

**SJUKSKÖTERSANS UPPLEVELSE AV ATT ARBETA MED TRIAGE
I RELATION TILL PERSONCENTRAD VÅRD PÅ
AKUTMOTTAGNING**

En intervjustudie

**NURSE'S EXPERIENCE OF WORKING WITH TRIAGE IN
REALTION TO PERSONCENTRED CARE IN THE EMERGENCY
DEPARTMENT**

An interview studie

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning akutsjukvård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2018-05-24
Kurs: Vt18

Författare:
Marie Andersson

André Johansson

Handledare:
Anna Ekwall

Examinator:
Johanna Ulfvarson

SAMMANFATTNING

Varje dag söker sig ett stort antal människor till akutmottagningar runt om i Sverige. Alla som uppsöker akutmottagning har enligt hälso- och sjukvårdslagen rätt att bli bedömda av en sjuksköterska och denna bedömning ska ske i samråd med patienten för att denne ska känna sig sedd och bekräftad. Denna bedömning sker i ett så kallat triage där huvuduppgiften är att se till att den sjukaste patienten får vård först. Att bemöta en patient i triaget ska ske med lyhördhet för patientens symtom och patienten ska i lugn och ro få berätta om sina problem för att på så sätt kunna skapa ett förtroende hos patienten. Med en ökad tillströmning av patienter som kommer till akutmottagning ökar också stressen och tidspressen på sjuksköterskan som arbetar med triage och triagering.

Syfte med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med triage i relation till personcentrerad vård på akutmottagning.

Metod och design var kvalitativa intervjuer. Tio sjuksköterskor på olika akutmottagningar i södra Sverige intervjuades. Intervjuerna transkriberades och analyserades med en latent innehållsanalys med en induktiv ansats.

Resultatet i studien utmynnade i två kategorier. Den första var patientrelation och förtroende för vården med sina underkategorier anpassa sig och möta patienten och dess behov av trygghet och bekräftelse, samråd med patienten, när patienten eller beslutsunderlaget säger emot samt att avvika från rutinerna för patientens skull. Den andra kategorin var förväntningar i triaget med underkategorierna förväntan att ingen ska ta skada eller dö, förväntan att patienten blir nöjd, förväntan på verksamheten och kollegorna samt förväntan om att kunna ge personcentrerad vård.

Slutsatsen av studien är att sjuksköterskorna som intervjuats beskriver en bild av personcentrerad vård i samband med triage vilken i stort stämmer överens med hur det beskrivs i aktuell litteratur. Verksamhetens begränsningar och rädslan att undertriagera var båda faktorer som orsakade stress. Mot sjuksköterskans egen vilja får den personcentrerade vården komma i andra hand samband med stress orsakat av resursbrist vid triagering. Olikt tidigare forskning upplevde sjuksköterskan att personcentrerad vård var eftersträvänsvärt och viktigt i triaget, ibland så viktigt att man gick ifrån beslutsunderlag då det ansågs motverka att patientens behov och förutsättningar sattes i centrum.

Nyckelord: Sjuksköterska, akutmottagning, triage, upplevelse, personcentrerad vård.

ABSTRACT

Every day a large amount of people seek care at emergency rooms in Sweden. Everyone who seeks care at the emergency room has, according to hälso- and sjukvårdslagen the right to be assessed by a nurse and this assessment should be done in joint consultation with the patient with the aim that the patient feels seen and validated. This assessment occurs in something called triage where the key task is to make sure that the patient who is the most ill receives care first. The treatment of the patient in the triage should come about with attentiveness regarding the patients' symptoms and the patient should be let to recount his or her symptoms in peace as to create a trust with the patient. With an increase of inflow of patients to the emergency room the stress and time pressure for the nurse in the triage increases.

The aim of this study was to examine nurses' experience of working with triage in relation with patient centred care in the emergency department.

Method and design used was qualitative interviews. Ten nurses on different emergency departments in southern Sweden were interviewed. The interviews were transcribed and analysed with latent content analysis with an inductive approach.

The findings resulted in two categories. The first one was patient relations and trust in health care system with its sub categories adapt and meet the patient and its needs for safety and validation, joint consultation with the patient, when the patient or the decision support objects and to deviate from routines for the patient's sake. The other category was expectations in the triage with its sub categories expectations that no one is harmed or dies, expectations that the patient is satisfied, expectations on organisation and colleagues and expectations on the ability to give patient centred care.

The conclusion of the study is that nurses view patient centred care in a similar way as current literature on the subject. Organisational limitations and the fear of undertriage where both factors that caused stress. Against the will of the nurse the patient centred care comes second-hand during stress caused by lack of resources during triage. Unlike previous studies the nurse perceived patient centeredness as pursuable and important in the triage, sometimes important enough to deviate from the decision support as it was perceived to counteract that patients' needs and preconditions where put first.

Keywords: Nurse, emergency department, triage, experience, patient centred care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bedömning och triage.....	1
Personcentrerad vård.....	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	6
Ansats och design	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	10
Patientrelation och förtroende för vården.....	10
Förväntningar i triaget.....	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats	21
Klinisk tillämpbarhet.....	21
REFERENSER	22

Bilaga 1- Brev till informant

Bilaga 2- Frågeguide

INLEDNING

Varje dag söker sig ett stort antal människor till akutmottagning. Dessa personer kan ha en upplevelse av akut sjukdom och har enligt Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] 2017:30 kap 5, 3§, rätt till en bedömning av sitt hälsotillstånd, inte minst för att tillgodose patientens behov av trygghet och säkerhet. Den personcentrerade vården inkluderar även akutsjukvården och de triageringar som sjuksköterskan gör där (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017; HSL 2017:30; World health organisation [WHO] 2016). Enligt Socialstyrelsens rapport från (2015) så besöker ca 2,5 miljoner människor per år svenska akutmottagningar. Den första bedömningen på vård sökande görs generellt av en sjuksköterska (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, [SBU], 2010). Inflödet på akutmottagningarna ökar varje år, vilket verkar vara en trend som drabbar hela landet (Socialstyrelsen, 2017). Till detta ökande inflöde är inte ökade resurser en självklarhet, vilket enligt internationella studier ökar stressen för sjuksköterskan på akutmottagningen (Della Stritto, 2005).

BAKGRUND

Bedömning och triage

På svenska akutmottagningar börjar det alltmer finnas sjuksköterskor som har akutsjukvård som specialitet. Med akutsjukvård menas den vård och omvårdnad en person får till följd av hastigt insättande sjukdom eller skada och är tillgänglig dygnet runt (Socialstyrelsen, 1995; Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den första som träffar en patient på akutmottagningen är oftast en sjuksköterska och ska i detta möte göra en bedömning av patientens hälsotillstånd och allvarlighetsgrad, så kallat triage (SBU, 2010; Widgren, 2012). Triage kan grovt översättas till sortering, från franskans triér (Schulthess, 1948). Huvuduppgiften i triaget är att snabbt och säkert se till att den sjukaste patienten ska få vård först (Widgren 2012). Detta återspeglas i den kompetensbeskrivning för akutsjuksköterskan som inkluderar detta i kontext av avancerade och komplexa akuta situationer så att patienten erhåller en god och säker vård (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017). Att kunna utföra denna bedömning är av vikt då patienterna på akutmottagningen i ett initialt skede ofta inte är bedömda av vare sig läkare eller annan vårdpersonal sedan tidigare. Målet med att triagera är generellt att genom indelning i prioriteter finna sjuka individer vilka behöver vård först och sortera ut de med mindre akuta besvär vilka kan vänta (SBU, 2010; Widgren, 2012). Den bedömning av vårdnivå och prioritering patienten erhåller vid triageringen kommer sedan att avgöra den initiala handläggningen på akutmottagningen (Widgren, 2012; Emergency Nurses Association [ENA], 2014).

En av utmaningarna för sjuksköterskan på akutmottagning är att med en begränsad tid och information om patientens tidigare sjukdomar och nuvarande hälsotillstånd göra bedömningar och prioriteringar för att patienten ska få den bästa vården med de resurser som finns att tillgå (Widgren, 2009). En annan utmaning är att ständigt vara beredd på oförutsedda händelser och att snabbt kunna omprioritera patienterna utan att äventyra

patientsäkerheten. Det är därför av största vikt att patienten får en så korrekt prioritering som möjligt vid ankomsten till sjukhuset och att sjuksköterskan kontinuerligt följer upp vitala parametrar för att på ett tidigt stadium kunna identifiera de patienter som håller på att försämrans i sitt hälsotillstånd (Wuytack et al., 2017).

Beslutsstöd för triage och patientsäkerhet

Vid triage används ofta standardiserade beslutsstöd för att öka patientsäkerheten och minska den interindividuella variabiliteten vilket innebär att skillnader mellan olika individers bedömningar minskar (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2012; Widgren, 2012; Widgren, Örnings, Grauman & Thörn 2009). En av de viktigaste motivatorerna för att använda beslutsstöd vid triage beskrivs vara att säkra patientsäkerheten och att undvika både under- och övertriagering (Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors, 2005; Widgren et al., 2009). Att undertriagera en patient innebär att patienten får en lägre prioritering än vad tillståndet kräver och därmed får vänta längre på att träffa läkare än vad som är säkert. Detta kan innebära att patienten får fördröjd behandling och i värsta fall tar skada och avlider, vilket sjuksköterskan har i sitt ansvarsområde att förebygga (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Övertriagering innebär att patienten får en högre prioritet än vad som är rimligt vilket i sin tur kan leda till att patienten kan få genomgå onödiga undersökningar och provtagningar. Övertriagering kan även leda till en ökad arbetsbelastning på akutmottagningen och att mer sjuka patienter får vänta (Della Stritto, 2005; Widgren, 2012). Både över- och undertriage med dess respektive negativa effekter på patienten kan anses falla under sjuksköterskans ansvarsområde och etiska skyldighet att motverka (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). En SBU rapport från 2010 beskriver att triagering av patienter gör att olika allvarliga sjukdomstillstånd fördelas över akutmottagningen och att triagering nära hänger ihop med de flödesprocesser som finns på en akutmottagning. Att ge en god och säker vård som är baserad på kunskap och beprövad erfarenhet för att undvika skada återfinns i den kompetensbeskrivning för sjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017) samt i patientsäkerhetslagen 2010:659.

I delar av södra Sverige används i huvudsak två beslutsstöd. Triagehandbokens (<https://Triagehandboken.se>) funktion är att bedöma vilken vårdnivå patienten ska söka till med sina besvär, det vill säga om patienten ska behandlas inom akutsjukvården, vårdcentralen eller i hemmet med egenvård. Om patienten triageras till en annan vårdnivå än akutmottagningen skall detta ske i samråd med patienten, regelrätta avvísningar är emot rutin och regel. RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) är ett beslutsstöd för akutsjukvårdskedjan och ger stöd i frågan kring vilken prioritering en patient bör ha på en femgradig skala (Widgren & Jourak, 2008; Widgren, 2012). Graderingen består av olika färger; röd, orange, gul, grön och blå, där röd är den allvarligaste prioriteringsnivån (Widgren & Jourak & Matriniu, 2008). Internationellt sett finns många olika triagesystem där den gemensamma faktorn är att den sjukaste patienten skall identifieras och få behandling först (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2012; Mackway-Jones, Marsden & Windle, 2006; Widgren, 2012). Widgren, Jourak & Martinius (2008) menar att ett snabbt och korrekt omhändertagande av patienten när de kommer till akutmottagningen är avgörande för hur patienten tas om hand de närmaste timmarna på akuten och är viktig för patientens fortsatta prognos.

Stress och tidspress vid triage

Initialt kan stress göra att vi skärper fokus på det vi ska göra men i slutändan leder det till att personen i fråga får tunnelseende och lätt missar viktiga tecken (Cullberg, 2003). Stress inom akutsjukvården kan orsakas av allt från hög arbetsbelastning, till konflikter med läkare eller annan personal och kan påverka sjuksköterskans förmåga att skapa kontakt med patienten negativt. Den försämrar även sjuksköterskans respekt för patienten och minskar även sjuksköterskans förmåga till att omsätta sina kunskaper i praktik (Johnston, Abraham, Greenslade, Thorn, Carlstrom, Wallis & Crilly, 2016; Sarafis et al., 2016). Då det nästan är norm att akutmottagningarna har dagligt högt flöde med lång väntetid för patienterna (SBU, 2010) skulle man ur detta kunna härleda att sjuksköterskan alltid är stressad. Detta verkar dock inte stämma, Johnston et al. (2016) visar bland annat att då tillståndet med högt inflöde nu nästan ses som normaltillstånd så upplevs det inte längre lika stressande; personalen har vant sig.

Tidsaspekten är ständigt närvarande vid triagering på grund av den tilltagande patienttillströmingen på akutmottagning (SBU, 2010). Detta kan många gånger upplevas som stressande då sjuksköterskan inte vill göra fel i sina bedömningar vilka kan leda till att patienten blir ännu sjukare. Stressen är kopplat till mängden sökande patienter vilket ökar arbetsbelastningen för sjuksköterskan som då riskerar att ta ologiska beslut (Della Stritto, 2005; SBU, 2010). Wolf, Delao, Perhats, Moon & Zavotsky (2017) beskriver i sin studie att den triagerande sjuksköterskan ser till akutmottagningens flöde snarare än patienten som individ, något som går emot den personcentrerade omvårdnaden. Snarlika resultat återfinns i Della Strittos disputation från 2005 där en av huvudtemana för upplevelsen av att vara sjuksköterska i triaget var att vara vakt och värna om akutmottagningens flöde. Vidare beskriver Wolf et al. (2017) att ett av motiven till detta är att triage och specifikt väntetider för patienten innan triage upplevs som stressande. Vetskapen om att potentiellt svårt sjuka patienter ej än triagerats beskrivs motivera att genvägar tas avseende både följsamhet till triage och personcentrering. Sekundärt till att triagera har den triagerande sjuksköterskans ofta även som uppdrag att kontrollera flödet in mot akutmottagningen, vilket i sig själv kan upplevas stressande (Della Stritto, 2005). Socialstyrelsen ger sin syn på tid som faktor inom akutsjukvården genom att vartannat år släppa en rapport kring väntetider på sjukhusbundna akutmottagningar där väntetiderna problematiseras (2017).

Området där patientcentrerad vård och akutsjukvård överlappar varandra beskrivs i en litteraturstudie som dåligt utforskat (McConnel, McCance & Melby, 2016). Ett av de resultaten man fann var en kultur vilken värderar effektivitet och medicinsk status snarare än att vara individ- och patientcentrerat. Man fann även att denna kultur uppskattades av sjuksköterskorna och beskrevs användas som ett sätt att hantera det stressfyllda arbetet. Kulturen motiverades av sjuksköterskan med att arbetsuppgifterna var att rädda liv snarare än att vårda; alltså beskrivs akutsjuksköterskan alieneras inför omvårdnad i förmån för effektivitet i medicinska och tekniska interventioner (McConnel, McCance & Melby, 2016). Liknande resultat återfinns i svensk, om än äldre, forskning av Nyström (2002) samt Nyström, Dahlberg & Carlsson (2003).

Personcentrerad vård

De patienter som söker sig till akutmottagning har rätt att bli bemötta som den personen de är oavsett bakgrund (Statens offentliga utredningar [SOU], 2011:48). Enligt Ekman & Norberg (2015) så innebär den personcentrerade vården att alla människor har en självkänedom, självrespekt och värdighet. Vidare menar Ekman & Norberg att inom hälso- och sjukvården så innebär detta att ett partnerskap bildas mellan patienten och sjukvården. Detta återfinns även i patientlagen [PL] 2014:821 kap 1, § 1 som syftar till att främja patientens integritet och delaktighet i vården. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver utifrån patientlagen 2014:821 att det är sjuksköterskans uppgift att se till att en person som är akut sjuk känner hopp, tillit och får sitt lidande lindrat.

Personcentrerad vård ska ses som ett komplement till den traditionella omvårdnaden och medicinska vården och börjar med att patienten får berätta sin historia på sina egna villkor. Detta kompliceras inom akutsjukvården av att arbetet är fyllt med många och snabba möten samt att patient många gånger är påverkad av sin sjukdom och smärta och som vill ha en bekräftelse på att de upplever ohälsa (McBrian, 2008; Kristensson Ugglå 2014; Rantala, Ekwall & Forsberg 2017). Att den personcentrerade vården ska ses som ett komplement till den medicinska beskrevs dock redan på tidigt 1900-tal att omvårdnaden inte bara är begränsad endast till det medicinska och kroppsliga utan även till att "... lyhört lyssna till de sjukas klagan och och subjektiva besvär." (Giertz, 1929, s 201).

För att kunna ge en patient en personcentrerad vård menar Kristensson Ugglå (2014) att sjuksköterskan bör vara medveten om att när en patient kommer till akutmottagningen så befinner sig patienten i ett underläge oavsett vilken bakgrund patienten har. Vidare menar Kristensson Ugglå att detta underläge kan delas in i tre olika underlägen. Det första underläget är det institutionella underläget vilket innebär att patienten har placerats längst ner i den starka sjukhushierkin. Det andra underläget, existentiella underläget, innebär att patienten på grund av ohälsa känner utsatthet och sårbarhet. Det tredje och sista underläget, kognitiva underläget, är det underläge som oftast präglar patientens position i sjukvården. Kristensson Ugglå (2014) menar att dessa tre underlägen tillsammans gör att patienten känner sig extra utsatt och att de har en känsla av att inte bli tagna på allvar och att sjuksköterskan inte ska underskatta detta och prata med patienten som den personen de är. I triaget har sjuksköterskan kort tid på sig att bedöma såväl patientens medicinska behov som omvårdnadsbehovet för att kunna vidta de åtgärder som behövs. Om sjuksköterskan är medveten om att patienten befinner sig i ett underläge och är närvarande i samtalet och lyssnar med full uppmärksamhet kan patienten känna förtroende och få en känsla av att de blir bekräftade (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt svensk sjuksköterskeförening uppdatering av International Council of Nurses [ICN], etiska koder för sjuksköterskor (2014), är huvuduppgifterna för sjuksköterskan att främja hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom samt att återställa hälsa. Detta gäller även vid bedömningar i triagesammanhang då en patient bedöms, får en prioritering eller hänvisas. Sjuksköterskan förväntas kunna ge patienter en personcentrerad vård eftersom det en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017). En av utgångspunkterna i triage är att patientens symtom och autoanamnes skall sammanfogas till en helhet; patienten

egenupplevda behov och upplevelse måste tas i beaktning (Ekman & Norberg 2015; Rooke 1994).

Ekwall (2011) menar på att de standardiserade processer, vilka triage och triageverktyg innebär, ökar möjligheten för sjuksköterskan att ge personcentrerad triage. Den personcentrerade vården kommer dock ej av sig själv, bland annat beskriver Ekwall (2013) att patienter som blir informerade kontinuerligt om sin plan och prioritet vid triage blir både lugnare och tryggare. Nyström, Nyden & Petersson (2003) beskriver i sin artikel att patienten har ett stort behov att bli sedd och få berätta om sina besvär i kontext av sitt eget liv. De patienter som bedöms vara icke akuta och som hänvisas till sin vårdcentral eller egenvård är i ännu större behov av att bli sedda och bekräftade vilket är viktigt då patienten många gånger känner att de är i underläge (Rantala, Ekwall & Forsberg, 2015; Kristensson Ugglå, 2014). Detta skall ses mot sjuksköterskans intresse i triaget vilka är att utröna specifika symtom vilka kan påverka patientens prioritering och fortsatta process (Nyström et. al 2003; Widgren, 2012).

Tiden under det första patientmötet är kort och fyllt med information och det är viktigt att detta första möte blir bra för att patienten ska känna fortsatt förtroende för vården. Även om många studier inom triage har gjorts är det författarna åsikt att det behövs kunskap om hur sjuksköterskan upplever att triagera patienter och hur den personcentrerade vården kan ta sin början i triaget.

Problemformulering

Patientens första kontakt på akutmottagningen är en sjuksköterska som ska avgöra om patienten ska vara på akutmottagningen, gå till sin vårdcentral eller gå hem och behandla sig själv hemma. Denna bedömningen kallas för triage och ska ske i samråd med patienten. Att bemöta en patient i triaget ska ske med lyhördhet för patientens symtom och patienten ska få berätta om sina problem för att på så sätt kunna skapa ett förtroende hos patienten (Ekman & Norberg, 2015). Då tillströmningen av patienter till akutmottagningarna i Sverige har ökar, ökar också stressen och tidspressen på den sjuksköterska som arbetar i triaget (SBU 2010). Stressen och tidspressen tillsammans med de riktlinjer som styr sjuksköterskans arbete kan påverka den personcentrerade vården. Upplever sjuksköterskan i triaget sig ge personcentrerad vård och i så fall vad innebär detta?

SYFTE

Syfte med denna studie var att undersöka sjuksköterskors upplevelse av att arbeta med triage i relation till personcentrerad vård på akutmottagning.

METOD

Ansats och design

För studien valdes en kvalitativ metod med en induktiv ansats och en deskriptiv design. En kvalitativ metod men en induktiv ansats är lämplig att välja när det är människors upplevelser som ska studeras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den induktiva ansatsen valdes då den utgår från informanternas egna upplevda erfarenheter och för att på ett förutsättningslöst analysera det som sjuksköterskan berättade om sina upplevelser.

Urval

Urvalsprocessen var ett bekvämlighetsurval vilket är effektivt när individer från en specifik klinisk kontext skall undersökas (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterier för studien var sjuksköterskor som arbetade på akutmottagning med erfarenhet av triage och triagering. Exklusionskriterierna var att författarna kände informanten, vilket definierades som att författarna och informanten hade en nära privat eller professionell relation. En privat eller nära relation mellan informant och författare kan påverka vad informanten vågar eller vill berätta om ett visst tema, vilket kan inverka på resultatet (Polit & Beck, 2017). Av denna anledning exkluderades även författarnas egna arbetsplatser.

Verksamhetscheferna på de akutmottagningar där informanterna rekryterades från kontaktades initialt per telefon av författarna och gavs en kortfattad muntlig information om studien. Därefter fick de skriftlig information i form av ett informationsbrev via mail, de fick även information om inklusions- och exklusionskriterier. Detta informationsbrev innehöll även en samtyckesblankett som verksamhetscheferna skulle skriva under och skicka tillbaka till författarna. Efter godkännande av verksamhetscheferna fick cheferna därefter som ansvar att sprida denna information via adekvata informationskällor på sin egen verksamhet och att tillfråga och utse informanter.

De sjuksköterskor som var intresserade av att bli intervjuade fick sedan ett informationsbrev med samtyckesblankett (bilaga 1) mailat till sig innan intervjun ägde rum. Samtyckesblanketten från informanten samlades in i samband med intervjun.

Datainsamling

Preliminärt anmälde sig totalt elva stycken informanter sitt deltagande i studien, en av dem kunde inte genomföra intervjun på grund av sjukdom. De slutliga informanterna bestod av sju kvinnor och tre män. Mediantiden för intervjuerna var ca 22 minuter och varierade mellan 19 och 32 minuter. Intervjuerna genomfördes på olika akutmottagningar runt om i södra Sverige. Totalt fick fem olika akutmottagningar förfrågan om de ville vara med i studien. Två av dessa räknas som större och tre som mindre. Se tabell 1 för övrig demografisk data.

Tabell 1: Demografisk data hos informanterna.

	Kortast tid av informanterna	Längst tid av informanterna	Median hos informanterna
Tid som sjuksköterska	4 ½ år	33 år	18 år
Tid på akutmottagningen	8 månader	27 år	5.5 år
Tid med triage	1 månad	23 år	5 år

Samtliga informanter intervjuades enskilt dels för att författarna ville i så stor utsträckning som möjligt ge informanterna konfidentialitet och dels för att informanterna verkligen skulle få en chans att säga hur de verkligen upplevde att arbeta med triage. Den första intervjun användes som pilotintervju med syfte av att identifiera svagheter i det semistrukturerade frågeformuläret samt som ett sätt att träna intervjuteknik (Polit & Beck, 2017). Vid pilotintervjun närvarade båda författarna. Detta ledde till att författarna lärde sig ställa bättre följdfrågor samt att informanterna fick mer tid innan nästa fråga ställdes att fundera och komplettera sitt svar. Den sista intervjun användes som ett test för att se om datamättnad var uppnådd, något som efter analysarbetet var klart visade sig ha inträffat (Polit & Beck, 2017). Båda författarna närvarade vid sex av intervjuerna och en av författarna närvarade vid samtliga.

Intervjuerna genomfördes under kursens gång efter godkänd projektplansbedömning. Intervjuerna följde en semistrukturerad frågeguide (bilaga 2) med öppna frågor för att författarna skulle vara säkra på att de täckt in de områden som var av intresse samt att det var ett stöd under intervjuerna. Frågorna började med demografisk information för att sedan knyta an mot syftet. Under dessa frågor var innehållet rangordnat logiskt med generaliserande frågor tidigt och specifika frågor sent (Polit & Beck, 2017). Under intervjuerna ställdes följdfrågor baserat på det informanten berättade och vid behov ställdes även klargörande frågor. För att skapa en trygghet och tillit mellan författarna och informanterna så gjordes intervjuerna i en ostörd miljö och började med inledande småprat. Informanterna fick även på plats en muntlig genomgång av studien och författarna påtalade att det stod informanterna fritt att avbryta sitt deltagande när som helst under intervjun (a a.).

Intervjuerna ljudupptogs och transkriberades därefter manuellt. Ljudupptagningen skedde med minst två olika apparater av säkerhetsskäl. Det inspelade materialet förvarades digitalt, lösenordsskyddat och enbart författarna kände till och kunde komma åt materialet. Författarna gjorde även sitt bästa för att dölja den förförståelse de hade kring triage och triagering för informanten.

Dataanalys

Transkribering

Intervjuerna transkriberades manuellt och ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället av författarna, ett arbete som delades lika mellan författarna. Varje intervju tilldelades ett nummer mellan ett till tio. Efter detta lästes materialet ett flertal gånger förutsättningslös igenom, utan att förutbestämda kategorier fanns (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Analys

För att analysera materialet gjordes en latent kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Den latent innehållsanalysen valdes för att även kunna redovisa det informanternas förmedlade mellan raderna, exempel på detta kan ses under analysen under tabell 2. Detta innebär att materialet lästes igenom flera gånger och att meningsbärande enheter identifierades och som sedan kondenserades, kodades, underkategoriserades och slutligen kategoriserades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Författarna genomförde analysprocessen tillsammans för att kunna diskutera och nå enighet i de latent innehållerna i texterna. En kodbok, likt Polit & Beck (2017) beskriver utvecklades under analysarbetet.

Exempel på den analys som har gjort kan ses i tabell 2 nedan.

Tabell 2: Matris över analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensat	Kod	Underkategori	Kategori
Enstaka gånger händer det att det blir närmast alltså regelrätta konflikter. För att patienten anser ju sig ha rättighet att söka var den vill och bli betittad av en doktor då primärt eller få den undersökning som patienten tycker är relevant, va. Medan triageringen säger något annat, va. Så... Det är alltid en balansgång där va.. (Intervju 3)	Patient anser sig ha rättighet att söka vård var den vill vilket kan leda till regelrätta konflikter,	Konflikt	När patienten eller beslutsunderlaget säger emot	Patientrelation och förtroende för vården
Vårt klientel är ju oftast äldre och de har tagit sig hit med sjukresa som dom har väntat på och sedan så säger vi stopp "Du kan inte komma in här" och så ska man då lotsa dem vidare. Och det är ju en jättejobbigt process för denne patienten.	Att som äldre patient med lång restid till akuten bli hänvisad är jobbigt.	Äldre jobbigt	Att avvika från rutinerna för patientens skull	

(Intervju 7)				
JA.. alltså det är klart, det är en viss form av stress är det ju att man känner att där är mer som väntar och potentiellt sett sjukare patienter bakom den jag just nu triagerar, (Intervju 8)	Sjuka patienter kan gömma sig bakom kö	Kö ger stress	Förväntan att ingen ska ta skada eller dö	Förväntningar i triaget
Och även om det är någon som kanske inte ska vara här, att man kan få det till något positivt avslut ändå liksom och så. Att man ändå får patienten att gå härifrån med en känsla att man har gjort något för dem ändå. (Intervju 6)	Även om patienten hänvisas skall den känna sig nöjd och att den har fått hjälp.	Patient fått hjälp	Förväntan om att patienten blir nöjd	

Etiska överväganden

Kvale och Brinkmann (2014) tar upp fyra forskningsetiska principer i samband med den kvalitativa forskningsintervjun där den första är att inhämta ett informerat samtycke till studien. Ett informationsbrev med tillhörande godkännande som skickades till enhetschefer på aktuella arbetsplatser samt ett informationsbrev och godkännande om deltagande i studie (bilaga 1) till potentiella informanter. Strax innan varje intervju påbörjades pratade författarna ytterligare en gång med informanten för att försäkra sig om att de hade förstått informationsbrevet och vad studien gick ut på. De fick även information om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Den andra principen är konfidentialitet vilket garanterades för alla intervjudeltagare genom att datan förvarades krypterat och enbart åtkomligt av författarna ett känt lösenord. Informanterna fick strax innan intervjun information om att intervjun skulle ljudupptas och att det endast var författarna som hade tillgång till denna inspelning. Den tredje principen som innebär att hänsyn måste tas till de konsekvenser studien kan ha för informanterna. Då konfidentialitet garanterades minskade risken för konsekvenser samt att det var informanterna fritt att när de ville under studiens gång avbryta sitt deltagande. Den fjärde principen innebär att forskaren på ett vetenskapligt sätt ska presentera sitt resultat. Detta har inneburit att författarna genom sina förkunskaper i ämnet riskerade att identifiera sig med informanten vilket kan leda till att författarna får svårt för att upprätthålla en professionell distans. För att minska risken för detta skedde därför inga intervjuer på våra egna arbetsplatser eller med personer som någon av författarna hade en privat eller professionell relation till.

RESULTAT

I denna studie har författarna funnit två huvudkategorier; patientrelation och förtroende för vården samt förväntningar i triaget vilka presenteras tillsammans med underkategorier i tabell 3. En del av resultatet kommer att redovisas med citat från intervjuerna. Citaten numreras efter den intervju de togs ifrån.

Tabell 3: Underkategorier och kategorier i resultatet.

Underkategori	Kategori
Anpassa sig och möta patienten och dess behov av trygghet och bekräftelse Samråd med patienten När patienten eller beslutsunderlaget säger emot Att avvika från rutinerna för patientens skull	Patientrelation och förtroende för vården
Förväntan att ingen ska ta skada eller dö Förväntan om att patienten blir nöjd Förväntan på verksamheten och kollegorna Förväntan om att kunna ge personcentrerad vård i triaget	Förväntningar i triaget

Patientrelation och förtroende för vården

Kategorin patientrelation och förtroende för vården präglas av informantens beskrivning av patientcentrerad vård med både fördelar och begränsningar i triaget. Kategorin presenteras utefter sina underkategorier: anpassa sig och möta patienten och dess behov av trygghet och bekräftelse, samråd med patienten, när patienten eller beslutsunderlaget säger emot samt att avvika från rutinerna för patientens skull.

Anpassa sig och möta patienten och dess behov av trygghet och bekräftelse

Generellt upplevde informanterna att arbetet med triage innebar att främst på ett tryggt och säkert sätt bedöma vilken vårdnivå eller prioritet patient är i behov av. Vidare upplevde informanterna att det var viktigt att anpassa sig och försöka tala samma språk som patienten samt att göra en human bedömning av patienten och dennes problem vid triageringen. Vid hänvisning av patienter till annan vårdnivå eller till hemmet upplevdes

det vara extra viktigt att ta god tid på sig att motivera bedömningen för att patienten skulle känna sig trygga. Detta motiverades av informanterna då triaget oftast är den första kontakten med akutsjukvården. För uppnå detta upplevde informanterna att det var viktigt att låta triaget ta den tid det tog och inte stressa.

Det är deras första kontakt med sjukhuset här så det är ju eh, det är ju lite där man, där gäller det ju att man har eller att dom tycker dom blir bemötta på ett bra sätt och även som som man kanske hänvisar vidare ska ändå känna att dom är nöjda med bedömningen som dom har fått och dom ska känna sig trygga. Även om dom ska gå till vårdcentralen ska dom ändå känna att de har fått en bedömning här och alltså känner sig lite lugnare. (Intervju 2)

Förmågan att lyhört kunna lyssna in både det verbala och det non-verbala upplevdes som viktigt för att kunna anpassa sig efter patienten. För att patienten skulle känna sig bekräftad upplevde informanterna även att det var viktigt att lyssna in ordentligt vad patienten hade att berätta vare sig det var relevant eller inte.

Samråd med patienten

Att triaget skedde i samråd med patienten beskrevs som en viktig faktor för att omvårdnaden vid triaget skulle kunna anses personcentrerat. Informanterna upplevde även att samrådet med patienten inte var någonting som kom självklart, utan det var någonting de antingen fick kämpa för eller ha tydliga strategier för att uppnå. Att inte uppnå denna samstämmighet och att patienten skulle uppleva sig avhyst var för många en upplevelse man i det längsta ville undvika. En informant beskrev detta på följande vis:

Att jag har inte bestämt att du inte ska komma in här, eller gå vidare på akutens vårdnivå, du kanske ska göra så eller så och att de är nöjda och kanske tackar för... för min triagering och mina råd. Det känns ju någonstans som att då har vi enats om att detta är den bästa vägen framåt. (Intervju 8)

När patienten eller beslutsunderlaget säger emot

När patienten var missnöjd upplevdes detta ofta kopplat till att sjuksköterskan och patienten inte hade en gemensam syn på allvarlighetsgraden av patientens sjukdomstillstånd. Patienten upplevde sig sjuk och i behov av akutsjukvård medan sjuksköterskan ansåg det motsatta. Sjuksköterskan upplevde även att patienten förutsatte att denne kunde få hjälp direkt och på plats och att när denna förutsättning mötte motstånd skapades konflikter. Den personcentrerade omvårdnaden beskrevs av vissa att inte påverkas av att patienten och sjuksköterskan inte kommer överens eller når enighet. Detta förstärktes av åsikten hos andra att regler, i form av beslutsstöd, om vilka tillstånd och besvär som handlades på akutmottagningen respektive primärvården stod över patientens vilja. En informant beskrev detta så här:

Personcentrerad innebär ju inte för mig att jag som patient får lov att begära allt vad jag tycker för att det är jag som vill det... .. Utan det är mer att man får lov att hävda sig eller säga vad man själv tycker och vill, va? (Intervju 9)

Avvika från rutinerna för patientens skull

Informanterna upplevde det svårt att stå för att hänvisa de patienter som kom till dem och hade sökt på flera olika ställen utan att få hjälp till en annan vårdinstans. Dessa patienter skrevs in i större grad in på akutmottagningen för att man tyckte synd om dem och ville se till att de faktiskt fick den hjälp de behövde, även om det inte var korrekt enligt beslutsstödet. Beslutsstödet för triage beskrevs som ett bra stöd men att det oavsett inte gick att frångå att se patienten som satt framför dem och dess individuella problem och förutsättningar. En av informanterna sammanfattade detta på följande vis:

Triagen i sig är ju ett fantastiskt verktyg men ehh... man måste ändå lämna lite företräde för vad ska vi säga... Klinik och... medmänsklighet ... hur man nu ska uttrycka sig så va. (Intervju 3)

De intervjuade sjuksköterskorna upplevde det som frustrerande att hänvisa exempelvis äldre patienter som ofta med svårighet hade tagit sig till akutmottagningen med sjukresa. Detta gällde framförallt när en hänvisning skulle innebära att patienten åter behövde färdas långt eller vänta för att få vård. För dessa patienter upplevde informanterna att de var mer benägna att göra avsteg från sin beslutsunderlag eller rutiner. Detta kunde exempelvis innebära att patienten skrevs in till akutmottagningen trots att det var till vårdcentralen de egentligen skulle vända sig till. De patienter som skulle hänvisas till större sjukhus hjälpte de i större utsträckning till att ordna med transport.

Man vet en multisjuk patienten så att som söker för något som kanske enligt triageringen skulle vara primärvård men som vi utan vidare tar in här för att.. Vi vet att det är en komplicerad bild... och att eller att... kan vara tvärtom också om där finns en distriktsläkare som har en helhetsbild över patienten att man inte bollar runt den till för många instanser för att det är distriktsläkaren som håller i det va. (Intervju 3)

Förväntningar i triaget

Under denna kategori beskrivs de förväntningar som finns i triaget och vad det innebär när dessa ej uppfylls. Informanterna upplevde att det fanns förväntningar som kom från olika håll. Informanterna hade förväntningar på sig själva, verksamheten och sina kollegor. De upplevde samtidigt att det fanns förväntningar på dem från både verksamheten och patienten. Kategorin presenteras utefter sina underkategorier: förväntan att ingen ska ta skada eller dö, förväntan att patienten blir nöjd, förväntan på verksamheten och kollegorna samt förväntan om att kunna ge personcentrerad vård i triaget.

Förväntan att ingen ska ta skada eller dö

Säkerheten för patienten i triaget beskrevs som en utgångspunkt för informanterna; att arbeta mot att ingen tog skada eller dog var en förutsättning. För att nå detta mål försökte informanterna identifiera faktorer vilka var ett hot mot patientsäkerhet. Ett sådant hot beskrevs vara köbildning till triaget. Detta beskrevs som ett dubbelt problem, dels upplevdes antalet patienter som väntade vara en patientsäkerhetsrisk och dels skapade bristen av kontroll avseende om där fanns oidentifierade, svårt sjuka, patienter gömda i kön en risk. Sjuksköterskan var angelägen om att att så snabbt som möjligt bilda sig en uppfattning om vad patienten sökte för. Att göra det snabbt var för att de ville inte att någon som var sämre skulle sitta för länge i väntrummet. Även om ambitionen i frågan var tydlig upplevdes balansen kring huruvida detta faktiskt gick att uppfylla ibland tveksam, vilket beskrevs av informanterna som stressande. En informant beskrev detta på följande vis:

Då blir det mer det här "Jaha, vilka utav dom jag har där ute, som jag kan se genom glaset, vilka utav dom ska till primärvården och vilka av dom ska till oss". Vi har kanske fem stycken som ska till primärvården och sedan efter det så kommer det in en bröstsmärta som är rätt så dålig som vi inte ser när den kommer in och sätter sig. För den kanske har varit så rar, snäll och trevlig och låtit alla andra gå före, "för det är ju inte min tur ännu". Så det är en liten sådan inre stress man har att "sitter det något hjärta därute som kanske borde gå före". (Intervju nr 10)

Förväntan var även kopplad till den personliga insatsen och triagering; att undertriagera en patient som sedan tog skada eller dog beskrevs som ett mardrömsscenario och källa till stress. Detta gav informanten motivation att ta den tid det behövdes för triaget då detta ansågs säkrare. Informanterna beskrev att nyheter om patienter som farit illa efter kontakt med vården var någonting som även det vägdes in i denna stress. Att vara senior beskrevs kunna öka den egna stressen då det gav en självupplevd press om att vara "vakt" för akuten och inte släppa in fel patienter, något som kunde påverka flödet inne på akuten negativt. Samtidigt beskrev vissa att de, på grund av erfarenhet, ej längre kände denna typ av stress.

Sedan det här med tidspress, jag tar den tid jag tar på mig för att jag ska kunna känna mig lugn själv för egen del liksom. För det hade jag blivit stressad av om jag hade vetat att jag kanske hade gjort en tveksam, eller priat en patient fel för att man tycker att den inte behöver vara här och så. (Intervju 2)

Förväntan om att patienten blir nöjd

Informanterna beskrev att patientens nöjdhet var en viktig faktor för dem och tolkades både som en ren kvalitetsindikator och som en indikator på huruvida triageringen var patientcentrerad. Att göra patienten nöjd var vad som gjorde att informanterna gjorde det lilla extra för patienten. Informanterna använde olika strategier för att göra patienten nöjd. Detta kunde vara allt från att boka en tid på en mottagning till att sitta den där extra stunden och prata med en orolig patient. En del informanter upplevde även att de patienter som redan i samband med triageringen fick reda på att det var långa väntetider till läkare blev lugnare och nöjdare. Andra strategier inkluderade att presentera en tydlig

plan för patienten, att i största mån hänvisa till en geografiskt nära instans eller att en utförlig anamnestagning samt kontroll av vitala parametrar gjordes även när det stod klart tidigt i processen att patienten skulle hänvisas. Om patienten blev nöjd ledde detta även till att sjuksköterskan upplevde sig nöjd och triageringen som lyckad.

Jag brukar alltid ta en viss stolthet i att jag tycker att min patient är nöjd när den går härifrån.. Någonstans kanske det skulle gå hand i hand med att det är personcentrerat. (Intervju 8)

Förväntan på verksamheten och kollegorna

De förväntningarna informanterna hade på verksamheten var i huvudsak obesvarade. Man upplevde en nära konstant brist på resurser och tid för att utföra triaget på ett tillfredsställande vis. Dessa förutsättningar beskrevs även vara en påtaglig faktor för negativ stress i triaget. Dessa förväntningar var även kopplat till riktlinjer och upplevelsen av att arbeta efter mål som inte var rimliga för att kunna ge patienten ett personcentrerat bemötande, något som beskrevs på följande vis av en informant:

O när de räknar, alltså chefer och sånt räknar hur en.. hur en lång triage session ska.. Då är det ju bara några minuter egentligen ju.. Men så är ju inte verkligen riktigt. Det är ju inte det, om man ska ha tid att lyssna på dem. (Intervju 9)

På den positiva sidan fanns förväntningarna om stöd i sitt arbete av kollegorna. Genom att ta hjälp av kollegor för avlastning så beskrevs det att full fokus kunde läggas på den patient man hade framför sig och se till att denna fick ett bra bemötande. Detta beskrevs vara det egentligen enda vis man kunde tackla stressen i triaget, vilket informanterna upplevde skapa en skör situation. Överlag fungerade dock denna stödfunktion och informanterna beskrev en tydlig trygghet kopplat till sina kollegor.

De gånger det haltar är de gånger det inte finns någon annan sköterska som kan triagera. Det ju ibland vara så på helgerna att man är ensam om det och då är det kanske inte så roligt. Men är det bara, ja man får gilla läget och så alltså. Så får man ta och gilla läget, så enkelt är det. (Intervju 6)

Förväntan om att kunna ge personcentrerad vård i triaget

Slutligen var både förväntningen och ambitionen hos sjuksköterskan var att kunna ge ett personcentrerat bemötande i triaget. Men vid stort inflöde och många svårt sjuka patienter på akutmottagningen upplevdes detta var svårt, i huvudsak på grund av tidsbegränsning. Tidspressen gjorde att triageringen blev mycket ytligare och att moment som annars utfördes för att ge säkerhet hoppades över. Detta upplevdes begränsa huruvida man var personcentrerad och att detta både gjordes medvetet men även omedvetet, som en reaktion på stress. Återkommande var att upplevelsen att avbryta patienten när denne berättade om sina besvär. Detta upplevdes göra triaget mindre personcentrerat både då patienten inte faktiskt fick möjlighet att fritt berätta sin anamnes och att dessa då flyttades från "centrum", men även då patienten upplevdes mindre nöjd. Stressen påverkade även sjuksköterskans upplevelse av att ge

personcentrerad omvårdnad; informanterna beskrev sig otillräckliga och att triaget gick på löpande band snarare än att anpassas till individen. Vilket även kunde upplevas när man var tvungen att avbryta en triagering för att ta hand om en sjukare patient.

En av informanterna beskrev att det borde vara möjligt att upprätthålla personcentrerad omvårdnad vid stress annars var konsensus att detta inte var möjligt. En av informanterna beskrev det på följande vis:

Men utan de lokalerna och utan den personalen som behövs så... tror jag att i nuläget att det kanske är saker som just personcentrerad triagering i det fallet, och den här.. Prata på en normal nivå utan att avbryta och snabba på någonting.. Jag tror det är det som blir lidande.. (Intervju 8)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Ansats och design

Författarna till denna studie valde att använda sig av kvalitativa intervjuer för att få fram sjuksköterskans subjektiva upplevelse av att arbeta med triage. Polit & Beck (2017) menar på att kvalitativa intervjuer är ett bra sätt att få fram trovärdig data när det gäller upplevelser och beskriva dessa. Att välja en kvantitativ metod var aldrig aktuellt då författarna ville undersöka upplevelser som är subjektiva vilket inte är mätbara eller logistiskt ordnade. Dessutom ville författarna ha möjligheten att ställa följdfrågor till informanterna vilket inte är möjligt med en kvantitativ metod (Polit & Beck, 2017). En annan styrka med intervjuer är att de generellt genererar mindre bortfall jämfört med andra datainsamlingsmetoder såsom enkäter. Minskat bortfall styrker trovärdigheten av studien (Polit & Beck, 2017). Tidigt i planeringen av denna studie ansåg författarna att en litteraturstudie hade varit svår att genomföra. Detta på grund av att författarna upplevde att det var svårt att hitta tillräckligt många bra vetenskapliga artiklar i ämnet.

Urval

Informanterna som deltog i studien rekryterades på olika sätt. En del verksamhetschefer skickade ut en förfrågan till sina medarbetare som sedan fick anmäla sig spontant och en del verksamhetschefer utsåg själva informanter. Detta är problematiskt då urvalsprocessen ej är helt transparent samt att det ej går att säga om cheferna strategiskt valt informanter som exempelvis har snarlika åsikter som de själva, något som självklart är ett problem för studiens tillförlitlighet (Polit & Beck, 2017). Dock kan det även varit en viktig faktor för att studien kunde genomföras under de förutsättningar som fanns. Mer optimalt skulle varit om författarna själva informerat på alla aktuella akutmottagningar samt sett till att alla inkluderbara fick information, något som inte heller kunde garanteras med denna metod.

Urvalet kan beskrivas innefatta både geografisk triangulering men även en ointentionell persontriangulering beroende på den väldiga vidd informanterna hade i sin erfarenhet

av ämnet, både novis och expert inkluderades (Polit & Beck, 2017). Även sjukhusen som akutmottagningarna låg på varierade i storlek. Sammantaget ger detta både trovärdighet till resultatet samt en indikation på resultatets överförbarhet mellan olika stora akutmottagningar. Slutlig bedömning av resultatets överförbarhet lämnas dock till läsaren enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012).

Datainsamling

Enskilda intervjuer kan vara både en fördel och en nackdel jämfört mot gruppintervjuer vilka är ett alternativ (Polit & Beck, 2017). Gruppintervjuer kan generera djupare upplevelser kring ett område då frågeställningen vänds och vrids genom diskussion mellan de olika deltagarna. Samtidigt kan mindre populära åsikter döljas på grund av stigmat av att ha en annorlunda åsikt. Då författarna valde att intervjua informanterna enskilt kan detta ha gjort att de har fått möjlighet att säga vad de vill inom ämnet, utan påverkan av kollegor som vid en gruppintervju även om inte lika djupt resultat uppnås.

Som beskrivet i metoden exkluderades författarnas egna arbetsplatser från att delta i studien. Detta kan ha styrkt tillförlitligheten i studien då informanterna inte hade någon personlig relation vilket kan ha påverkat det informanten velat berätta. Samtidigt är det enligt, Polit & Beck (2017), viktigt att komma informanterna nära, något som troligen varit lättare om författarna redan kände informanterna. På samma vis kan den använda metoden orsaka att informanterna inte vågat uttrycka sina sanna åsikter då inte en nog nära relation byggts upp. För att motverka detta så började författarna alltid med att småprata med informanterna och på så vis skapa en avslappnad stämning.

Mediantiden på de intervjuer som gjordes var 22 minuter vilken kan vara i kortaste laget och är en svaghet för studien. Tidigt i datainsamlingen noterade författarna att intervjuerna aldrig kom upp i de 45 minuter som från början hade satts upp som mål. Då intervjuerna var i det kortaste laget så skulle detta eventuellt ha kunnat vägas upp av att upprepade intervjuer hade genomförts eller att författarna hade valt gruppintervjuer istället för enskilda intervjuer. Om intervjuerna hade varat längre hade eventuellt mer data kunnat insamlats från informanterna vilket i sin tur kanske hade gett studien en större styrka och trovärdighet (Polit & Beck, 2017). En orsak till att intervjuerna blev korta kan ha varit att den semistrukturerade frågeguiden kan ha varit för kort. Dock skall frågeguiden inte heller vara för lång då det kan göra att författarna till studien håller sig för strikt till den (Polit & Beck 2017). Författarna valde att inte ställa frågorna ordagrant som de var skrivna i frågeguiden något som Polit & Beck (2017) rekommenderar, vilket kan ha berott på författarnas bristande erfarenhet i intervjuteknik. Intervjuerna upplevde trots detta innehållsrika då informanterna pratade snabbt och utförligt (Lundman & Hällgren Graneheim 2012).

För att författarna skulle få en uppfattning om att rätt frågor var ställda i det semistrukturerade frågeformuläret samt hur lång tid intervjuerna skulle ta genomfördes en pilotintervju. Polit och Beck (2017) menar på att en pilotintervju även ger författarna en möjlighet att komma in i rollen som intervjuare och intervjuteknik. Fakta som framkommer i pilotintervjun behöver inte användas. Författarna till denna studie valde dock att använda sig av datan som framkom i pilotintervjun då relevant meningsbärande data fanns samt att ämnet i intervjun höll sig till syftet.

Totalt godkändes 11 informanter sitt deltagande men en av den fick avböja på grund av sjukdom. Att studien enbart har en informant som bortfall får anses lågt och acceptabelt och styrker trovärdigheten i studien enligt Polit & Beck (2017). Datamättnad, vilket är ett bättre mått att titta på i frågeställningen, valdes att kontrolleras av författarna genom att jämföra datan från sista intervjun mot resterande intervjuer. Detta förfarande styrker enligt Polit & Beck (2017) trovärdigheten och överförbarheten i studien.

Dataanalys

Författarna valde att göra en latent innehållsanalys. Detta för att få med det som även sades mellan raderna för att inte någon data skulle gå förlorad vilket ger studien en större trovärdighet. Datans som samlades in vid intervjuerna transkriberades i nära anslutning till att intervjun gjordes. Författarna valde att själva göra transkriberingen vilket ökar förmågan att förstå den latent meningen något som ökar pålitligheten i den latent innehållsanalysen (Polit & Beck, 2017). Transkriberingen delades lika mellan författarna vilket kan anses vara en styrka för analysen. Om en manifest innehållsanalys hade valts är risken enligt Lundman & Hällgren Graneheim 2012 att helheten går förlorad, de menar även att ett visst mått av abstraktion krävs för att datan skall kunna förstås.

Innan studien påbörjades diskuterade författarna sinsemellan de frågor som ställdes till informanterna samt de egna erfarenheterna och upplevelser att arbeta med triage. Polit & Beck (2017) menar att genom att medvetet diskutera problemområdet ökar författarnas reflexivitet vilket innebär att den egna förförståelsen av frågeställningen ökar vilket i sin tur kan leda till minskad subjektivitet. Författarnas förkunskap kan dock fortsatt påverkat pålitligheten av studiens resultat både positivt och negativt. Positivt genom att meningsbärande enheter kopplade till en specifik enhet och inte frågeställningen kunde identifieras och sorterades bort, vilket påverkar pålitligheten positivt. Negativt genom att de egna förkunskaperna och förförståelsen kan ha påverkat resultatet vilket påverkar pålitligheten av studien negativt. Vidare beskriver Polit & Beck (2017) att andra strategier, vilka författarna skulle kunna ha använt, såsom att förlöpande föra dagbok där ens tankar kring problemområdet noteras ytterligare kan höja författarens reflexivitet och därmed minska påverkan av förförståelse.

Avseende abstraktionsnivå i resultatredovisning förespråkar Lundman & Hällgren Graneheim (2012) att latent innehållsanalys presenteras i både kategorier och ett övergripande tema. Samtidigt beskrivs det vara författarnas uppgift att i slutändan bedöma vilken abstraktionsnivå som skall användas, utifrån material och syfte. Författarna valde att inte presentera ett övergripande tema då det inte ansågs kunna fånga hela syftet samt att de två kategorierna som framkom i sig själva tydligt beskriver resultatet även utan ett tema.

Etiska överväganden

Författarna valde att se till de fyra forskningsetsiska principer som Kvale & Brinkmann (2014) förespråkar. Det informerade samtycket skickades i god tid och på så sätt fick både verksamhetschefer och informanter information om studien. Detta kan stärka

tillförlitligheten i att verksamhetscheferna valde ut rätt informanter till studien samt att författarna har varit noggranna med att inhämta informerat samtycke. Det finns även en hög tillförlitlighet gällande konfidentialitet och att hänsyn togs till att informanterna inte skulle få några konsekvenser av att delta i studien då intervjuerna genomfördes enskilt. Dock kunde författarna inte helt garantera informanterna konfidentialitet avseende att intervjuerna ägde rum, då informanterna intervjuades på sina respektive arbetsplatser samt att verksamhetscheferna hade kännedom om de skulle äga rum.

Redovisningen av studiens resultat och pålitligheten av denna kan ha påverkats negativt då en av författarna arbetar regionövergripande med triagefrågor samt att båda författarna har med sig egna erfarenheter av att arbeta i triage. Kvale & Brinkmann (2014) menar att författarna bör gå in i intervjun med en medveten naivitet. Detta hjälper personen att förbise sin förförståelse inför ämnet och formulera breda frågor vilka inte är baserade på förkunskap. Författarna ansåg att detta gjordes då inget nämnades vid intervjuerna om att det fanns egen erfarenhet av att arbeta med triage vilket stärker pålitligheten i de etiska överväganden.

Resultatdiskussion

Resultatet utmynnade i två huvudkategorier; patientrelation och förtroende för vården samt förväntningar i triaget. I kategorin patientrelation och förtroende för vården presenterades informanternas syn på hur ett patientcentrerat triage ser ut och hur man kliniskt i vardagen arbetar för att uppnå detta. Kategorin förväntningar i triaget innehöll de förväntningar som sjuksköterskan har i triaget och hur de hanterar dessa kliniskt i vardagen. Resultatet kommer att diskuteras ur dessa kategorier utifrån perspektiven partnerskapet med patienten, berättelse och dokumentation. Partnerskapet är det som uppstår mellan sjuksköterskan och patienten i det förhållande som byggs upp under mötet med patienten. Berättelsen är det som patienten berättar i mötet. Dokumentationen är det beslutsunderlag som finns att tillgå vid triage och triagering.

Partnerskap och berättelse

Ekman & Norberg (2015) samt Kristensson Ugglå (2014) pratar om att visa förståelse för att patienten befinner sig i ett underläge när de söker sjukvård samt vikten av att skapa ett partnerskap för att uppnå en personcentrerad vård. Detta återspeglas i att det för informanterna var viktigt att göra triageringen i samråd med patienten och att prata samma språk som patienten. Informanterna upplevde likt det Rantala Forsberg & Ekwall (2017) att det var viktigt att ta god tid på sig när patienten skulle hänvisas hem för att både patient och sjuksköterska skulle känna sig trygga. För att kunna bygga partnerskap med och för att få patienten att inte känna sig i underläge upplevde informanterna att det var viktigt att patienterna fick berätta i lugn och ro efter sina egna förutsättningar och att även lyssna in det non-verbala, likt vad Kristensson Ugglå (2014) beskriver. Detta beskriver även Nyström, Nyden & Petersson i deras studie från 2003. Kristensen & Thalund (2017) menar att lyssna på andra människor kräver full uppmärksamhet vilket även informanterna upplevde var viktigt i mötet med patienterna för att skapa en bra patientrelation. I motsats till detta upplevde en del informanter att patientens egna

berättelse blev lidande, både medvetet och omedvetet om sjuksköterskan var stressad vilket ville undvikas i det längsta.

Sjuksköterskorna i studien upplevde att patienterna blev nöjdare om de exempelvis tidigt fick reda på att var lång väntan på att få träffa läkare eller att de fick en tydlig plan för sitt besök. Detta beskriver även Ekwall (2013) som menar att patienten blir lugn av att vara införstådd i den plan som finns. Informanterna upplevde även att skapandet av en plan redan i triaget var en del i den personcentrerade vården. Sjuksköterskan såg personcentrerad vård i triaget som ett mått av kvalitet. Om patienten upplevdes nöjd av sjuksköterskan ansågs detta som ett kvitto på att triaget hade varit patientcentrerat. Liknande resultat återfinns i en studie av Rantala, Ekwall & Forsberg (2017).

Olikt tidigare resultat från McConnel, McCance & Melby (2016), Nyström (2002) samt Nyström, Dahlberg & Carlsson (2003) finner författarna inte i stort att sjuksköterskan värderar objektiva, mätbara värden över omvårdnaden. Tvärtom verkar informanterna i denna studie sträva mot personcentrerad vård och ser begränsningar i möjligheten att utföra denna som negativa. Utifall detta beror på studiens snävare frågeställning skulle det kunna tolkas att triage är en aktivitet vilken är mer personcentrerad än övrigt arbete på en akutmottagning. Detta måste dock ses mot den studie av Wolf, et al. (2017) där ett av huvudkategorierna och även titeln på studien var just "triaging the emergency department rather than the patient". Skillnaden skulle även kunna bero på att den undersökta populationen arbetar med vårdnivåbedömningar. Informanterna i studien upplevde likt det Rantala, Ekwall & Forsberg (2015) beskriver, att vid hänvisningar krävs att patienten känner sig sedd och bekräftad för att patienten inte skall uppleva det som negativt. Informanterna upplevde det som ovan beskrivet att patientnöjdhet var ett mätvärde på huruvida deras triage var personcentrerat. Kanske är det så att den personcentrerade vården i triaget i denna studie är ett resultat av att det upplevs som ett effektivt sätt att lyckas hänvisa patienten i samråd, något som Rantala, Ekwall & Forsberg (2015) verkar antyda.

När det var många patienter stod i kö till triaget så upplevde informanterna att deras triagering blev mindre personcentrerad vilket stämmer överens med studier av Johnston et al. (2016) samt Sarafis et al. (2016) som menar på att sjuksköterskans förmåga minskar vad gäller att skapa kontakt med patienten negativt vid stress. Detta måste tas i beaktning då det enligt SBU (2010) finns en ständigt närvarande tidspress i triaget som beror på den tilltagande tillströmningen av patienter på akutmottagning. Likt rapporten från SBU (2010) upplevde en del informanter att vid köbildning ökade sjuksköterskans stress över risken att oupptäckta patienter med potentiellt livshotande tillstånd satt i väntrummet. Vid dessa tillfällen blev patientens egna berättelse lidande vilket informanterna upplevde som mindre personcentrerat. Detta står i kontrast med att sjuksköterskan bör vara medveten om att patienten befinner sig i ett underläge när de kommer till akutmottagningen (Kristensson Ugglå 2014). Även Kennedy (2017) beskriver i sin litteraturstudie att det trots stress är viktigt att försöka skapa en bra personcentrerad vård för patienten. Informanternas negativa upplevelse av stress i triaget var delvis knutet till en nära konstant brist på resurser och därmed möjlighet att utföra triaget på ett tillfredsställande vis. Detta stämmer inte överens mot vad Johnston et al. (2016) som beskriver att de höga inflöden inom akutsjukvården nu ses som normal tillstånd. Samtidigt kanske inte normaliseringen av de höga inflöden inom

akutsjukvården innebär att de inte fortsatt kan upplevas stressande. Informanterna i studien beskrev även att stressen i triaget minskade när de fick stöd av sina kollegor i detta arbete och att de då kunde utföra triagering på ett tillfredsställande och personcentrerat vis. Kristensen & Thalund (2017) beskriver även de att en stor eller ökad arbetsbörda inte per automatik skapar stress om känslan att kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande vis finns.

Konceptet samråd i resultatet är komplicerat. Informanterna beskriver att de inte vill vara polis och neka en patient att bli inskriven på akutmottagningen men samtidigt är detta något de medvetet gör. Resultatet gräver inte djupare i informanternas resonemang kring detta; vilka kriterier eller åsikter som gör att en patient nekas och en annan släpps in är inte tydliga. Det förefaller vara genomgående för våra informanter att äldre och sköra tas om hand om oavsett vad beslutsunderlag och rutin säger. Det hade varit av intresse att kartlägga orsaker till denna skillnad. Författarna har egna erfarenheter av att arbeta med triage och känner igen att trösklen för att skriva in äldre är lägre än för yngre oavsett sökorsak. Frågan om detta är den enda faktorn som påverkar sjuksköterskans val att antingen gå utanför rutiner för patientens skull eller för den delen att neka patienten inträde till akuten. Relationen mellan andra kopplingar så som kön, sökorsak och etnicitet föreslås som bra utgångspunkter i en sådan undersökning.

Dokumentation

De beslutsunderlag som används vid triagering sågs som ett bra underlag till att triagera en patient rätt. Ekwall (2011) menar även att dessa beslutsunderlag ökar möjligheten för sjuksköterskan att ge en personcentrerad vård. Detta upplevde även informanterna så länge triageringen skedde i samråd med patienten. Dock upplevdes beslutsunderlaget ibland krocka med vad som blev bäst för patienten, informanterna valde då att göra avsteg från beslutsunderlaget för att uppnå en personcentrerad vård. Beslutsstöden ansågs alltså inte i sig själv skapa eller lägga förutsättningar för personcentrerad vård, men kunde vara ett stöd för att vården blev personcentrerad. Att se till den enskilda individens behov istället för det som beslutsstödet råder till stämmer väl överens med PL 2014:821. Informanterna beskrev även situationer när patienten mot sjuksköterskans inrådan ville ha vård på akutmottagningen och att detta sågs stå emot akutmottagningens intresse. Man valde då ibland att helt att gå på beslutsstödens linje. PL 2014:821 säger även att det inte finns någon rättighet för patienten att utkräva vård om sjukvårdens beslutsunderlag säger att patienten ska avvakta eller gå till primärvården. En del informanter som hade längre erfarenhet av triage och triagering menade även att de kände en viss stress av ett egenupplevt ansvar att hänvisa mycket patienter och därmed se till att inte "fel" patienter kom in på akutmottagning. Detta stämmer överens med det Wolf et al. (2017) och Della Stritto (2005) beskriver i sina artiklar, det vill säga att sjuksköterskan ibland ser till akutens hela flöde snarare än patientens enskilda behov; något som i sig själv troligen inte kan anses vara en del av personcentrerad vård.

Sjuksköterskans ambition var, likt den kompetensbeskrivning som finns för sjuksköterskor med specialistutbildning inom akutsjukvård (Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening, 2017) samt i patientsäkerhetslagen 2010:569, att ge en god och säker vård. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2014) faller det under sjuksköterskans ansvar att ge vård av

hög kvalitè samtidigt som att sjuksköterska ska se till att ingen patient kommer till skada. Informanterna upplevde att deras arbete i triaget hade sin utgångspunkt i att ingen patient skulle ta skada eller dö genom att tidigt identifiera de patienter som är sjukast och behöver vård först. Att använda de beslutsöd som finns att tillgå i triaget upplevdes som ett bra verktyg för att lyckas med detta. Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors (2005) samt Widgren et al. (2009) beskriver även detta som en motivation till att använda de beslutsstöd som finns att tillgå vid triage och triagering. Även om de beslutsunderlag som finns upplevdes bra och säkra så upplevde informanterna det som stressande att hänvisa en patient, som trots allt var sjuk och kanske tog skada. Detta beskriver även Della Stritto (2005) och Wolf et al. (2017) i sina studier. Den fråga som uppstår från detta är självklart hur stort förtroende är för de hjälpmedel sjuksköterskan har till sitt förfogande vid triagering Utifrån det resultat som presenteras här kan inte bredare slutsatser dras än att det är begränsat. Detta ses av författarna som ett naturligt område att undersöka närmre. Både avseende den faktiska åsikten av sjuksköterskan men även studier avseende beslutsstödens faktiska sensitivitet och specificitet.

Slutsats

Sjuksköterskorna som intervjuats beskriver en bild av personcentrerad vård i samband med triage vilken i stort stämmer överens med hur det beskrivs i aktuell litteratur. Verksamhetens begränsningar och rädslan att undertriagera var båda faktorer som orsakade stress. Mot sjuksköterskans egen vilja får den personcentrerade vården komma i andra hand samband med stress orsakat av resursbrist vid triagering. Olikt tidigare forskning upplevde sjuksköterskan att personcentrerad vård var eftersträvansvärt och viktigt i triaget, ibland så viktigt att man gick ifrån beslutsunderlag då det ansågs motverka att patientens behov och förutsättningar satts i centrum.

Klinisk tillämpbarhet

Sjuksköterskor som arbetar med triage och triagering måste få ta den tid de behöver för att göra en korrekt bedömning. Resultatet av att sjuksköterskan får denna tid är minskad stress för sjuksköterskan och att patienten får ett personcentrerat bemötande. Utifall dessa kvaliteter är av intresse kan detta således ses som argument för att resurser bör tillsättas akutsjukvården. Trots att mycket forskning finns om stress och det stressfyllda arbetet på akutmottagning få är det författarnas åsikt att det behövs studier som beskriver sjuksköterskans upplevelse av att kunna ge personcentrerad vård under den stress och tidspress som idag finns på en akutmottagning.

Författarna föreslår att relationen mellan åsikten personcentrerad vård och förekomsten av vårdnivåbedömningar bör utforskas närmare. Även sjuksköterskors rädsla inför undertriage och kopplingen till beslutsstöd bör undersökas närmre; litar sjuksköterskan på sina beslutsstöd och till hur stor grad?

REFERENSER

- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. (7. uppl.). Falkenberg: Natur & Kultur.
- Dello Stritto, R. A. (2005). *The experiences of the emergency triage nurse: a phenomenological study*. Doktorsavhandling, Texas Woman's University.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2015). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. A-K Edberg., A Ehrenberg., F Friberg., L Wallin., H Wijk., & J Öhlén. (Red.). (2015). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A. (2011). Personcentrerad vård ur ett akutvårdsperspektiv. D. Edvardsson (Red.). (2011) *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, A. (2013). Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 2013, 534-538. doi: 10.1016/j.jen.2010.10.003
- Emergency Nurses Association [ENA]TNCC. (2014). *TNCC: Trauma nursing core course* TNCC: Trauma nursing core course (Deltagarmanual, 7. uppl.), (Riksföreningen för sjuksköterskor inom Trauma, övers). Utan stad: utan förlag.
- Farrokhina, N., & Göransson KE (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2011(19), 72. doi: 10.1186/1757-7241-19-72
- Giertz, K. H. (1929). *Föreläsningar för sophiahemmets sjuksköterskeelever: Kirurgi* (7. uppl.). Stockholm: Norstedts & Söners förlag.
- Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, AM. (2012). *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4*. (Implementation Handbook 2012 Edition, No. 12-0014). Hämtad från https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihan_dbk.pdf
- Göransson, E., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2005). Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), 83-88. doi: 10.1016/j.aen.2005.12.001
- Johnston, A., Abraham, L., Greenslade, J., Thorn, O., Carlstrom, E., Wallis, M., & Crilly, J (2016). Review article: Staff perception of the emergency department environment: Integrative review of literature. *Emergency medicine Australasia*. 2016 Feb; 28(1): 7-26. doi:10.1111/1742-6723.12522
- Kennedy, C-J (2017). What is person-centred care and can it be achieved in emergency departments? *Emergency Nurse*. Feb 2017;25 (2): 19-22. doi:10.7748/en.2017.e11699

Kristensen, L V., & Thalund, A-M. (2010). *Från kollega till chef*. Lund: Studentlitteratur

Kristensson Ekwall, A. (2012). Personcentrerad vård ur ett akutvårdsperspektiv. D. Edvardsson (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso - och sjukvård. I. Ekman (Red.) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M.Graneskär & B. Höglund-Nielsen. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

McBrian, B. (2008). Translating change: The development of a person-centred triage training programme for emergency nurses. *International Emergency Nursing, Januari 17*(1), 31-37. doi: 10.1016/j.ienj.2008.07.010

McConnell, D., McCance, T., & Melby, V. (2016). Exploring person-centredness in emergency departments: A literature review. *Journal of Emergency Nursing, 26*, 38-46. doi: 10.1136/emered-2015-205164

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. (2006). *Emergency Triage, Manchester Triage Group. Second edition*. Australien, Carlton Victoria: Blackwell Publishing Ltd.

Nyström, M. (2002). Inadequate nursing care in an emergency care unit in Sweden: Lack of a holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing, 20*(4), 403-417. doi: 10.1177/089801002237595

Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit: a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies, 40*(7), 761-769. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00053-1

Nyström, M., Nyden, K., & Petersson, M. (2003). Being a non-urgent patient in an emergency care unit: a strive to maintain personal integrity. *Accident and Emergency Nursing, 33*(11), 22-26. doi: 10.1136/emered-2015-205164

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rantala, A., Ekwall, A., & Forsberg, A. (2015). The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. *International emergency nursing* 25 (2016) 65-70. doi:10.1016/j.jen.2015.08.001

Rantala, A., Forsberg, A., & Ekwall, A. (2017). Person-centred climate and psychometrical exploration of person-centredness and among patients not conveyed by Ambulance Care Service. *Scandinavian Journal caring science*. 2017 Sep 11. doi:10.1111/scs.12516

Rooke, L. (1994). *Omvårdnad. Erfarenhet - reflektion - teori*. Lund: Studentlitteratur.

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... Papastavrou, E. (2016). The Impact of occupational stress on nurses' caring behaviours and their health related quality of life. *BMC Nursing* 2016(15), 56. doi: 10.1186/s12912-016-0178-y

Shulthess, F. (1948). *Fransk-Svensk ordbok*. Stockholm: Nordstedt & söner: Stockholm

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad från:
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Hämtad från:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Hämtad från
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20493/2017-2-16.pdf>

SOU 2011:48. *Vård efter behov på lika villkor: en mänsklig rättighet*. Hämtad från:
<https://data.riksdagen.se/fil/A62D5991-CBA1-4811-97DD-149C47E076D9>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, 197). Stockholm: SBU

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. [Broschyr]. Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr] Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

- World Health Organisation. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services* (WHA69, 39). Hämtad från http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
- Widgren, B. R., & Jourak, M. (2008). Medical emergency triage and treatment system (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 2011 Juni, 623-638. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.003. Epub 2008 Oct 18.
- Widgren, B. R., Örnings, P., Grauman, S., & Thörn, K. (2009). Akutvården säkrare och effektivare med gemensamma metoder. *Läkartidningen*, 106, 3348-3349. PMID: 20104734
- Widgren, B. (2012). *RETTTS: Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.
- Widmark, A., Airosa, F., Andersson, H., Ekwall, A., Berg, L., Hörlin, E., Hickisch, A., Windahl, J., & Hedberg, K. I. Riksföreningen för akutsjuksköterskor och svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterkseexamen med inriktning mot akutsjukvård*. [Broschyr] Hämtad från: https://www.swenurse.se/globalassets/sena/akutkomp-2017_tryck-1.pdf
- Wolf, L. A., Delao, A. M., Perhats, C., Moon, M. D., & Zavotsky, E. K. (2017). Triageing the emergency department, not the patient: United States emergency nurses' experience of the triage process. *Journal of Emergency Nursing*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.jen.2017.06.010
- Wuytack, F., Meskell, P., Conway, A., McDaid, F., Santesso, N., Hickey, F. G.,.... Devane, D. (2017). The effectiveness of physiologically based early warning or track and trigger systems after triage in adult patients presenting to emergency departments: a systematic review. *BMC Emergency Medicine*, Dec 6 (17, 1), 38. doi: 10.1186/s12873-017-0148-z.

Till informant

Vi heter Marie Andersson och André Johansson och är sjuksköterskor. Vi studerar **specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård** vid Sophiahemmet Högskola. I vårt självständiga arbete, omfattande 15 poäng, har vi valt att studera: Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med triage.

Vi vill intervjua dig då du har erfarenheter av att arbeta med triagering av patienter.

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 avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer vi gärna och presenterar våra resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Studiens preliminära titel: Sjuksköterskans upplevelser av att arbeta med triage

Problem: Inte nog vetenskap om sjuksköterskors upplevelser om att triagera i relation till en patientcentrerad omvårdnad; framförallt inte i ur nationell perspektiv. Kunskap kring detta område kan potentiellt ha implikationer för utformandet av riktlinjer, utbildningar och beslutsstöd samt för den framtida diskursen kring patientcentrering inom akutsjukvården.

Metoden: För det planerade arbete har vi valt att intervjua sjuksköterskor som arbetar med triagering. Intervjuerna kommer att ljudupptas och därefter transkriberas. Du garanteras konfidentialitet i det du berättar och allt material avidentifieras. Du har även rätt att avbryta intervjun när du vill. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Önskemål från Dig: Vi önskar kunna intervjua dig på Din enhet. Intervjun beräknas ta 30-60 min och sker på överenskommen tid i December 2017 eller Januari 2018.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Marie Andersson

E-post: XXXXX@XXX.XX

Tel: XXXX - XX XX XX

André Johansson

E-post: XXXXX@XXX.XX

Tel: XXXX - XX XX XX

Anna K Ekvall (Handledare)

E-post: XXXXX@XXX.XX

Tel: XXXX - XX XX XX

Samtycke:

Jag samtycker till delta i ovan nämnda studie avseende Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med triage. Jag har blivit informerad och förstått att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande i studien

Datum

Namn

Namnförtydligande

Enhet

FRÅGEGUIDE

Bilaga 2

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat med triage och triagering?

Vilka beslutsstöd använder du när du triagerar?

--

Vad innebär triage för dig?

Hur ser du på personcentrerad omvårdnad [Exempel på vad detta innebär]?

Hur tror du patienten upplever att bli triagerad?

Vad är svårt med att triagera? Kan du ge något exempel?

Vad tycker du är roligt med att triagera?

Vad tycker du är mindre roligt eller jobbigt med att triagera?

Vill du berätta om hur du upplever det är att triagera under tidspress?

Finns det någonting mer du vill berätta om triage i relation till personcentrerad vård, stress och tidspress?