

**SJUKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT BEDÖMA
PATIENTERS VÅRDBEHOV PÅ EN AKUTMOTTAGNING**

En intervjustudie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2017-05-23
Kurs: Ht16

Författare:
Marie de Jong

Helena Åström

Handledare:
Margareta Ramsjö

Examinator:
Anders Rüter

SAMMANFATTNING

Söktrycket har ökat på landets akutmottagningar de senaste åren. Människor söker i större utsträckning sjukvård dygnet runt. Det ökade antalet besök leder till ökad arbetsbörda för personalen och längre väntetider för patienterna. Triage används för att identifiera de patienter som är i behov av ett akut omhändertagande och används både pre- och intrahospitalt. Många faktorer, både inre och yttre, påverkar vid bedömning när sjuksköterskan prioriterar och bedömer en patient på akutmottagningen. Patientens vårdbehov definieras utifrån tre steg. Sjuksköterskan identifierar patientens behov av vård, utför nödvändiga åtgärder och tillsätter resurser för att slutligen tillgodose samtliga behov. Inom vården är kommunikationen en viktig faktor för att kunna ge och ta emot information och för att få en uppfattning om det runtomkring oss. Vården ska vara av god kvalitet, patienten ska känna sig trygg och vården ska bygga på ömsesidig respekt och ta hänsyn till individens integritet.

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Sju intervjuer genomfördes under januari 2017 på en akutmottagning i södra Sverige. Intervjuerna utgick ifrån en semistrukturerad intervjuguide och båda författarna deltog under intervjutillfällena. Det insamlade materialet analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom olika kategorier från de meningsbärande enheterna. Upplevda egenskaper som skapar en trygghet i bedömningen. De egenskaper som beskrevs ha betydelse vid patientbedömningen var klinisk blick, magkänsla, erfarenhet och att använda alla sina sinnen vid patientbedömningen. Bra förutsättningar att utföra en säker bedömning. En korrekt genomförd anamnes gav bra förutsättningar för fortsatt fullgod bedömning och vård. Beslutsstöd, i det här fallet Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS), ansågs som ett tryggt stöd för sjuksköterskorna vid patientbedömningen. Kommunikationen genomsyrade hela bedömningssituationen och hade stor betydelse för sjuksköterskan i patientmötet. Omgivande faktorer som påverkade sjuksköterskans upplevelse i bedömningssituationen var stress, inflytande från andra kollegor och hög arbetsbelastning.

Denna studie synliggör sjuksköterskornas arbetssituation och beskriver upplevelser kring fenomenet bedömning av patienters vårdbehov. Sjuksköterskorna behöver känna en trygghet av att vara i ett fungerande team som stöttar, ger råd och arbetar tillsammans kring patienten på ett holistiskt och patientsäkert sätt.

Nyckelord: Upplevelse, bedömning, vårdbehov, akutmottagning, sjuksköterska

ABSTRACT

The demand on the country's emergency departments has increased over the last few years. People are seeking health care day and night to a greater extent than before. The increased number of visits leads to an increased staff workload and longer waiting times for the patients. Triage is used to identify those patients who are in need of emergency care and is used both as a pre- and intrahospital tool. Many factors, both internal and external, affect the assessment when the nurse prioritizes and assesses a patient in the emergency department. The care need of the patient is defined based on three steps. The nurse identifies the patient's need for care, performs the necessary actions and adds resources to finally cater to all the needs. Within the health care system, communication is an important factor to be able to give and receive information and to get an idea of surrounding factors. Health care should be of good quality, the patient should feel safe and the health care should be based on mutual respect and take into account the integrity of the individual.

The purpose was to describe nurses experience of assessing patients care needs in an emergency department.

Seven interviews were conducted during January 2017 in an emergency department in south of Sweden. The interviews were based on a semi-structured interview guide and both authors participated during the interviews. The collected material was analysed using a qualitative content analysis.

The result showed various categories from the meaningful units. Perceived qualities that create a sense of confidence in the assessment. The qualities described as significant during assessment of the patient were clinical eye, gut feeling, experience and using all senses during assessment of the patient. Good conditions to perform a solid assessment. A correctly performed anamnesis created good grounds for continued adequate assessment and care. Decision support, in this case RETTS, was considered as a reliable support for the nurses during assessment of the patient. Communication characterized the complete assessment situation and was of great importance to the nurse when meeting the patient. Surrounding factors that affected the nurse's perception of the assessment were stress, influence from other colleagues and high workload.

This study reveals the nurses' work situation and describes experiences about the phenomenon of assessment of patient care needs. Nurses need to feel confident of being in a working team that supports, counseling and working together around the patient in a holistic and patient-safe manner

Keywords: experience, assessment, care needs, emergency department, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patientbesök på akutmottagningar	1
Akutmottagning	2
Triage	2
Sjuksköterskans profession	3
Kommunikation	3
Patientsäkerhet	4
Vårdbehov	4
Teoretisk referensram	5
Upplevelse	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Design	6
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Upplevda egenskaper som skapar en trygghet i bedömningen	10
Förutsättningar att utföra en säker bedömning	12
Kommunikationens betydelse för sjuksköterskan i mötet med patienten	13
Omgivande faktorer som påverkar upplevelsen i bedömning	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	20
Klinisk tillämpbarhet	20
REFERENSER	21

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Brev till verksamhetschef

Bilaga 3 Forskningspersoninformation

Bilaga 4 Samtyckesformulär

INLEDNING

Till akutmottagningen kommer patienter för att söka vård. För att säkerställa god vård skall den som är i störst behov få högsta prioritet (SFS 1982:763). Sjuksköterskan ska under en kort tid göra en korrekt bedömning av patientens vårdbehov. Ett system behövs för att tidigt identifiera vilken patient som är i störst behov av vård och vilken patient som kan vänta (Göransson, Ehnfors, Fonteyn, & Ehrenberg, 2008). Olika modeller har tagits fram för att identifiera patientens vårdbehov. Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) är en modell för prioritering och används i Sverige idag på de flesta akutmottagningar. RETTTS-modellen har bedömts ha en god säkerhet när det gäller att identifiera patientens vårdbehov (Widgren, 2012). För ytterligare stöd i bedömningen av patienten kan sjuksköterskan vägledas av de tre etiska principerna; människovärdesprincipen, behovs/solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (Riksrevisionen, 2004). Viss forskning finns angående triage och användandet av RETTTS och triageprocessen utvecklades för att identifiera patienter som behövde akut sjukvård (Andersson, Omberg, & Svedlund, 2006; Farrokhnia & Göransson, 2011). I kompetensbeskrivningen för akutsjuksköterskor framgår att ”triagera, sortera och prioritera för att säkerställa en god och säker vård för patienter och närstående inom akutsjukvård kräver specialistkompetens” (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017, s. 5). En välfungerande sjukvård innebär att efter bedömning kunna prioritera och hänvisa patienter till en lämplig vårdnivå. Oavsett hur den första vårdkontakten sker så ska vården vara på lika villkor för alla personer som söker vård (Widerström, 2015).

BAKGRUND

Patientbesök på akutmottagningar

Antal patientbesök har ökat på landets akutmottagningar med cirka tre procent sen år 2014. Siffror visar på cirka 2.5 miljoner besök under första halvåret 2015. Kartläggning och analys har utförts på fem akutmottagningar i Sverige gällande vistelsetider och patientflöden. Den totala vistelsetiden på de undersökta akutmottagningarna har ökat med 31 minuter under åren 2010–2015. En fjärdedel av de vårdsökande inkommer med ambulans till akutmottagningen. Hälften av patienterna uppsöker akutmottagningen utan förestående kontakt med rådgivning (Socialstyrelsen, 2015b). Helmrot och Ziegler (2016) såg att vårdsökande som varit i kontakt med sjukvården kontaktat sjukvårdsrådgivningen 1177, kommit på remiss från vårdcentral, direkthänvisats från vårdcentral, internremitterats från någon av sjukhusets kliniker eller har planerat återbesök på akutmottagningen. Studien som utfördes på akutmottagningen vid universitetssjukhuset i Örebro visar att en stor del av de vårdsökande hade hänvisats till akutmottagningen via telefonrådgivning (Helmrot & Ziegler, 2016). I Sverige har antal akutbesök ökat i takt med att befolkningen ökar. Utifrån det ökade antalet patienter behövs ett strukturerat arbetssätt för att bedöma och sortera patienter. (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Det ökande patientinflödet på akutmottagningarna försvårar för sjuksköterskan att snabbt kunna utföra patientbedömningar (Howard et al., 2014). Det ökade söktrycket genererar i mindre tid för patienten och ökad stress för sjuksköterskan (Burley, 2011).

Akutmottagning

På akutmottagningen omhändertas patienter med akut insättande sjukdom eller skada inom kirurgi, medicin och ortopedi. Patienter med andra besvär hänvisas till specifika specialiteter. Vissa sjukhus har begränsningar när det gäller att erbjuda vård och måste hänvisa patienter till andra sjukhus (Wikström, 2012). Arbetsuppgifterna är varierande på akutmottagningen alltifrån omhändertagande av patienter med livshotande tillstånd till patienter som inte är i behov av akut vård (Robinson, 2013). I hälso- och sjukvårdslagen står att varje patient skall få medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (SFS 1982:763) . Akut sjukvård innebär åtgärder som inte kan vänta mer än några timmar eller högst upp till ett dygn (Socialstyrelsen, 2015b). Varje patients behov måste bedömas, vilket kan innebära att alla patienter inte behöver träffa en läkare utan en bedömning kan göras av annan vårdpersonal (Wikström, 2012). Då väntetiderna kan variera på akutmottagningen är det nödvändigt att ha en effektiv organisation som säkerställer att patienterna får ett snabbt omhändertagande oavsett hur de anländer till akutmottagningen (Göransson, Eldh & Jansson , 2008). Flödesprocesser på akutmottagningen innebär att handlägga patienter i olika processer för att effektivisera genomströmningen av patienter och genom triage kategoriseras de efter medicinsk angelägenhetsgrad (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2010).

Triage

Triage används världen över på akutmottagningar. Ett gemensamt arbetssätt runt triagering och standardiserade bedömningsinstrument är viktigt för vidare forskning och utveckling internationellt (FitzGerald, Jelinek, Scott & Gerdz, 2010). Ordet triage kommer från franskans ”trier” och betyder att sortera. Baron Dominique Jean Larrey var kirurg inom Napoleons garde år 1797 och fokus var att på ett strukturerat sätt prioritera i masskadesituationer (Robertson-Steel, 2006). En undersökning visade att 97 procent av Sveriges akutmottagningar använde sig av triageskalor (Farrokhnia & Göransson, 2011). De tre vanligaste systemen i Sverige för att kategorisera patientens tillstånd är RETTS (tidigare kallad METTS), Adapt processtriage (ADAPT) och Manchester triagescale (MTS) (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Triage används för att identifiera de patienter som är i behov av ett akut omhändertagande och används både pre- och intrahospitalt. En triagehandbok utformade 2006 inom region Skåne. Beslutsstödet används av vårdpersonal för att säkerhetsställa patientens vårdbehov och utgår från patientens symtom. När patienten beskriver sina besvär tas hänsyn till patientens hela sjukdomshistoria. Utifrån hela symtombilden identifieras sedan lämplig vårdnivå utan att diagnoser ställs. (Widerström, 2015). Med ett fungerande triagesystem identifieras avvikande vitalparametrar och därmed de mest akut sjuka patienterna (Widgren & Jourak, 2011). Den medicinska allvarlighetsgraden bedöms utifrån patientens vitalparametrar, anamnes och symtom. RETTS-bedömningen genererar en färgkod där röd och orange färg innebär prioriterat omhändertagande utan dröjsmål. Gul och grön färg prioriteras lägre och det innefattar en patientgrupp som kan vänta innan omhändertagande. Blåprioriterad patient har inget behov av akutsjukvård (Göransson, Eldh & Jansson , 2008). Symtomen och patientens vitalhistoria ger tillsammans en sammansatt bedömning av patientens vårdbehov (Widerström, 2015). I en studie visade det sig att före användandet av RETTS fokuserades mer på symtom och medicinska diagnoser. Efter införandet av RETTS hade två tredjedelar av patienterna bedömts med vitalparametrar och symtom och tecken som ingick i RETTS (Vatnoy, Fossum, Smith & Slettebo, 2016).

Bedömningen av en akut sjuk patient är en komplex situation. Det är av största vikt att klargöra, strukturera och prioritera patientens behov utifrån en systematisk A-E bedömning. Det innebär A - airway luftväg, B - breathing, andning och syresättning, C - circulation, blodcirkulation och blodtryck, D - disability, kontroll av medvetandegrad och E - exposure, helkroppsundersökning. A-E utförs strukturerat i kronologisk ordning och åtgärder utförs under varje bokstav. Resultatet av åtgärder och patientens tillstånd re-evalueras kontinuerligt (Bersten & Soni, 2009).

Sjuksköterskans profession

Akutsjukvård innebär att kunna utföra moment praktisk och utifrån vetenskaplig kunskap (Wikström, 2012). Enligt Riksföreningen för Akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening (2017) ställs krav på akutsjuksköterskans kompetens för att ge avancerad vård och omvårdnad. Akutsjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens vård utifrån patientens tillstånd och tillgängliga resurser. Det skall finnas en beredskap för att bemöta det icke förväntade och oförutsägbara, identifiera livshotande tillstånd och påbörja adekvata behandlingar och åtgärder. För att triagera patienter och ge en god och säker vård krävs specialistkompetens inom akutsjukvård. Samband mellan sjuksköterskans kompetensnivå och patientsäkrad vård har påvisats. Kärnkompetenserna personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap krävs för en säker vård av hög kvalitet. Ett etiskt förhållningssätt och holism skall genomsyra sjuksköterskans olika kompetensområden (Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vårdsökande till akutmottagningen söker för olika symtom och besvär. Allvarlighetsgraden varierar och behöver handläggas olika skyndsamt. Läkarkontakt är inte alltid nödvändigt utan mindre allvarliga fall kan handläggas och omhändertas av sjuksköterska på akutmottagningen (Wikström, 2012). Sjuksköterskan triagerar enligt RETTS systemet för att identifiera och därefter prioritera den vårdsökandes behov. För en fullgod triage krävs arbetslivserfarenhet och en fungerande organisation på arbetsplatsen. Sjuksköterskor som arbetar med triage kan få utökad delegering gällande handläggning och bedömning av patienter (Wikström, 2012). För att göra en korrekt bedömning under begränsad tid krävs erfarenhet, kunskap och även intuition av sjuksköterskan. Inre och yttre faktorer påverkar sjuksköterskan i sin bedömning av patienter på akutmottagningen. Till inre faktorerna räknas färdigheter och personliga egenskaper och till de yttre faktorerna arbetsuppgifter, arbetsmiljö och arbetsbelastning (Andersson, Omberg & Svedlund, 2006). Studier visar att erfarenhet och kunskap är viktiga faktorer hos sjuksköterskan i triage (Hitchcock, Gillespie, Crilly & Chaboyer, 2014). Bedömningen startar redan i väntrummet då sjuksköterskan genom klinisk blick intuitivt bildar sig en första uppfattning om patienten (Edwards, 2007). Utbildning och erfarenhet har ingen avgörande betydelse om sjuksköterskan som utför bedömningen inte har fått utbildning i användandet av triageverktyget. Följsamheten till triageverktyget bestämmer träffsäkerheten i bedömningen av patienten (Considine, Botti & Thomas, 2007).

Kommunikation

Enligt Fossum är ”kommunikationens främsta syfte att understödja individens kraft och förmåga till egenvård och hälsa” (Fossum, 2013, s. 51). Inom vården är kommunikationen en viktig faktor för att kunna ge och ta emot information. En dialog mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning för att patienten skall bli delaktig i sin vård (Fossum, 2013).

Genom ett gott förhållningssätt där människor bekräftas, respekteras och konfirmeras skapar vi en god kontakt (Engquist, 2009). Empati är förmåga till inlevelse och medkänsla eller sympati. Empati innebär att situationer kan ses ur en annan persons synvinkel och utifrån den personens normer, uppfattningar och värderingar (Egidius, 2008). En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att kommunicera med patienten och på ett lättförståeligt sätt kunna göra sig förstådd. Kommunikation och information är viktig och den ska vara kortfattad och lättförståelig (Zani, Marcon, Tornete & Parada, 2014). Information är viktig för att kunna delge sina kunskaper till kollegor, patienter och studenter (Sävenstedt & Florin, 2013).

Patientsäkerhet

I enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivaren är skyldig att ge en god och säker vård och tillgodose en hög patientsäkerhet. Personal som arbetar inom hälso- och sjukvården bär själv ansvar för att deras arbetsuppgifter utförs korrekt i enlighet med patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska få en bedömning av sitt medicinska tillstånd. Vården ska vara av god kvalitet, patienten ska känna sig trygg, den ska bygga på ömsesidig respekt och ta hänsyn till individens integritet (SFS 1982:763). Nyligen utförda studier visar att en stressig arbetsmiljö med hög belastning och många avbrott i arbetet ökar risken för inkorrekta beslut och bedömningar runt patienten (Berg et al, 2013). Den primära patientkontakten upplevs inte som stressfylld av sjuksköterskorna. De anser att det är den komplexa vårdsituationen runt patienten, med processåtgärder och andra arbetsuppgifter, som leder till stress och en känsla av otillräcklighet (McGrath, Reid & Boore, 2003).

Vårdbehov

Definition vårdbehov ” Vård någon bedömer, individen själv eller professionell bedömare, att befolkningen behöver vid ett visst hälsotillstånd” (Davidsson, 1998, s. 34). Den enskilda individen är expert på upplevelsen av sin egen ohälsa och besitter den bästa förmågan att bedöma sin egen kropp och situation. Som vårdsökande är patienten beroende av vårdpersonalens kompetens, resurser och beslut för att känna sig involverad och delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2015a). Vårdsituationen är inte helt jämställd mellan patient och vårdpersonal. Patienten har sin egen uppfattning och kunskap om sin person medan vårdpersonalen besitter den professionella kunskapen och har sina egna värderingar. Det är därför viktigt att informationen anpassas gällande patientens hälsotillstånd, diagnos och behandlingsmetoder (Socialstyrelsen, 2015a). I region Skånes triagehandbok definieras vårdbehov utifrån olika nivåer som innefattar det mest akuta vårdbehovet till råd om egenvård (Widerström, 2015). Patientens vårdbehov definieras utifrån tre steg. Sjuksköterskan identifierar patientens behov av vård, utför nödvändiga åtgärder och tillsätter resurser för att slutligen tillgodose samtliga vårdbehov (Region Skåne, 2011). Tillämpningen av behovsstyrd vård graderas och de med störst behov ska ha företräde. Patientens tillstånd och sjukdomens svårighetsgrad har en betydande roll utifrån gradering av vårdbehovet. Vid akuta sjukdomstillstånd föreligger större vårdbehov (Socialstyrelsen, 2006). I en studie gjord i Stockholm av Backman, Blomquist, Lagerlund, Carlsson-Holm och Adami (2009) har de jämfört patienter som söker vård på vårdcentraler och akutmottagningar och vilka faktorer som skiljde dem åt. För att identifiera vårdbehov användes på akutmottagningen en fyrgradig skala för triage och på vårdcentralen undersöktes angelägenhetsgraden när de ringde för att söka vård. De utvalda fick svara på 80 frågor i en strukturerad intervju.

I den framkom att patienter som sökte akutsjukvård hade andra symtom än de som sökte primärvård. De patienter som sökte vård på akutmottagningarna var mer oroliga och hade kortare symtomdebut samt hade nyligen varit inläggande på sjukhus jämfört med de som sökte vård via primärvården. Ingen större sociodemografisk skillnad framkom mer än att ett större antal kvinnor sökte primärvård (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson-Holm & Adami, 2009). I en annan studie gjord i Italien av Lega och Mengoni, (2008) jämfördes två vårdsökande patientgrupper. Många av de som sökte akutsjukvård var missnöjda med primärvårdens mottagande. Den här patientgruppen var mer ängsliga och ansåg att deras tillstånd krävde akutsjukvård. Den gruppen som valde primärvård som förstahandsalternativ ansåg att kompetens och empati var bristfällig på akutmottagningen. De insåg också att deras symtom inte var av akut karaktär och därför behövde de inte söka vård skyndsamt. Vidare värdesatte den här gruppen en god vårdrelation till vårdgivaren och ansåg de att de blev erbjudna en bättre vård (Lega & Mengoni, 2008).

Teoretisk referensram

Patricia Benners (Benner, 1993) teoretiska referensram innebär att sjuksköterskan avancerar från novis till expert vilket kräver erfarenhet inom en verksamhet under en längre tid. Den stegvisa utvecklingen leder till ökad skicklighet i sjuksköterskans arbete. Benner beskriver sju kompetensområden. Den hjälpsamma rollen som innebär att vägleda patienten och ge patienten möjlighet att delta i sin egen vård. Den undervisande och vägledande funktionen hjälper patienten förstå och tolka sitt sjukdomstillstånd och utförda åtgärder. Benner menar också att sjuksköterskan har en diagnostisk och övervakande funktion vilket innebär att upptäcka förändringar i patientens tillstånd, dokumentera dessa och utföra adekvata behandlingar och åtgärder utifrån detta. Sjuksköterskan ska effektivt kunna hantera snabbt skiftande situationer som innebär att snabbt uppfatta och handla utifrån akuta situationer. I sjuksköterskans profession ingår även handhavandet av läkemedel på ett kompetent och patientsäkert sätt. Sjuksköterskan ska övervaka och säkerställa kvalitet i praktiskt vårdarbete. I rollen ingår även en arbetsledande funktion, sjuksköterskan ska arbeta för patientens trygghet och främja teamarbete. Sjuksköterskan genomgår olika stadier för sin kompetensutveckling novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. En sjuksköterska som introduceras i ny klinisk miljö hamnar på novisens prestationsnivå. Varje sjuksköterska startar på novisens nivå för att sedan, beroende på situation och erfarenhet, arbeta sig genom de olika stadierna (Benner, 1993; Benner, Tanner & Chesla, 2009).

Upplevelse

En upplevelse har en början och ett slut. En meningsfull upplevelse innefattar det individen upplever tillsammans med andra och sin omgivning (Mossberg, 2015). Sinnen såsom syn lukt hörsel smak bidrar till upplevelsen. En händelse skapar intryck och ger ett värde till individen kring den aktuella situationen (Boswijk, Thijssen & Pheelen, 2007). En upplevelse kan även beskrivas som något som tas in och påverkar individen sätt att vara, känna och tänka. Att få vara med om en upplevelse skapar erfarenhet (Egidius, 2008). Antonovsky använder ordet KASAM – känsla av sammanhang för att beskriva hur individen upplever tillvaron när svårigheter möts. Upplevelsen av en viss situation påverkar hur en person kan hantera situationen. Vidare beskrivs tre dimensioner begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. När dessa tre är i balans mår individen bra (Antonovsky, 2005).

Problemformulering

Söktrycket har ökat på landets akutmottagningar de senaste åren. Människor söker i större utsträckning sjukvård dygnet runt. Det ökade antalet besök leder till ökad arbetsbörda för personalen och längre väntetider för patienterna. Sjuksköterskan sorterar och prioriterar patientens vårdbehov utifrån väldokumenterade triagesystem för att tidigt i vårdkedjan identifiera dessa. Det är sjuksköterskorna i triageteamet som utför den första bedömningen av patientens vårdbehov. Det är av vikt av att identifiera om det finns faktorer, och i så fall vilka, som påverkar sjuksköterskan i bedömningssituationen.

Studier finns som belyser triageringsförfarandet men forskning som undersöker sjuksköterskors upplevelse runt bedömningssituationen finns det mindre om. Det är viktigt att belysa den aspekten för att skapa patientsäker vård och öka tryggheten för sjuksköterskan i bedömningssituationen.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

METOD

Ansats

För att få svar på syftet, som bygger på sjuksköterskors upplevelser, använde författarna sig av en kvalitativ ansats. Den kvalitativa forskningsmetoden har en holistisk inriktning med en induktiv ansats, observationer knyter an till teorin. Meningar tolkas och forskaren försöker få en förståelse av människors upplevelser av fenomen utifrån dess sammanhang. Kvalitativ ansats har som mål att förstå sociala fenomen i dess normala miljö (Forsberg & Wengström, 2008). En induktiv ansats kan med fördel användas när författarna vill undersöka informanternas upplevelser och erfarenheter kring ett visst fenomen (Polit & Beck, 2017).

Design

Författarna ville belysa sjuksköterskornas upplevelser runt en företeelse och valde att göra en kvalitativ intervjustudie. Studiens design är deskriptiv med induktiv ansats vilket belyser hur upplevelser observeras och beskrivs. (Polit & Beck, 2017). Informanten uppmuntras att med egna ord och så precist som möjligt uttrycka vad den känner, upplever och handlar utifrån det undersökta ämnet (Kvale & Brinkmann, 2014). En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes för att få svar på syftet. Denna frågeform kan med fördel användas så informanterna fritt kan prata kring ett visst fenomen utifrån egna erfarenheter (Trost, 2010; Polit & Beck, 2017).

Urval

För att inkluderas i studien skulle sjuksköterskorna vara legitimerade sjuksköterskor och verksamma på aktuell akutmottagning. De skulle ha arbetat minst ett år och ha schemalagd arbetstid både dag kväll och natt. Ett strategiskt urval valdes för att uppnå önskvärd variation av det studerade fenomenet. (Henricsson, 2012; Krippendorff, 2004) Den metoden ansågs lämplig för att uppnå variation utifrån kön, ålder, arbetslivserfarenhet och kompetensnivåer. Därmed fick studien en större trovärdighet. Författarna avsåg att intervjua sex till tio sjuksköterskor. Detta för att få en hanterlig mängd data att analysera (Trost, 2010).

Datainsamling

Studien genomfördes på en akutmottagning i södra Sverige under januari 2017. Ett informationsbrev skickades via mejl till berörd verksamhetschef. I brevet presenterades studiens syfte, bakgrund och tillvägagångssätt (Bilaga 2). Verksamhetschefen gav ett muntligt och skriftligt samtycke till studiens genomförande på aktuell akutmottagning. Medgivande gavs även till att intervjuerna kunde genomföras under arbetstid och i ett enskilt rum på mottagningen. Författarna gavs även tillstånd att skicka en förfrågan om deltagande via aktuell mejllista och även tillstånd att skicka påminnelse vid uteblivna svar.

Rekrytering av informanter

Ett mejl skickades till samtliga sjuksköterskor på den aktuella akutmottagningen. I mejlet bifogades information och en förfrågan om intresse att delta i studien. Alla sjuksköterskorna uppmanades att svara innan ett sista datum. Vid uteblivna svar skulle ytterligare ett mejl med påminnelse skickas vilket inte blev aktuellt då tillräckligt många svar inkom inom angiven tid. Sjuksköterskorna valdes sedan ut utifrån uppsatta kriterier. Tid och plats för intervjun bestämdes i samråd med informanterna. Målet var att intervjuerna skulle ske på arbetstid och i anslutning till arbetsplatsen i ett bestämt rum. Samtliga intervjuer genomfördes i en och samma lokal vid olika tidpunkter. Informanterna fick ta del av ett informationsbrev och ett samtyckesformulär att skriva under innan intervjuens början (Bilaga 3 och 4).

Intervjuguide

Vid intervjun användes en intervjuguide (Bilaga 1) som utformats enligt Kvale och Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2014). Datainsamlingen byggde på intervjufrågor med utgångspunkt att besvara syftet till studien. Författarna genomförde intervjuer med semistrukturerade frågor den frågeformen kan med fördel användas när författarna vill analysera ett specifikt fenomen. Intervjuguiden började med demografiska frågor och fortsatte sedan med tre stycken huvudfrågor. För att täcka huvudfrågorna fanns även kompletterande följdfrågor som vägleder informanten till mer fria och uttömmande svar. Intervjufrågorna ställdes på liknande sätt till samtliga informanter. Den här intervjuformen gav informanterna möjlighet att berätta om sin syn på verkligheten utan att påverkas av författarnas frågor i för stor utsträckning. Intervjuguiden fungerade som ett stöd och manus för författarna för att fånga upp de fenomen som undersöktes (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017).

Genomförandet av intervjuer

Utifrån de mailsvar som inkom, valdes sju presumtiva informanter ut. En pilotintervju genomfördes för att testa frågornas kvalitet, svagheter och styrkor. Även två inspelningsutrustningar provades, audiomemos och diktafon, varav audiomemos kändes mer lätthanterlig och kom att användas under resterande intervjuer.

Under pågående pilotintervju upptäcktes att första frågan behövde förtydligas med ordet triage för att informanten skulle förstå den specifika frågan. Det föll sig naturligt att ändra frågan redan under pilotintervjun därav kunde pilotintervjun inkluderas i studien. Intervjuguiden kan utvecklas i takt med att intervjuerna genomförs (Kvale & Brinkmann, 2014).

Vid intervjutillfället kontrollerades att samtliga informanter hade skrivit under samtyckesformulär och läst informationsbrevet (Bilaga 3 och 4). Längden på intervjuerna varierade mellan 15–20 minuter. Intervjuerna genomfördes under två dagar i en förbokad lokal i anslutning till informanternas arbetsplats. Det är viktigt med en avskild och ostörd miljö för att få informanten att känna sig trygg och avslappnad. Intervjuerna utgick ifrån intervjuguiden (Bilaga 1). Efter avslutad intervju sammanfattades vad som sagts, tid för reflektion och ytterligare frågor fanns. Samtliga intervjuer kunde fortgå ostört och utan avbrott och den avsatta intervjutiden var tillräcklig. Intervjuerna spelades in via appen audiomemos på Ipad. Båda författarna deltog under intervjuerna varav en genomförde samtliga sju intervjuer. Den andra författaren intog en mer passiv och lyssnande roll, skrev kompletterande anteckningar och såg till att inspelningsutrustning fungerade. Flera intervjuare kan i vissa fall upplevas av informanten som ett maktöverläge i intervjusituationen (Trost, 2010). Efter varje intervjutillfälle lyssnade författarna tillsammans på det inspelade materialet för säkerhetsställandet av ljudkvaliteten och reflektera kring innehållet. Författarna valde att inte inkludera fler informanter då de ansåg att ytterligare deltagare inte skulle tillföra ny kunskap till ämnet (Malterud, 2014).

Dataanalys

De inspelade intervjuerna lyssnades igenom flertalet gånger av båda författarna. Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes sedan noggrant igenom. Detta gjordes för att inget skulle misstolkas och för att få en bra uppfattning och kännedom om innehållet i intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Dataanalysen genomfördes med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys såsom det beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Två former av innehållsanalys kan användas när texter tolkas. Utifrån texten görs analysen på latent eller manifest nivå beroende på abstraktionsnivå och djup och oftast sker en kombination av båda nivåerna. I aktuell studie valdes den manifesta metoden då innehållsanalysen avslutades efter att kategoriseringen var avslutad (Graneheim & Lundman, 2004). Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av att bedöma patientens vårdbehov på en akutmottagning. Efter transkription sållades materialet till meningsbärande enheter utifrån valt syfte. Alla meningsbärande enheter överfördes till ett dokument med en siffra framför för att identifiera vilken informant det gällde (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Meningsbärande enheter plockades ut och kondenserades till kortare meningar för att sedan abstraheras till en kod. Koden beskriver meningsenhetens innehåll. Koder med liknande innehåll bildar underkategorier och sammanförs sedan till kategorier. Kategorierna är kärnan i en innehållsanalys. I denna studie bildades fyra kategorier av koderna i det transkriberade materialet och åtta underkategorier. Exempel på analysprocessen presenteras i tabell 1 (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
....så det är nog den kliniska blicken jag använder mer som min följeslagare..	Kliniska blicken min följeslagare	Klinisk blick	Klinisk blick	Upplevda egenskaper som skapar en trygghet i bedömningen
Och det kan ju vara en ganska stressig position...man känner att det fyller på sig, man får inte iväg patienterna till ett rum om de är dåliga och jag känner jag har ansvar för patienten och så upptäcker man nåt på proverna man skulle ha upptäckt tidigare och så..	Oro när det är mycket att göra patienten jag la i röran har jag missat att titta på och proverna och upptäcker nåt jag skulle upptäckt tidigare	Oro att inte hinna med	Arbetsmiljö	Omgivande faktorer som påverkar upplevelsen i bedömningen

Forskningsetiska överväganden

De forskningsetiska principerna följdes. Informationskravet innebar att informanterna fick information skriftligt och muntligt innan studien började. Information delgavs även till berörd verksamhetschef (Bilaga 2). Samtyckeskravet innebar att informanterna skrev under om deltagande i studien (Bilaga 4). Författarna upplyste även om att deltagandet i studien var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att det påverkade deras arbetssituation. Konfidentialitetskravet innebar att allt material behandlades konfidentiellt, avkodades och användes enbart för denna studie. Texten är lojal utifrån det som sagts och har inte ändrats. Informanternas personuppgifter är kända enbart av författarna och materialet förvaras så att enbart författarna har tillgång till materialet. Informanter erbjöds tid för reflektion efter intervjun och hade möjlighet ta del av och läsa det färdiga resultatet. Som författare är det vår etiska skyldighet att redovisa säkrad och verifierad kunskap. Materialet förvaras under studiens gång så ingen har tillgång till det och allt material raderas och kasseras efter att studien är genomförd och godkänd. Citaten är kodade och kan inte kopplas till en specifik person. Nyttjandekravet innebär att materialet endast får användas av författarna i studien i det självständiga arbetet och inte för kommersiellt bruk (Kvale & Brinkmann, 2014; Vetenskapsrådet, 2011). Då informanterna var kollegor till författarna har speciella överväganden gjorts kring detta. Det finns faktorer som kan påverkas av författarnas arbetsrelation till sina informanter. Bland annat kan relationen påverka hur och vilken information som framkommer under intervjuerna (Brannick & Coughlan, 2007). En annan aspekt är att ett öppet klimat mellan informant och författare gör att tilliten ökar och svaren blir djupare och mer utförliga (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

RESULTAT

Sammanlagt genomfördes sju intervjuer varav en pilotintervju vilken inkluderades i studien. Åldern varierade mellan 25 till 50 år med en medelålder på 37 år. På den aktuella akutmottagningen hade sjuksköterskorna arbetat mellan ett till tio år men arbetslivserfarenheten varierade mellan ett till tolv år. I resultatet identifierades fyra kategorier och åtta underkategorier. Resultatet presenteras i tabell 2. Citat förstärker innebörden utifrån studiens syfte.

Tabell 2

Kategorier	Underkategorier
Upplevda egenskaper som skapar en trygghet i bedömningen	Erfarenhet Klinisk blick Magkänslan Använda sina sinnen
Förutsättningar att utföra en säker bedömning	Anamnes Beslutsstöd
Kommunikationens betydelse för sjuksköterskan i mötet med patienten	
Omgivande faktorer som påverkar upplevelsen i bedömningen	Arbetsmiljö Kollegors betydelse

På den aktuella akutmottagningen arbetade sjuksköterska och undersköterska i ett bedömningsteam med triage. Utifrån insamlade data framkom variabler som påverkade sjuksköterskors upplevelser i samband med bedömningen av patientens vårdbehov.

Upplevda egenskaper som skapar en trygghet i bedömningen

Olika egenskaper påverkade sjuksköterskorna i bedömningssituation. Det framkom att det är viktigt att arbeta systematiskt och att vara noggrann i sin bedömning av patienten. Det var en trygghet att ha ett bedömningsteam för triagering för att kunna sortera vad som är akut och inte akut.

Erfarenhet, klinisk blick, magkänslan, använda sina sinnen

De erfarna sjuksköterskorna upplevde att arbetslivserfarenhet gav trygghet i bedömningssituationen. Det var viktigt med erfarenhet för att göra en korrekt bedömning av patienten. De som hade arbetat en längre tid på arbetsplatsen beskrev att det du gör ofta blir du duktig på. Sjuksköterskor med längre erfarenhet beskrev de akuta patienterna som lättare att handlägga. De beskrev att tydliga regler och riktlinjer fanns att följa. Genom att ha sett akut sjuka patienter tidigare fanns en viss förförståelse vilket gav trygghet i situationen. Klinisk blick, magkänsla, intuition och att använda alla sina sinnen i patientbedömningen var faktorer som kunde kopplas till arbetslivserfarenhet enligt de sjuksköterskorna med längst arbetslivserfarenhet. Erfarna sjuksköterskor beskrev att de genom att enbart iaktta patienten identifierade patientens besvär utan att kontrollera vitala parametrar, de menar att de får ett tränat öga det vill säga den ”kliniska blicken”. En helhetsbild skapades av patienten redan när patienten togs in på rummet startade bedömningen genom att iaktta patienten. En sjuksköterska beskrev att man kan få en känsla av att en patient kan vara sämre än den medger. I dessa fall prioriterades patienterna upp trots att de inte föll ut i kriterierna utifrån RETTS. Att uppleva med sina sinnen var en viktig faktor i bedömningen.

Sjuksköterskorna beskrev att det är viktigt att se hur patienten upplevs och känns. Det fanns risker att hamna på fel spår men det minimerades av magkänslan och den kliniska blicken.

”men det är väl mest jag går på magkänslan hur patienten ser ut istället för vad vissa prover är eller visar och så tycker jag mer man ser på en patient hur den mår faktiskt än vissa instrument vi använder så det är nog mer den kliniska blicken jag använder mer som är min följeslagare än mer att just va bunden till det andra”

(Intervju 3).

Sjuksköterskor som inte hade lika lång erfarenhet upplevde de kritiskt sjuka patienterna svårare att handlägga och kände sig mer osäkra i dessa situationer. En sjuksköterska med kortare arbetslivserfarenhet förlitade sig i större utsträckning på prioriteringsverktyget RETTS där tydliga riktlinjer och kriterier framgick. De hade genom erfarenhet inte hunnit utvecklat samma intuitiva känsla vid patientbedömning som en sjuksköterska med längre arbetslivserfarenhet. Detta framkom i berättelser av specifika patientsituationer.

”...svårigheten tycker nog jag är när man får in en patient som är ganska så dålig och hur handläggningen är där hur mycket man ska göra i triagen”

(Intervju 5)

Samtliga sjuksköterskor upplevde att patienter utan akut vårdbehov var svåra att handlägga. De här situationerna kunde leda till mycket diskussioner mellan sjuksköterska och patient. Mycket tid och resurser gick åt till att förklara för patienten att något behov av akutsjukvård inte förelåg. Vissa sjuksköterskor kände sympati med patienten och lät de vara kvar på akutmottagningen. En annan aspekt som framkom var utsattheten i att vara ensam i beslutet av att hänvisa patienter till annan vårdnivå respektive till egenvård i hemmet. Rädslan fanns hos vissa sjuksköterskor att göra felbedömningar. Ibland kunde konfliktladdade situationer uppstå i samband med hänvisning av patienter. Sjuksköterskorna upplevde dessa som obehagliga och hotfulla. Ibland upplevdes det lättare att låta patienten vara kvar på akutmottagningen och låta läkaren göra sin bedömning.

”...någon gång fick vi ringa polisen för vi fick inte ut patienten från rummet...de blir arga de kanske är mest besvikna över att de inte får någon hjälp...”

(Intervju 7)

”De akuta patienterna är ganska lätta att triagera eller att bedöma vårdnivå på medans de här andra kanske inte borde vara här egentligen”

(Intervju 2)

En sjuksköterska med vidareutbildning inom akutsjukvård diskuterade kring utbildning. Den har givit mer kunskap i bedömningsituationen när det gäller att kunna bedöma vad som är akut eller inte. En sjuksköterska som arbetat en kortare tid på akutmottagningen upplevde en trygghet i att arbeta med en mer erfaren sjuksköterska. Det gav en känsla av att ha någon att rådfråga och att luta sig emot vid bedömningen.

”Att träffa patienter här under flera års tid så får man erfarenheter och att man har pluggat får man ju kunskap mer kunskap vad som är farligt och inte farligt. Men framförallt tror jag att man jobbar och har hand om patienter i olika vad skall man säga ...ja som är i behov av olika vårdnivåer där är väl där framförallt den största kunskapen och erfarenheten mm tycker jag”

(Intervju 2)

Förutsättningar att utföra en säker bedömning

Anamnes

Det var viktigt att få en heltäckande anamnes av patienten först för att få en helhetsbild av patientens situation och att snabbt identifiera patientens besvär. Olika prioriteringar gjordes utifrån olika prioriteringsverktyg i bedömningen framförallt användes RETTS. Det var viktigt att ha gjort sin egen bedömning av patienten.

”men jag vill gärna ha verktygen för att kunna göra min egna bedömning så det blir jag som står för det. Sen behöver jag ju så klart saker för det...ja behöver ju uppgifter jag behöver den tekniska utrustningen och så vidare”

(Intervju 4)

Beslutsstöd

De flesta sjuksköterskor upplevde en trygghet i användandet av RETTS så att alla gjorde likvärdiga bedömningar oavsett vem som bedömde patienten. Det var tryggt speciellt som nyanställd. De flesta upplevde det som översiktligt och lätt att använda. Patientens tillstånd kan förändras över tid och genom att använda RETTS-verktyget identifieras patientens vårdbehov. En sjuksköterska beskrev hur patientens tillstånd snabbt förändrades och det upplevdes som en trygghet att snabbt kunna identifiera det.

...”den här patienten var en gulprioriterad jag minns inte exakt men helt plötsligt blev hon mer eller mindre orange och sedan blev hon röd och då kände jag mig trygg att kunna se det med RETTS hjälp”

(Intervju 4)

De flesta sjuksköterskor använde RETTS som en struktur men tog ändå egna beslut vid bedömningen av patienten. Ibland gavs patienter en högre prioritet trots att triagekriterierna inte överensstämde med färgkoderna. Sjuksköterskorna tyckte ”synd om” gamla och multisjuka patienter därav en högre prioritering för att de snabbare skulle bli omhändertagna. En del sjuksköterskor ansåg att det gick för snabbt med RETTS då de upplevde att patienterna inte fick vara delaktiga i de beslut som togs kring dem. Att använda sig av RETTS gav struktur åt bedömningen och fångade snabbt upp de patienter som var sjuka. En sjuksköterska pratade om A-E att det var viktigt att ha att luta sig tillbaka på när en bedömning gjordes.

”...retts har ju gjort stor nytta tror jag absolut för då har vi ju liksom ändå att vi är på samma spår allihopa chansen är ju större menar jag att patienten får likvärdig bedömning oavsett vem den träffar men sen är den ju inte heltäckande...”

(Intervju 1)

” det känns ganska tryggt ändå att vi har bra verktyg i retts vilket gör att man som ny känner man sig trygg man har nästan att följas man får en hum om lite grann vad man ska titta efter om man känner sig lite osäker på det mmm man vet att det finns en liten form avgrundsstruktur på en bedömning ”

(Intervju 4)

Kommunikationens betydelse för sjuksköterskan i mötet med patienten

Kommunikationen hade en stor betydelse i hela bedömningssituationen. En fungerade kommunikation behövdes för att få en heltäckande anamnes och därigenom kunna bedöma patientens vårdbehov. I intervjuerna framkom både möjligheter och svårigheter kopplat till kommunikationen med patienter och anhöriga. Varje situation var unik och olika standardfrågor användes vid patientmötet menade en sjuksköterska, sedan måste adekvata följdfrågor kunna ställas för en fullgod anamnes. En sjuksköterska upplevde kommunikationen som det viktigaste i hela bedömningen.

”kommunikationen är ju egentligen det viktigaste vi har som triagesjuksköterska för att utan att leda patienten och kunna hitta de specifika symtomen eller de anamnetiska berättelserna som gör att jag kanske fångar upp att det här kanske kan vara en allvarlig sjukdom som vi behöver fånga ”

(Intervju 3)

Det framkom att själva mötet mellan sjuksköterska, patient och anhörig hade stor betydelse då det gav bra förutsättningar för en fortsatt god relation. Det var viktigt att ha en tydlig kommunikation med patienten och förklara varför vissa saker utfördes. Hinder som framkom i studien var att vissa patientkategorier var svåra att nå fram till. Det kunde handla om patienter som inte samarbetade på grund av påverkan av alkohol eller droger. De klarade inte av att ge fullgod anamnes, de var otrevliga och ibland hotfulla och ville inte medverka. Flertalet sjuksköterskor upplevde att språkförbristningar försvårade bedömningen av patienten. Sjuksköterska och patient talade inte samma språk. Det försvårade anamnestagningen och ställningstagande kunde enbart göras utifrån vitalparametrar.

”att man inte kan prata med patienten att de inte kan språket och för att de då behöver tolk och då tar det tid och så försöker jag fixa den här situationen ”

(Intervju 1)

En sjuksköterska beskrev även att anhöriga kunde vara ett hinder i bedömningen. Föräldrar kunde föra patientens talan vid anamnestagning det innebar att förstahandsinformationen inte kom från patienten. Det bästa är att få anamnes av personen som är sjuk och inte i andra hand.

... ”många gånger man tar in nån yngre patient att det är med förälder och ibland kanske det är föräldern som påverkar bedömningen mer eller vill påverka bedömningen mer än själva patienten ... ”

(Intervju 7)

Omgivande faktorer som påverkar upplevelsen i bedömning

Kollegors betydelse

Kollegor kunde påverka sjuksköterskornas beslut innan bedömningen var utförd. Detta upplevde de flesta som besvärligt och stressigt att utföra ett beslut de inte själva fattat. De kände sig tvingade att utföra något de inte ville göra. Sjuksköterskorna ville göra sina egna bedömningar av patienten. En sjuksköterska beskrev att bedömningen skulle ske utifrån ett oskrivet blad. En annan sjuksköterska framhöll att hon ville vara detektiv och inte få en massa information innan hon gjorde sin bedömning.

”Jag vill inte ha någon som säger innan att kan du kolla på den här patienten den skall hem..äh jag vill inte ha någon annans redan gjorda bedömning”

(Intervju 4)

På den aktuella akutmottagningen har fler akutläkare anställts och fler är under utbildning. Samtliga sjuksköterskor kände en trygghet när de fanns tillgängliga i teamarbetet. Sjuksköterskorna kände att de hade en bättre relation med akutläkarna som var stationerade på akutmottagningen än med de läkare som bara var där som jourläkare.

”Möjlighet att få stöttning av läkare...vården är ju mer och mer liksom så att man måste ha ryggen fri på nåt sätt i och med att man kan se sina anteckningar själv hemma i mina vårdkontakter och ibland kan det vara känsligt så och då tycker jag ändå att det kan vara lite skönt.”

(Intervju 2)

Arbetsmiljö

Ensam, utlämnad, utsatthet och stress var ord som beskrevs när sjuksköterskorna arbetade i bedömningsteamet. Arbetsbelastningen var oftast hög med ett stort patientinflöde. De upplevde att de inte hade kontroll både på patienter som inte var triagerade och de som redan var bedömda. Vidare uppgav sjuksköterskorna att vid hög arbetsbelastningen var det svårt att följa upp patienten, utvärdera givna smärtlindring kontrollera provsvar samt att kontrollera nya vitalparametrar. De beskrev en oro över att inte hinna med att göra en korrekt bedömning av patienten och att de skulle missa något allvarligt. De upplevde att arbetet i bedömningsteamet var en utsatt position och kände att det var deras ansvar hur den fortsatta vården blev för patienten.

”Svårigheter är ju att om man måste triagera själv det tar ju längre tid när du inte har någon till exempel du måste göra alla moment själv”

(Intervju 7)

”...problemet är ju att man gör för mycket processåtgärder i triagen och då innebär ju det att det stockar upp men det gör vi för att vi har så långa väntetider så vi vill förbereda...”

(Intervju 1)

Det var brist på personal. Många sjuksköterskor fick jobba ensamma. Det uppfattades sårbart när triageteam som gör bedömningen försvinner med en dålig patient till extern verksamhet som exempelvis röntgen eller till hjärtenheten. Sjuksköterskorna upplevde det mer

patientsäkert i bedömningen av en patient om de var ett team. Sjuksköterskan upplevde en viss stress över att lämna patienten ensam i vissa situationer.

”...stor risk om ett triageteam försvinner och då står man där och har en lång lista med patienter som vi inte vet någonting om.”

(Intervju 6)

”...men det är en ganska pressad situation man är på ett sätt ganska ensam i triagesituationen med sin kollega då”

(Intervju 3)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats design

För att besvara syftet om sjuksköterskors upplevelse vid bedömning av patienters vårdbehov på en akutmottagning valdes en kvalitativ ansats som analysmetod. Då författarna ville beskriva ett bestämt fenomen valdes en kvalitativ intervjustudie med efterföljande innehållsanalys (Polit & Beck, 2017). En kvalitativ metod fångar ett djup i resultatet genom en tolkning som mynnar ut i nya berättelser (Krippendorff, 2004). Enligt Trost (2010) är studiens syfte avgörande för valet av metod och för att informanterna ska få större möjlighet att dela med sig av sin upplevelse på djupare nivå därav valdes en kvalitativ ansats.

Urval

Ett strategiskt urval valdes i denna studie då det ansågs lämpligt för att få syftet besvarat. Sju sjuksköterskor inkluderades i studien vilka var verksamma på den aktuella akutmottagningen där studien genomfördes. Åldern varierade från 25 till 50 år med en medelålder på 37 år. Urvalet gjordes utifrån de egenskaper som söktes kring fenomenet. Författarna hade en viss förkunskap omkring det valda området och valde därför ut deltagare som representerade den grupp som undersöktes (Krippendorff, 2004). Urvalet gav variation i ålder, kön arbetslivserfarenhet och utbildning vilket ansågs ge studien en ökad trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Arbetslivserfarenhet varierade mellan ett och tolv år. På den aktuella akutmottagningen hade sjuksköterskorna arbetat mellan ett till tio år. Författarna frågade enbart efter antal år informanterna varit verksamma som sjuksköterskor inte om de hade arbetat inom vården med andra arbetsuppgifter. Skillnader gällande arbetslivserfarenhet ansågs tillräcklig och gav bra variation åt genomförd studie. Materialet gav tillräcklig fakta, variation och reflektion till det undersökta fenomenet. Det var två män och fem kvinnor som intervjuades vilket författarna inte reflekterade mer runtomkring eftersom alla hade likvärdiga arbetsuppgifter. En fördel utifrån urvalet var att en sjuksköterska med specialistutbildning inom akutsjukvård ingick och även några med pågående specialistutbildning, därav fick författarna ett ökat perspektiv kring det studerade fenomenet det vill säga bedömningssituationen.

Genomförande

En intervjuguide utformades (Bilaga 1), vilket är ett stöd för intervjuaren. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden och inspelningsutrustning. Pilotintervjun är viktigt för att kontrollera om frågorna svarar mot syftet och att informanterna förstår innebörden i de ställda frågorna. Vi är noviser i intervjuteknik så detta var extra viktigt för oss (Malterud,

2014). Intervjuguiden ansågs relevant utifrån syftet enbart en liten korrigering gjordes för ett förtydligande. Pilotintervjun visade att avsatt tid för intervjuerna var väl tilltagna och tid för återkoppling och reflektion fanns.

Informanterna kände sig lugna och trygga i intervjusituationen och de hade tid att utveckla sitt resonemang och författarna hann med en sammanfattning av intervjun inom utsatt tid. Sju informanter intervjuades varav en ingick i pilotintervjun och inkluderas i studien. Det fanns möjlighet att genomföra flera intervjuer då flera intresserade informanter hade svarat på det utskickade mejlet. Författarna avslutade vid sju genomförda intervjuer, materialet ansågs mättat och tiden för genomförandet av studien var begränsad. Enligt Trost (2010) ska antalet intervjuer begränsas vid kvalitativa studier för att insamlat material inte ska bli för stort. En av författarna intervjuade och den andra lyssnade, förde stödanteckningar och kontrollerade att ljudupptagningen fungerade. Två intervjuare kompletterar varandra och därmed kan större mängd data fångas upp (Trost, 2010). Det är en fördel att en av författarna intervjuar detta för att informanten inte skulle känna sig i underläge och uppleva att författarna hade en maktposition. Författarna tänkte även på sin egen och informantens placering i rummet och skapade därmed en bra förutsättning i intervjusituationen (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna genomfördes på liknande sätt vid samtliga tillfällen i ett förutbestämt enskilt och ostört rum.

Enskilda intervjuer ansågs lämpligt eftersom fokus var på sjuksköterskan i denna studie. Sjuksköterskan arbetade i bedömningsteam ihop med en undersköterska på berörd akutmottagning. Författarna diskuterade kring att eventuellt ha dessa personalkategorier i intervju i fokusgrupp då detta speglar interaktionen dem emellan. Detta ansågs inte lämpligt eftersom det bara vara sjuksköterskors upplevelse kring fenomenet författarna ville studera (Henricsson, 2012). Intervjuerna pågick mellan 15–20 minuter och författarna diskuterade om de eventuellt var för korta men innehållet var fylligt och utförligt. Polit och Beck (2017) anser att långa intervjuer kan vara till nackdel då transkriberingen kan bli tidskrävande. Intervjuer fångar rösten, dess tonläge och nyanser vidare kan känslouttryck och kroppsspråk tolkas. En enkät eller liknande skulle inte fånga fenomenets helhet ansåg författarna därav studiens metodval.

Dataanalys

Efter varje genomförd intervju avlyssnades den av författarna direkt för att få en uppfattning av vad som sagts. Materialet transkriberades och lästes därefter igenom flertalet gånger av båda författarna för att få en sammansatt bild av innehållet. En innehållsanalys påbörjades för att hitta variation i materialet analysmetoden ansågs relevant utifrån den stora textmassan som skulle analyseras (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Meningsbärande enheter identifierades först enskilt av båda författarna för att sedan jämföras så att liknande meningsbärande enheter identifierats. De identifierade meningsenheterna kondenserades till mindre enheter för att slutligen få en kod. Koderna sammanfördes sedan till kategorier och underkategorier utifrån det valda syftet. Författarna har under genomförandet diskuterat alla identifierade koder så de stämmer överens med de meningsbärande enheterna (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna tyckte det var en fördel att vara två stycken. Detta för att kunna diskutera, reflektera och analysera innehållet i det insamlade intervjumaterialet. Det svåra i analysförfarandet ansåg författarna var särskilja koderna i kategorier och underkategorier.

Trovärdighet, giltighet, överförbarhet och tillförlitlighet

Stor vikt läggs på trovärdighet i kvalitativa studier. Under studiens gång har begreppen giltighet tillförlitlighet och överförbarhet värderats för att styrka studiens trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2014). Författarnas förförståelse kan påverka studiens trovärdighet under arbetets olika faser. Författarna arbetade i bedömningsteam på en akutmottagning och därav väcktes intresset att genomföra studien. Genom förförståelsen kunde ny kunskap upptäckas, vilket ansågs vara en tillgång i aktuell studie. En nackdel med förförståelsen var att den kunde spegla och påverka intervjuerna och senare även analysförfarandet. Den medvetenheten fanns hos båda författarna under intervjun och i analysförfarandet (Malterud, 2014). Förförståelse sågs som en del i tolkningsprocessen, den var svårt att undvika vilket författarna var väl införstådda med (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). Under själva intervjuförfarandet kunde förförståelse öka kvalitén på grund av att författarna hade kunskap i ämnet och var lyhörda för informanternas berättelser (Kvale & Brinkmann, 2014). Studiens giltighet ökade då det fanns spridning i ålder, kön, erfarenhet och utbildning. Detta gav ett varierat datamaterial ansåg författarna. Författarna valde att intervjua kollegor det finns risk att den relationen kan ha påverkat intervjusituationen och det de delgav. En aspekt med kollegial relation är att det kan påverka både informant och författare i positiv och negativ riktning. Det kan gynna intervjusituationen då informanten kan känna sig trygg i att bli intervjuad av en kollega. Det gör intervjusituationen bekväm och intervjun mer kvalitativ och avspänd samtidigt som förförståelsen kan leda till subjektiva tolkningar av författaren (McDermid, Peters, Jackson & Daly, 2014; Brannick & Coghlan, 2007).

Författarna testade och utvärderade olika inspelningsutrustningar vid pilotintervjun. Ljudkvalitén utvärderades efteråt och i efterföljande intervjuer användes enbart appen audiomemos eftersom den ansågs mest tillförlitlig och därmed stärktes giltigheten. Intervjuförfarandet genomfördes på liknande sätt vid varje tillfälle. Författarna var ovana vid intervjusituationer och upplevde det som en trygghet att följa samma struktur och upplägg under samtliga intervjutillfällen. Efter den genomförda pilotintervjun gjordes en lätt justering genom att ett ord ändrades och därmed förtydligades innebörden och tillförlitligheten (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att noggrant förklara tillvägagångssättet, under hela analysprocessen, stärktes studiens tillförlitlighet (Polit & Beck, 2017). Författarna beskrev och förklarade analysarbetet med meningsbärande enheter, kondensering, koder för att slutligen komma fram till kategorier och underkategorier utifrån studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Överförbarheten i kvalitativa studier är en del av tillförlitligheten och för att påvisa överförbarhet skall allt vara tydligt beskrivet. Citat förstärkte innebörden i resultatet och gav större möjlighet för läsaren att se studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Läsaren avgör huruvida resultatet går att överföra och använda på andra verksamheter (Polit & Beck, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelse vid bedömning av patienters vårdbehov på en akutmottagning. Sju sjuksköterskor intervjuades för studien. I resultatet framkom att olika egenskaper och förutsättningar påverkade bedömningen av patientens vårdbehov på akutmottagningen.

Det framkom även att en fungerande kommunikation var nödvändig i mötet mellan patient och sjuksköterska. Omgivande faktorer som både var negativa och positiva påverkade bedömningssituationen.

Erfarenheten hos sjuksköterskorna gav trygghet i bedömningssituationen. I aktuell studie uppgav en av sjuksköterskorna att bedömningen startade redan när patienten togs in på rummet. I Edwards (2007) studie iaktogs sjuksköterskor via videoinspelning och det visade sig att bedömningen startade redan i väntrummet då sjuksköterskorna tittade på patienten och genom sin kliniska blick intuitivt bildade sig en första uppfattning av patienten. Forsman, Forsgren och Carlström (2012) ansåg att erfarenhet är en av de viktigaste faktorerna på en akutmottagning som påverkade framförallt patientsäkerheten. Sanders och Minick (2014) menade att vissa egenskaper hos sjuksköterskan var av betydande art. De poängterade att de sjuksköterskor som erhöll god relation med patienten fick utförligare anamnes. Sjuksköterskor som kunde läsa det outtalade fångade upp tidiga tecken och signaler hos patienten och kunde då genomföra en bättre triagering. I aktuell studie framkom att erfarna sjuksköterskor använde sina sinnen i olika utsträckning under bedömningssituationen. Egenskaper som klinisk blick, intuition och magkänsla beskrevs av sjuksköterskorna. Andersson et al. (2006) såg i sin studie att det är både inre och yttre faktorer som påverkar sjuksköterskan i bedömningssituationen. Till de inre faktorerna framkom att personliga egenskaper och färdigheter påverkade bedömningen och till de yttre faktorerna som var betydande var arbetsuppgifter, arbetsbelastning och arbetsmiljö. Benner (1993) beskrev att sjuksköterskan utvecklades från novis till expert. Intuition och klinisk blick växer succesivt fram för att hos expertsjuksköterskan vara fullt utvecklad. Benner menar att den erfarna sjuksköterskan använder sig av tidigare erfarenheter och omsätter och konkretiserar dessa i nya situationer. I aktuell studie framkom det att sjuksköterskorna med mindre arbetslivserfarenhet inte pratade lika mycket kring ovanstående nämnda egenskaper. De använde sig i större utsträckning av konkreta bedömningsverktyg såsom RETTS. De mindre erfarna fann stöd och trygghet i teamarbete tillsammans med erfarna sjuksköterskor. Några av sjuksköterskorna i aktuell studie med minst erfarenhet befann sig ungefär på stadium två, avancerad nybörjare, enligt Benners stadieindelning. De hade precis börjat arbeta som bedömningssjuksköterska på aktuell akutmottagning. Dessa sjuksköterskor följde regler, riktlinjer och använde sig av bedömningsstödet RETTS i större utsträckning. Upplevelsen av trygghet och tillfredsställelse förstärktes när patientens tillstånd gick att följa enligt förutbestämda kriterier. Känslor av osäkerhet infann sig när parametrar och symtom inte överensstämde med bedömningsverktyget, i det här fallet RETTS. En av sjuksköterskorna sa under intervjun att det kändes tryggt att kunna följa RETTS-systemets färgkoder för att på så sätt få fram allvarlighetsgraden i patientens tillstånd. Studien speglar tydlig skillnad vad gällde erfarna sjuksköterskor upp till expertnivå jämfört med de sjuksköterskor som inte har arbetat lika länge och som befann sig lägre på Benners färdighetsskala. Hitchcock et al. (2014) belyste i sin studie att erfarenhet och kunskap spelar en stor roll när sjuksköterskorna gör sin bedömning. I aktuell studie framkom detta tydligt i intervjuerna att erfarenhet och kunskap var en viktig faktor.

RETTS ansågs vara ett bra stöd i bedömningssituationen av samtliga sjuksköterskor. Det gav en struktur i bedömningen. Likvärdiga beslut togs kring patienten oavsett vem som triagerade patienten. I en studie gjord av Forsgren et al (2009) användes bedömningsverktyget Manchester triage scale (MTS) på en akutmottagning i Västsverige. Erfarna sjuksköterskor ansåg att MTS var en för rigid och uppstyrd skala och därmed utnyttjades inte deras långa erfarenhet fullt ut.

I aktuell studie framkom att erfarna sjuksköterskor hade liknande uppfattning som sjuksköterskorna i Forsgren et al (2009) studie. De förlitade sig inte helt på RETTS utan använde alla egenskaper i bedömningssituationen.

Sjuksköterskorna upplevde att de kände sig otrygga och stressade när det var mycket patienter på akutmottagningen och en hög arbetsbelastning. De upplevde att uppföljningen av patienters provsvar och avvikande parametrar inte följdes upp i önskad utsträckning. Farrokni och Göransson (2011) gjorde en undersökning och där framkom att 97 procent av Sveriges akutmottagningar använde sig av triageskalor och METTS, nuvarande RETTS. Användandet av triageskalor gjorde bedömningen och därmed väntetiden säkrare för patienten. Detta tillsammans med erfarenhet och klinisk blick, torde göra patientens vistelse på akutmottagningen säkrare och skapa en tryggare känsla för bedömningssjuksköterskorna.

Sjuksköterskorna i denna studie visade att en god kommunikation mellan patient anhörig och vårdgivare skapade goda förutsättningar för en god vårdrelation. En sjuksköterska framhöll att kommunikationen är det viktigaste instrumentet i bedömningssituationen. Samtliga sjuksköterskor uppgav att tydlighet i samband med bedömning och processåtgärder var viktiga. Liknande resultat framkom i en studie av Zani, Marcon, Tornete och Parada (2014) där intervjuade patienter poängterade vikten av kommunikation och information. Patienterna i studien ville ha kortfattad och lättförståelig information gällande deras tillstånd. De önskade också att alla processåtgärder förklarades och även varför de utfördes. De framkom även i samma studie att anhöriga kunde bidra till en bättre vård genom att vara medlyssnare i kommunikationen mellan patient och vårdgivare. Både patient och anhörig blev tryggare när sjukvårdspersonal kommunicerade med båda parter. Artikeln påvisade även att anhöriga kunde vara ett hinder i vårdsituationen. Det kunde vara ifrågasättande runt procedurer som utfördes och inte låta patienten komma till tals fullt ut. Resultatet i den här studien påvisade liknande problematik, till exempel tog anhöriga stor roll vid anamnestagning och förde patientens talan. Framförallt när det gällde föräldrar till sjuka barn.

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) poängteras en god och säker vård med hög kvalitet. Sjuksköterskorna i aktuell studie upplevde att lagen inte alltid kunde appliceras i vårdarbetet och författarna fann att faktorer som utsatthet, stress, hög arbetsbelastning med stort patientinflöde påverkade arbetsmiljön negativt. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter att ha kontroll både över de bedömda och icke bedömda patienterna. Det fanns en oro över att bedömningarna blev inkorrekta på grund av stress och högt arbetstryck. Sjuksköterskorna uttryckte rädsla över att missa något väsentligt i patienten tillstånd. I McGrath, Reid och Boore studie (2003) framkom att det inte primärt är kontakten med patienten som är en stressfaktor utan mer känslan av att inte hinna med processåtgärder och arbetsuppgifter kring patient.

Burley (2011) belyser i sin studie akutsjuksköterskans roll och utveckling. Där framkom att arbetsuppgifterna utökats och blivit mer komplexa. Söktrycket har ökat vilket leder till ökat krav på sjuksköterskans arbetsprestation och därmed en ökad stress. Det genererar i mindre patient-tid, sämre anamnestagning vilket skapade en sämre kvalitet på den personcentrerade vården. Variabler som påverkar patienternas vård var högt söktryck med stort patientinflöde och att bli avbruten i sitt arbete. Stress och att bli avbruten i arbetet runt patienten kunde leda till felbedömningar. Språkförbristningar kunde leda till felaktigheter och fördröja och försvåra anamnestagning. I aktuell studie upplevdes en hel del svårigheter runt anamnestagning och bedömningssituationer då språksvårigheter mellan patient och sjuksköterska förelåg. Mycket tid och resurser gick till att lösa sådana situationer.

Uttryck som frustration och att då det tog tid att få tolk på plats skapade stress i bedömningssituationen. Vitalparametrar mättes men ingen fullgod anamnes kunde fås. Vissa sjuksköterskor uttryckte oro över dessa situationer.

I författarnas urvalskriterier ingick krav på att sjuksköterskorna skulle arbeta alla tider på dygnet. Det framkom dock inget i den här studien att det påverkade bedömningssituationen trots hög arbetsbelastning och stress. I Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef och Maes (2011) studie påvisades att arbetstiden på den studerade akutmottagningen hade betydelse för sjuksköterskorna när det gällde deras psykosociala hälsa och trötthet. Däremot påverkades inte arbetstillfredsställelsen utan de flesta trivdes med sitt arbete på akutmottagningen. Sjuksköterskorna i artikeln upplevde stöd och förståelse från sina kollegor. I aktuell studien framkom att de erfarna sjuksköterskorna var ett stöd i bedömningen åt de mindre erfarna sjuksköterskorna och därmed en trygghet i bedömningssituationen. Några sjuksköterskor beskrev dock att de kunde känna en viss press i bedömningssituationen. De fick inte göra sin egen bedömning utan blev tillsagda av andra kollegor som upplevdes mer erfarna hur de skulle handlägga patienten innan de hade träffat den.

En del sjuksköterskor kände sig ensamma och utlämnade i vissa situationer vid bedömningen framför allt då patienten var i sämre skick. De upplevde det bättre att arbeta mer som ett team kring patienten. Det optimala, enligt intervjuade sjuksköterskor, skulle vara ett stadigvarande team bestående av olika personalkategorier. På aktuell akutmottagning fanns ingen sådan beständig teamsammansättningen. Burström (2014) jämförde olika triagemodeller och det framkom att team bestående av specialistläkare, sjuksköterskor och underläkare var vårdmässigt effektivare och genererade även i kortare väntetider på akutmottagningen. I aktuell studie framgick önskan om att ha egna läkare bundna till akutmottagningen. Det skulle skapa mer trygghet att ha akutläkare knutna alla tider på dygnet till aktuell akutmottagning tyckte flertalet av de intervjuade sjuksköterskorna.

Slutsats

Vikten av att studera olika teamsammansättningar vid triagering kan vara av intresse för att skapa bättre förutsättningar för att förstå och förbättra kunskapen om patienters vårdbehov på en akutmottagning. Denna studie synliggör sjuksköterskornas arbetssituation och beskriver upplevelser kring fenomenet bedömning av patienters vårdbehov. Sjuksköterskorna behöver känna en trygghet av att vara i ett fungerande team som stöttar, ger råd och arbetar tillsammans kring patienten på ett holistiskt och patientsäkert sätt. En fungerande kommunikation mellan sjuksköterska och patient är av betydelse för en fullgod anamnes. Stress och hög arbetsbelastning påverkade bedömningssituationen negativt och speglade känslor av utsatthet, otillräcklighet och rädsla av att patientens vårdbehov inte tillgodosågs.

Klinisk tillämpbarhet

Det framkom att en viss erfarenhet krävs för att känna trygghet i bedömningssituationen. Det är viktigt att skapa tydliga regler och riktlinjer i bedömningssituationen på arbetsplatsen så alla arbetar på liknande sätt. Skapas väl sammansatta team ger det bra förutsättningar för både patienter och personal där kunskap erfarenhet kan utbytas emellan personalgrupperna. Detta kan i slutändan leda till en bättre arbetssituation för sjuksköterskorna

Vidare forskning kan vara att göra en jämförande studie där arbetssättet är annorlunda än på den aktuella akutmottagningen.

Det finns studier som gjorts på olika akutmottagningar där bland annat läkare ingår i bedömningsteamet. Detta kan mynna ut i bättre arbetsmiljö med snabbare handläggning och en mer patientsäker vård.

REFERENSER

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317-1328. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x

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

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.

Backman, A.-S., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson-holm, E., & Adami, J. (2009). Characteristics of non-urgent patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3), 181-187. doi:dx.doi.org/10.1080/02813430802095838

Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment Ethics* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Berg, L., Källberg, A., Göransson, K., Östergren, J., Florin, J., & Ehrenberg, A. (2013). Options in emergency department work: an observational and interview study. *BMJ Quality & Safety*, 22(8), 656-663. doi:10.1136/bmjqs-2013-001967. Epub 2013 Apr 12.

Bersten, A., & Soni, N. (2009). *Oh's Intensive Care Manual* (6th ed.). Philadelphia, USA: Elsevier.

Boswijk, A., Thijssen, T., & Pheelen, E. (2007). *The experience economy: a new perspective*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.

Brannick, T., & Coghlan, D. (2007). In defense of being "native": the case for insider academic research. *Organizational Research Methods*, 10(1), 59–71. doi:10.1177/109442810689253

Burley, D. (2011). Better communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 19(2), 32-36. doi:dx.doi.org/10.7748/en2011.D5.19.2.32.c 8509

Burström, L. (2014). *Patient Safety in the Emergency Department : Culture, Waiting and Outcomes of Efficiency and Quality*. Doktorsavhandling, Uppsala university, Faculty of Medicine 1009. Hämtad från <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:714718/FULLTEXT01.pdf>

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

Davidsson, J. (1998). *Primärvård: en vårdnivå*. Lund: Studentlitteratur.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 214-321. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x

- Edwards , B. (2007). Walking in - Initial visualisation and assesment at triage. *Accident and Emergency Nursing*, 15(2), 73-78. doi:10.1016/j.aen.2006.12.008
- Egidius, H. (2008). *Natur och Kulturs Psykologilexikon*. Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- Engquist, A. (2009). *Om konsten att samtala: En bok för människor i kontaktyrken* (4 uppl.). Stockholm: Nordstedts förlagsgrupp AB.
- Farrokhnia, N., & Göransson, K. E. (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(72), 3-5. doi:10.1186/1757-7241-19-72
- FitzGerald, G., Jelinek, G., Scott, D., & Gerdz, M. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medical Journal*, 27(2), 86-92. doi:10.1136/emj.2009.077081
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsgren , S., Forsman, B., & Carlström, E. D. (2009). Working with Manchester triage - Job satisfaction in nursing. *International Emergency Nursing*, 17(4), 226-232. doi:10,1016/j.ienj.2009.03.008
- Forsman, B., Forsgren, S., & Carlström, E. D. (2012). Nurses working with Manchester triage - the impact of experience on patient security. *Australian Emergency Nursing Journal*, 15(2), 100-107. doi:10.1016/j.aenj.2012.02.001
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitive content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Granskär, M & Höglund - Nielsen, B. (Red.).(2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso. och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Göransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn, M., & 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., Eldh, A., & Jansson , A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Helmrot, K., & Ziegler, B. (2016). Telefonhänvisning till akuten bakom en stor del av besöken. *Läkartidningen*, 113, 1-4 .
- Henricsson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2014). Triage: an investigations of the process and potential and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532-1541. doi:10.1111/jan12304

- Howard, A., Brenner, G., Drexler, J., Dasilva, P. A., Schaefer, B., Elischer, J., & Bogust, S. (2014). Improving the prompt identification of the Emergency Severity Index level 2 patient in triage: rapid triage and the registered nurse greeter. *Journal Emergency Nurse*, 40(6), 563-567. doi:dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.01.009
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis - An introduction to Its Methodology* (2nd ed.). Kalifornien: Sage Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lega, F., & Mengoni, A. (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*, 88(2-3), 326-338. doi:10.1016/j.healthpol.2008.04.005
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40(5), 555-565. doi:10.1016/S0020-7489(03)00058-0
- Mossberg, L. (2015). *Att skapa upplevelser: från OK til WOW* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolster Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Region Skåne. (2011). *Kompendier om vårdbehov till Hälso - sjukvårdsnämndens utbildningsdag 2011-02-14*. Hämtat från natverken.se/media/5468/110922%20Kompendium.pdf
- Riksföreningen för Akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot akutsjukvård*. Hämtad 25 februari 2017 från www.svenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/sjukskoterska-med-specialisering-inom-akutsjukvard/
- Riksrevisionen. (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. Stockholm. Hämtat från www.riksrevisionen.se/PageFiles/560/RiR_2004_9.pdf
- Robertson-Steel, I. (2006). Evolution of Triage Systems. *Emergency Medicine Journal*, 23(2), 154-155. doi:10.1136/emj.2005.030270
- Robinson, D. J. (2013). An integrative Review: Triage Protocols and the Effect on ED length of Stay. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 398-401. doi:10.1016/j.jen.2011.12.016
- Sanders, S., & Minick, P. (2014). Making better decisions during triage. *Emergency Nurse*, 22(6), 14-19. doi:10.7748/en.22.6.14.e.1336
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 12 december, 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 12 december 2016, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialstyrelsen. (2006). *Metod för behovsbedömning: Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9682/2006-124-9_20061249.pdf

Socialstyrelsen. (2015a). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal Aktuell från 1 Januari 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2015b). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från www.socialstyrelsen.se/Lists/artikelkatalog/attachments/1990/2015-12-11.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: SBU. Hämtat från www.sbu.se/contentassets/79p7a8f6aaad46dcbc988cffed33339f/triage/_fulltext2.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Strategi för kvalitetsutveckling inom omvårdnad*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/strategi-for-kvalitetsutveckling-inom-omvardnad.pdf>

Sävenstedt, S., & Florin, J. (Red.). (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialområden* (1 uppl.). Studentlitteratur AB: Lund.

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

Vatnoy, T., Fossum, M., Smith, N., & Slettebo, S. (2016). Triage assessment of registered nurses in emergency department. *International Emergency Nursing*, 21(2), 89-96. doi:10.1016/j.ienj.2012.06.004. Epub 2012 Jul 15

Vetenskapsrådet. (2011). *forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Widerström, M. (2015). *Triagehandboken 2014*. Region Skåne. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/trycksaker-och-webbmanualer/handbocker-och-lathundar/triage/triagehandbok-2014.pdf>

Widgren, B. (2012). *RETTS akutsjukvård direkt*. Lund: 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. *Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 623-628. doi:10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: Omvårdnad och behandling vid akut sjukvård eller skada*. Lund : Studentlitteratur.

Zani, A., Marcon, S., Tornete, V., & Parada, C. (juni 2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients:social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(2), 139-149. doi:dx.doi.org/10.17665/1676-4285.2014v13n2

Intervjuguide.

Inledning

- Information om studiens syfte
- Kontroll att informerats samtyckebrevet korrekt ifyllt.
- Information om ljudupptagning.

Demografiska uppgifter

- Ålder, kön
- Antal år som färdig sjuksköterska? (examensår)
- Utbildning?
- Hur länge har du arbetat på akutmottagningen (den aktuella)?

Huvudfrågor

- Hur upplever du det är att bedöma vårdbehov hos en patient på en akutmottagning i triagen?
- Beskriv en specifik situation där du bedömde en patients vårdbehov i triagen?
 - Beskriv de möjligheter du upplevde vid det specifika bedömningstillfället.
 - Beskriv de hinder du upplevde vid det specifika bedömningstillfället.
- Finns det faktorer som kan ha betydelse för dig vid en bedömning av patientens vårdbehov i triagen?

Fördjupande frågor under intervjuens gång (om något behöver utvecklas)

- Hur tänker du då?
- Kan du utveckla det?
- Hur upplevde du det?
- Ge ett exempel?
- Berätta mer?

Avslutning

- En sammanfattning av det som sagts
- Har vi förstått dig rätt?
- Har du några frågor?
- Något du vill tillägga?
- Får vi återkomma till dig för eventuella kompletterande frågor?

Till verksamhetschef XXX Akutkliniken i XXX

Titel: Sjuksköterskor beskriver sina upplevelser av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Vi heter Helena Åström och Marie de Jong och är sjuksköterskor och studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård vid Sophiahemmets Högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har vi valt att studera sjuksköterskans upplevelse vid bedömning av patientens vårdbehov på en akutmottagning.

Vi är därför intresserade av få genomföra en intervjustudie på en akutmottagning med sjuksköterskor. Presumptiva informanter till studien kommer att tillfrågas via mail och kommer även att få påminnelse via mail utifall svarsfrekvensen blir låg bland informanterna.

Om Du godkänner att studien genomförs vid kliniken är vi tacksamma för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill vi gärna att Du anger detta. Deltagarna kommer att få information till studien och skriva under ett samtyckesformulär, vilket innebär att de när som helst kommer att kunna avbryta studien utan att ange någon orsak. Deltagarna är anonyma. Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller handledaren. Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara aidentifierade.

Efter godkänd studie kan studien redovisas på kliniken om så önskas.

Norrköping 2016-12-06
Med vänlig hälsning

Studenter:

Marie de Jong tel. xxxxxxxxxxxx
E-post: xxxxxxxxxxxx

Helena Åström tel. xxxxxxxxxxxx
E-post: xxxxxxxxxxxx

Examinator:

Anders Rüter tel. xxxxxxxxxxxx

Handledare:

Margareta Ramsjö tel: xxxxxxxxxxxx
E-post: xxxxxxxxxxxx

Studiens preliminära titel: Sjuksköterskor beskriver sina upplevelser av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Syftet: Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Problem: Söktrycket har ökat på landets akutmottagningar de senaste åren. Människor söker i större utsträckning sjukvård dygnet runt. Det ökade antalet besök leder till ökad belastning för personalen och längre väntetider för patienterna. Sjuksköterskan sorterar och prioriterar utifrån väldokumenterade triagesystem för att tidigt i vårdkedjan identifiera patientens vårdbehov. Detta ställer höga krav på sjuksköterskor som arbetar i triageteamet och som skall utföra en första bedömning av patienten. Därav är det av stor vikt att studera sjuksköterskans upplevelser av att bemöta och bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Metoden för den planerad studien är intervjuer av sjuksköterskor

Önskemål från Din verksamhet: Vi önskar kunna intervjua 6–10 sjuksköterskor på kliniken. Intervjuerna, som beräknas ta ca 20–45 min önskar vi genomföra i en förutbestämd lokal här på kliniken och i anslutning till sjuksköterskornas arbetstid. Förfrågan om deltagande och information om studien och dess syfte skickas via mejl till samtliga sjuksköterskor på akutmottagningen via aktuell mejllista som vi fått ta del av via verksamhetschef. Vi gör sedan ett strategiskt urval av sjuksköterskorna utifrån ålder, kön., arbetslivserfarenhet och kompetensnivåer. Ingen förutbestämd ålder skall finnas. Om inga svar inkommer skickas påminnelsemejl till sjuksköterskorna. Intervjuerna kommer att ljudupptas och efter det att studien är godkänd och klar på Sophiahemmets högskola kommer samtliga ljudfiler att raderas. Vi planerar att genomföra intervjuerna under januari 2017. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Datum Namn

Namnförtydligande

Enhet



Forskningspersonsinformation – en förfrågan om att delta i en intervjustudie

Bakgrund

Söktrycket har ökat på landets akutmottagningar de senaste åren. Människor söker i större utsträckning sjukvård dygnet runt. Det ökade antalet besök till leder till ökad belastning för personalen och längre väntetider för patienterna. Sjuksköterskan sorterar och prioriterar utifrån väldokumenterade triagesystem för att tidigt i vårdkedjan identifiera patientens vårdbehov. Detta ställer höga krav på sjuksköterskor som arbetar i triageteamet, och som skall utföra en första bedömning av patienten. Därav är det av stor vikt att studera sjuksköterskans upplevelser av att bemöta och bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning.

Förfrågan om deltagande

Intervjustudien riktar sig till dig som arbetar på akutmottagningen och är legitimerad sjuksköterska. Inklusionskriterier är 6–10 legitimerade sjuksköterskor där inga åldersbegränsningar skall finnas. Du ska vara verksam på akutmottagningen där studien genomförs och ha minst ett års arbetslivserfarenhet på berörd verksamhet. Du ska ha schemalagd arbetstid både dag kväll och natt och ha erfarenhet av att arbeta i bedömning. Det bidrar till att det blir ett strategiskt urval av forskningspersoner. Därmed får studien en större trovärdighet. Intervjustudien riktar sig till dig som arbetar på akutmottagningen och är legitimerad sjuksköterska. Du skall ha arbetat på akutmottagningen i minst ett år, inga åldersbegränsningar. Du skall ha erfarenhet av att arbeta i bedömningsteamet på din akutmottagning. Din vårdenhetschef XX har fått studien presenterad och har gett sitt godkännande till att studien utförs på kliniken.

Studiens genomförande

Ditt deltagande i denna studie sker genom att du visat intresse för att delta genom mejlkontakt. Vid uteblivna svar skickas påminnelse via mejl. Forskningsinformationen ger information om studien som är en intervjustudie.

Intervjun kommer att ske på din arbetsplats under arbetstid, du bestämmer själv tid.

Intervjuerna beräknas ta cirka 20–45 minuter. Intervjun sker i ett enskilt rum i anslutning till din arbetsplats, det spelas in och kodas av. Därefter transkriberas materialet och vi kommer att analysera det. Intervjuerna kommer att ske under januari månad 2017.

Risker/ fördelar med medverkan

Upplevelser kommer lyftas fram kring ditt arbete i bedömning och känslor kring detta kan

framkomma Om känsliga ämnen tas upp skall möjlighet till reflektion finnas både i direkt anslutning till intervjun eller om något framkommer senare kan du när som helst kontakta oss. Det kommer inte på något sätt påverka din arbetssituation eller din kontakt med verksamheten i samband med studien eller om du väljer att avbryta ditt deltagande.

Hantering av data och sekretess

Dina personuppgifter och intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt vilka regleras av personuppgiftslagen (SFS1998:204) Intervjun spelas in och skrivs ut ordagrant. Varje intervju kodas och koden följer sedan med i intervjutexten. Det inspelade materialet och även texten som skrivs ut kommer förvaras så endast de som ansvarar för studien kan ta del av det. Kodat och på en lösenordskyddad dator. Citat från intervjupersonerna kommer presenteras men även dessa är kodade så det ej går att koppla till en specifik person. Materialet används enbart till denna studie. Materialet kommer förvaras så ingen obehörig kan ta del av den. När studien är godkänd av examinator kommer allt material raderas, både det inspelade och den utskrivna texten.

Information om studiens resultat

När studien är genomförd kommer den publiceras på den gemensamma portalen för forskningsrapporter och arbeten av studenter DIVA- portalen. Du kommer beredas möjlighet att ta del av uppsatsen när materialet är sammanställt och klart och uppsatsen godkänd och även få information efter intervjun om du önskar ta del av uppsatsen.

Ersättning

Ingen ersättning utgår men intervjuerna sker under betald arbetstid.

Frivillighet

Att delta i studien är helt frivilligt och du kan när som helst under studiens gång välja att avbryta ditt deltagande utan att ange orsak till detta. Inget kring dig som person kommer att påverkas om du avböjer att delta.

Ansvariga för studien:

Marie de jong

Marie.de.jong@regionostergotland.se

Tel xxxxxxxx

Helena Åström

Helena.astrom@regionostergotland.se

Tel xxxxxxxx

Handledare:

Margareta Ramsjö

margareta.ramsjo@shh.se

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av informationen och samtycker till att delta i intervjustudien vars syfte är att beskriva **sjuksköterskors upplevelse att bedöma patienters vårdbehov på en akutmottagning**. Jag samtycker även att mina personuppgifter hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL 1998:204) Jag kan när som helst avbryta mitt deltagande utan att ange orsak till detta.

.....
Ort och Datum

.....
Underskrift forskningsperson

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Underskrift forskningsansvariga

.....
Namnförtydligande