARTMENT FOR
ADULTS**

An empirical study

Examensarbete i omvårdnad

15 högskolepoäng

Grundnivå

Vårterminen 2014

Författare: Milos
Miljatovic

SAMMANFATTNING

Titel: Sjuksköterskors upplevelser av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk mottagning-en empirisk studie

Författare: Milos Miljatovic

Institution: Institution för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad OM525G, 15hp

Handledare: -

Examinator: Brovall, Maria

Sidor: 23

Nyckelord: Triage, sjuksköterska, vuxenpsykiatrisk akutmottagning, triageskala

Bakgrund: Vissa svenska vuxenpsykiatriska akutmottagningar har i början av 2000-talet infört triageprocess och triageskalor för att kunna möta det ökade vårdbehovet bland patienter med psykiska problem. Syftet med införandet av triageprocessen var att korta väntetider och genomlöpstider på mottagningar.

Syfte: Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning.

Metod: Som metod valdes kvalitativ empirisk studie.

Resultat: Tre kategorier identifierades: triageprocess skapar en trygghet, hinder i triageprocessen, möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen; och sex subkategorier: hjälp och stöd genom ett bedömningsinstrument, känsla av kollegialitet, få möjlighet att ta ansvar och visa sitt kunnande, brister med bedömningsinstrumentet, känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkaren, känsla av otydlighet i förbättringsprocessen.

Diskussion: En trygg triageprocess behövs för att uppnå god omvårdnad på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning, och resultatet tyder på att det är viktigt att sjuksköterskor har en adekvat triageskala som underlättar i omvårdnadsarbetet.

ABSTRACT

Title: Nurses´ Experience of Triage Process in the Psychiatric A & E Department for Adults

Author: Miljatovic, Milos

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: -

Examiner: Brovall, Maria

Pages: 23

Keywords: Triage, Nurse, Psychiatric A & E Department for Adults, Triage scale

Background: In the beginning of 21st century some psychiatric A & E departments in Sweden have introduced triage process and psychiatric triage scales. The aim was to meet the growing numbers of patients with mental health problems attending psychiatric A & E departments, in order to shorten waiting and transit times.

Aim: The aim of the study was to illustrate nurses´ experiences of triage process in the psychiatric A & E department.

Method: Qualitative empirical study was conducted.

Results: Three categories were identified: Triage process creates confidence, Obstacles in triage assessment, Possibilities for improved patient care through triage process; and six subcategories: Aid and support in having an assessment tool, Sense of comradeship, Getting possibility to take answer and show the competence, Deficiencies with assessment tool, Sense of inadequateness due to long waiting times to physician, Sense of ambiguity during the triage process.

Discussion: Safe triage process is needed to achieve quality care in the psychiatric A & E department, thus it is important that nurses have adequate triage scale, and the results suggest that it is important for nurses to have an adequate triage scale which makes it easier for nurses in nursing care.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Livsvärldsperspektivet	1
Psykiska störningar och ohälsa	3
Psykiska störningar (Mental Disorders)	3
Psykisk ohälsa	3
Triageprocessen.....	3
Akutmottagningens organisation.....	3
Triage.....	3
Triageskalor	4
RETTS/RETTS-PSY	4
Lagstiftning och föreskrifter	5
Tidigare forskning om triageprocessen med fokus på patienter med psykiska problem ...	5
PROBLEMFORMULERING.....	6
SYFTE	7
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Triageprocess skapar en trygghet.....	11
Hjälp och stöd genom ett bedömningsinstrument	11
Känsla av kollegialitet	12
Få möjlighet att ta ansvar och visa sitt kunnande.....	13
Hinder i triageprocessen.....	13
Brister med bedömningsinstrumentet.....	13
Känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkaren.....	14
Känsla av otydlighet i förbättringsprocessen	14
Möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen.....	15
DISKUSSION.....	16

Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	18
REFERENSER	21
Bilaga 1. Brev till verksamhetschef samt vårdenhetschef	
Bilaga 2. Tillåtelse/Tillstånd till att genomföra studien från VC och VEC	
Bilaga 3. Informationsbrev.....	
Bilaga 4. RETTS-PSY exemplar på algoritm	
Bilaga 5. Akutjournal enligt RETTS-PSY	
Bilaga 6. Intervjuguide.....	

INLEDNING

Psykiska sjukdomar är vanligt förekommande bland befolkningen i Sverige (Socialstyrelsen 2009). Landstingsdriven psykiatri och kommunerna stöter dagligen på svårigheter i att erbjuda befolkningen den vård och omsorg som motsvarar dess behov. Ett annat problem är att den så kallade första linjens psykiatri inte är tillräckligt utvecklad för att specialistpsykiatrin ska kunna rikta in sina insatser på de mer allvarliga tillstånden (Socialdepartementet 2012). För att kunna möta det ökande vårdbehovet, har vuxenpsykiatriska mottagningar i början av 2000-talet, i likhet med de somatiska akutmottagningar, börjat använda sig av flödesprocesser och triage. Då triageringen bara är en del av en flödesprocess som patienten genomgår i samband med det akuta omhändertagandet, finns det ett behov av att strukturera denna process. Och förbättra flödet på akutmottagningen. För att åstadkomma detta, har det i Sverige utvecklats olika system för triage och flödesprocesser, bland annat METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) (SBU 2010). METTS ändrade 2011 namn till RETTS (Rapid Emergency and Triage System). På vissa vuxenpsykiatriska akutmottagningar används varianten RETTS-PSY, anpassad för den akuta psykiatrin.

SBU gav 2010 ut en rapport, *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*. I rapporten konstaterades brister i det vetenskapliga underlaget för triagesystem, och SBU (2010) menar att det är förvånansvärt att det finns så lite forskningsarbete som har sin fokus på akutmottagningarna. Mot denna bakgrund har författaren, själv verksam inom den akuta psykiatrin, för avsikt att göra en empirisk studie om sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning.

BAKGRUND

I bakgrunden presenteras, Livsvärldsperspektiv, Definitioner och begrepp, Triageprocess, Lagstiftning och regelverk samt Tidigare forskning.

Livsvärldsperspektivet

Som teoretiskt ramverk används i denna studie livsvärldsperspektivet, då syftet var att belysa sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen. Livsvärldsperspektivet ger oss hjälp att hantera risken med otydlighet i studerandet av ett fenomen (Bengtsson, 2005).

Livsvärldsansats innebär den forskning som riktar in sig på att studera en värld i sin fulla konkretion som den uppenbarar sig för lika konkret existerande människor (Bengtsson, 2005).

Begreppet livsvärld, *die lebenswelt*, utvecklades av den tyska filosofen Edmund Husserl. Husserl (1995) menar att livsvärld avser en subjektiv värld som enskild individ ser den genom sin egen erfarenhet, bortom, eller även som motsats till, den analytiska och teoretiska världen. Så som vi lever med världen, och i den, skapar vår livsvärld. Vår uppfattning om världen bildar vi själva på ett subjektivt, upplevt sätt (a.a.).

Livsvärlden är en värld som vi redan, och alltid, lever med andra människor; människor som vi kan ha ett kommunikativt förhållande till. Det implicerar att livsvärlden är en social värld med mänskligt skapade objekt, med mänsklig organisering av livet, förmedlad från människa till människa (Bengtsson, 2005).

Livsvärlden är dock inget som är otillgängligt som det inte går att tala om, eller undersöka. Den är en konkret verklighet som vi möter i vardagen och står i relation till. Något vi är oskiljaktiga från, och som vi delar med andra. Det finns således inga hinder för att vi ska undersöka den egna, och andras, livsvärld. Vi får dock aldrig glömma att vi fortfarande själva ingår, som en del, i den livsvärlden. Även när vi studerar den är den oundkomlig för oss (Bengtsson, 2005).

I de konkreta livsvärldsliga situationerna är subjektet, människan, och institutionella förhållanden sammansnörda. Sjuksköterskan är exempelvis representant för både sjuksköterskekollektivet och individen bakom sjuksköterskan med sitt namn och efternamn. Hon möts av andra människor, och hon möter dem i dessa egenskaper i olika sammanhang, men inte i alla (Bengtsson, 2005).

När man studerar andras livsvärldar måste man beakta deras aktuella konkreta kontext och nätverk, för det är först då individers sammanhang, handlande, erfarenheter och upplevelser kan fullt begripas (Bengtsson, 2005). Med detta menar Bengtsson (2005) att det i enskilda erfarenheter av något finns både presenterade och medpresenterade egenskaper, som gemensamt bildar ett aktuellt erfarenhetssammanhang.

Det är enligt Bengtsson (2005) angeläget att beakta människors livsvärld i en livsvärldsansats, men det är även viktigt att den respekteras i sin distinktion och på sina egna villkor. Det innebär att patienternas världar inte får reduceras till sjuksköterskornas världar. Samtidigt kan man inte studera hela världar. Nödvändigt är det att avgränsa, och det görs genom tematisering av naturliga utsnitt eller regioner. Man kan exempelvis välja att studera en akutmottagning på ett sjukhus med avseende på en relevant fråga, till exempel triagering. Horisontella avgränsningar bildas av de olika regionerna, men finns ändå medpresenterade. Det innebär att varje region öppnar sig för de andra. Sjuksköterskans livsvärld slutar inte vid entrén till akutmottagningen. Men inte heller patientens när han lämnar mottagningen. All regioner som en människa rör sig mellan ingår i livsvärlden, och skulle kunna beskrivas som en värld av allt som möjligen kan göras och erfaras (Bengtsson, 2005).

Psykiska störningar och ohälsa

Psykiska störningar (Mental Disorders)

Enligt WHO (2009) är psykiska störningar ett brett spektrum av problem, med olika symptom. Dessa kännetecknas av en kombination av abnormala tankar, känslor, beteenden och relationer med andra. Exempel på detta är schizofreni, depression, psykiska störningar orsakade av drogmissbruk. De flesta av dessa störningar går att behandla på ett framgångsrikt sätt (WHO, 2009).

Psykisk ohälsa

Enligt Socialdepartementet (2012) är psykisk ohälsa ett begrepp som används i olika sammanhang. I vissa står psykisk ohälsa för symptom som för den individen som upplever dem innebär en plåga, men som inte är så uttalade att det går att klassificera dem som psykisk sjukdom. Exempelvis ängslan, oro, nedstämdhet och sömnsvårigheter. Ofta används psykisk ohälsa som ett samlingsbegrepp för både psykisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom samt ovan nämnda besvär. Socialdepartementet (2012) använder sig av psykisk ohälsa i den senare betydelsen.

Triageprocessen

För att lättare kunna förstå vad en triageprocess innebär presenteras viktiga delar av en triageprocess såsom akutmottagningens organisation, triage och triageskalor.

Akutmottagningens organisation

För ett akutsjukhus är det centralt att dess akutmottagning är välorganiserad. Fungerar akutmottagningen dåligt, äventyras inte bara patienternas hälsa och säkerhet, utan även sjukhusets samlade verksamhet. Patienterna som får vänta länge på akutmottagningen, oftast väldigt oroliga, kan tappa tilliten till vården. Dåligt fungerande akutmottagning äventyrar medborgarnas förtroende för hälso- och sjukvården som helhet (SBU 2010).

Majoriteten av dem som söker vård på en akutmottagning söker för ett eller flera symptom, och deras inflöde varierar beroende på veckodag och tid på dygnet; därför måste personalen ha beredskap att under alla omständigheter vårda de som kommer till en akutmottagning (Göransson, Eldh & Jamsson 2008).

Den nyanlända patientens vårdbehov bedöms av en sjuksköterska som arbetar efter ett triagesystem och bör bedömas inom tio minuter från ankomst. Får en svårt sjuk patient vänta, beroende på högt söktryck eller andra orsaker, kan detta ha negativa följder för behandlingen och även patientens hälsa (Beveridge et al., 2014).

Triage

Triage är ett system där den sjukes eller skadades medicinska angelägenhetsgrad avgör turordningen. Omhändertagandet av patienten avgörs enbart utifrån svårigheten i

sjukdomstillstånd, eller skada, denna bedöms vara i, och inte utifrån något annat kriterium eller väntetid (Göransson et al., 2008).

Begreppet triage har sitt ursprung i de latinska verben *tritare* och *terere* vilka betyder slita ut, trampa. Begreppet infördes sedan i franskan där ordet *trier* betyder sortera, välja (Bloch 1932), och beskrevs först av Napoleons generalläkare, baron Dominique Jean Larreys.

Oavsett om det sker under militära eller civila förhållanden, innebär triage ett sätt där man bedömer och sorterar patienter, där övergripande syftet är att säkerställa att patienter som inte bör vänta på grund av sitt medicinska tillstånd, får vård före dem som kan vänta utan risken att bli försämrade (Göransson et al., 2008).

Triageskalor

Ett patientsäkert triagebeslut grundar sig på en säker och tillförlitlig triageskala då den till stor del styr prioriteringen, vilket är avgörande för hur länge patienten får vänta på att bli bedömd av läkare (Göransson et al., 2008).

Sverige saknar idag en nationell triageskala, vilket har öppnat för framtagning av olika lokala triageskalor. Dessa skalor bygger på antingen subjektiva bedömningar, där sjuksköterska tolkar insamlade materialet under triagesamtalet, eller objektiva bedömningar, där materialet tolkas likartat, oavsett vilken sjuksköterska har triagerat patienten (Göransson et al., 2008).

RETTS/RETTS-PSY

Ett protokoll under namnet RETTS startades 2003 som ett forskningsprojekt, med avsikt att studera om det, på ett standardiserat och systematiskt sätt, med fokus på en kombination av objektiva och subjektiva variabler, gick att hitta patienter som var i uppenbart behov av direkt akutsjukvård. I samband med implementeringen av RETTS i januari 2005 på akut- och olyckfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ändrades namnet till METTS (Widgren, 2012).

RETTS-PSY som protokoll/akutjournal för beslutsstöd för vuxenpsykiatrisk akutsjukvård implementerades i september 2009 under namnet METTS-PSY på den psykiatriska akutmottagningen på Sahlgrenska. Huvudsyftet med RETTS-PSY är att vara underlag under processen som omfattar sortering, prioritering och riskidentifiering, samt att hjälpa till under beslutsprocessen vid akut omhändertagande. Ett annat viktigt syfte med RETTS-PSY är att den används som interimsjournal vid inläggning, eller överflyttning, av patienten. Detta innebär att den medföljer patienten, och att mottagande avdelningsvårdpersonal får tillgång till samlad information, och en överskådlig bild av den akuta vårdprocessen som patienten genomgår på akutmottagningen (Claesson, 2011).

Lagstiftning och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslagen säger att ”Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd” (SFS 1982:763).

De tre grundläggande etiska principerna, som Riskdagen har beslutat om, som ska gälla inom hälso- och sjukvården vid alla prioriteringar är: människovärdet, behov och solidaritet, och kostnadseffektivitet. Människovärdesprincipen, där alla har lika värde, ska alltid gå före behovs- och solidaritetsprincipen, där resurserna går dit de behövs mest. Behovs- och solidaritetsprincipen i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen, där man gör val mellan åtgärder mätt i hälsa och livskvalitet med tanke på en rimlig relation mellan kostnader och effekt (www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsen (2005) säger att en sjuksköterska ska ha ett etiskt förhållningssätt i sitt arbete, som ska bygga på vetenskap och vara evidensbaserad. Sjuksköterskan ska ha förmågan att kunna observera, värdera, hantera samt dokumentera förändring i en patients psyko-fysiska tillstånd, och om det finns behov åtgärda detta (a.a.).

Tidigare forskning om triageprocessen med fokus på patienter med psykiska problem

Sjuksköterskor på akutmottagningar står idag inför det komplexa uppdraget i samband med den akuta bedömningen och omhändertagandet av ökande antalet patienter med psykiska problem som söker på akutmottagningar. Tiden som dessa patienter vistas på akutmottagningen har av sjuksköterskor upplevts som ett problem för både personal och patienter (Heslop, Elsom & Parker, 2000).

Patienter med psykiska problem är nöjda med den vården de får på en akutmottagning, däremot klagar patienterna över den långa väntetiden, brist på avskildhet i triageutrymmen, och negativ attityd från personalen. För att kunna möta dessa patienters vårdbehov, är det viktigt att det finns psykiatrisjuksköterskor på en akutmottagning, och att det utvecklas riktlinjer för triagering av patienter med psykiska problem (Summers & Happell, 2002)

Triageprocess är en kritisk process på en akutmottagning och kräver att patienter med psykiska problem triageras på ett lika konsekvent sätt som patienter med fysiska åkommor, samtidigt som det finns behov av att bedöma, prioritera, och remittera dessa patienter till specialistpsykiatri på ett lika systematiskt sätt som det görs med patienter inom medicin, kirurgi, gynekologi, och pediatrik (Broadbent, Moxham & Dwyer, 2010; Summers & Happell, 2002)

Triage av patienter med psykiska problem är ett komplext uppdrag med minimal evidensbas, och i jämförelse med patienter med andra symptom får de med uppvisad våldsamhet/aggression eller allvarlig beteendestörning högre prioritet vid triage. Patienter

med andra sökorsaker såsom depression, agitation, oro, löper mindre sannolikhet att prioriteras med högre prioriteringsgrad. Patienter med sökorsak suicidförsök eller självska debeteende löper 3,7 gånger högre sannolikhet att få högre prioriteringsgrad, medan patienter med psykossymptom löper närmare 4 gånger högre sannolikhet att få högre prioritet. Aggression har en separat sökorsak än psykos/psykotiska symptom, och sjuksköterskorna visar att de kan göra en diskriminerande skillnad mellan akut psykos och beteendestörningar/aggression. Detta implicerar att sjuksköterskorna kan identifiera, trots brist på specialistkunskaper inom psykiatri, risker associerade med akuta psykiska tillstånd, och det borde, ur ett vårdkvalitetsperspektiv och ur ett etiskt perspektiv, undersökas om huruvida samband mellan aggressivitet och psykisk sjukdom gällande prioriteringskategorier, bekräftar de stereotyper om psykisk sjukdom (Sands, Berk & Prematunga, 2014;).

Bedömning och behandling av patienter med psykiska problem på ett likvärdigt sätt som de med fysiska skador och sjukdomar genom användning av triageskala som inkorporerar de psykiska sökorsaker ökar kompetens och trygghet hos akutmottagningens personal när de triagerar patienter med psykiska problem, och samtidigt kortar väntetider, genomlöpstider och ökar nöjdhetsfaktor hos patienter. Adekvat utbildning i bemötandet av patienter med psykiska problem, och utbildning i att använda skalan, leder till ökad trygghet och professionalism bland sjuksköterskorna i mötet med patienter med psykiska problem, samtidigt som det leder till adekvata överremittering till psykiatri. Och ökar samarbete mellan somatiken och psykiatri vilket leder till ökade möjligheter till gemensam utveckling av utbildningar som skulle öka kompetensen inom den somatiska akutvården gällande psykiska sjukdomar (Broadbent, Moxham & Dwyer, 2007; Smart, Pollard & Walpole, 1999; Huckson, 2008).

Genom att utveckla innovativa samarbeten mellan akutmottagningar och andra aktörer inom sjukvården, och samtidigt inkludera brukare, skapas möjligheter att framgångsrikt kunna bedöma, behandla och följa upp patienter med olika psykiska sjukdomar (Morphet et al., 2012).

PROBLEMFORMULERING

Ur patientsäkerhetssynpunkt är det viktigt att den sökande får rätt bedömning och rätt prioritet vid triage på en akutmottagning. För att säkerställa att den sökande får rätt, och likvärdig, bedömning oavsett vilken sjuksköterska som den sökande får träffa under triageringsprocessen, används en triageskala i bedömningen.

Tidigare studier har visat att användning av triageskalor med fokus på de psykiska symptomen hos patienten underlättar för sjuksköterskor i triageprocessen av patienter med psykiska problem och kortar väntetider på de somatiska akutmottagningarna.

Därför är det av yttersta intresse att göra en studie om sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk mottagning, då det är viktigt att belysa denna del av omvårdnadsprocessen av patienter med psykiska problem.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors upplevelser av triageringsprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning.

METOD

Metoden som användes var en kvalitativ empirisk studie då syftet var att skapa en djupare förståelse för ett specifikt fenomen (Björklund & Paulsson, 2003), nämligen sjuksköterskor upplevelse av triageprocessen.

Urval

Urval av informanter baserades på inklusionskriterier. Kriterierna för deltagande i studien var att de deltagande informanterna skulle ha jobbat på den valda psykiatriska akutmottagningen i södra Sverige i minst ett år, och primärt arbetat kring triagering av patienter dag- och kvällstid. Urvalet gjordes med hjälp av strategiskt urval enligt Patton (2002), vilket syftar på att få de informanter som uppfyller vissa kriterier och kan ge den bästa informationen om det studerade fenomenet, i detta fall den grupp informanter som hade längst erfarenhet av triageprocessen.

Samtliga sjuksköterskor som jobbar dag- och kvällstid (n=16) tillfrågades muntligt av författaren om hur länge de hade jobbat på mottagningen. Nio av dem uppfyllde inklusionskriterier, varav 5 kvinnor och 4 män.

Samtliga sjuksköterskor som muntligen tillfrågades, och som uppfyllde inklusionskriterier, tillfrågades sedan per e-post (Bilaga 3) om de ville delta i studien, och blev väl informerade om studiens syfte. Sex personer svarade positivt på förfrågan, medan tre inte svarade alls. Urvalsprocessen föregicks av skriftlig förfrågan till verksamhets- och vårdenhetschefen (Bilaga 1), och startades efter skriftligt godkännande av både verksamhets- och vårdenhetschefen (Bilaga 2).

De sex informanterna som valde att delta i studien var tre kvinnor och tre män, mellan 26 och 59 år gamla. En person hade jobbat på mottagningen i drygt ett år, medan andra hade jobbat mellan 3 till 25 år.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativ semistrukturerad intervju där likadana frågor enligt Patel & Davidson (2011) ställdes till samtliga informanter och där informanterna gavs öppna svarsmöjligheter. Tre stödfrågor ställdes då det enligt Kvale & Brinkmann (2009) kan uppmuntra informanten att fortsätta med sin beskrivning.

Datainsamlingen påbörjades i slutet av maj 2013, efter erhållen tillåtelse av både verksamhets- och vårdenhetschefen. Datainsamlingen avslutades i början av september 2013. Samtliga intervjuer genomfördes i akutmottagningens lokaler. Tre genomfördes i vid den tiden ledigt vårdadministratörsrum, en i sektionsledarens rum, och två i dokumentationsrummet. Innan varje intervjuinspelning tillfrågades informanterna en gång till om de ville delta i studien, och om de var väl införstådda med studiens syfte. Det framfördes på nytt information om att intervjuer kommer att vara konfidentiella, och inte kommer att användas i något annat än studiens syfte, samt att det går att bryta intervju när som helst. Positiv inställning till att delta i studien framfördes för intervjuaren av samtliga deltagare.

Fem huvudfrågor ställdes, med tre stödfrågor:

1. Kan du berätta för mig om din upplevelse av triageprocessen på den här psykiatriska akutmottagningen?
2. Hur upplever du själva processen?
3. Hur har det varit tidigare innan triageprocessen?
4. Hur upplever du samarbetet med kollegorna?
5. Ni hade en tid, på prov, läkare i triage som en del i förbättringsprocessen. Hur upplevde du det?

Stödfrågor:

-Vad menar du?

-Hur menar du?

-Kan du utveckla det?

Intervjuerna spelades in med mp3 spelaren, och varade mellan 15 och 35 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades verbatim av intervjuaren/författaren efter varje inspelning.

Dataanalys

Analys av den insamlade data gjordes med manifest kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehålls analys, som är en flerstegs analys. I analysen sattes fokus på det texten säger vilket är det manifesta innehållet, och som presenteras i kategorier. Analysen genomfördes med induktiv ansats, vilket betyder att man utgår från textens innehåll och jobbar utan en förutbestämd teori enligt Patel & Davidson (2011). Intervjuerna lästes flera gånger om för att få en känsla av

helhet. Meningar och fraser av relevans för själva syftet lyftes ut, de så kallade meningsbärande enheterna. Meningsbärande enheterna kondenserades sedan i syfte att korta texten. Omgivande text behölls för att behålla sammanhanget. De kondenserade meningsbärande enheterna kodades i kategorier, och subkategorier, så att dem skulle återge budskapet som angavs i intervjuerna, vilket utgör det manifesta innehållet. Analysenheten lästes igenom en gång till för att se om resultatet av analysen överensstämde med innehållet i analysenheten, det vill säga om resultatet återgav det sagda i intervjuerna.

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter, kondensering, kod, subkategori och kategori.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Det jag tycker med allt, det är att det är suveränt att ha ett grundmaterial att jobba med, som är objektivt, att man kan bedöma utifrån samma parametrar och algoritmer, och att varje person ska få en likvärdig bedömning oavsett vilken personal man träffar.	Tycker det är suveränt att ha ett grundmaterial att jobba utifrån, som ger likvärdig bedömning till varje person.	Suveränt med ett grundmaterial för bedömningar.	Hjälp och stöd genom att ha ett bedömningsinstrument.	Triageprocessen skapar en trygghet.
... men sen är det ju den här fruktansvärda tiden till läkare.	Fruktansvärd tid till läkaren.	Lång väntetid till läkarbedömning.	Känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkare.	Hinder i triageprocessen.
Sen har vi ju olika åsikter om det här, men det kan säkert förbättras en hel del.	Olika åsikter, men det kan förbättras en hel del.	Tanken på förändring.		Möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen.

Etiska överväganden

Att genomföra en empirisk studie kräver godkännande av studentens handledare. Författaren har innan studiens genomförande fått godkännande av upplägget av studien av tidigare handledaren. Krav ställs även på skriftligt tillstånd av verksamhets- och vårdenhetschefen till datainsamlingen, och sådant tillstånd har erhållits (Bilaga 2).

När data till en empirisk studie samlas in ställs särskilda, etiska, krav. Författaren av studien ska vara väl medveten om dessa krav: Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2001).

Informationskravet uppfylldes genom att informationsbrevet skickades till alla tilltänkta informanterna med beskrivning av syftet med studien samt upplägget (Bilaga 3).

Samtyckeskravet uppfylldes både i tydlig information i informationsbrevet samt muntlig information inför intervjuerna. Informanterna var väl medvetna om att de kunde avbryta intervjuerna när som helst, både före och under inspelningarna.

Konfidentialitetskravet uppfylldes med tydlig information i informationsbrevet, och tydlig muntlig information gavs även inför varje inspelning om att all information som lämnas ut till intervjuaren kommer att behandlas konfidentiellt. Det förtydligades för informanterna om att konfidentialitet innebär att det bara är intervjuaren som vet vem informanten är, och att ingen obehörig kan ta del av informantens identitet.

Nyttjandekravet uppfylldes genom tydlig information i informationsbrevet. Informanterna informerades även muntligt inför varje inspelning om att inspelat material kommer att användas enbart i studiens syfte, och inget annat.

RESULTAT

Resultatet av analysen mynnade ut i tre kategorier och sex subkategorier som presenteras nedan i tabell 2. I resultatet benämns sjuksköterskorna som informanter, från 1-6 (I1-6).

Tabell 2 Kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategori
Triageprocess skapar en trygghet	Hjälp och stöd genom ett bedömningsinstrument
	Känsla av kollegialitet
	Få möjlighet att ta ansvar och visa sitt kunnande
Hinder i triageprocessen	Brister med bedömningsinstrumentet
	Känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkaren
	Känsla av otydlighet i förbättringsprocessen
Möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen	

Triageprocess skapar en trygghet

Hjälp och stöd genom ett bedömningsinstrument

I studien framkom det att sjuksköterskorna upplevde det som tryggt att ha ett bedömningsinstrument (RETTS-PSY) att tillgå vid triagering av patienterna. Där man kunde göra bedömningar likvärdigt och objektivt.

”Det jag tycker med allt, det är att det är suveränt att ha ett grundmaterial att jobba med, som är objektivt, att man kan bedöma utifrån samma parametrar och algoritmer, och att varje person ska få en likvärdig bedömning oavsett vilken personal man träffar.” I1

Att jobba med RETTS-PSY upplevs som ett sätt att komma ifrån subjektiviteten i bedömningen, där det, som sjuksköterskorna uttryckte det, inte handlar om hur personalen tycker patienten mår, utan där det handlar om patientens symptom, och hur dessa symptom bedöms utifrån den mallen som finns. En sjuksköterska uttryckte att det är roligt att jobba

med RETTS-PSY, då man får tänka om ibland i att hitta rätt algoritm vid bedömningen. Detta upplevdes som ett självständigt sätt att jobba på.

En sjuksköterska upplevde det som tryggt, och viktigt, att den somatiska delen som instrumentet innehåller är lika viktig i bedömningen som den psykiatriska, då många av patienterna som söker har en beroendeproblematik, och måste upptäckas tidigt vid ankomst.

”Och det har varit från början till slut, från dag ett till nu, väldigt viktigt att vi ska triagera inom tio minuter. ... man måste först ta vitalparametrarna för att fånga upp i fall de är somatiskt dåliga.” I4

Sjuksköterskorna upplevde att RETTS-PSY gav en klarare bild av vilken typ av omvårdnad patienterna behövde efter att de hade triagerats. Flera berättade att det idag är ett säkrare sätt att jobba än det var under tiden utan triageringsprocessen.

”Det blir en trygghet. Följer man det, så vet man, liksom, att om man inte har missat det som är viktigt att ta reda på ett ankomstsamtal.” I1

Sjuksköterskor upplevde det som betryggande att tidigt kunna identifiera potentiellt våldsamma patienter med hjälp av riskbedömning som inkluderas i bedömningsinstrumentet, och utifrån det agera preventivt.

Känsla av kollegialitet

Sjuksköterskorna i studien upplevde att samarbete med andra kollegor var bra i ansträngningar att nå målet med triage, framförallt målet med att alla patienter ska triageras inom tio minuter från ankomst.

”Det känns ändå i arbetslaget liksom att man anstränger sig att ta patienter. Man går inte och gömmer sig, eller så, man går inte och fegar, utan man tar sina patienter, och man gör sitt jobb.” I1

Vissa uttryckte sin upplevelse av att samarbete kring fördelning av olika arbetsuppgifter fungerar, och att de flesta anstränger sig att rotation ska upplevas som trivsam och utmanande.

”När det gäller samarbete med kollegorna, jag tycker det funkar bra. Kanske inte alltid, men med dem man känner, och dem som frågar. Och jag tycker vi har gjort ett jättebra jobb också” I3

Flera sjuksköterskor uttryckte vikten av samarbetet mellan sjuksköterskor och skötare som de upplever som respektfullt och givande, och upplever att skötarna vänder sig till dem när de behöver råd och stöd i arbetet, och vice versa. Och upplevelsen att det känns betryggande att ha omkring sig kollegor som man kan vända sig till i situationer med patienter där missförstånd kan leda till hot och våld och där en kollega kan gå in och visa stöd och avhjälpa den uppstådda situationen.

Få möjlighet att ta ansvar och visa sitt kunnande

Majoriteten av sjuksköterskorna uttryckte upplevelse av att deras, sjuksköterskors, kompetens kunde utnyttjas i större utsträckning i triageprocessen, och att de skulle vilja ha mera ansvar. En sjuksköterska efterlyste mera frihet för sjuksköterskorna i bedömnings- och beslutsprocessen.

”Mer frihet, mer att vi får ta EKG själva, vi får ta vissa blodprover i fall vi vill. I fall vi känner att det behövs. Även vid behovs medicinering.” I4

En annan sjuksköterska uttryckte att det hade varit roligare att jobba som sjuksköterska med mera ansvar, då triagering som sjuksköterskorna gör är inte bara en förberedelse inför läkarsamtalet utan ett sätt att ta reda på vilket omvårdnadsarbete återstår den närmaste tiden efter triagesamtalet. Och att man kunde arbeta fram en rutin där sjuksköterskans bedömning kunde leda till att fler patienter hänvisas till vårdcentral vid mindre akuta fall.

Hinder i triageprocessen

Brister med bedömningsinstrumentet

Flera sjuksköterskor upplevde att bedömningsinstrumentet är komplicerat med för många onödiga rutor att fylla i, vilket leder till att det tar längre tid att skriva färdigt sin bedömning efter triagesamtalet, och upplevs som dubbelarbete.

”Det har ju tillkommit många rutor... .. Det är de här rutorna: Senaste besöket, Behandlande läkare. Det är inget jag skulle behöva skriva ner, tycker jag.” I4

Upplevelsen bland flera sjuksköterskor var att vissa rutor som ska fyllas i, fyller en funktion och det är att servera svar till jourläkarna, svar som finns i patientens journal, och som läkaren kan hitta vid genomgång av journalen inför samtalet.

”Och så skriver du upp vad patienten har för alla diagnoser. Men ursäkta mig, patienten söker här och nu, det där kan läkaren hitta... .. eller om du har en manisk patient, och som inte skött sina mediciner. Så, inte tagit sitt Litium, kanske då. Det kan vara relevant, och viktigt att det står med. Men du behöver inte skriva memoarer om tidigare liv. Det är här och nu. Det blir mycket.” I3

En sjuksköterska uttryckte det så här:

”Folk upplever att det är till att serva läkaren. Att vi ska servera svar till läkaren på ett fat.” I4

En sjuksköterska upplevde det som frustrerande att förändringar som skulle kunna avhjälpa bristerna i bedömningsinstrumentet inte kan göras löpande, utan måste tas upp på en högre nivå i beslutsprocessen, vilket görs ungefär en gång om året, och gör att man använder sig av ett bristande bedömningsinstrument som frustrerar personal. En del upplevde att det

hade underlättat stort om vissa rutor kunde tas bort, och om rutan för fri text för sjuksköterskans bedömning från triagesamtalet kunde bli större.

Känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkaren

Flera sjuksköterskor beskrev sin känsla av otillräcklighet, och frustration, vid den långa väntetiden till att träffa läkaren som ofta kan uppstå och som leder till extra arbete. Som i sin tur har negativ påverkan på sjuksköterskornas eget triagearbete.

”... och den jättelånga väntetiden till läkaren har genererat väldigt mycket omvårdnadsarbete för vår del som också har gjort att vi har haft svårt att hinna med vår triage.” I1

Flera uttryckte att den långa väntetiden för patienter som mår dåligt leder till att de mår ännu sämre vilket leder till situationer som inte behöver uppstå och som får personalen att känna sig otillräckliga. Hotfulla situationer, eller situationer när patienten inte orkar vänta längre och inte vill vara kvar på akutmottagningen, men borde stanna på grund av sitt mående.

Vissa sjuksköterskor upplevde att de gjorde sin triage snabbt, men att det sedan tog för lång tid till läkaren, och en sjuksköterska uttrycker det så här:

”Ja, vi är väldigt snabba på att triagera. Där går det undan, men sen är det ju den här fruktansvärda tiden till läkaren.” I3

Känsla av otydlighet i förbättringsprocessen

Sjuksköterskorna uttryckte sin upplevelse av en missad möjlighet i förbättringsprocessen, nämligen försök med läkare i triage under en månad, som skulle korta väntetiderna till primärjourer (journläkaren). Samtliga sjuksköterskor upplevde känslan av otydlighet i försöket, där möjligheten till att använda de patientfall där försöket fungerade utmärkt inte togs till vara och att det senare inte användes som ett fungerande koncept.

”Tanken var ju att man skulle ha en överläkare, eller en specialistläkare, som var med i arbetet och sorterade. Sedan i praktiken, första gången man prövade, så blev det att läkaren ville vara med i triageringssamtalet. Och där var vi inte riktigt överrens.” I1

Sjuksköterskorna upplevde att triageringen, som var sjuksköterskans uppgift, togs över av triageläkaren, istället för att ta över efter triageringen. Och det upplevdes som resurskrävande dubbelarbete. I vissa fall, tyckte sjuksköterskorna, fungerade det bra, i fall patienten skulle hänvisas till vårdcentral eller få ett recept.

”Och hon skrev något litet recept på någon tablett för en vecka eller två, och hänvisade till vårdcentralen. Det var bra. Och patienten stannade inte här i mer än en halvtimme.” I4

En sjuksköterska upplevde försöket med läkare i triage så här:

”... hon [specialistläkaren] skulle handlägga de ärenden, och samtidigt ta de här akuta lägena som var på ambulanssidan. Rycka in då det behövs.”

Flera sjuksköterskor upplevde försöket som en väldigt bra idé, som i vissa fall visade sig fungera väl genom förkortad vistelse på akutmottagningen för vissa patienter, men som i vissa fall blev resurskrävande på grund av otydligheter i genomförandet.

Möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen

Sjuksköterskor i studien uttryckte upplevelse av triageprocessen som en process i ständig förändring och förbättring, där grundarbetet är gjort i och med att processen har pågått i flera år, och att det öppnar för nya möjligheter till ytterligare förbättringar i omvårdnaden genom triageprocessen.

”Jag tror inte att det finns något stopp för förändring och förbättring, så. Grunden är ju bra. Sen behöver man ju fortfarande förändra.” I1

En sjuksköterska uttryckte det så här:

”... men för de flesta, tycker jag nog, att det fungerar. Har jag hört alltså. Sen har vi ju olika åsikter om det här, men det kan säkert förbättras en hel del. Det tror jag.” I5

En del sjuksköterskor upplevde ökad läkarbemannning som ett steg i rätt riktning i förbättringsarbetet, vilket, vissa dagar, kortade väntetider och som följt hade lugnare arbetsmiljö för sjuksköterskor och skötare:

”...att det blir väldigt mycket lugnare i den delen för vår del. Och det för att vi har nu haft bättre läkarbemannning. ” I1

En sjuksköterska upplevde ökat samarbete med andra mottagningar kring förändringar i RETTS-PSY som ett positivt tecken:

”... ju fler akutmottagningar, och ju fler landsting, som ansluter sig till den psykiatriska delen av RETTS, kommer det att bli mer och mer synpunkter, och mer och mer skrivningar.” I6

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte var att kartlägga sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning. Då ingen tidigare forskning om sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning hittades valdes en empirisk studie som metod. I studien har tre kvinnor och tre män med varierande erfarenhet och ålder deltagit, vilket kan anses vara representativt. Nattpersonalen exkluderades vid urval enbart av praktiska skäl, då det hade varit svårt att genomföra intervjuerna nattetid med lägre bemanning på mottagningen, och anses av författaren kunnat ha marginell påverkan på resultatet. Alla tilltänkta informanter informerades om studien i ett brev som skickades i e-mail. Att ha ett informationsmöte före eller efter en arbetsplatsträff hade varit att föredra, då det är enligt Patel & Davidson (2011) viktigt att betona för personen att ens bidrag är viktigt för att driva igenom en förändring, det vill säga betona nyttan med studien för den tilltänkta informanten. Samtliga informanter gav sitt muntliga samtycke till att delta i studien. Påminnelser till tre potentiella deltagare som inte svarade skickades inte då författaren ansåg att det eventuellt kunde upplevas som påtryckningar.

Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativ intervju, då personliga intervjuer enligt Polit & Beck (2010) är den bästa metoden för en undersökning för att kvaliteten på det insamlade materialet är högre än i andra metoder. Björklund & Paulsson (2003) säger att det inte finns metoder som är bättre eller sämre, men att det finns metoder som lämpar sig bättre i en given situation. Kvantitativa metoder används enligt Björklund & Paulsson (2003) när forskaren vill ha information som kan mätas och värderas numeriskt. Bristen med metoder är att allt inte går att mäta (a.a.). Enkäter kan vara lämpligare om forskaren vill nå ut till fler, och önskar ha en bredd i resultatet (Björklund & Paulsson, 2003), men om författaren önskar en djupare förståelse av ett fenomen är kvalitativa metoder såsom observationer och intervjuer att föredra. Nackdelen med kvalitativa intervjuer är att de är relativt dyra att genomföra till skillnad från litteraturstudie som har den styrkan att författaren kan på en relativt kort tid, och med knappa ekonomiska resurser, skaffa sig information (Björklund & Paulsson, 2003). Syftet med kvalitativ intervju är enligt Patel & Davidson (2011) att upptäcka uppfattningar om något fenomen, vilket betyder att några svarsalternativ inte kan formuleras innan intervjun. Vilket implicerar att det inte går att avgöra vad är det "sanna" svaret. Patel & Davidson (2011) menar att om intervjuaren är insatt i fenomenet som studeras kan det troligen vara en fördel vid intervjuerna. Frågornas utformning motsvarar Patel & Davidsons (2011) förklaring av semistrukturerad intervju. Stödfrågorna ställdes enbart om något var oklart, och användes av intervjuaren/författaren enligt Kvale & Brinkmann (2009) för att uppmuntra informanter att fortsätta sin beskrivning. Intervjuaren/författaren ville på detta sätt undvika ledande frågor som enligt Björklund & Paulsson (2003) kan påverka informanterna, och i slutändan även resultatet. Det ställdes likadana frågor, och i exakt samma ordning, till alla informanter vilket motsvarar hög grad av standardisering enligt Patel & Davidsson (2011). Bengtsson (2005) menar att naturliga samtal i en miljö som inte är arrangerad är att föredra, och med det menar att forskaren måste till platsen själv, där livsvärlden förkroppsligas i en världslig situation. Därför valdes mottagningen som plats där intervjuerna ägde rum. Enligt Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008) har en forskare i sin bakgrund sina egna traditioner och erfarenheter. Dessa kallas

förförståelse. Förförståelse kan vara ett stort hinder när forskaren ska öppna sig mot ett fenomen som studeras, och är både medveten och omedveten. Forskaren kan ha en relation till fenomenet i sin vardag, som hämmar honom att se utöver det vardagliga bekanta. För att kunna öppna sig mot det studerade fenomenet, måste forskaren bearbeta den medvetna delen av sin förförståelse genom reflektion som leder till självmedvetenhet. Genomgår forskaren inte denna process, riskerar han dogmatiskt närmande till fenomenet, och forskningen kan leda till ett resultat som redan är känt, och ingen ny förståelse kan uppnås (Dahlberg et al., 2008). Författaren är själv verksam som sjuksköterska på den aktuella akutmottagningen och var vid studiens genomförande full medveten om sin egen förförståelse om det studerade fenomenet .

Dataanalysen genomfördes med manifest kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av metoden, och valdes då den är tydligt beskriven och enkel att följa. Analysprocessen kunde mycket väl ha blivit påverkad av författarens förförståelse av det studerade fenomenet, men författaren var väl medveten om det. Att det enbart var författaren som analyserade analysenheten ses som en tydlig svaghet, och kan ha påverkat resultatet. När en analys görs av det insamlade materialet med kvalitativ innehållsanalys som metod enligt Graneheim & Lundman (2004) görs analysen, tolkningen, nära texten. Graneheim & Lundman (2004) menar vidare att texten alltid innehåller flera betydelser och att det alltid finns en viss tolkning av materialet vid analys, vilket är viktigt vid diskussion om trovärdighet av resultatet med kvalitativ innehållsanalys. Trovärdigheten av resultatet handlar om enligt Graneheim & Lundman (2004) hur väl kategorier täcker data som den är, och att ingen relevant data exkluderas och irrelevant data inkluderas i resultatet. Ett sätt att uppnå detta är att enligt Graneheim & Lundman (2004) använda citat från den transkriberade texten. Författaren har dokumenterat resultatet i resultatavsnittet med tydliga citat som stärker resultatets trovärdighet. Enligt Patel & Davidson (2011) följer den, som väljer induktivt sätt, upptäckandes väg. Forskaren studerar ett forskningsobjekt, och med utgång i empirin formulerar sin teori. Gör man det, menar Patel & Davidson (2011), riskerar man att inte veta något om teorins generalitet, det vill säga räckvidd, därför att den baseras på empiriskt underlag kopplad till ett specifikt fenomen. Patel & Davidson (2011) menar dock att ett induktivt arbetande forskare inte arbetar helt förutsättningslöst bara för att han inte utgår från en tidigare teori. Tillförlitligheten i studien anses av författaren vara god, då valet av informanter gjordes med inklusionskriterier med informanter med längre, eller mycket lång, erfarenhet av triagen. Och i resultatet står informanternas beskrivning av egna upplevelser av triageprocessen och inget annat. Enligt Graneheim & Lundman (2004) tillförlitlighet inkluderar även frågan om överförbarhet, och i slutändan är det ändå läsaren som avgör om resultatet är överförbar till andra kontext.

Resultatdiskussion

Studiens resultat beskriver sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk mottagning, där sjuksköterskorna uttrycker både frustration och glädje kopplat till denna viktiga process i omvårdnaden av patienter med psykiska problem.

Resultatet diskuteras utifrån de huvudfynden i tre kategorier: triageprocess skapar en trygghet, hinder i triagearbetet och möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen.

Triageprocess skapar en trygghet

Sjuksköterskorna i denna studie uttryckte tydligt i sina svar vikten av att ha ett bedömningsinstrument, det vill säga en triageskala, som grund för en objektiv bedömning. För sjuksköterskorna var det viktigt att alla patienter får likvärdig bedömning oavsett vilken sjuksköterska de träffar, vilket kan ses i studien som genomfördes av Sandman, Ekerstrand & Lindroth (2012) där det framkom att personalen delade med sig upplevelse av trygghet att samtliga patienter bedöms efter samma parametrar, och att det underlättar kommunikationen mellan olika funktioner på akutmottagningen. Broadbent, Jarman & Berk (2002) har i sin studie visat att användning av en triageskala som innefattar psykiatriska sökorsaker, substansmissbruk och suicidbedömning förbättrade kommunikation och sjuksköterskornas trygghet i triagering av patienter med psykiska problem, vilket kan ses i aktuell studies resultat.

Den triageskala som används på den aktuella mottagningen upplevdes av sjuksköterskorna i denna studie som en triageskala som ger en klarare bild av vilken omvårdnad patienterna behövde efter triagesamtalet, vilket kan tolkas som att sjuksköterskor upplevde den som tillförlitlig i det avseendet. Detta kan också ses i en studie av Widgren & Jourak (2011) där det framkom att RETTS är ett sensitivt instrument när det gäller att upptäcka dem med uppenbart medicinskt behov, och för att tidigt upptäcka dem vars tillstånd kan försämrans under vistelsen på akutmottagningen.

Hinder i triageprocessen

Sjuksköterskor i aktuell studie uttryckte sin upplevelse av att bedömningsinstrumentet är komplex vilket leder till dubbelarbete för dem. Detta kan ses i avhandlingen om akutmottagningens triage gjord av Göransson (2006) som drar slutsats att frånvaro av tillförlitliga triageskalor är alarmerande gällande patientsäkerhet och ur juridiskt perspektiv. Vidare menar Göransson (2006) att majoriteten av svenska sjukhus har triageorganisationer utan vetenskapligt underlag.

Samtidigt uttryckte sjuksköterskor i aktuell studie känsla av otillräcklighet vid långa väntetider till läkare. Detta, enligt dem, genererade extra arbete och situationer som inte behövde uppstå, till exempel hotfulla situationer. Detta kan jämföras med studien av Broadbent, Moxham & Dwyer (2014) som visade att sjuksköterskorna på

akutmottagningen är medvetna om påverkan akutmottagningens hektiska miljö har på deras triage av patienter som söker psykiatrisk vård. Även Morphet et al. (2012) kom fram till att handläggning av patienter med psykiska problem är ett komplext och utmanande uppdrag, och att bristande rutiner och lång väntetid till specialister inom psykiatri var ett bekymmer. Atzema et al. (2012) tolkade resultat av sin studie så att patienter med psykiska problem triagerades adekvat och att de väntade kortare tid än andra patienter på att träffa läkaren då det var högt söktryck, men något längre då det var lågt söktryck vilket den aktuella studies resultat inte hade visat.

Möjligheter till förbättrad omvårdnad genom triageprocessen

Resultatet visar att sjuksköterskorna i aktuell studie upplever triageprocessen som en levande process där möjligheterna till utvecklings- och förbättringsarbete är stora, och uttrycker tydligt praktiska förslag till förbättring och är positiva till det. Vilket också kan ses i studien av Sands (2009) som menar att det är uppenbart att det finns ett behov av vidare professionell utveckling gällande både de teoretiska och praktiska områdena inom den sjuksköterskeledda triageprocessen inom psykiatri, då den inte är evidensbaserad.

Resultatet i aktuell studie visar att triageprocessen är ett positivt inslag på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning trots vissa tydliga brister. Detta kan ses i SBU:s rapport från 2010, *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*, där det framgår att det gällande frågor kring triage och flödesprocesser på akutmottagningen är det vetenskapliga underlaget mycket bristfälligt, men som ändå skulle kunna utnyttjas bättre i utvecklingsarbetet på akutmottagningen. Vidare redovisar rapporten att det finns ett visst stöd för triagemetoder/system, som mest graderas som begränsat.

Flera empiriska studier efterlyses av författaren, då denna studie visar att en lyckad triage är beroende av ett tillförlitligt bedömningsinstrument, en triageskala. Då det inte finns en nationell triageskala i Sverige, behövs det fler kontrollerade studier, både kvalitativa och kvantitativa, där det studeras andra triageskalor, och andra organisationer inom akut sjukvård, framförallt inom den akuta psykiatrin.

Tidigare studier (Smart, Pollard & Walpole, 1999; Clarke, Hughes, Brown & Motluk, 2005) har visat att närvaro av personal med bred psykiatrisk erfarenhet på en akutmottagning, och användning av skraddarsydd triageskalor för psykiatriska patienter underlättar för sjuksköterskor, och ökar professionalism, och även ökar nöjdhetsfaktorn hos patienter. Denna studies resultat har visat att personalen uppskattar att ha en triageskala som fokuserar sig på det psykiatriska, men där det inte förbises den somatiska.

Kliniska implikationer

Studiens resultat visar att sjuksköterskor uppskattar att använda sig av triageprocessen, men att det är en process som måste vara i ständig utveckling. Denna studie kan vara till nytta i utvecklings- och förbättringsarbetet i alla akutpsykiatriska verksamheter där det idag saknas utvärdering av triageprocessen. För sjuksköterskor som jobbar inom den akuta

psykiatrin kan denna studie vara till nytta då den genom sitt resultat belyser de utmaningar som sjuksköterskor på en vuxenpsykiatrisk mottagning möter varje dag. För sjuksköterskor inom andra verksamheter inom akutvården kan studien vara till nytta genom att den kan sprida kunskap om triageprocessen i den akutpsykiatriska verksamheten. Triageprocessen i Sverige är fortfarande ett relativt nytt sätt att arbeta, därför behövs det mer forskning om utvecklingsarbetet inom området ska bedrivas, då sjuksköterskans roll i den processen är av yttersta vikt.

REFERENSER

Atzema, C.L., Schull M.J., Kurdyak P., Menezes N.M., Wilton A.S., Vermuelen M.J., Austin P.C. (2012). Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *CMAJ*, December 11, 2012, 184(18)

Bengtsson, J. (2005) (red.). *Med livsvärlden som grund: Bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning (andra upplagan)*. Lund: Studentlitteratur.

Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., ...Vadeboncoeur, A. (2014). *Implementation Guidelines* Hämtad 12 februari, 2014, från <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines>

Björklund, M & Paulsson, U. (2003). *Seminarieboken: att skriva, presentera och opponera*. Lund: Studentlitteratur.

Bloch W. (1932). *Dictionnaire Etymologique de la langue francaise*. Paris, Presses Universitaires de France.

Broadbent, M., Jarman, H., Berk, M., (2002). Improving competence in emergency mental health triage. *Accident and Emergency Nursing* (2002) 10, 155-162.

Broadbent, M., Moxham, L., Dwyer, T. (2007). The development and use of mental health triage scales in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing* (2007) 16, 413-421.

Broadbent, M., Moxham, L. Dwyer, T. (2010). Issues associated with the triage of clients with a mental illness in Australian emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2010) 13, 117-123.

Broadbent, M., Moxham, L. Dwyer, T. (2014). Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with mental illness at triage in an Australian context. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2014) 17, 23-29.

Claeson, R. (2011) Informationsblad gällande RETTS-PSY: Vad triage samt akutjournalen innebär. Hämtad 10 februari, 2014, från

https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/triage/Utbildningsmaterial_I_METTS/Metts_Psyk/Informationsblad%20RETTS-PSY%20110303.pdf

Clarke D. E., Hughes L., Brown A-M., Motluk L. (2005) Psychiatric Emergency Nurses in the Emergency Department: The Success of the Winnipeg, Canada, Experience, *Journal of Emergency Nursing*, 31:351-6

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Second edition. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112

Göransson, K., Eldh A. C., Jansson, A. (2008). Triage på akutmottagning. Författarna och Studentlitteratur.

Göransson, K. (2006). *Doctoral Dissertation Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making*. Örebro: Universitetsbiblioteket

Heslop, L., Elsom, S., Parker, N. (2000). Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 135-143.

Huckson, S. (2008). Implementation of the Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2008), 11, 80-84.

Husserl, E. (1995). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (Andra upplagan)*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.

Morphet, J., Innes, K., Munro, I., O'Brian, A., Gaskin, C.J., Reed, F., Kurdinoff, T. (2012). Managing people with mental health presentations in emergency departments-A service exploration of the issues surrounding responsiveness from mental health care consumer and carer perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal* (2012) 15, 148-155.

Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Författarna och Studentlitteratur.

Patton, M.Q. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods. Third Edition*. London: Sage Publications.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010) *Essentials of nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice. Seventh Edition*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins

Sandman, L., Ekertad, N, Lindroth, K. (2012) Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning – en etisk analys av RETTS. *Prioriteringscentrum 2012:2*. Linköpings universitet.

Sands, N. (2009). An Exploration of Clinical Decision Making in Mental Health Triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 23, No. 4 (August), 2009: pp 298-308

Sands, N., Berk, M., Prematunga, R. (2014). Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. *Nursing and Health Sciences* (2014) 16, 11-18.

SBU (2010) Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 197. ISBN 978-91-85413-33-1

Smart D, Pollard C, Walpole B, 1999 Mental health triage in emergency medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33: 57-66

Socialdepartementet (2012) PRIO psykiskohälsa–plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016, Artikelnummer S2012.006

SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen (2009) Utbildning i psykiatri – en explorativ studie av läkar- och sjuksköterskeutbildningarna, Artikelnummer: 2009-126-193.

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnummer 2005-105-1

Summers, M, Happell, B. (2002). The quality of psychiatric services provided by an Australian tertiary hospital emergency department: a client perspective. *Accident and Emergency Nursing* (2002), 10, 205-213.

WHO (2014) Mental Disorders. Hämtad 30 januari, 2014, från http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

Widgren, B. (2012). RETTS Akutsjukvård direkt. Författaren och Studentlitteratur

Widgren, B.R. & Jourak, M. (2011). Medical emergency triage and treatment system (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine* Vol. 40, No. 6, pp: 623-628, 2011.

BILAGOR

Bilaga 1. Brev till verksamhetschef samt vårdenhetschef

Bilaga 2. Tillåtelse/Tillstånd till att genomföra studien från VC och VEC

Bilaga 3. Informationsbrev

Bilaga 4. RETTS-PSY exemplar på algoritm

Bilaga 5. Akutjournal enligt RETTS-PSY

Bilaga 6. Intervjuguide

Bilaga 1. Brev till verksamhetschef samt vårdenhetschef

Hej,

Jobbar som sjuksköterska på Psykiatriska akutmottagningen xxxx och behöver din tillåtelse att genomföra ett antal intervjuer med sjuksköterskekollegor på mottagningen angående triageprocessen. Som en del av mitt examensarbete i omvårdnad som handlar om sjuksköterskors upplevelse av triageprocessen på akuten.

Har du några frågor kan du alltid nå mig på xxxxx

Evigt tacksam

Milos Miljatovic, Leg. Sjuksköterska

Psykiatriska akutmottagningen

Bilaga 2. Tillåtelse/Tillstånd till att genomföra studien från VC och VEC

Tillåtelse/Tillstånd

Härmed ges tillstånd till Milos Miljatovic att genomföra en serie intervjuer med anställda sjuksköterskor på Psykiatriska akutmottagningen på [REDACTED]. Intervjuerna ingår i Milos examensarbete som handlar om sjuksköterskornas upplevelse/erfarenhet av triagen på en psykiatrisk akutmottagning.

[REDACTED], 130530

[REDACTED], Verksamhetschef Psykiatri [REDACTED]

[REDACTED], Vårdenhetschef Psykiatriska akutmottagningen [REDACTED]

Bilaga 3. Informationsbrev

Informationsbrev	
Arbetets titel : Sjuksköterskors upplevelser av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning.	Datum: 2013-05-30
Ansvarig för studie: Milos Miljatovic, Leg. Sjuksköterska milos.miljatovic@vgregion.se	Studieort: Skövde Utbildning: Examensarbete i omvårdnad 15hp
Information om studien <p>Skriver mitt examensarbete i omvårdnad 15hp, och syftet med studien är att belysa sjuksköterskor upplevelse av triageprocessen på en vuxenpsykiatrisk akutmottagning.</p> <p>Som metod att samla data till min studie har jag valt kvalitativ intervju. Intervjuerna kommer att spelas in på Er mottagning och kommer att ta maximalt 45 minuter. Vid intervjuerna kommer enbart intervjuaren, jag, att närvara, och den intervjuade, Ni.</p> <p>Medverkan i studien är fullständigt frivilligt, och även om Ni har tackat ja till att delta, kan Ni när som helst, både före och under intervjun, att kunna avbryta.</p> <p>Inspelade intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att det är bara intervjuaren som känner till vem som intervjuas, och att all information som samlas in inte blir tillgänglig till obehöriga. Data från intervjun kommer enbart att användas i studien syfte och inte till något annat.</p> <p>Härmed tillfrågas Ni om deltagande i studien</p> <p>Milos Miljatovic, Leg. sjuksköterska</p>	

Bilaga 4. RETTS-PSY exemplar på algoritm

80. RETTS

- Nedstämdhet R45.2



- Psykomotorisk agitation (oroligt beteende, rastlöshet)
- Emotionell labilitet
- Påtaglig hämning (emotionellt, motoriskt, kognitivt)
- Psykossymtom
- Förekomst av suicidtankar, dödstanke, dödsönskan
- Social isolering

- Anhedoni (svårigheter att känna glädje, lust, intresse)
- Förekomst av suicidtankar, dödstanke, dödsönskan
- Asteni (trötthet/uttrötthet, irritabilitet)
- Sömnstörning
- Nedsatt koncentration
- Viktförändring (viktnedgång, viktuppgång)
- Tendens till isolation

Faktaruta

Överväg alltid om det kan finnas bakomliggande somatisk orsak.

Använd somatisk ESS i kombination vid somatiska symtom.

Nedstämdhet är den vanligaste orsaken till kontakt med psykiatri. Symtom under större delen av tiden under minst 2 v påverkan av samt nedsatt funktionsnivå talar för en kliniskt signifikant depression. Minskat intresse, lust och glädje är vanligt. Skuld känslor, ambivalens, irritabilitet, energilöshet, sömnsvårigheter hör ofta till bilden. Patienter med melankoliska symtom (uttalade hämning, sömnsvårigheter, skuld känslor, svår ångest, viktnedgång, likgiltighet, hopplöshet) ska prioriteras p.g.a. hög suicidrisk. Samsjuklighet med missbruk ökar suicidrisken. Viktigt att fastställa tidigare suicidförsök, ev bipolär sjukdom eller underliggande psykossjukdom. Suicidriskbedömning ska genomföras på alla patienter.

Processåtgärd: Vid suicidalitet använd ESS 99. Vid farlighet använd ESS 98.

Patient som bedöms vara fara för sig själv och/eller andra skall ha ökad tillsyn eller X-vak.



Alkometer och/eller U-tox vid misstanke om drogpåverkan, missbruk.
Överväg lab: Blodstatus, Na, Krea, TSH, Li



Som ovan

Bilaga 5. Akutjournal enligt RETTS-PSY

Akutjournal enligt RETTS-PSY™ PSYKAKUT SU/Östra

Patient ID

Datum:		Ankomsttid:	
Algoritm ESS:			
Sekretess: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej tillfrågad		Förbehåll:	
Identitet styrkt: <input type="checkbox"/> Ja via: <input type="checkbox"/> Nej		KLARA SVPL <input type="checkbox"/> Ja meddelande finns <input type="checkbox"/> Nej	
Närmast anhörig/tel.nr:		Barn i hushållet <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nej	
ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN:			
<input type="checkbox"/> På eget initiativ <input type="checkbox"/> Ensam <input type="checkbox"/> HSL <input type="checkbox"/> VI		<input type="checkbox"/> Med anhörigavänner <input type="checkbox"/> Med ambulans <input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV	
<input type="checkbox"/> Med remiss <input type="checkbox"/> Med polis <input type="checkbox"/> § 47 <input type="checkbox"/> LVM		<input type="checkbox"/> Från medicinintag <input type="checkbox"/> Annat:	
FARLIGHETSBEDÖMNING VID TRIAGE: <input type="checkbox"/> Dokumenterat våldsam			
<input type="checkbox"/> Verkar drogpåverkad <input type="checkbox"/> EJ FÖREKOMST AV FARLIGA BETEENDEN			
<input type="checkbox"/> Förvirrat/desorienterat beteende* <input type="checkbox"/> Retlig/mätirritabelt beteende*			
<input type="checkbox"/> Bullrigt beteende* <input type="checkbox"/> Verbalt hotfullt beteende*			
<input type="checkbox"/> Fysiskt hotfullt beteende* <input type="checkbox"/> Attackerar föremål*			
BVC* >2 poäng vidtagna åtgärder:			
Triagerad av:		Pat medverkar vid triagering: AUDIT Ja Nej DUDIT Ja Nej MADRS-5 Ja Nej	
Kontaktorsak/aktuellt:			
Kontakt med vården Ja, vilken: _____ Nej Aktuell bakjour: _____			
Senaste besöket _____ Behandlare _____ Titel _____			
Nästa besök _____ Behandlare _____ Titel _____			
Tidigare journal inom psykiatri Ja, var _____ Oklart Nej			
Aktuell behandling _____			
Förväntan med besöket _____			
<input type="checkbox"/> Tidigare väs frisk <input type="checkbox"/> Kardiovask sjuk <input type="checkbox"/> Cerebrovask sjuk <input type="checkbox"/> Hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Lungsjuk <input type="checkbox"/> Blödningssjuk/AK-beh <input type="checkbox"/> Malignitet			
<input type="checkbox"/> Delirium tremens <input type="checkbox"/> EP/abstinens EP <input type="checkbox"/> Leversvikt <input type="checkbox"/> Njursvikt <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tablett <input type="checkbox"/> Op inom 3 mån			
Annat: _____			
Överkänslighet Blodsmitta Multiresistens misstanke enl PM Omvårdnadsbehov?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd	
Misstanke om GE Autonomi: Brister i			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Allmänhygien <input type="checkbox"/> Toa <input type="checkbox"/> Vatskeintag <input type="checkbox"/> Gå+stå	
Triager			
A <input type="checkbox"/> = Blå ESS/prlo		<input type="checkbox"/> Ofri luftväg <input type="checkbox"/> Stridor	
B SpO ₂ på luft AF/min		<input type="checkbox"/> SpO ₂ <90% med O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ <90% utan O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ 90-95% utan O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ >95% utan O ₂	
C Puls BT <input type="checkbox"/> Ugg <input type="checkbox"/> Sitt		<input type="checkbox"/> AF > 30 eller <8 <input type="checkbox"/> RR > 130el OR > 150 <input type="checkbox"/> AF > 25 <input type="checkbox"/> Puls > 120 eller < 40 <input type="checkbox"/> Puls > 110 eller < 50 <input type="checkbox"/> Puls 50-110	
D RLS/GCS Alkometer		<input type="checkbox"/> SBT < 90 mmHg <input type="checkbox"/> Somnolent/ RLS 2-3 <input type="checkbox"/> Slö eller oklar <input type="checkbox"/> Alert	
E Temp EKG <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Krampanfall <input type="checkbox"/> Temp > 41°, < 35° <input type="checkbox"/> Temp > 38,5° <input type="checkbox"/> Temp 35°-38,5°	
ESS algoritm nr: Starttid:		<input type="checkbox"/> = Röd ESS <input type="checkbox"/> = Orange ESS <input type="checkbox"/> = Gul ESS <input type="checkbox"/> = Grön ESS	
Provtagning: <input type="checkbox"/> B-glukos <input type="checkbox"/> Urintox <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat		<input type="checkbox"/> = Röd prlo <input type="checkbox"/> = Orange prlo <input type="checkbox"/> = Gul prlo <input type="checkbox"/> = Grön prlo	
Omprio 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid:		Omprio 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid:	
Omprio 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sign/tid:			

Kontroller	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:
	Blodtryck								
	Puls								
	SpO ₂ på luft								
	RLS								
	Temp								
	Alkometer								
	B-glukos								

Bilaga 6. Intervjuguide

Intervjuguide

1. Kan du berätta för mig om din upplevelse av triageprocessen på den här psykiatriska akutmottagningen?
2. Hur upplever du själva processen?
3. Hur har det varit tidigare innan triageprocessen?
4. Hur upplever du samarbetet med kollegorna?
5. Ni hade en tid, på prov, läkare i triage som en del i förbättringsprocessen. Hur upplevde du det?

Stödfrågor:

-Vad menar du?

-Hur menar du?

-Kan du utveckla det?