



## **Sjuksköterskan och triage**

Hur kompetens, trygghet och följsamhet påverkar triagebeslutet

## **The nurse and triage**

How competence, security and compliance affect the triage decision

Författare: **Jeanette Karlsson**  
**Sofie Granath**

*VT 18*

*Examensarbete: Avancerad nivå- magister, 15 hp*

*Huvudområde: Omvårdnadsvetenskap*

*Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning akutsjukvård*

*Examensarbete med inriktning akutsjukvård, OM011A*

*Institutionen för hälsovetenskaper, Örebro universitet.*

*Handledare: Ulrica Nilsson, Handledare och Professor, Örebro Universitet*

*Examinator: Annika Kihlgren, Docent och Professor, Örebro Universitet*

# INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
1. BAKGRUND.....	1
1.1 Triage.....	1
1.2 Triage i klinisk praxis.....	1
1.3 Kompetens.....	2
1.4 Problemformulering.....	3
1.5 Syfte.....	3
1.6 Frågeställning.....	3
2. METOD.....	4
2.1 Urval.....	4
2.2 Datainsamling.....	5
2.3 Enkät.....	5
2.4 Etiska överväganden.....	5
2.5 Dataanalys.....	6
3. RESULTAT.....	8
3.1 Följsamhet.....	9
3.2 Kompetens.....	10
3.3 Trygghet.....	11
3.4 Förbättring i triagearbetet.....	13
4. DISKUSSION.....	14
4.1. Metoddiskussion.....	14
4.2 Reslutatdiskussion.....	16
4.2.1 Slutsatser och kliniska implikationer.....	20

## REFERENSLISTA

## BILAGOR

Bilaga 1- Enkät

## DEFINITIONER

RETTS	Rapid Emergency Triage and Treatment System. Triagesystem som sjuksköterskorna i denna studie använder på sin arbetsplats. Vidare i arbetet kommer triagering att benämnas vid RETTS.
Triage	Förlopp att sortera och rangordna patienter efter vårdbehov.
Triagebedömning/prioritering	Sjuksköterskans bedömning av vårdbehov och allvarlighetsgrad.
Triagesystem	System med beslutsstöd och kriterier för vårdbehov och allvarlighetsgrad.
Triagesjuksköterska	Sjuksköterska som utför triagebedömningen av patienten.
Undertriage	En triagebedömning med lägre grad av vårdnivå än vad som är nödvändigt ur patientsäkerhetsynpunkt
Övertriage	En triagebedömning med högre grad av vårdnivå än vad som är nödvändigt ur patientsäkerhetssynpunkt.
Triagen	Arbetsyta där triageringssjuksköterskan bedömer patienten.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Rapid Emergency Triage and Treatment System [RETTTS] används som triagesystem i stor utsträckning i Sverige. Målet med användandet av triage på akutmottagningar är att upprätthålla en säker vård för patienterna där de tas om hand efter sjukdomstillståndets allvarlighetsgrad. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva och jämföra hur kompetens, trygghet och följsamhet påverkar sjuksköterskans triagebedömning. **Metod:** En deskriptiv jämförande enkätstudie med kvalitativa inslag genomfördes på ett medelstort samt ett stort sjukhus i Mellansverige. **Resultat:** Resultatet visade att kompetens i kombination med erfarenhet och utbildning har betydelse för beslutstagandet vid triagering med RETTS. Sjuksköterskorna valde utöver RETTS att använda sig av sin erfarenhet, kliniska blick samt intuition för att komma fram till en triagebedömning. **Slutsats:** Studiens slutsats visar på att begrepp som erfarenhet krävs av sjuksköterskorna för att kunna utföra en god triage med hjälp av RETTS-triageverktyg. Vidare forskning inom området skulle vara av nytta för att på ett bättre sätt bemanna triagen enligt lämplighet och kompetens för patientsäkerheten.

**Nyckelord:** Akutmottagning, Erfarenhet, Klinisk blick, RETTS, Triage.

## ABSTRACT

**Background:** Rapid Emergency Triage and Treatment System [RETTS] is widely used as a triage system in Sweden. The aim of using triage on emergency department is to maintain a safe care for patients where they are taken care of after the severity of the disease state. **Aim:** The purpose of this study was therefore to describe and compare how competence, security and compliance affect the nurse's triage decision. **Method:** A descriptive comparative study with qualitative elements was conducted in a medium-sized and a large hospital in central Sweden. **Results:** The results showed that skills combined with experience and education are important for decision making in trials with RETTS. Nurses chose to work with RETTS as a decision support but used their experience, clinical aspect and intuition to arrive at a triage decision. **Conclusion:** The study's conclusion showed that concepts such as experience are required by nurses to be able to perform a good triage using RETTS triage tool. Further research in the field would be useful to better evaluate the triage according to suitability and competence for patient safety.

**Keywords:** Clinical look, Emergency Department, Experience, RETTS, Triage.

# INLEDNING

Att arbeta som sjuksköterska på en akutmottagning innebär ett stort ansvar. I arbetet ingår att kontinuerligt göra prioriteringar då förutsättningarna snabbt kan förändras, till exempel vid stora olyckor eller när svårt sjuka personer anländer till akutmottagningen. Detta kräver att sjuksköterskan innehar en relevant kompetens och känner sig trygg i sin roll för att arbeta som sjuksköterska på akutmottagningen. RETTS finns idag som vägledning för sjuksköterskan på akutmottagningar i Sverige, studien kommer att utvärdera hur sjuksköterskan ser på att arbeta med triagesystem på en akutmottagning.

## 1. BAKGRUND

### 1.1. Triage

Triage kan beskrivas som ett sorteringsystem där principen är att skapa en turordning baserad på den enskilda individens ”medicinska angelägenhet” (Göransson, Eldh & Jansson, 2007a). Majoriteten av akutmottagningar i Sverige använder idag triagesystemet RETTS, som står för Rapid Emergency Triage and Treatment System (<http://predicare.se/om-retts/>). I triagemodellen bedöms både patientens kontaktorsak, symtom och sjukdomshistoria (*Emergency signs and symptoms*, ESS) samt Vitalparametrar (VP). De vitalparametrar som kontrolleras är puls syremättnad, blodtryck, vakenhetsgrad, andningsfrekvens och temperatur. I varje algoritm i ESS finns det listade symtom och i en del av dem även provsvarsreferenser som kan vara relevant för kontaktorsaken. Vitalparametrarna samt ESS-algoritmerna bestämmer sedan patientens prioritering (Widgren, 2013). Efter en sammansatt utvärdering av VP och ESS tilldelas patienten en så kallad triagefärg, blå, grön, gul, orange och röd. Är patienten tilldelad grön färg har hen lägst medicinsk risk och kan därför vänta på en läkarbedömning, detta sker gradvis uppåt till röd färg som istället betyder ett omedelbart omhändertagande på grund av livshotande tillstånd. Den blå färgen är när patienten uppvisar starkt begränsade symtom eller skador där inga eller endast mycket enkla åtgärder är nödvändiga. Det är på grund av att patienten har så enkla problem som förväntas kunna lösas av exempelvis vårdcentral eller sjuksköterskebesök (Widgren, 2013; Widgren & Jourak, 2008).

### 1.2. Triage i klinisk praxis

Sjuksköterskor har idag hög press på sig att bedöma patienten korrekt och de förväntas alltid ge patienterna korrekt triagebedömning; varken för ”högt” eller för ”lågt”. Det är därför viktigt att få en förståelse för vilka faktorer som kan påverka sjuksköterskors bedömningar för en effektiv triagering (Chen, Chen, Ng, Chen, Lee och Chang, 2010). Akutmottagningar arbetar utifrån triagesystem över hela landet, däremot kan de skilja på sig något i struktur. De triagebeslut som en sjuksköterska får genomföra kan ibland upplevas lätta att sortera till rätt triagealgoritm, till exempel vid triagering av patienter med bröstsmärta. I Göransson, Ehrenberg, Marklund och Ehnfors (2005) ansåg sjuksköterskor att patienter med mindre allvarliga symtom var lätta att genomföra triagebedömning på, dock fanns det patienter som sjuksköterskan inte ansåg tillhöra någon triagealgoritm eller ”föll mellan två algoritmer”, därmed blir också triagebeslutet svårare. Både under- och övertriagerade patienter är

representerade på de sjukhus som använder sig av triagesystem. Sjuksköterskan ställs ibland inför ett val då patientens symtom passar in i flera algoritmer i triagesystemet vilket har medfört att sjuksköterskor själva tagit beslut om vilken färg patienten ska tilldelas (Göransson et al. 2005). I en studie i Mellansverige genomfördes observationer på över 9500 patienter om följer av deras triageprioritering. Det visade sig att det fanns övertriagering på 13,4% samt undertriagering på 2,9% av dessa patienter. Det motsvarar 1400 patienter under ett år som har fått en för låg prioritering och därmed i bästa fall endast fått sitt vårdbesök fördröjt och i värsta fall åsamkats en vårdskada (Andersson, 2016). Endast ett fåtal studier om triage i Europa har utförts i Sverige ur ett omvårdnadsperspektiv på akutmottagningar.

### 1.3. Kompetens

Benner har i sin teori tillämpat sig av Stuart och Hubert Dreyfus modell: the Dreyfus model of skill acquisition, som Benner anpassade för klinisk omvårdnad. Modellen beskriver fem olika nivåer av skicklighet, utveckling och förvärv: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert (Benner, 1984). Benner menar även att människan har en förkroppsligad intelligens. Det betyder att vi lär oss saker genom att vara med i olika situationer. Har en sjuksköterska en gång bevittnat en patient som utvecklat symtom för till exempel en allergisk chock, så kommer hen att känna igen nästa liknande situation och kunna agera snabbare än en person som aldrig varit med om det tidigare (Alligood & Tomey, 2006).

Dreyfus-modellen beskriver nybörjare som att de inte har någon bakgrundserfarenhet om de situationer han eller hon möter på. *Novisstadiet* kräver att man skapar erfarenheter för att kunna utvecklas och ta sig vidare i kunskapen (Benner, 1984). Sjuksköterskan förlitar sig fortfarande på de mer erfarna i denna nivå, men de känner större ansvar för hantering av patientvården, Benner placerar de nytexaminerade sjuksköterskorna på denna nivå (Alligood & Tomey, 2006). *Avancerad nybörjare* har precis som novisen ingen förmåga att uppfatta helheten i en situation på grund av att en del omständigheterna fortfarande är nya. De behöver fortfarande stöd i kliniska sammanhang och koncentrera sig på reglerna för att kunna hantera situationen. De börjar dock se mönster i det kliniska arbetet och skapa viss rutin (Benner 1984). I *Kompetentstadiet* har sjuksköterskan integrerat sig i sin arbetsmiljö och sitt arbetsområde under minst 2-3 års tid. Hen har fått en medvetenhet om vad man gör för patienten och patientens mål med vården på längre sikt. Här får sjuksköterskan en förståelse för patienten på en mer avancerad nivå, där tankar om planering både nu och om patientens framtida situationer är involverade (Benner, 1984). Den *kompetenta* sjuksköterskan klarar av att hantera oförutsägbara situationer som uppstår inom vården, dock ännu inte lika snabbt som till exempel en sjuksköterska i skicklighetsnivån (Alligood & Tomey, 2006).

*Skicklighetsstadiet* börjar sjuksköterskan uppfatta och se patienten i sin helhet, hen förstår att det är viktigt med mål som är långsiktiga och börjar se till patientens helhet och bakgrund (Benner, 1984). *Skicklighet* visar att man ser betydelsen i förändringar i den situation och visar ett ökat förtroende för sina förmågor och kunskap (Alligood & Tomey, 2006).

*Expertstadiet* uppnås först när sjuksköterskan inte längre är beroende av analysprincipen (regler, riktlinjer, levnadsregler) för att förstå situationen och hitta en lämplig åtgärd för patienten, däremot finns fortfarande enstaka situationer där experten kan vara i behov av redskap om riktlinjer och regler (Alligood & Tomey, 2006). *Experten* har en instinktiv förståelse av situationen, genom att snabbt kunna identifiera vad problemet är hos en patient och känner igen typiska mönster och respons, utan att förlora tid på grund av en rad olika diagnoser (Benner, 1984; Alligood & Tomey, 2006).

## **1.4. Problemformulering**

RETTTS triagesystem har skapats för att sjuksköterskor lättare skulle kunna handlägga och prioritera patienten inför läkarbesök. Tidigare forskning har visat på att triagesjuksköterskan har en komplex uppgift där hen bör ha en förmåga att analysera situationen korrekt med ett medicinskt kunnande och ett kritiskt förhållningssätt. Utvecklingen i samhället tyder på att allt fler människor söker akutsjukvård, detta ställer högre krav på triagesjuksköterskan i sin bedömning av patienterna (Göransson, Eldh & Jansson, 2008).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) beskriver att med triagesystemet förväntas två olika triagesjuksköterskor i liknande situation alltid ta samma beslut, samtidigt som de förklarar att verkligheten inte motsvarar detta. Triagesystemet har fått ett starkt genomslag på akutmottagningar men att det behövs mer övertygande vetenskapligt underlag för att säga att triage är det mest relevanta för ändamålet (SBU, 2010).

Studiens fokus ligger därför vid att jämföra vilka faktorer som kan ha ett samband med triagesjuksköterskans beslutsfattande.

## **1.5. Syfte**

Att beskriva och jämföra hur kompetens, trygghet och följsamhet påverkar sjuksköterskans triagebeslut.

## **1.6. Frågeställning**

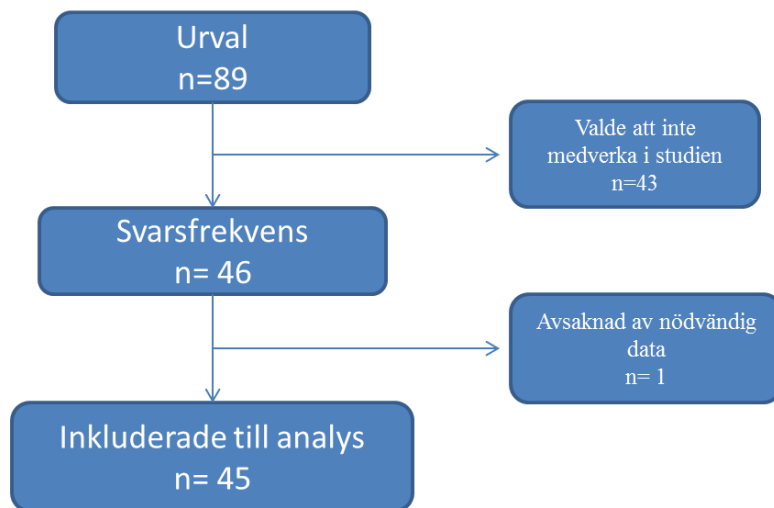
1. Hur skattar sjuksköterskan sin följsamhet, kompetens och trygghet kring triagebedömning?
2. Finns det likheter eller skillnader i hur erfarenhet och utbildning påverkar hur sjuksköterskan beskriver sig som följsam, kompetent och trygg?
3. Hur beskriver sjuksköterskan sin följsamhet, kompetens och trygghet kring triagebedömning?



## 2. METOD

Studien är en deskriptiv, jämförande, kvantitativ enkätstudie med kvalitativa inslag (Polit & Beck, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

### 2.1. Urval



Figur 1- Flödesschema över datainsamling av enkäter

Studien genomfördes på ett medelstort samt stort sjukhus i Mellansverige.

Akutmottagningarna tog emot alla kategorier av patienter och använde sig av samma RETTS-underlag. Personalstyrkan på det större sjukhuset bestod av drygt 100 vårdgivare och 55 av dessa var sjuksköterskor. Nyexaminerade sjuksköterskor skolades in månadsvis på olika kliniker, för att efter ett år få grå på larm eller triagera patienter. Logistiken på akutmottagningen var fördelad så att kirurgpatienter hänvisades direkt in till mottagningen där hen triagerades på rum. Medicinpatienterna fick gå in till en ”direkt-triage” där hen undersöktes av överläkare där beslut togs om patienten skulle gå hem eller slussas vidare in till medicin akuten för inläggning eller vidare behandling. Det medelstora sjukhuset bemannades med 70 vårdgivare, 34 var sjuksköterskor. Då det rådde personalbrist var inskolningstiden fyra veckor och de nyexaminerade sjuksköterskorna kunde hamna på larm eller i triagen. Ingen när-akut fanns att tillgå.

Deltagarna rekryterades genom bekvämlighetsurval där alla deltagare behövde ha arbetat på akutmottagningen minst ett år och vara fast anställda legitimerade sjuksköterskor vilket var de enda inklusionskriterierna (Polit & Beck, 2012). Deltagandet var frivilligt och totalt 46 sjuksköterskor valde att svara på enkäten varav en exkluderades på grund av för låg yrkeserfarenhet.

## 2.2. Datainsamling

Fyra sjukhus i Mellansverige tillfrågades och två av dem inkluderades i studien. De andra två exkluderades då de inte använde sig av samma typ av RETTS-system eller hade annat klientel av patienter.

Enkäterna delades ut i postfacken till alla fast anställda sjuksköterskor på akutmottagningarna, även till dem som hade arbetat mindre än ett år. Insamlingen av enkäterna skedde genom en svarslåda som placerades i läkemedelsrummet på akutmottagningarna dit endast de anställda sjuksköterskorna hade tillträde.

## 2.3. Enkät

Då ingen annan tidigare framtagen och validerad enkät med fokus på sjuksköterskans triagebedömning gick att finna togs en studiespecifik enkät fram. Frågornas fokus och utformning skedde genom att formulera om frågeställningar till frågor för att undersöka hur kompetens, följsamhet och trygghet påverkar sjuksköterskans triagebedömning.

Innan enkäten lämnades ut genomfördes ett "face validity" test (yt-validitet) via verksamhetschefen som då lämnade ut en enkät till en frivillig sjuksköterska från en av akutmottagningarna. Sjuksköterskan skulle vara väl insatt i RETTS och arbeta inom det område studien vänder sig till. Hen som deltog i validitetstestet fick information via verksamhetschefen att skriva kommentarer på enkäten om det var något hen inte förstod eller ville delge till studien. Genom denna test så beslutades att lägga till en öppen fråga efter fråga 3 (se bilaga 1). Enkäten bedömdes efter det vara adekvat för studiens syfte och lämnades ut till resten av sjuksköterskorna.

Enkäterna bestod av ett studiespecifikt formulär innehållande 16 frågor, varav en fråga var öppen och tre av de 16 frågorna avslutades med "motivera ditt svar".

I början av enkäten insamlades information om erfarenhet och utbildning (Fråga 2-6). Vidare innehöll enkäten två frågor gällande kategorin *Följsamhet* med dikotoma svarsalternativ (Fråga 7-8). Fyra frågor i enkäten stod för *Kompetens* och innehöll även där dikotoma svarsalternativ (Fråga 9-10 & 14-15), och tre frågor stod för *Trygghet* och innehöll självskattningsfrågor (Fråga 11-13). Varje kategori hade en fråga vardera där det avslutades med ett öppet svarsalternativ "motivera ditt svar". I slutet fanns även en öppen fråga om de hade några önskemål om förbättringar kring RETTS (Se bilaga 1).

## 2.4. Etiska överväganden

Deltagarna erhöll ett skriftligt informationsbrev genom en bilaga som medföljde i postfacken. Skriftlig information skickades även till verksamhetscheferna om studiens syfte samt tillvägagångssätt. Detta informationsbrev fick sedan förnyas och lämnas ut ytterligare en gång då det saknades viktig information om hur länge studien skulle pågå samt handledarinformation. Insamlat material behandlades konfidentiellt och inga personuppgifter samlades in som kunde knyta an till enkäten eller studien, därav innefattades inte personuppgiftslagen (SFS 1998:204). I och med att det insamlades data från två olika sjukhus i Mellansverige så blandades dessa enkäter samman då syftet ej var att jämföra sjukhus. Alla enkäter kodades sedan med siffror (SSK 1, SSK 2 etc.) för att lättare kunna arbeta med de öppna frågorna och citaten.

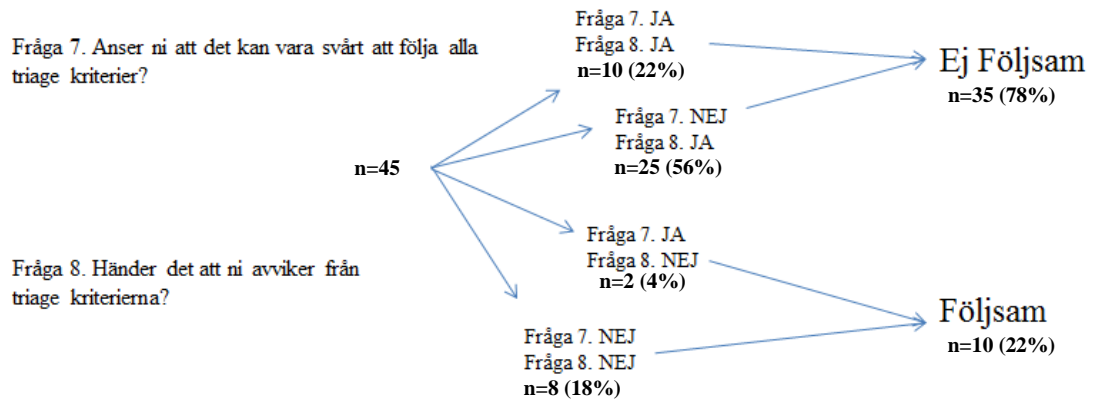
Varje informant hade rättigheten att välja om de ville medverka i enkäten eller ej, detta var tydligt formulerat i en bilaga vilken också innehöll kontaktuppgifter till uppsatsens författare och handledare. Informationsbrev till deltagare och verksamhetschefer har utformats enligt riktlinjer och krav för Etikprövningslagen (SFS 2018:147)

## 2.5. Dataanalys

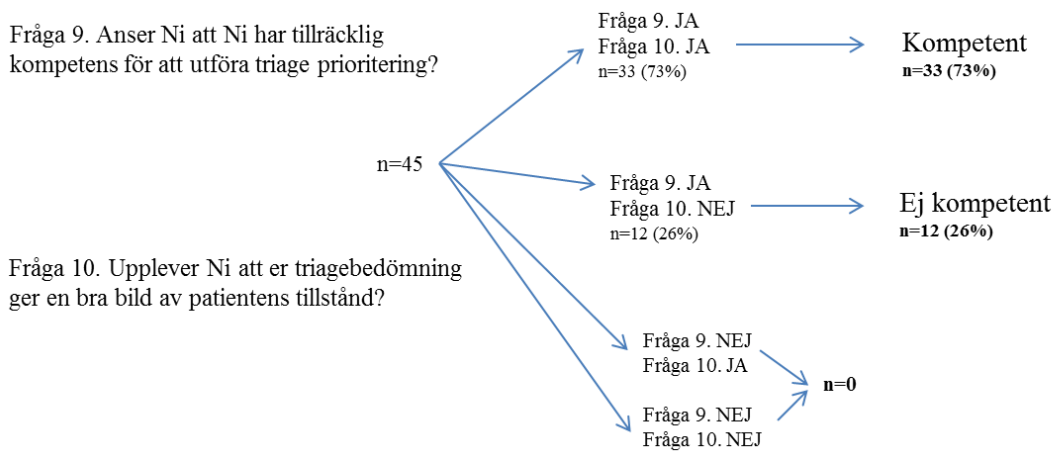
Svaren på frågorna i enkäten sammanställdes i tre kategorier som stod för *Följsamhet*, *Kompetens* och *Trygghet* angående triagebedömning (se Figur 2, 3 och 4). När en variabels förmåga att förutspå värdet på en annan variabel ska mätas används vanligen regressionsanalys (Polit & Beck, 2012). De tre kategorierna användes som beroende variabler, var och en för sig i en logistisk regressionsanalys, tillsammans med de oberoende variablerna som var år som leg. sjuksköterska, yrkesverksamma år på akutmottagning, vidareutbildning eller RETTS utbildning (Fråga 2 & 4-6). De oberoende variablerna kommer att benämnas som erfarenhet och utbildning vidare i studien. Regressionsanalyserna gjordes för att söka statistiskt signifikanta samband samt för få ett värde på i vilken utsträckning de oberoende variablerna var en prediktor för den beroende variabeln. Under analysen upptäcktes två värden som saknades i två olika enkäter, dessa valdes att behandlas genom att tillsätta högsta respektive lägsta möjliga värde för att se om resultatet skulle komma att förändras. Då denna test resulterade i oförändrat resultat valdes därför att inte imputera dessa svar i studien.

Det genomfördes även korrelationsanalyser mellan enskilda frågor från beroende variablerna och de oberoende variablerna för att finna trender i skattningen av sin triagebedömning. Spearmans korrelationsanalys valdes eftersom data som analyserades hade svarsalternativ på ordinalskalenivå. Insamlad data kodades i SPSS utifrån rangordning, till exempel Inte trygg=0, Lite trygg=1, Vet ej=2, Mycket trygg=3, Helt trygg=4. De oberoende variablerna, år som legitimerad sjuksköterska samt år på akutmottagning, delades vardera upp i 5 kategorier endast vid korrelationsanalysen (0-5år, 5-10år, 10-15år, 15-20år, 20+år), detta med tanke på lågt antal deltagande, vilket genom denna lösning resulterade i en bättre chans till att upptäcka samband vid korrelation. Årsintervallerna tillämpades inte vid de logistiska regressionsanalyserna utan endast vid korrelation mellan enskilda variabler. Vidare genomfördes Spearmans korrelationsanalys mellan fråga 4 och frågorna 11-15 för att undersöka betydelsen av erfarenhet för triagering.

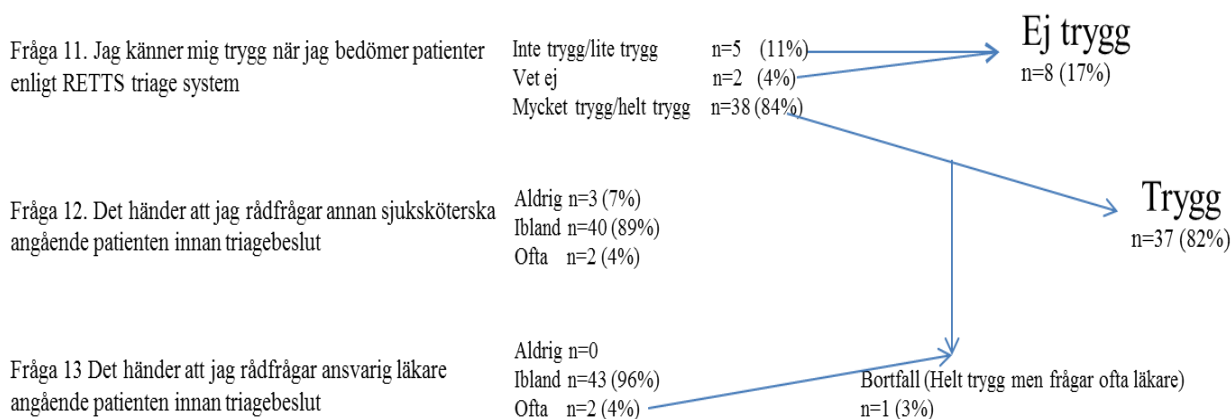
Data analyserades i IBM SPSS® version 22 genom korrelationsanalyser och logistiska regressionsanalyser (Polit & Beck, 2008). Statistisk signifikansnivå sattes till 0,05.



Figur 2. Hur frågor sammanställdes i kategori *Följsamhet*



Figur. 3 Hur frågor sammanställdes i kategori *Kompetens*



Figur 4. Hur frågor sammanställdes i kategori *Trygghet*

Studien innehöll öppna frågor som analyserades med induktiv innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Det var tre frågor som avslutades med att de fick motivera sitt svar, Fråga 8, 10 och 3 (se bilaga 1). Fråga 8 stod för beskrivning av *Följsamhet*, fråga 10 beskrivning av *Trygghet* samt fråga 3 beskrivning av *Kompetens*. Dessa tre frågor analyserades sedan av författarna genom upprepade läsningar och kondenserings av gemensamma meningsbärande svar. Svaren kategoriserades sedan i en tabell med utvalda citat och rubriker skapades efter det centrala innehållet i texterna.

### 3. RESULTAT

Enkäten delades ut till totalt 89 sjuksköterskor på två sjukhus i Mellansverige. Av dessa 89 svarade 45 (51%) av sjuksköterskorna på enkäten, 36 var kvinnor och 9 var män, medelåldern var 39år. Sjuksköterskorna hade varit yrkessamma mellan 1 år - 35 år, medianen på hur länge deltagarna har arbetat som sjuksköterskor var 7 år. Sjuksköterskorna hade varit yrkessamma på akutmottagning mellan 1 år -25 år, medianen för antal arbetade år på akutmottagningen var 4 år (se Tabell 1). Av sjuksköterskorna hade 29 (64,4 %) grundutbildning och 16 (35,6 %) specialistutbildning.

Tabell 1. Beskrivning av erfarenhet av arbete på akutmottagningen

	Frekvens
Arbetade år på akutmottagning:	
1-4år	26 (57,8 %)
5-9år	10 (22,2 %)
10-14år	2 (4,4 %)
15-19år	4 (8,9 %)
20+ år	3 (6,7 %)
Total	45 (100 %)

### 3.1. Följsamhet

I studien klassificerades 35 (77,8%) sjuksköterskor som följsamma till RETTS och 10 (22,2%) inte följsamma. Regressionsanalysen visade inget signifikant samband mellan den beroende variabeln *Följsamhet* mot erfarenhet och utbildning. Inte heller korrelationsanalyser visade på trender i svaren.

Vid en öppen fråga sammanställdes fem kategorier som berörde Följsamhet (Tabell 2).

Tabell 2. Antal svarande (n = 34), Exempel på citat från deltagarna varför de väljer att avvika från triagekriterierna

Kategori	Diffusa algoritmer inom RETTS	Högre prioritering	Tidigare erfarenhet	Samråd med läkare	Lägre prioritering
Antal (%)	7 (21 %)	6 (18 %)	5 (15 %)	4 (12 %)	3 (8 %)
Exempel på svar	<p>"Vissa kategorier är öppna för tolkning"</p> <p>"Om det är flera besöksorsaker stämmer inte retts"</p> <p>"Det beror på patientens tillstånd"</p> <p>"Till exempel vid långvariga skador, RETTS tar inte hänsyn till detta om det har hänt nu eller för flera veckor sedan"</p> <p>"Beror helt på vilken patient jag har framför mig"</p> <p>"Ibland stämmer "nivån" ej överens med patientens kriterier"</p> <p>"Ibland finns inte patientens problem med i RETTS"</p>	<p>"Händer att prioritering upp behövs"</p> <p>"Om t.ex. högre prio vid dålig patient. Kan ej utesluta allvarigare eller tvärtom"</p> <p>"Vid högre prio/färg än rekommenderat"</p> <p>"Om patienten inte passar in någonstans eller upplever att patienten behöver högre prioritet"</p> <p>"Om patienten är väldigt smärtpåverkad kan jag prioritera upp"</p> <p>"Vid oro för patienten triagerar jag högre"</p>	<p>"Om en magkänsla anger högre triagefärg men finns ej i RETTS-listan"</p> <p>"Ibland säger erfarenheten att patienten borde få en annan färg"</p> <p>"Oftast om RETTS sätter lägre färg än magkänslan ger"</p> <p>"Om det finns något i patienthistoriken eller anamnesen som jag inte finner stöd för och som gör mig orolig, prioriterar jag upp"</p> <p>"Ibland kan magkänslan göra att man triagerar upp patienten, men aldrig ner!"</p>	<p>"Efter diskussion med läkare"</p> <p>"Ibland är det uppenbart att patienten behöver en annan färg och då rådfrågar man läkare för att bekräfta"</p> <p>"Vid samråd från läkare eller sjuksköterskebesök"</p> <p>"Om läkarens ordination"</p>	<p>"Jag upplever att ett stort mått av övertriagering är inbyggt i systemet, väljer därför ofta en lägre prioritet än den som RETTS anser"</p> <p>"Ökad prio på patienter som behöver. Ex smärtpåverkade patienter mm."</p> <p>"Ibland lägre prioritet på tex "flumfall"</p>

### 3.2. Kompetens

I studien klassificerades 37 (82,2%) sjuksköterskor som kompetenta och 8 (17,8%) inte kompetenta för att utföra triagebedömning. Ingen tydlig signifikans framkom vid dataanalyserna, som visade på att erfarenhet och utbildning hade en avgörande roll i huruvida sjuksköterskorna kände sig kompetenta i sin triagebedömning.

Vid en öppen fråga sammanställdes fyra kategorier som berörde kompetens (Tabell 3).

Tabell 3. Antal svarande (n = 31), Exempel på citat från deltagarna som upplever att deras triagebedömning ger en bra bild av patientens tillstånd.

Kategori	Upplevelsen att ett fungerade RETTS	Erfarenhet som sjuksköterska	Tvekan till Retts	Behovet av komplettering till RETTS
No. Svarande %	6 (19 %)	4 (13 %)	4 (13 %)	4 (13 %)
Exempel på svar	<p><i>"Ja, Kriterierna från RETTS stämmer oftast med hur patienten mår och dess symtom"</i></p> <p><i>"Ja, kliniska fynden stämmer ofta överens med RETTS"</i></p> <p><i>"Ja, snabb överblick för att kunna bedöma vem som behöver träffa läkare först"</i></p> <p><i>"Ja, en övergripande yttlig bild. Men oftast tillräcklig"</i></p> <p><i>"Man får alla vitalparametrar, ser patienten och vilka prover som är viktigast"</i></p> <p><i>"Gör man rätt blir det rätt"</i></p>	<p><i>"Så länge den bygger på vetenskap och erfarenhet ger MIN bedömning en bra bild av patientens tillstånd. RETTS ger ofta INTE en bra bild av patientens tillstånd"</i></p> <p><i>"Se lyssna känn samt vitalparameter ger bra uppfattning"</i></p> <p><i>"Många år, mycket erfarenhet"</i></p> <p><i>"Genom alla konceptutbildningar och extrakurser får man trygghet efter att ha ställt alla nödvändiga frågor och gjort de nödvändiga undersökningarna vid triage"</i></p>	<p><i>"Jamen ibland blir steget mellan gul och orange stort"</i></p> <p><i>"Ja och Nej, Det är ett stöd. Kliniskblick och rapport hur patienten faktiskt mår"</i></p> <p><i>"För det mesta. Men det är intressant att personal prioriterar så olika trots RETTS. T.ex. så tolkar vi alla olika vad måttlig smärta egentligen är"</i></p> <p><i>"Oftast, triagekriterierna bedömer ofta att patienten är sämre"</i></p>	<p><i>"Nej, inte alltid. En färg säger inte allt. Muntlig rapport behövs ibland för att tydliggöra ett beslut"</i></p> <p><i>"Nej, upplever att man behöver en god klinisk blick för att göra en bra bedömning, och använder RETTS som underlag. Som nyexaminerad sjuksköterska är det svårt att triagera utifrån RETTS"</i></p> <p><i>"Nej, inte alltid. Ibland ändras tillståndet väldigt snabbt och ibland ligger en patient mellan två färger"</i></p> <p><i>"Nej, Inte endast RETTS + parametrar, en bra status behövs för att få en helhetsbild av patienten"</i></p>

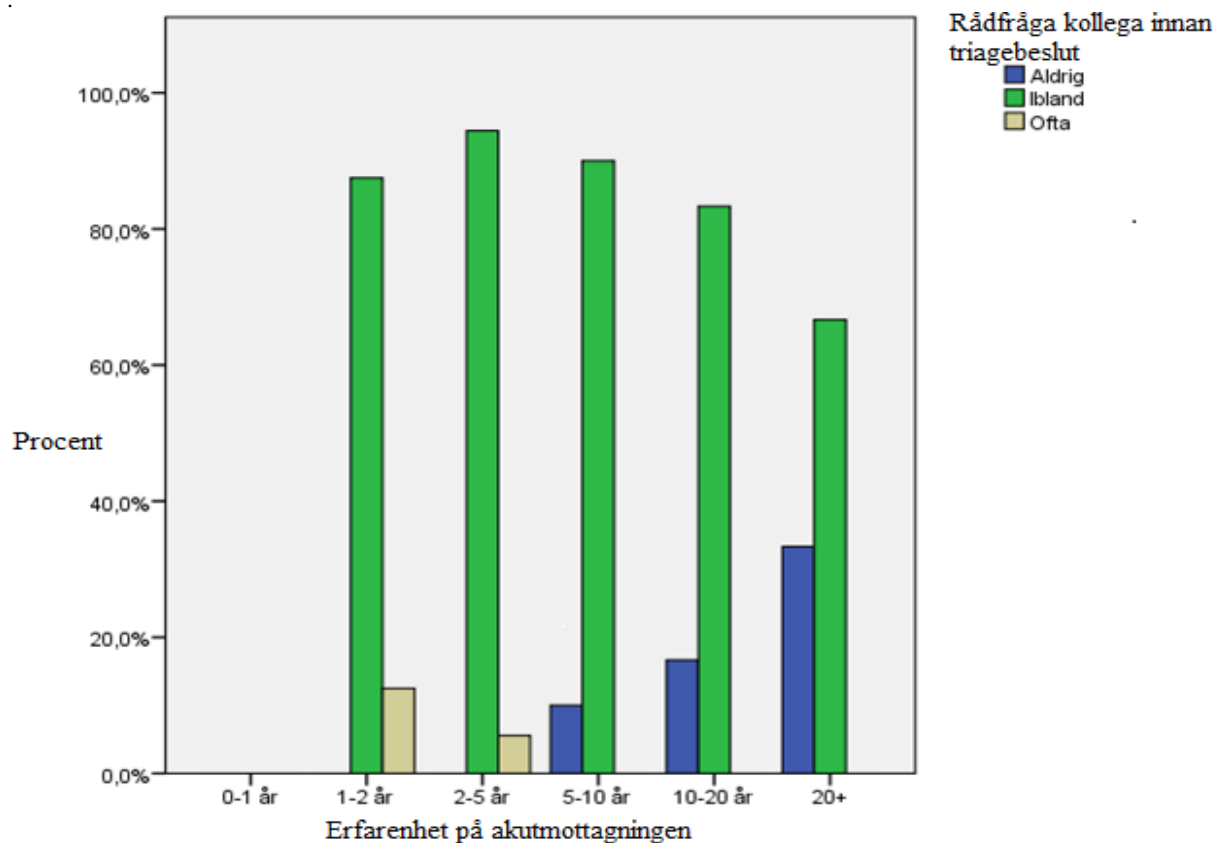
### 3.3. Trygghet

I studien klassificerades 38 (84,4%) sjuksköterskor som trygga och 7 (15,6%) som inte trygga. Den beroende variabeln trygghet hade inget signifikant samband med erfarenhet och utbildning. En liten trend kunde ses i de sjuksköterskor som hade erhållit utbildning i RETTS där korrelationsanalys visade  $p=0,068$ , men inte tillräckligt för att styrka att det är signifikant. Vid en öppen fråga sammanställdes tre kategorier som berörde Trygghet (Tabell 4).

Tabell 4. Antal svarande (n = 14), Exempel på citat från deltagarna som väljer att rådfråga läkare innan triagebeslut.

Kategori	Råd villhet i RETTS	Eget initiativ till att rådfråga läkare	Nödvändighet att tillfråga läkare
No. Svarande %	7 (25 %)	4 (33 %)	1 (9 %)
Exempel på svar	<p><i>"Vid ospecifika symtom som jag är osäker på"</i></p> <p><i>"Ibland gör jag det om jag är osäker, oftast om det väger mellan gul och orange RETTS"</i></p> <p><i>"Om jag känner att det lutar åt triagenivå "blå" och att patienten kan gå hem, kan jag ibland vilja rådfråga läkare innan jag tar ett sånt beslut"</i></p> <p><i>"Angående EKG, om patienten är orange eller gul eller om man inte hittar något bra kort för patientens sökorsak/mående"</i></p> <p><i>"Hjälp med EKG tolkning. Ordination på prover utanför RETTS"</i></p> <p><i>"Alltid bröstsmärtor där EKG tas, då jag tycker att jag själv inte är tillräckligt bra på att tyda dessa"</i></p> <p><i>"När jag är osäkerhet uppstår t.ex. vid EKG tolkning"</i></p>	<p><i>"Vid korrigerig av patientens triagefärg eller att patientens grundsjukdomar kan påverka"</i></p> <p><i>"T.ex. vid trombyl/waran blir patienten många gånger orange utan behov av det"</i></p> <p><i>"Ibland tycker jag att patienten inte är den färgen triagen säger och ber om läkarbedömning"</i></p> <p><i>"Om jag behöver stöttning i nedprioritering tex gul från orange då jag kanske anser att patienten mår bättre än orange"</i></p>	<p><i>"Ofta vid remisser"</i></p>





Figur 5. Diagram visar hur ofta sjuksköterskan väljer att rådfråga kollega beroende på hur länge hen har arbetat på akutmottagning

Det var enbart en analys som visade signifikans i studien: Sjuksköterskor med antal yrkesverksamma år på akutmottagning och rådfråga annan sjuksköterska innan beslutstagande ( $p=0,011$ ). Stapeldiagrammet (Figur 5) visar en tydlig trend för hur de sjuksköterskorna med minst arbetade år på akutmottagning svarade att de tillfrågade sina kollegor ofta, medan de med fler år inom akutmottagning svarade mer sällan eller aldrig. Vid de övriga korrelationsanalyserna kunde ingen signifikans påvisas.

### 3.4. Förbättring i triagearbetet

Sjuksköterskorna fick en avslutande öppen fråga där det undersöktes vad sjuksköterskorna ansåg skulle kunna förbättra triagen. (Tabell 5)

Tabell 5. Antal svarande (n = 24), Exempel på citat från deltagarna hur de vill förbättra triagen.

Kategori	Komplettera RETTS	Mer erfarenhet i triagen	Mer utbildning i RETTS	Förändring av arbetssätt	Arbeta i Team
No. Svarande %	7 (29 %)	4 (17 %)	4 (17 %)	2 (8 %)	2 (8 %)
Exempel på svar	<p>"Lite bättre sökord"</p> <p>"Fler och mer tydliga kriterier till symtomen"</p> <p>"RGS stöd som komplement.</p> <p>Norton- skala för patienter t.ex. över 70år"</p> <p>"Utrymme för andra parametrar ex blek och kallsvettig men faller ut pga. stabila parametrar"</p> <p>"Fler söksorsaker och kriterier i vissa kategorier ex obstipation"</p> <p>"Vara tydligare, slagit i huvudet t.ex., gäller det närmaste dygnet eller timmarna. Syncopé, flera syncopéer, samma dag eller senaste veckan. Förtydliga vad man menar i RETTS korten"</p> <p>"Triageteam dygnet runt. Att kriterierna blir mer specifika"</p>	<p>"Bra med erfarna sjuksköterskor som utför triage, det är en första bedömning, ingen diagnos skall sättas där"</p> <p>"Reflektion och diskussion med erfarna kollegor"</p> <p>"Erfarenhet hos den som triagerar!"</p> <p>"Alltid läkare i triagen att rådfråga och triagera med"</p> <p>"Upplever att RETTS är ett bra underlag för vad man bör tänka på men det viktiga är att det är erfaren personal i triagen för att göra en bra bedömning"</p>	<p>"Mer utbildning i triagering, typiska fall och/eller varningstecken på patientfall som lätt kan missas"</p> <p>"Repetition av RETTS behövs"</p> <p>"Triage handledning"</p> <p>"Med lokala processåtgärder. Vet inte om RETTS är så arbetsvänligt, känns som att personal förlitar sig på "färgen" mer än att titta på hur patienten mår. Sänker sjuksköterskans egna förmåga att göra bedömningar, ta beslut mm"</p>	<p>"Väldigt mycket. Som det är nu känns det som att man glömmer bort att titta på själva patienten, hur ser den ut, är huden kladdig etc. Man tittar bara på VP och kriterier och "glömmer" bort patienten. Retts går att tolka på så många olika vis beroende på vem som läser vilket gör att vi prioriterar olika. För många patienter blir gul-prioriterade vilket gör att det blir ett gult hav och biland alla gula ligger de som faktiskt är sjuka"</p> <p>"Skrota RETTS, använd istället vitalparametrar. Låt de mest erfarna sjuksköterskorna jobba med triage. Utbilda extra i identifiering av patienter med tidskritiska sjukdomstillstånd såsom stroke, hjärtinfarkt, sepsis etc."</p>	<p>"Genom att arbeta i team"</p> <p>"Ha med läkare i triagen"</p> <p>"Att ofta försöka vara sjuksköterska + Undersköterska vid triage för att hjälpas åt. Spar mycket tid"</p>

## 4. DISKUSSION

### 4.1 Metoddiskussion

I föreliggande studie användes enkäter med både öppna och slutna frågor med dikotoma och ordinala svarsalternativ. Polit och Beck (2012) beskriver att strukturerade självskattningar är en kraftfull datainsamlingsmetod, då självskattningar är mångsidiga och breda och ger information som lätt kan analyseras statistiskt.

Öppna frågor valdes i enkäten då det fanns intresse att få en förklaring på hur sjuksköterskorna tänkte när de svarade på frågorna. Materialet analyserades genom en induktiv innehållsanalys som var en helt förutsättningslös analys av det framkomna manifesta materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Polit och Beck (2012) menar att vid en enkätstudie ska öppna frågor helst undvikas då det är tidskrävande och svårare att analysera. I denna studie valdes detta för att kunna förstärka svaren om det blev lägre svarsfrekvens än förväntat, men även styrka validiteten att deltagarna har förstått och uppfattat frågorna korrekt.

Svaren i enkäten kategoriserades till tre områden för att på så sätt underlätta resultatet och få fram statistiska samband eller skillnader mellan olika variabler i enkäten. Detta var ingenting som genomfördes innan enkäten lämnades ut, utan det fastställdes när den statistiska analysen skulle genomföras för att underlätta förståelse för hur de hade svarat. Genom avgörande frågor i enkäten kunde de beroende variablerna fastställas och på så sätt få en förståelse för sjuksköterskornas självskattning. Flera frågor sammanställdes därför och fick vara avgörande parametrar för att bedöma respektive variabel (se Figur 2, 3 och 4).

Studiens första frågeställning gällde sjuksköterskans syn på sin följsamhet, kompetens och trygghet. Utfallsmåttet i detta fall var dikotomt (binärt) eftersom följsam, kompetent och trygg ansågs som ett tillstånd som sjuksköterskan antingen *uppnådde eller inte*. Enstaka svar bedömdes vara dominanta, där till exempel ett Nej-svar på fråga åtta medförde att fråga sju inte blev avgörande för om sjuksköterskan var följsam eller ej (se Figur 2).

Studiens andra frågeställning stod för att undersöka likheter eller skillnader i hur erfarenhet och utbildning påverkar hur sjuksköterskan bedöms följsam, kompetent och trygg. För att kunna söka samband mellan de beroende variablerna och erfarenhet och utbildnings frågorna genomfördes Spearmans korrelationsanalys mellan enstaka variabler. Variablerna sammanställdes även i en logistisk regression vilket är av fördel när det är flera olika oberoende variabler som skall undersökas om de kan förutse beroende kategorivariabler (Polit & Beck, 2012).

Studiens tredje och sista frågeställning stod för hur sjuksköterskan beskriver sin följsamhet, kompetens och trygghet kring triagebedömningen och ansågs besvarad genom de öppna frågorna som var fördelad en i vardera kategori. Här genomfördes en induktiv innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) för att hitta meningsbärande likheter och skillnader som sedan skulle kunna stärka resultatet på den statistiska analysen.

Under analysen delades insamlad data upp så den ena arbetade med det kvalitativa samt kvantitativa materialet medan den andra påbörjade metodbeskrivningen och bakgrunden. För att denna uppdelning inte skulle bli en fara för arbetet så skedde analysen alltid tillsammans med varandra, inget av arbetet genomfördes utan att den andre hade inblick i vad som skrevs.

Intern validitet syftar till hur väl studien överensstämmer med verkligheten (Polit & Beck, 2012). Tidigare studier fokuserar en del på erfarenhet av att arbeta på akutmottagning och vikten av kompetens för att klara av att hantera triage (Considine, Botti & Thomas, 2007; Bruce & Suserud, 2005). För att undvika misstolkningar i hur sjuksköterskan skattade sig kompetens, följsam och trygg i studien sammanställdes flera frågor i samma kategori. Det går aldrig att utesluta att vissa individer ej har förstått frågorna korrekt då det finns både för- och nackdelar att skapa egenkonstruerade enkäter. Polit och Beck (2012) påtalar att en nackdel kan vara att deltagarna svarar som de "bör svara"; de beskriver detta som det kanske mest genomgripande problemet när strukturerade självskattningar utförs i enkätfrågor. Personer kan ha en tendens att ge en positiv bild av sig själva, som de kallar "social önskvärd bias" där individer ibland har en tendens att ge svar som stämmer överens med rådande sociala värderingar och därmed svarar som de förväntas göra. En svaghet i enkäten sågs vid fråga 14 och 15 (Bilaga 1) där svaren Aldrig/Ibland/Ofta medförde att majoriteten valde att svara "Ibland", vilket innebar att det blev svårt att påvisa samband vid korrelationsanalyserna.

Fördelen med öppna frågor är att det tillåter att allmänna åsikter kommer fram och att det inte vinklar svaren lika mycket som vid flervalfrågor eller ja-och nej frågor. En annan metod som uppmuntrar till uppriktiga svar var att enkäterna behandlades helt anonymt (Polit & Beck, 2012). Antalet deltagare i studien var förhållandevis låg, vilket kan ha haft en inverkan på att det inte fanns signifikans för erfarenhet i samband med sjuksköterskors uppfattning av sin triagebedömning. I och med de öppna frågorna samt korrelationsanalys mellan enstaka variabler kunde det däremot utvinnas trender som talade för svaren i de slutna frågorna.

En svaghet vid datainsamlingen var deltagarnas svarsfrekvens då den endast nådde upp till n=45 (51 %), varav en person exkluderades då hen hade arbetat mindre än ett år på akutmottagningen. Då svarsfrekvensen ej uppnådde rekommendationen på 65 % för att räknas som en tillförlitlig enkätstudie enligt Polit och Beck (2012) valdes därav att arbeta med de öppna frågorna som ett komplement för att styrka svaren samt hitta andra meningsbärande likheter eller skillnader beroende av erfarenhet och utbildning.

Om tidigare forskning visar på starkt samband mellan de variabler som ska studeras, minskar behovet av ett stort urval (Polit & Beck, 2012). Genom att välja ut två akutmottagningar med totalt 89 fastanställda sjuksköterskor så fanns en förståelse av att det kunde bli en låg svarsprocent på enkäten. Tidigare forskning har påvisat hur just sjuksköterskans erfarenhet har stor betydelse för att klara av triagebedömning på akutmottagningar (Considine, Botti & Thomas, 2007; Bruce & Suserud, 2005; Göransson, Ehrenberg, Marklund och Ehnfors, 2005). Bortsett från den formella erfarenheten en sjuksköterska bär med sig så är även klinisk erfarenhet och personlig lämplighet viktig inom triage, dock är det svårare att bedöma för utomstående. Ett bra sätt för att ta reda på just den personliga lämpligheten kan vara att fråga sjuksköterskan själv (Göransson, Eldh & Jansson, 2008), vilket gjordes i studien.

Att få god spridning av erfarenhet och utbildning hos personalen var av vikt i enkäten. Av dessa faktorer fanns variabeln "ålder", det diskuterades att den variabeln kunde ha ett samband med yrkesverksamma år på akutmottagning och valdes därför att exkluderas från analysen. Genom de övriga frågorna rörande erfarenhet och utbildning genomfördes sambandsanalys med hur trygg, kompetent och följsam sjuksköterskan ansåg sig vara i sin triagebedömning. Eftersom analysfrågor gällde flera oberoende variablers relation till en beroende variabel genomfördes en logistisk regression i varje kategori, vilket är en multivariat teknik för att förutspå utfall i den beroende variabeln (Polit & Beck, 2012).

## 4.2 Resultatdiskussion

Vid den logistiska regressionen fanns inget som kunde styrka att yrkeserfarenhet och utbildning hade statistiskt signifikant samband med följsamhet, kompetens och trygghet. Dock kunde de öppna frågorna vid undersökningen ge en synlig trend angående erfarenhet. Forsman, Forsgren & Carlström (2012) menar att erfarenheten hos sjuksköterskan är den faktor som är mest betydande för patientsäkerheten på akutmottagningen. Detta var något som styrktes av resultatet i de öppna frågorna. Vid tre av tabellerna skapades någon form av ”Erfarenhetskategori” då sjuksköterskorna ofta påtalade det i de öppna frågorna att det var en viktig del av triagebeslutet. Med erfarenhet och kompetens kunde sedan sjuksköterskorna känna sig trygga i sin bedömning. Tillit till sin egen förmåga relaterar sjuksköterskorna ofta till erfarenhet och då inte specifik erfarenhet till antal yrkesverksamma år på akutmottagning, utan generell erfarenhet inom sjuksköterskeyrket.

I resultatet beskriver sjuksköterskorna hur de väljer att göra en egen bedömning genom att se patienten ”utanför” RETTS kriterier. Andersson, Omberg & Svedlund (2006) beskriver hur erfarna sjuksköterskor har svårt att sätta ord på en triagebedömning gjord på eget initiativ. I studien beskrev några av sjuksköterskorna hur ”magkänslan” ger dem en intuition att bedöma patienten högre eller lägre än RETTS rekommenderar (Tabell 1). Andersson et al. (2006) menar att det troligtvis beror på att intuition är ett instinktivt tankesätt som grundas på sunt förnuft. Lyneham, Parkinson & Denholm (2008) beskriver hur intuition spelar en stor roll i akutsjukvården och gör koppling mellan känsla, erfarenhet och kunskap.

Tidigare forskning angående huruvida sjuksköterskor rådfrågar läkare innan triagebeslut är knapphändig. Detta kan bero på att triagesystemet inte är utformat för att innehålla läkarbedömning, vilket också påvisar det förväntade yrkeskunnandet hos triagesjuksköterskan. I Patricia Benners teori från novis till expert (1993), beskrivs det hur sjuksköterskan utvecklar sin yrkesroll med hjälp av praktisk erfarenhet och kunskap. Men frågan är om sjuksköterskan har möjligheten att fullfölja denna teori i triagen? Studien samt tidigare forskning visar att sjuksköterskan i princip redan skall vara i steg 5 (Expert) för att kunna göra en adekvat bedömning. Sjuksköterskorna i studien trycker på att de vill ha erfarna sjuksköterskor i triagen. Men var passar då sjuksköterskorna som är novis eller avancerade nybörjare? Finns det ett hot mot patientsäkerheten med att de nyexaminerade ska utföra triage? Författarna har upplevelsen att nyexamineradesjuksköterskor placeras i triagen och att de har svårt att utföra egna patientbedömningar. De med ökad erfarenhet gör snabbare bedömningar vilket underlättar patientflödet. Studien visar dock annorlunda resultat, majoriteten av sjuksköterskorna i studien bedömde sig själva kompetenta nog att utföra triage, trots att hälften av dem som svarade hade arbetat mindre än 4 år på akutmottagning.

Det fanns inget statistiskt signifikant samband angående kompetens och erfarenhet och utbildning, men de öppna frågorna kunde ge en bild av hur sjuksköterskorna upplevde sin kompetens gällande RETTS. Cone & Murray (2002) menar att mer erfarna sjuksköterskor i triagen ser behovet av triagekriterier för nyexaminerade sjuksköterskor, men att de själva känner sig begränsade i sin bedömning på grund av kriterierna. De upplever att det ibland blir svårt att fatta beslut då de känner sig hämmade av de angivna algoritmerna. Sjuksköterskorna i denna studie hade en upplevelse av att de utförde korrekta bedömningar och att deras triagering gav en bra bild av patientens tillstånd (Tabell 3). Det framkom också hur sjuksköterskorna upplevde att de prioriterade olika i triagen beroende på vilken sjuksköterska som stod där. Andersson et al. (2006) styrker detta då de menar att sjuksköterskan använder sin erfarenhet som ett verktyg vid prioriteringen i triagen. Vidare talar de om hur osäkerhet

och självförtroende spelar en viktig roll. Sjuksköterskan utsätts dagligen för osäkerhet i hens beslutstagande och prioriteringsroll; Sjuksköterskans självförtroende är då viktigt för att kunna lita på sin egen bedömning.

Sjuksköterskorna upplevde att RETTS är till stor hjälp vid bedömning av patientens tillstånd. De hade dock lite delade meningar om att RETTS ibland kan vara tvetydlig och till exempel sakna sökord eller att patienten upplevs få felaktig triagefärg (Tabell 2 & 4). De nämnde också hur RETTS-beslutet ibland behövde förstärkas med en ”god klinisk blick” samt att rapporterna vidare till ansvarig sjuksköterska var viktiga för att styrka sitt beslut. Både sjuksköterskor med erfarenhet samt nyexaminerade hade en uppfattning om att ibland vilja stärka sitt triagebeslut (Tabell 3). Det är viktigt att kunna fatta korrekta beslut för att lägga en god grund för patienten som erhåller vård på akutmottagningen (Andersson et al. 2006). Arbetsmiljön påverkas vid hög belastning av patienter och sjuksköterskorna prioriterar under tidspress. Vid beslutstagande krävs ibland diskussion med kollega eller läkare. Hälso- och sjukvårdslagen (HLS, SFS 1982:763) menar att patienten med störst behov av hälso- och sjukvård har rätt till vård först, samtidigt som andra patienter snarast skall erhålla en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (2§).

Bergqvist, Bohlin, Karlsson & Petterson (2014) beskriver variationen av patienter som söker sig till akutmottagningar samt hur ovissheten om inflödet under dagen sätter sjuksköterskan i en komplex situation där hen ibland måste fatta livsavgörande beslut. När sjuksköterskan utför sin triage finns det en risk att vissa omständigheter påverkar bedömningen till att bli mer subjektiv. Bergqvist et al. (2014) menar att sjuksköterskor med erfarenhet från tidigare möten med patienter samt att sjuksköterskans kompetens har en roll i hur hen triagerar. Sjuksköterskan gör alltså skillnad i sin bedömning, trots att syftet med en standardiserad metod som RETTS ska minska den subjektiva delen av bedömningen. I de öppna frågorna i studien (Tabell 2) påtalar sjuksköterskorna problematiken med diffusa algoritmer och nämner den subjektiva delen av RETTS där de bedömer patienter olika (Tabell 5).

I svaren på de öppna frågorna beskrev sjuksköterskorna hur erfarenhet hade en stor roll i deras bedömningar, och att de ofta såg andra saker än vad RETTS tar upp i sina kriterier. Edwards (2007) menar på att sjuksköterskor ofta får en uppfattning om patientens tillstånd redan när de träffas i väntrummet och att det är den initiala bedömningen som sedan leder till det slutgiltiga triagenivån. Det fanns många svar av liknande karaktär där sjuksköterskorna beskrev att de hade god erfarenhet och valde att avvika från RETTS och sätta en ”egen” färg på patienten. Sjuksköterskorna var dock mer angelägna om att prioritera upp patienten, än att sätta en lägre prioritet (Tabell 2). Andersson (2016) fann i sin studie att patientens kontaktorsak var en stor faktor i svårigheten att prioritera patienten. De kontaktorsaker som försvårade bedömningen i att finna akut sjuka patienter var: nedsatt allmäntillstånd, buksmärta samt infektionssymtom. Sjuksköterskorna i denna studie benämner inte dessa kategorier specifikt, men uppger att ”vissa kategorier” i RETTS försvårar bedömningen av patienten. De sjuksköterskor som beskrev att de ville prioritera ned patienter betonade mer att de egna åsikterna hade en roll. De menade att RETTS hade ett mått av övertriagering inbyggt i systemet och att de då valde att triagera ned patienten samt att de ansåg att en del patienter ingick i kategorin ”flumfall” och blev då medvetet nedprioriterade (Tabell 1). Göransson et al. (2007b) beskriver hur sjuksköterskans noggrannhet i beslutsfattandet beror på förmågan att anpassa sig till komplexiteten, tvetydigheten och presentationen av uppgiften. Detta är något sjuksköterskorna bekräftar genom de öppna frågorna. De beskriver att de ofta står i beslut om huruvida de ska vara följsamma till RETTS samt till de upplevda ”bristfälliga” algoritmerna vilket ger bedömningen en komplexitet. Detta styrks genom Göransson et al. (2005) där

sjuksköterskor ansåg att triagebeslutet försvårades när patienter faller mellan två algoritmer i RETTS.

I resultatet sågs också en tvetydighet i vad sjuksköterskorna hade svarat i de slutna frågorna. Några svarade att det var svårt att följa triagekriterierna men valde ändå att följa dessa, samtidigt som hälften av dem som svarade inte upplevde att det var svårt att följa kriterierna men valde ändå att avvika. Varför sjuksköterskorna valde att göra så är svårt att tyda. Widgren, Jourak & Martinius (2008) menar att enkelheten av RETTS-metoden gör att bedömningen från individ till individ varierar mindre och att triagefärgen ofta blir densamma, även om sjuksköterskorna inte har en triageutbildning. Sjuksköterskorna i studien var inte av samma uppfattning. Erfarenhet och utbildning hade inget statistiskt signifikant samband angående följsamhet, men sjuksköterskorna beskriver i de öppna frågorna att de upplever att erfarenhet har en roll i följsamheten i RETTS. De beskriver att erfarenheten ger dem grund till att ibland avvika från triagefärgen och gå på ”magkänslan” istället. Det är också erfarenheten som ger dem självkänslan att till och med prioritera ned vissa patienter (Tabell 3).

I resultatet påvisades inget signifikant samband med sjuksköterskornas upplevelse av trygghet i sina triagebedömningar. En liten trend kunde ses för de sjuksköterskor som erhållit utbildning inom RETTS, och en större studie hade troligen kunnat påvisa ett statistiskt signifikant samband. Sjuksköterskorna tillfrågades vid de öppna frågorna om de valde att rådfråga sina kollegor eller läkare innan triagebeslut. Sjuksköterskorna i studien svarade att de gjorde det ibland, speciellt för att triagera ned patienter (Tabell 4). Analyser i studien visade att sjuksköterskorna med antal verksamma år på akutmottagning valde att fråga en kollega innan triagebeslut. Där sågs det att sjuksköterskor med lägst erfarenhet inom akutsjukvården oftare valde att rådfråga sina kollegor innan triagebeslut, mot att de sjuksköterskor som hade arbetat längre valde att fråga sina kollegor mer sällan eller aldrig. Att rådfråga kollega eller läkare innan triagebeslut kan upplevas som ett bra beslut ur patientsäkerhetssynpunkt. Även om RETTS är utformat för att sjuksköterskan ska fatta beslut om hur länge patienten kan vänta innan läkarundersökning, ses nyttan med att sjuksköterskan tar det beslutet tillsammans med läkaren för att undvika att patienten åsamkas vårdskador. Tidigare forskning för hur sjuksköterskor väljer att rådfråga läkare innan triagebedömning är svår att finna, detta kan eventuellt härledas till att RETTS som tidigare nämnts, är ett triagesystem i väntan på läkare. Fokus har snarare legat vid hur sjuksköterskornas arbete vid triagen och inte huruvida de väljer att rådfråga läkare innan beslutstagande.

Gällande förbättringsarbete inom RETTS och triagearbetet hade sjuksköterskorna en god uppfattning om vad som skulle kunna göra skillnad på deras akutmottagning. Som tidigare hade sjuksköterskorna en uppfattning om att erfarna sjuksköterskor hade en viktig roll i triagen, och att de gärna såg sina mer erfarna kollegor som mentorer som de kunde reflektera samt diskutera med (Tabell 5). Andersson et al. (2006) menar att sjuksköterskor med lång erfarenhet inom akutsjukvård ger en känsla av ”säkerhet” i triageteamen och att de mindre erfarna sjuksköterskorna gärna vänder sig till dessa för att få vägledning och stöttning i sina egna beslut. Sjuksköterskorna upplevde att arbetssättet inom triagen kan ses över samt att de gärna ser mer teambildning dvs. sjuksköterska och undersköterska i triagen för att underlätta arbetet. Önskan om mer utbildning i RETTS samt komplettering av sökord var också några förslag till att förbättra sjuksköterskans arbete i triagen (Tabell 5). Utbildningar som behöver bekostas för att upprätthålla kompetensen inom RETTS innebär en ekonomisk kostnad samtidigt som det är av vinning för verksamheten, sjuksköterskorna och främst för patienterna. Då sjuksköterskorna betonar att de gärna ser specialistsjuksköterskor som

mentorer vid triagen så kan också den utbildningskostnaden ses som en investering för verksamheten.

Enligt tidigare forskning är de nyexaminerade sjuksköterskorna i störst behov av triageverktyget då deras bedömning inte kopplas till erfarenhet. De mer erfarna sjuksköterskorna använder verktyget som ett stöd men väljer att ta egna beslut då de upplever att verktyget ibland kan hindra deras bedömning (Cone et al., 2002). I de öppna frågorna betonas detta då de beskriver hur de väljer att ta egna beslut där de antingen övertriagerar patienten eller i vissa fall undertriagerar. Andersson (2016) gjorde en studie i Mellansverige där han undersökte just över- och undertriagering där resultatet visade att 13,4 % av patienterna blev övertriagerade och ca 2,9 % blev undertriagerade. Andersson (2016) menar på att övertriageringen är ett tecken på att RETTS har ett inbyggt system för att ibland ”ropa varg”, men att detta inte medför någon vårdskada för patienterna. Risken ligger snarare i den procent av patienterna som löper risk för att undertriageras, där sjuksköterskorna tar egna beslut om nedtriagering eller då RETTS helt enkelt inte har algoritmer för det patienten söker för. Tidigare forskning visar att det är den erfarna sjuksköterskan som tar egna beslut i triagen, vilket också denna studie visade på. Är det då de erfarna sjuksköterskorna som behöver mer utbildning för att inte utsätta patienterna för eventuella vårdskador. Eller lägger sjukvården tilliten till att dessa erfarna sjuksköterskor gör korrekta triagebedömningar utan avtramp. Vidare forskning angående sjuksköterskor med erfarenhet jämförande mot nyexaminerade sjuksköterskors beslutsfattade, skulle vara av relevans för huruvida åsamkande av vårdskador orsakas. Inte för att utse ”svarta får” utan snarare för att se den kliniska nyttan med RETTS. Detta då resultatet pekar till att de erfarna sjuksköterskorna yttras utföra den mer ”korrekta” bedömningen samtidigt som resultatet säger att det är de som väljer att frånga RETTS. Är det som sjuksköterskorna uttrycker i de öppna frågorna att RETTS bör ”skrotas”, och vad ska det i så fall ersättas med? Predicare (2018) menar att *”RETTS aldrig kan bli bättre än den organisation RETTS används inom”*, vilket kan tolkas till att erfarenhet tillsammans med kompetens behöver vara hög för att uppnå god kvalitet i triageringen av patienter.



#### 4.2.1 Slutsatser och Kliniska implikationer

Slutsatsen i denna undersökning är att erfarenhet har betydelse för sjuksköterskans triagebedömning även om de statistiska analyserna inte kunde påvisa samband. Begrepp som intuition och magkänsla är något som framkommer av svaren på de öppna frågorna. RETTS upplever de flesta som ett bra stöd och verktyg vid bedömning av patienten. Men sjuksköterskan väljer ofta att se till sin tidigare erfarenhet och intuition för att komma fram till sitt triagebeslut. De har en uppfattning om vad de behöver arbeta med för att förbättra sig i sina beslut och för att undvika vårdskador. Triagesjuksköterskan har en viktig roll på akutmottagningen där hen tar komplexa beslut på sitt eget ansvar och för att föra en god vård jämt mot patienterna. Studien antyder att triagebeslutet inte bara är baserat på RETTS, utan på sjuksköterskornas yrkeskunnande och erfarenhet och de tillsammans ger ett patientsäkert sätt att utföra en god vård.

Vidare forskning inom detta område behövs för att förtydliga de subjektiva sökorden inom RETTS-triageverktyg för att minska bedömningsskillnader. Utökad forskning behövs angående de tidigare benämnda begreppen så som *erfarenhet*, för att kunna utvärdera vilka egenskaper som krävs av sjuksköterskan för att utföra en god bedömning i triagen och driva en säker vård. Sjuksköterskorna är också i mer behov av utbildning angående RETTS, alternativt skulle specialistsjuksköterskor inom akutsjukvård kunna agera som mentorer för triagesjuksköterskan.

## REFERENSER

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work*, Maryland Heights Missouri: Mosby Elsevier Inc.

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.

Andersson, J. (2016). *Rapid Emergency Triage and Treatment System: en undersökning av den prediktiva validiteten*. Magisteruppsats. Örebro Universitet, Institutionen för hälsovetenskaper.

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

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Bergqvist, L., Bohlin, L., Karlsson, M., & Pettersson, J. (2014). *Interbedömmarrelabilitet av triageverktyget RETTS No. 4*. Linköping: FoU, Landstinget Östergötland.

Bruce, K., & Suserud, B-O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 201-209.

Chen, S-S., Chen, J-C., Ng, C-J., Chen, P-L., Lee, P-H. & Chang, W. Y. (2010). Factors that influences the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, 27(6), 451-455.

Cone, K., J., & Murray, R. (2002). Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 28 (5), 401-406.

doi:10.1067/men.2002.127513

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.

Edwards, B. (2007). Walking in – Initial visualization an assessment at triage. *Accident and Emergency Nursing*. 15, 73-78. doi: 10,1016/j.aaen.2006,12,008

Forsman, N., Forsgren, S., & Carlström, E. (2012). Nurses working with Manchester triage: The impact of experience on patient security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 100-107. doi: 10.1016/j.aenj.2012.02.001

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

Göransson, K., Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Fonteyn, M. (2007a). An effort to use qualitative data analysis software for analysing think aloud data. *International journal of medical informatics*, 270-273. Doi: 10.1016/j.ijmedinf.2007.05.004

Göransson, K. E., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E., & Ehrenberg, A. (2007b). Thinking strategies used by registered nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced nursing*, 61(2), 163-172. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x

Göransson, K., Ehrenberg, A., Marklund, B., & Ehnfors, M. (2005). Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. *Scandinavian Journal Caring science*; 19; 432-438.

Göransson, K., Eldh, A. C., & Jansson, A. M. (2008). *Triage på akutmottagning* (1 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

HSL SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 19 april, 2018, från Riksdagen, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*. 14. 101-108. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Predicare (2018). Hämtad 2018-04-23, från <http://predicare.se/om-retts/>

SFS 2018:147. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Socialdepartementet.

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

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet*  
*Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Hämtad 2018-04-19,  
från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20871/2018-2-15.pdf>

Widgren, B., Jourak, M., & Martinius, A. (2008). Ny träffsäker triagemetod METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen*, pp. 201-4.

Widgren B. RETTS. *Lite praktisk handledning. Ett sammanhållet medicinskt beslutsstöd för akutvård*. 2013. <http://vardgivarwebb.lio.se/pages/206450/RETTTS.%20Anv%c3%a4ndarmanual%202013.pdf>. Hämtad 2017-05-20.

## Enkät

### Till sjuksköterska på akutmottagning

1. Är du Kvinna  Man
2. Hur länge har Ni arbetat som leg. Sjuksköterska? \_\_\_\_ år
3. Hur gammal är du? \_\_\_\_
4. Hur länge har Ni arbetat på akutmottagningen \_\_\_\_ år
5. Har Ni någon vidareutbildning? JA NEJ Om ja, inom: \_\_\_\_\_
6. Har Ni erhållit någon utbildning inom RETTS triage? JA NEJ
7. Anser Ni att det kan vara svårt att följa alla triage kriterier? JA NEJ
8. Händer det att Ni avviker från triage kriterierna? JA NEJ  
  
Om ja, motivera ditt svar \_\_\_\_\_
9. Anser Ni att Ni har tillräcklig kompetens för att utföra triage prioritering? JA NEJ
10. Upplever Ni att er triagebedömning ger en bra bild av patientens tillstånd? JA NEJ  
  
Motivera ditt svar \_\_\_\_\_
11. Jag känner mig trygg när jag bedömer patienter enligt RETTS triage system?  
Inte trygg Lite trygg Vet ej Mycket trygg Helt trygg
12. Det händer att jag rådfrågar annan sjuksköterska angående patienten innan triagebeslut?  
  
Aldrig Ibland Ofta
13. Det händer att jag rådfrågar ansvarig läkare angående patienten innan triagebeslut?  
  
Aldrig Ibland Ofta

Motivera ditt svar: \_\_\_\_\_

14. Jag upplever att jag vill ge en **högre** prioritering än vad triagen rekommenderar.

Aldrig    Ibland    Ofta

15. Jag upplever att jag vill ge en **lägre** prioritering än vad triagen rekommenderar.

Aldrig    Ibland    Ofta

16. Hur tycker du att triagen kan förbättras?

Egna kommentarer:

---

---

---

---

---

---