



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för kvinnors och barns hälsa  
Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot  
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

# Sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning på en barnakutmottagning

Författare:

Ann-Charlotte Almblad

Handledare:

Gunn Engvall

Examinator:

Eva-Lotta Funkquist

Examensarbete 15 hp

VT 2011

## **SAMMANFATTNING**

**Nyckelord: : triage, pediatric emergency care, children, nurse, nursing**

Utifrån triagebedömning, där triage betyder ”att sortera”, prioriteras patientens behov av vård. Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning på en barnakutmottagning. En frågenkät med öppna och slutna frågor delades ut till samtliga 25 tjänstgörande sjuksköterskor vid barnakutmottagningen. Svarsfrekvensen var 48 % (n=12). De öppna frågorna analyserades med kvalitativ innehållsanalys och de slutna frågorna bearbetades med deskriptiv statistik därefter beräknades statistiska samband och skillnader. Sjuksköterskors uppfattning om triage var att denna första bedömning och prioritering av patientens vårdbehov gav en ökad säkerhet och kontroll samt att hänvisning av patienter till annan vårdnivå kunde minska väntetider men krävde stor tidsåtgång. Brist på tillgänglighet till primärvården och negativa reaktioner från föräldrar och patienter uppfattades som en hindrande faktor vid hänvisning. Sjuksköterskorna uppfattade att det var en svår arbetsuppgift att utföra triagebedömning samtidigt som man ansvarade för andra patienter. Som stöd i triagebedömningen önskades triagemallar som var lätta att tyda. Inga signifikanta skillnader eller samband kunde identifieras vad gäller graden av utbildning eller antal yrkesverksamma år. Sjuksköterskorna uppfattade att rätt utförd triage gav patienten rätt vård på rätt vårdnivå.

## **ABSTRACT**

**Keyword: triage, pediatric emergency care, children, nurse, nursing**

Triage, which means “to sort”, determine the priority of the patients need of care. The aim of the present study was to describe nurses’ perception of triage at a pediatric emergency department. A questionnaire with open- and closed-ended questions were distributed to all 25 nurses that worked at a pediatric emergency department. The answer frequency was 48 % (n=12). Open-ended questions were analyzed by qualitative content analysis and the closed-ended questions with descriptive statistics after which statistical correlations and differences were calculated. The nurses’ perception of triage was that this first assessment and prioritization of the patients’ need of care increased safety and control and that to refer patients to another level of care may reduce the waiting time however, were time consuming for the nurse. The perception of interception factors for referring patients to another level of care were lack of availability and negative reactions from parents and patients. To perform triage and at the same time be responsible for other patients was perceived as a difficult. As a support in the performance of triage a triage-system, easy to interpret, was needed. Any significant differences or association could not be detected regarding level of education or work experiences. The nurses perceived that a correct triage gave the patient correct care at right level.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
Patienter på barnakutmottagningen .....	1
Triage.....	2
Triageskalor .....	3
Bedömning av smärta .....	3
Barn och anhöriga i sjukvården .....	4
Sjuksköterskans roll.....	5
Syfte.....	6
Frågeställningar .....	6
<b>METOD .....</b>	<b>6</b>
Design .....	6
Urval .....	6
Datainsamlingsmetod .....	7
Tillvägagångssätt .....	8
Etiska överväganden.....	8
Analys.....	9
<b>RESULTAT .....</b>	<b>10</b>
Sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning utifrån kvalitativa data.....	10
Säkerhet vid bedömning .....	12
Hänvisning.....	14
Tidsaspekt.....	17
Strukturella aspekter .....	18
Sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning utifrån kvantitativa data .....	19
<b>DISKUSSION .....</b>	<b>21</b>
Sammanfattning.....	21
Resultatdiskussion .....	21
Säkerhet i bedömningen .....	21
Hänvisning.....	22
Tidsaspekt.....	22
Strukturella aspekter .....	23

Sjuksköterskornas uppfattning utifrån den kvantitativa graderingen .....	24
Metoddiskussion .....	24
Klinisk tillämpning .....	25
Slutsats .....	26
<b>REFERENSER .....</b>	<b>27</b>
Bilaga 1 .....	30
Bilaga 2 .....	36

## **INLEDNING**

### **Patienter på barnakutmottagningen**

Till barnakutmottagningar kommer en stor andel patienter med tillstånd som inte är akuta. (Berry, Brotanek, Brousseau, Tomany-Koman, 2008). Det stora antal patienter som ska bedömas är tidskrävande och kan leda till långa väntetider för patienterna (Moll & van Veen, 2009). Detta ökar även kraven och påfrestningarna på personalen och kan ge andra negativa effekter som missnöje bland patienter, ökade kostnader och risk för att äventyra patientsäkerheten (Berry et al., 2008).

Av 304 patienter som själva eller dess föräldrar fick skatta graden av akut sjukdomstillstånd då de sökte en amerikansk barnakutmottagning svarade 54% att de hade tämligen eller mindre akuta besvär, av dessa anlände 24% i ambulans (Haltiwanger, Martin & Pines, 2006).

Föräldrar till de barn som bedömts som icke akut sjuka angav som anledningar till att de sökte barnakutmottagning att de upplevde att barnet var sjukt, att de ville träffa en läkare som var expert och att de troligen skulle ha blivit hänvisade av öppenvårdsmottagningen till barnakutmottagningen. Man fann även fördelar med att barnakutmottagningen kunde erbjuda ”allt på ett ställe” såsom röntgen, apotek och provtagning (Keogh, Rourke & Williams, 2009). Förutom svårigheten att få en tid inom primärvården angav föräldrar att bra bemötande, god information och kommunikation samt att kvaliteten på akutsjukvården upplevdes som hög var faktorer gjorde att de sökte akutsjukvård (Berry et al., 2008).

Att detta är ett fenomen som förekommer på flera ställen i världen visar Laba et al. (2011) i en tvärsnittstudie från en barnakutmottagning i Argentina. Av de patienter som studerades bedömdes 59 % som icke akut sjuka det vill säga till den lägsta prioriteringsgraden: 5. Av dessa angav 49 % att anledningen till besöket var att de inte hade kunnat erbjudas någon tid i primärvården. Kroniskt sjuka patienter tillhörde den grupp som i mindre frekvens uppsökte akutsjukvård för icke akuta tillstånd.

## **Triage**

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) beskrivs vilka patienter som ska prioriteras, nämligen de som är i störst behov av hälso- och sjukvård. Där anges också att varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvård snarast har rätt till en medicinsk bedömning av sitt tillstånd. Ett sätt att prioritera är att använda triage.

Dick, Graham, Stanford & Thompson, (2010) anger att ordet triage betyder ” att sortera” Syftet med triage är att snabbt bedöma graden av vårdbehov, eventuellt påbörja någon form av behandling, samt att utvärdera behovet av fortsatt omhändertagande. På grund av den stora variationen, både fysiologiskt och vad gäller utvecklingsmässigt, kan mätning av vitala parametrar på barn som söker för akuta besvär vara en stor utmaning. Barnets förmåga till kommunikation och samarbete, samt rätt anpassad medicinsk utrustning är faktorer som påverkar bedömningen. Stora variationer påvisades beträffande vad, hur och när man mätte vissa parametrar vid amerikanska barnmottagningar.

Triage är en process som fördelar begränsade sjukvårdsresurser till de som är i störst behov av dem (Aronsky et al., 2008). Genom en kortare undersökning noterar sköterskan vitala parametrar och symtom som ger beslutsunderlag för graden av prioritering. De patienter som kräver vård omedelbart upptäcks. Även de som utan komplikationer kan vänta eller hänvisas till annan vårdinstans identifieras. Utifrån prioriteringsgraden läkarundersöks patienterna. Det är av största vikt att prioritera svårt sjuka patienter som kan löpa risk att drabbas av allvarliga komplikationer eller dö om insättande av behandling fördröjs (Moll & van Veen, 2009).

I en intervjustudie beskriver sjuksköterskor hur de omedvetet startar en visuell bedömning så fort de konfronteras med patienten. Bedömningen grundas dock på kliniska data framför hur patienten agerar och framställer sina symtom (Edward & Sines, 2007).

Triagebedömningen dokumenteras ofta på separat pappershandling. En studie av ett datasystem där triageskalen integrerats med patientjournalen visade att det var ett lämpligt och effektivt stöd för personalen i sitt triagearbete, och att det gav samlad information på ett lättillgängligt sätt (Aronsky et al.,2008).

## **Triageskalor**

Triage baseras enbart på hur svårt sjuk eller skadad patienten är, inte utifrån väntetid eller andra kriterier. Olika skalor som ska ge stöd i triagebedömningen finns och började utvecklas i Australien på 1980-talet. I Sverige har bland annat de två femgradiga triageskalorna METTS- (Medical Emergency Triage and Treatment System) och ADAPT- (Adaptiv processtriage) införts för vuxna patienter. Gemensamt för de flesta skalor är förutom sökorsak och anamnes en bedömning av vitala parametrar såsom luftvägar, andningsfrekvens och mönster, saturation, puls, blodtryck och temperatur enligt ABCD-modellen. Även smärtskattning, vakenhetsgrad och orientering bedöms. Utifrån detta görs en ett till femgradig prioritering där ett står för omedelbart omhändertagande. Genom en triagebedömning baserad på bästa tillgängliga evidens och erfarenhet görs väntetiden för patienten säkrare och rätt patient träffar läkaren först (Eldh, Göransson, Jansson, 2008).

Inkonsekvens i triagebedömningen noteras främst bland de minst och mest akut sjuka barnen, barn som är yngre än ett år, samt de barn som söker för medicinska jämfört med traumatiskt orsakade besvär. Detta pekar på behovet av att utveckla triagesystem anpassat för barn (Agans, Katznelson, Travers & Waller, 2009). Reliabiliteten och validiteten på triageskalor som utformats speciellt för barn studeras i en reviewstudie av Moll och van Veen (2009). The Manchester Triage System (MTS) och Paediatric Canadian Triage and Acuity Score (paedCTAS) bedömdes ha god validitet. Reliabiliteten ansågs god på MTS och medelgod för paedCTAS. MTS –skalan innehöll specifika delar anpassade för barn såsom ”gråtande barn”, irriterat barn”, andningsbesvär hos barn” och ”hälta hos barn”. 2001 lades en för barn anpassad bedömningsdel till på den redan existerande CTAS –skalan och blev paed- CTAS, där exempelvis prioriteringen av andningsbesvär och feber är specifik samt smärtskattning har en central betydelse.

## **Bedömning av smärta**

Att bedöma och behandla smärta hos akut sjuka barn kan vara en utmaning. Triagerande sköterskor visade sig generellt skatta barns smärta lägre än barnet själv och dess föräldrar. Smärta är en subjektiv upplevelse och bör då så är möjligt grundas på barnets bedömning (Braitberg, Capp, Pearsell, Rajasagaram & Taylor, 2008).



För att skatta smärta används ett antal olika skalor. Till de mindre barnen exempelvis CHEOPS eller FLACC och till större barn den självskattande VAS –skalan (Dick et al., 2010).

Av 24 707 barn som sökte amerikansk akutsjukvård skedde endast dokumentation av smärtskattning hos 44,5%. Det fanns ett samband mellan smärtskattning och erhållen smärtbehandling, vilket visar att en förbättring av dokumentationen av smärta hos akut sjuka och skadade barn är nödvändig för att förbättra smärtbehandlingen (Brousseau, Drendel & Gorelick, 2006). Vid en inventering av kunskaper om barn och smärtbehandling bland olika professioner på ett barnsjukhus i Australien framkom att ett flertal hade föråldrad och otillräcklig kunskap om smärtbehandling. Detta ansågs kunna bero på en kultur av långsam eller utebliven utveckling av kunskap och rutiner. För att förbättra smärtbehandlingen infördes arbetsgrupper innehållande olika professioner för att samla information, sprida kunskap samt utarbeta riktlinjer som var anpassade för respektive verksamhet (Mc Carthy, Chalkiadis, Dowden, 2008).

### **Barn och anhöriga i sjukvården**

Lindberg (2007) beskriver barnets känslighet för förändringar i omgivningen och att barnet kan känna oro för den främmande miljön på en akutmottagning. Det är viktigt att barnet och dess anhöriga känner trygghet, omtanke och vänlighet i kombination med professionalism. Upplevelsen av den första kontakten är betydelsefull för den fortsatta relationen. Forsner, Jansson och Soerlie (2005) beskriver att barn i åldern 11-18 år som drabbats av kortvarigt sjukdom som krävt sjukhusvård upplevde att sjukdomen splittrade deras tillvaro. Sjukdomen medförde förvirring, smärta och ett behov av tröst från andra. De kände sig vilsna till kropp och själ.

Barn som upplevde stark rädsla för besök inom sjukvården beskrev den medicinska behandlingen som ett allvarligt hot mot deras existens – som att bli hotad av ett monster. Trots försök att värja sig fanns ett önskemål om att ta itu med rädslan. Hur de blev bemötta var viktigt och att personalen kunde avsätta tid tillsammans med barnet. Att bli mött med respekt, att tillfrågas om sin åsikt och vara delaktig i beslut kunde det leda till en förändring. Det fanns en möjlighet att känna trygghet om man kände sig lyssnad till (Forsner, Jansson & Söderberg, 2009).

I FN:s Barnkonvention (1989) artikel 3 anges att barnets bästa ska komma i främsta rummet i alla beslut som rör barn. Cox, Lacey & Smith, (2008) beskriver att barn i hälso- och sjukvård är en sårbar grupp och det krävs att representanter från barnsjukvården medverkar vid frågor som rör dess planering och utformning för att tillgodose barnets rättigheter.

### **Sjuksköterskans roll**

Enligt Nordisk standard för barn och ungdomar (NOBAB) ska personal som vårdar barn ha sådan utbildning och kompetens att de kan bemöta de fysiska och psykiska behoven hos barnet och dess familj.

Valdez (2009) beskriver sjuksköterskans roll inom akutsjukvården som multidimensionell och dynamisk. Att det krävs bred kunskap och att kunna göra noggranna och korrekta bedömning. Sjuksköterskan ska även kunna identifiera allvarliga och livshotande tillstånd, ofta utifrån begränsad information och ha förmåga att ingripa i akuta krissituationer. Vården ska utföras med empati i en miljö som ofta är kaotisk och känsloladdad. Bernhard, M., Hoffman, G., Meyberg, J., Motsch, J. (2009) anger egenskaper som att kunna behärska tekniken inom akutsjukvården, ha kunskap om barnets specifika anatomiska och fysiologiska egenskaper som nödvändiga för en framgångsrik behandling av akut sjuka barn. Vården bör vara väl organiserad och målinriktad samt ha riktlinjer för säker dosering av läkemedel

På akutmottagningar finns en ökad benägenhet för medicinska felbehandlingar. Det gäller speciellt vid behandling av barn. Vad som kan påverka säkerheten är arbetsgrupper som inventerar och utvecklar säkerheten inom vården, antalet vårdplatser för att minska överbeläggningar, ett system för att säkerställa personal vid sjukfrånvaro samt i ökad utsträckning datoriserade program för dosering av mediciner (Chamberlain et al, 2009).

Till barnakutmottagningar söker patienter med stor variation av vårdbehov. Detta gör triagebedömningen mycket viktig för att kunna erbjuda en säker vård på rätt nivå.

Triagebedömningen på barnakutmottagningen, Akademiska Sjukhuset, sker för närvarande i en modifierad form utifrån ett lokalt utformat omvårdnadskompendium och ABCD-modellen. Under år 2010 sökte ca.17500 patienter vård på barnakuten vid Akademiska Barnsjukhuset . Av dessa var 1100 registrerade som sjuksköterskebesök och övriga som läkarbesök. Besöksfrekvensen varierar med tid på dygnet och årstid (Databasen Pro Diver 6,2, 2011).

Genom att undersöka hur sjuksköterskor uppfattar triagebedömning och vilka faktorer som påverkar bedömningen kan värdefull information samlas in som delvis kan ligga till grund för fortsatt utveckling inom detta område.

### **Syfte**

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors uppfattning av triagebedömning vid en barnakutmottagning samt vilka faktorer som kan påverka bedömningen och hänvisning till annan vårdinstans.

### **Frågeställningar**

1. Hur uppfattar sjuksköterskor att det är att göra triagebedömning och vilka faktorer påverkar vid bedömning?
2. Hur uppfattar sjuksköterskan att det fungerar att hänvisa till annan vårdnivå och vilka faktorer påverkar vid hänvisning?
3. Påverkar antal år inom yrket samt utbildning uppfattningen om triagebedömning och finns det ett samband mellan de egna kunskaperna och uppfattningen om att utföra triage samtidigt som man ansvarar för andra patienter?

## **METOD**

### **Design**

Designen var en kvalitativ och kvantitativ deskriptiv tvärsnittsstudie.

### **Urval**

Urvalet bestod av samtliga sjuksköterskor, 25 stycken, som tjänstgjorde på barnakutmottagningen vid Akademiska Sjukhuset, Uppsala under pågående datainsamlingsperiod: 2011-02-01 – 2011-03-30. Svarsfrekvensen uppgick till 48 % (n=12). Antal år som man arbetat som sjuksköterska varierade och den största enskilda gruppen utgjordes av de som arbetat mer än tio år (tabell 1). Fördelningen mellan sjuksköterskor som hade grundutbildning (n=6) respektive specialistutbildning (n=6) var jämn.

Tabell 1. Antal arbetsår som sjuksköterska. (n=12).

Antal arbetsår	Antal sjuksköterskor
< 1	2
1-5	3
5-10	2
>10	5

### Datainsamlingsmetod

En frågeenkät som bestod av tolv öppna och sju slutna frågor samt utrymme för att lämna övriga synpunkter delades ut till deltagarna (bil.1). Utifrån tidigare studier som presenterats i bakgrunden samt författarens kliniska kunskaper inom det studerade området utformades frågorna. Frågorna utformning och innehåll diskuterades med handledare och syftade till att svara på hur sjuksköterskor uppfattade triagebedömning och vilka faktorer som kan påverka bedömningen. Två sjuksköterskor som inte ingick i studien, varav den ena hade erfarenhet av triagearbete på den undersökta enheten, testsvarede på frågorna och fick lämna synpunkter på utformningen av enkäten. De centrala utgångspunkterna i de öppna frågorna var att beskriva nackdelar och fördelar med triagebedömning och hänvisning till annan vårdnivå utifrån patienten och sjuksköterskans perspektiv. De slutna frågorna syftade till att beskriva uppfattningen genom en gradering i fyra steg av triagebedömning utifrån specifikt angivna faktorer. De faktorer som angavs var triagebedömning utifrån att samtidigt ha ansvar för andra redan inskrivna patienter, triagerummets utformning, utrustning för blodtrycks mätning och saturationsmätning samt utifrån de egna kunskaperna. Frågeenkäterna var inte kodade och kunde därför inte kopplas ihop med någon person.

### **Tillvägagångssätt**

Skriftligt tillstånd till studien har inhämtats från vårdenhetschef. Frågeenkät delades ut till samtliga sjuksköterskor som tjänstgjorde vid barnakutmottagningen vid Akademiska Barnsjukhuset, Uppsala under datainsamlingsperioden. Till frågeenkäten medföljde ett informationsbrev till deltagaren (bil. 2). För att säkerställa att samtliga anställda erhöll en enkät noterades på en lista när den anställde mottagit frågeformuläret. Författaren till studien och vårdenhetschefen ansvarade för utdelningen av enkäterna. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att det när som helst kunde avbrytas. Den ifyllda frågeenkäten kunde lämnas i slutna brevlåda märkt ”frågeenkäter” som placerades på barnakutmottagningens sjuksköterskeexpedition. Eftersom formulären inte kodades så att de kunde kopplas ihop med någon deltagare i studien gjordes en allmän påminnelse via e-post. På samma sätt förmedlades även en information om förlängd insamlingsperiod fram till och med 2011-03-30. Formulären inhämtades personligen av författaren och behandlas konfidentiellt. Antalet utdelade frågeformulär uppgick till 25 stycken.

### **Etiska överväganden**

World Medical Association anger att forskning som rör människor regleras av Helsingforsdeklarationen (2008). Där beskrivs att den som deltar i forskning ska erhålla information om studien, att deltagandet är frivilligt och att det när som helst kan avbrytas.

I SOU 1999:4 anges att etiska frågeställningar uppstår när olika värden kommer i konflikt med varandra. Att etiska överväganden särskilt bör göras då studier behandlar identitetsuppgifter, medicinsk information eller fysiska ingrepp på deltagarna förkommer.

Denna studie behöver inte prövas enligt Etikprövningslagen (2003:460) eftersom studien inte innehåller några identitetsuppgifter, medicinsk information eller omfattas av några fysiska ingrepp på deltagarna. Information om studiens innehåll och syfte har givits, samt att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas.

## **Analys**

Öppna frågor analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004). Enligt dessa författare innehåller en text flerfaldiga betydelser och det är alltid en viss grad av tolkning när man griper sig an en text. Det finns inte en sanning utan en text kan tolkas på flera olika sätt. I den tolkningen kan bland annat författarens förståelse spela en viss roll. Detta är en väsentlig fråga när man diskuterar tillförlitligheten i resultatet vid kvalitativ innehållsanalys. Trovärdigheten kan ökas genom att man söker enighet hos andra forskare eller experter.

Svaren från de slutna frågorna summerades och sammanställdes och statistiska skillnader och samband beräknades i Standard Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 17. För beräkningarna av skillnader mellan hur de olika grupperna upplevde att göra bedömningar användes Mann-Whitneys U-test som enligt Ejlertsson (2003) är lämpligt vid små stickprov på icke normalfördelade variabler. Skillnader mellan antal arbetsår (0-5 år och > 5 år) samt om sjuksköterskorna hade specialistutbildning eller grundutbildning jämfördes med hur de uppfattade att utföra triagebedömning. Om det fanns något samband mellan sjuksköterskornas utbildning och antal arbetsår och uppfattningen om att utföra triage analyserades med Spearmans rangkorrelationskoefficient som Ejlertsson (2003) anger som lämpligt vid små material. Frågenkäterna numrerades från ett till tolv. För att få en helhetsbild av vad texten innehöll, lästes den igenom upprepade gånger därefter identifierades och transkiberades en meningsbärande del av texten till meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kodades med den siffra som frågeenkäten numrerats med för att ha möjlighet att återknyta den till sitt sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades. Genom kondenseringen kortades texten utan att kärnan i innehållet försvann. Dessa grupperades utifrån sitt innehåll i kategorier. Förslag på kategorier och underkategorier diskuterades med handledare, justerades och diskuterades igen tills samstämmighet uppnåddes. För att kunna återge svaren med variation och exakthet lästes samtliga enkäter avslutningsvis igenom på nytt och jämfördes med framkommet resultat för ny och slutlig bearbetning.

## **RESULTAT**

### **Sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning utifrån kvalitativa data**

I bearbetning av svaren framkom fyra huvudkategorier: säkerhet vid bedömning, hänvisning, tidsaspekter och strukturella aspekter (tabell 2). Två till fem underkategorier inom respektive huvudkategori beskriver sjuksköterskors uppfattning om att genomföra triagebedömningen och de faktorer som kan påverka bedömningen. Presentationen av innehållet i kategorierna syftar till att återge resultatet med variation och exakthet.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier om triagebedömning på barnakutmottagning utifrån sjuksköterskors beskrivningar. (N=12).

<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
<b>Första bedömning och prioritering</b> <b>Tidiga åtgärder</b> <b>Kommunikation</b> <b>Kompetens</b> <b>En känsla av stress</b>	<b>Säkerhet vid bedömning</b>
<b>Vårdnivå</b> <b>Väntetider</b> <b>Miljö och smittrisk</b> <b>Tillgänglighet</b> <b>Reaktioner från patienter och föräldrar</b>	<b>Hänvisning</b>
<b>Tidsåtgång</b> <b>Tid till förfogande</b>	<b>Tidsaspekt</b>
<b>Utrustning och lokal</b> <b>Riktlinjer</b> <b>Arbetsuppgifter</b>	<b>Strukturella aspekter</b>



### **Säkerhet vid bedömning**

Samtliga sjuksköterskor angav att triagebedömningen var en fördel både för patienten och personalen. Flera uppfattade att triagebedömningen ökade patientsäkerheten genom att patienten snabbare fick rätt vård. Att den ökade möjligheten att tidigt identifiera allvarligt sjuka patienter och därmed snabbt kunna starta nödvändig behandling. Det angavs även av några att väntetiden för att bli triagebedömd då det var ett stort antal patienter kunde bli lång och medföra att allvarligt sjuka patienter inte fick optimal behandling. Några upplevde att det fanns faktorer som påverkade säkerheten vid bedömningen såsom bristande kompetens och stress vilket bidrog till att skapa en känsla av oro för felbedömning.

#### *Första bedömning och prioritering*

Flera beskrev att man genom denna första bedömning lättare fick en uppfattning om patientens tillstånd och prioritetsgrad samt att man upplevde en ökad trygghet i sitt arbete. Någon beskrev triagebedömningen som ett systematiskt verktyg för att ta reda på hur sjuk patienten är. Enstaka beskrev att en erfaren sjuksköterska ofta startar en omedelbar ”occulärbesiktning” av patienten och genom det snabbt kan skaffa sig en viss information.

*”[...]De första kontrollerna tas samt anamnes vilket ger sjuksköterskan en grund att prioritera patienter som är svårt sjuka och behöver snabb vård. Rätt vård till rätt patient”*

Några angav också att det kunde ge en känsla av ökad trygghet och kontroll

*”[...]Ger oss mer kontroll på patienterna när det är mycket att göra”*

Någon uttryckte även en oro för att det kan dröja innan patienten blir bedömd.

*”[...]Dåliga barn kan få vänta länge innan första bedömning på grund av långa väntetider in till triagen”*

#### *Tidiga åtgärder*

Att sjuksköterskan tidigt kan bedöma och åtgärda vissa tillstånd samt påbörja provtagning

upplevdes som positivt av ett flertal. Patienten blir genom det bättre medicinskt förberedd inför läkarundersökningen angav några.

*"[...]Vid smärta kan man genast ge smärtdos vilket är en stor fördel! Samma gäller feber"*

Några uttryckte att det fungerade bra eftersom sjuksköterskan kan bedöma vilka åtgärder som ska sättas in.

*"[...]Sjuksköterskan kan bedöma vilka åtgärder som ska sättas in. Det ger bättre välbefinnande för barn och föräldrar"*

### *Kommunikation*

Flera angav att triagebedömningen är ett viktigt tillfälle att tidigt etablera kontakt med patienten och dess anhöriga. Att familjen får träffa en sjuksköterska tidigt ger dem en möjlighet att berätta om anledningen till sitt besök, eventuell oro eller andra speciella omständigheter. I det mötet fanns också möjlighet för sjuksköterskan att ge information till familjen om besöket och situationen på barnakutmottagningen vilket kan leda till ökad förståelse och trygghet. Ett hinder för detta utbyte av information kan vara bristande språkkunskaper.

*"[...]Ett tillfälle att skapa kontakt- första mötet är viktigt"*

Några beskrev också att de upplevde det som en möjlighet att ge och få information.

*"[...]Man får en uppfattning om familjens oro och önskemål"*

### *Kompetens*

Flera upplevde att de saknade tillräcklig utbildning i triagearbete. Några uppgav att kompetens och erfarenhet är en förutsättning för triagearbete. Enstaka beskrev att om kompetensen saknas blir triagebedömningen bara en tidskrävande process utan tänkt resultat. Att sjuksköterskans kompetens ibland ifrågasattes både från patienter och andra vårdenheter upplevdes av några som en försvårande faktor. För en säkrare triagebedömning och tryggare patienter och anhöriga önskade enstaka att en läkare fanns med vid triageringen.

*"[...]Jag har fått dålig utbildning i hur jag utför bedömningen"*

Oro för att göra en felbedömning uttrycktes av flera.

*"[...]Man kan ha bedömt fel"*

Flera angav att erfarenhet är en viktig faktor för att öka säkerheten vid triagebedömning.

*"[...]Att triagera kräver kunskap och erfarenhet av mottagningsarbete och att bedöma barn och familjesituationen"*

Att sjuksköterskans kompetens ifrågasattes uppgavs av några.

*"[...]Ibland är det svårt att få föräldrar att lita på vår bedömning utan att ha träffat en doktor"*

*En känsla av stress*

Flera upplevde en känsla av stress vid triagering och att det ökade risken för att göra en felbedömning. Som anledning till stress uppgavs exempel som många patienter på kö in till triagen och att man redan var engagerad i vårdarbete med inskrivna patienter.

*"[...]Risk för felbedömning om sjuksköterskan i triagen är tidspressad av olika skäl"*

## **Hänvisning**

Vissa patienter bedöms kunna söka annan vårdnivå eller ges råd om egenvård efter utförd triagebedömning. Flera upplevde att det fanns fördelar för patienten med att hänvisas till annan vårdnivå såsom kortare väntetid och minskad risk att utsättas för smitta. I och med att vissa patienter hänvisas minskas arbetsbelastningen på barnakuten och ger mer resurser att på ett optimalt sätt ta hand om de som är i behov av akutsjukvård. Dock upplevde ett flertal att tillgängligheten till andra vårdinstanser var begränsad och att patienter och föräldrar ofta reagerade negativt på att bli hänvisade. Flera uppgav att samarbetet med Närakuten ofta fungerade bra men att önskemålet om tidsbokning inte alltid kunde tillgodoses. Några uppgav att bristen på tillgänglighet till primärvården för patienten var en försvårande faktor vid hänvisning eftersom de redan försökt ordna en tid och nu blev hänvisade dit igen. Att patienten kom till rätt vårdinstans direkt upplevdes av någon som den bästa tillgängligheten.

### *Vårdnivå*

Några angav att triagering gjorde det möjligt att kunna hänvisa en del patienter till annan vårdnivå. Annan vårdnivå kan innebära primärvård, annan enhet inom sjukhuset eller egenvård i hemmet. Att patienten eller dess anhöriga själv efterfrågade annan vårdnivå upplevdes av enstaka som underlättande vid hänvisning.

*"[...]Rätt utförd triage ger rätt vårdnivå"*

### *Väntetider*

Att hänvisning kan korta väntetiden för patienten angavs av flera. Dels kan den hänvisade patienten ha möjlighet att få en bokad tid inom annan vårdinrättning och slipper den oförutsägbara väntetiden på barnakutmottagningen, dels medför minskat antal patienter minskad väntetid för de patienter som är i behov av akutsjukvård. Hänvisning kan påverka patientflödet på barnakutmottagningen ansåg några.

*"[...]Säkrare vård för de sjukare barnen eftersom personalen kan ägna sig helhjärtat åt dem"*

### *Miljö och smittrisk*

Hänvisningen har även inverkan på miljön uttryckte några. Från personalens perspektiv leder ett minskat antal patienter som inte är i behov av akutsjukvård till att det blir ökad arbetsro och minskad irritation från patienter och anhöriga upplevde någon. Ur patientens perspektiv gör minskat patientantal att det blir en lugnare miljö för familjen upplevde någon. Smittrisen minskar därmed också angav några.

*"[...]Större arbetsro för personalen då de friskaste barnen får vänta längre och deras föräldrar oftare tappar tålamodet"*

När patienten vårdas på rätt vårdnivå angav några att smittrisen minskade genom att färre barn vistas i väntrummet.

*"[...]Medför minskad risk att bli smittad i väntrummet"*

### *Tillgänglighet*

Flera upplevde bristen på tillgänglighet till primärvården som en försvårande faktor i triagearbetet. Svårigheten att kunna boka en tid uppgavs av flera som ett hinder. Någon uppfattade att tillgängligheten fungerade bäst när patienten hade möjlighet att komma till rätt instans direkt. Som förbättringsförslag angav några möjlighet att kunna boka tid direkt via dator samt direkt hänvisningsmöjlighet till närliggande primärvårdsinrättning.

*"[...]Fungerar bäst om de instanser som ska ha patienten får dem från början"*

Bristen på tillgänglighet hos andra instanser uppfattades av flera som en hindrande faktor vid hänvisning.

*"[...]Hänvisning försvåras av primärvårdens öppettider och brist på tider"*

Några angav även att tillgängligheten kan vara god.

*"[...]Fungera bra när man får kontakt med Närakuten och kan erbjuda en bokad tid"*

Någon angav att en annan försvårande faktor var bristen på tillgänglighet inom primärvården för patienten.

*"[...]Svårigheter för familjen att få tider hos sin husläkare"*

Hänvisning inom sjukhuset uppgav någon fungerade bäst.

*"[...]Hänvisning till instanser på sjukhuset där patienten tas emot direkt fungerar bra"*

### *Reaktioner från patienter och föräldrar*

Flera uppfattade att föräldrar och patienter ofta var ovilliga att bli hänvisade. Flera angav även att det fanns svårigheter med att hänvisa patienter då de redan blivit hänvisade till barnakutmottagningen av sjukvårdsrådgivningen eller annan primärvårdsinrättning. Flera angav att föräldrarna visade frustration över att bli hänvisade "hit och dit" och att de upplevde det som besvärligt att åter förflytta sig.

*"[...]Svårt att hänvisa när de redan är hänvisade från en annan vårdinrättning -VI ÄR SLUSTATIONEN"*

Några angav också att det fanns ett önskemål från en del patienter och föräldrar om ett omedelbart omhändertagande.

*"[...]Föräldrar har ett önskemål om omedelbart omhändertagande"*

Flera upplevde att en del föräldrar reagerade med ilska.

*"[...]Föräldrar blir arga"*

Flera uppfattade att en del föräldrar blev frustrerade och upplevde det som besvärligt att förflytta sig någon annan stans.

*"[...]Frustration från föräldrar över att bli runtskickade"*

### **Tidsaspekt**

Flera uppfattade att triagebedömning och hänvisning tar stor del av arbetstiden i anspråk. Några angav att triagebedömningen inte får ta för lång tid eftersom det kan leda till att icke triagerade patienter får vänta länge på en bedömning. Samtidigt anger någon att barnet ofta behöver tid för att kunna medverka. Utifrån tid till förfogande angav flera att triagebedömning och hänvisning av icke akut sjuka patienter ger mindre tid till de som är i behov av akutsjukvård.

### *Tidsåtgång*

Någon anger att triagebedömning inte ska ta mer än 5-6 minuter, Flera upplevde att triagebedömningen kan ta lång tid.

*"[...]Det kan ta tid om barnet sover eller ej vill medverka"*

Några angav att triagebedömningen inte bör ta för lång tid.

*"[...]Nackdelar för de som står i kö om det tar lång tid"*

Flera angav att hänvisning kan ta lång tid.

*"[...]Det kan ta tid att hänvisa"*

Någon angav att det även blir en viss tidsåtgång för patienten att genomgå triage.

*”[...]Patienten måste upprepa anamnesen och ha kontakt med flera”*

#### *Tid till förfogande*

Någon upplevde att det inte alltid finns möjlighet att ge barnet den tid det behöver för att kunna medverka och känna trygghet.

*”[...]En del barn behöver mer tid än de får”*

För att få mer tid till triagearbete önskade några ökad bemanning.

*”[...]Ökad bemanning skulle underlätta triagearbetet”*

#### **Strukturella aspekter**

Flera ansåg att triagerummets utformning inte är funktionell och att det är svårt att svara för att sekretess upprätthålls. Önskemål om förbättrad övervakningsutrustning såsom övervakningsskåp angavs av några. Flera uppfattade det som en svår uppgift att arbeta med triagebedömning samtidigt som man ansvarar för andra redan inskrivna patienter.

#### *Utrustning och lokal*

Triagerummets utformning och funktion ansågs av flera vara bristfällig. Några önskade bättre utrustning såsom övervakningsskåp.

*”[...]Dåligt utrymme och dålig arbetsmiljö. Värme och dålig ventilation i triagerummet gör att man bara orkar arbeta effektivt en kort stund”*

Ett flertal angav att man ofta blev störd i triagen och att sekretessen ofta bröts.

*”[...]Dörrar öppnas ofta vilket ger dålig sekretess”*

#### *Riktlinjer*

För stöd i sitt triagearbete önskade några en utveckling av triagemallar och riktlinjer.

Utveckling av triagemallar som var lätta att tyda efterlystes av någon.

*"[...]Snabba triagemallar underlättar för den oerfarne"*

Några angav behov av utformning av riktlinjer för hänvisning och triagering.

*"[...]Korta och klara riktlinjer för triagebedömning"*

#### *Arbetsuppgifter*

Att stå i triagen samtidigt som man ansvarar för andra patienter upplevdes som en svår arbetsuppgift av flera. Det kunde upplevas att man blev fast i triagen när man behövdes för andra arbetsuppgifter och att den svårigheten ökade när det var många patienter. En uttryckte önskemål om att någon annan utförde patientregistreringen.

*"[...]Ansvar för andra barn som måste tas om hand mer akut gör att bedömningen kan bli sämre, eller så försöker jag inte ens hänvisa för jag vet att det tar tid att göra det"*

Som ett förbättringsförslag för arbetet med triagebedömning angav några att en sjuksköterska ska vara avdelad för enbart denna uppgift.

*"[...]En förbättring skulle vara att ha en sjuksköterska som är avdelad för triagen och inte har ansvar för andra barn samtidigt"*

#### **Sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning utifrån kvantitativa data**

Utifrån syftet att beskriva sjuksköterskors uppfattning av triagebedömning och faktorer som kan påverka bedömningen sammanställdes resultatet från de slutna frågorna. Hur man upplevde att göra en triagebedömning med skala 1-5 där siffran 1 står för ett omedelbart omhändertagande utifrån specifika faktorer angavs med svarsalternativen mycket lätt, lätt, svårt och mycket svårt (tabell 3). I fråga a och c noteras ett bortfall i svaret samt i fråga e där bortfallet består av fyra. Bortfallet härrör till att mer än ett svarsalternativ markerats. Som anledning till den dubbla svarsmarkeringen har angivits att svårighetsgraden är beroende av hur stort patientantalet på barnakutmottagningen är.



Tabell 3. Sjuksköterskors uppfattningar om att göra en prioritering grad 1-5 utifrån specifika faktorer. (n=12).

Sluten Fråga	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt
a. Tid till förfogande i triagen samtidigt som du har ansvar för redan inskrivna patienter		3	7	1
b. Triagerummets utformning		6	4	2
c. Utrustning för saturationsmätning	2	7	1	1
d. Utrustning för blodtrycksmätning		6	5	1
e. Dina egna kunskaper		5	2	1

Åtta av elva sjuksköterskor uppfattade det som svårt eller mycket svårt att triagebedöma samtidigt som man ansvarade för redan inskrivna patienter (bortfall n=1). Att utföra triage utifrån triagerummets utformning uppfattade sex av tolv sjuksköterskor som lätt, sex uppfattade det som svårt eller mycket svårt. Mätning av saturation uppfattade 7 sjuksköterskor som lätt två som mycket lätt och två som svårt eller mycket svårt (bortfall n=1). Utrustning för blodtrycksmätning i triagen angav sex av tolv sjuksköterskor gjorde blodtrycksmätning lätt medan sex sjuksköterskor uppfattade det som svårt eller mycket svårt. Att utföra en prioritering utifrån de egna kunskaperna upplevde fem av nio sjuksköterskor som lätt och tre som svårt eller mycket svårt (bortfall n=4).

Inga signifikanta skillnader fanns mellan grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor eller mellan sjuksköterskor med 0-5 års yrkeserfarenhet och > 5 års yrkeserfarenhet vad gäller deras uppfattning om att utföra triage utifrån de egna kunskaperna. Inte heller visade graden av utbildning eller antal arbetsår ha någon signifikant betydelse för hur man uppfattade att utföra triage samtidigt som man ansvarade för andra patienter.

Det fanns inga statistiska samband i sjuksköterskors uppfattning om att utföra triage samtidigt som man ansvarade för andra patienter och uppfattningen om att utföra triage utifrån de egna

kunskaperna. Inte heller kunde ett signifikant samband påvisas mellan antal arbetsår och uppfattningen om att utföra triage utifrån de egna kunskaperna.

## **DISKUSSION**

### **Sammanfattning**

Sjuksköterskors uppfattning om triage var att det gav en ökad *säkerhet vid bedömning*. Säkerheten påverkades av att man utförde en *första bedömning och prioritering* och därigenom fick en uppfattning om patientens behov av vård och *tidiga åtgärder*. Det ökade sjuksköterskornas känsla av kontroll och trygghet. Triagebedömningen gav möjlighet till *kommunikation* med patienten och familjen. En förutsättning för triagearbete är *kompetens*. Ibland uppstod *en känsla av stress* som kunde påverka säkerheten vid bedömning. *Hänvisning* av patienter till annan *vårdnivå* uppfattades kunna minska *väntetider* och ha en positiv effekt på *miljö och smittrisk*. Faktorer som försvårade hänvisning var dålig *tillgänglighet* och negativa *reaktioner från patienter och föräldrar*. Inom en *tidsaspekt* uppfattade sjuksköterskorna att triage och hänvisning ibland krävde stor *tidsåtgång* och att det för ett gott samarbete med patienten behövdes mer *tid till förfogande*. Inom *strukturella aspekter* uppfattade sjuksköterskorna att *utrustning och lokal* till viss del behövde förbättras och mallar som är lätta att tyda och *riktlinjer* utarbetas. En av sjuksköterskans svåra *arbetsuppgifter* var att utföra triage samtidigt som man ansvarade för redan inskrivna patienter.

### **Resultatdiskussion**

#### **Säkerhet i bedömningen**

Flera sjuksköterskor upplevde att triagebedömningen ökade patientsäkerheten vilket även Moll & van Veen (2009) beskriver som den viktigaste effekten av triage. Triage uppfattades av sjuksköterskorna som ett verktyg för att bedöma hur sjuk patienten är liksom Dick et al.(2010) anger att triage är ett sätt att sortera och prioritera patienter utifrån deras vårdbehov. Sjuksköterskorna upplevde att man genom triagebedömningen lättare kunde upptäcka de patienter som var i behov av akutsjukvård vilket ledde till större trygghet i arbetet och ökad kontroll på de patienter som befann sig på barnakutmottagningen. I tidigare forskning beskriver Dick et al, (2010)., Moll & van Veen , (2009) att ett av de primära syftena med att

göra en triagebedömning är att tidigt identifiera allvarligt sjuka patienter för att förhindra att de drabbas av allvarliga komplikationer. Vidare beskriver samma författare att den första bedömningen gör att man tidigt kan starta nödvändig behandling vilket sjuksköterskorna i denna studie uppfattade fungerade väl. Det uttrycktes av några som positivt att självständigt kunna starta vissa behandlingar. Det kan anses vara ett för patienten fördelaktigt sätt att ta till vara sjuksköterskans kompetens.

En del sjuksköterskor upplevde en känsla av stress då de skulle utföra triagebedömning när det var ett stort antal patienter. Stressen kunde påverka bedömningen såsom Berry et al, (2008) anger att ett stort antal patienter som ska bedömas ställer ökade krav på personalen. Vikten av att barnet och dess anhöriga känner trygghet och möts av professionalism samt att barnet möts med respekt och känner sig delaktig beskriver Lindberg (2007)., Forsner, Jansson & Söderberg, (2009). Sjuksköterskorna uppfattar det första mötet som viktigt och att det ger en möjlighet att ge information och få en uppfattning om familjens önskemål och behov.

### **Hänvisning**

Att ett stort antal patienter som kommer till barnakutmottagningar inte bedöms vara i behov av akutsjukvård är ett fenomen som förekommer internationellt och beskrivs av Berry et al., (2008)., Haltwinger et al., (2006)., Laba et al., (2011) och Keogh et al.,(2009). Vissa patienter bedömdes kunna söka annan vårdnivå. Hänvisning uppfattades som fördelaktigt då sjuksköterskorna ansåg att det minskade väntetider, påverkade patientflödet på barnakutmottagningen och skapade en lugnare arbetsmiljö för personalen. Flera ansåg att det gav mer tid till de patienter som var i behov av akutsjukvård och därmed optimerade omhändertagandet av dessa. Aronsky et al, (2008) beskriver i sin studie att de begränsade sjukvårdsresurser som finns på en barnakutmottagning måste prioriteras till de patienter som är i störst behov av dem, vilket också anges i hälso-och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

### **Tidsaspekt**

Moll & van Veen, (2009) beskriver att ett stort antal patienter som kommer till barnakutmottagningen för konsultation och bedömning kan leda till långa väntetider och att personalen inte hinner fokusera på de patienter som kräver ett omedelbart omhändertagande.

Sjuksköterskornas uppfattning var att triage och hänvisning tar stor del av arbetstiden i anspråk och att det har inverkan på vårdarbetet med akut sjuka patienter. Någon angav att barnet ibland behöver mer tid för att kunna medverka vid bedömningen vilket också framkommer i studien av Forsner, Jansson & Söderberg, (2009) där författarna beskriver att barn uppfattade det som viktigt att personalen kunde avsätta tid tillsammans med dem och att de blev tillfrågade om sina åsikter. Att triagebedömning av barn kan påverkas av deras förmåga till samarbete och kommunikation studerades av Dick et al, (2010).

### **Strukturella aspekter**

Ett flertal sjuksköterskor angav att triagerummets utformning inte är funktionell. Om hur ett funktionellt triagerum för barn ska vara utformat har inga aktuella studier funnits. Några hade önskemål om förbättrad övervakningsutrustning. Dick et al, (2010) anger att rätt utrustning ökar förutsättningarna för att kunna mäta vitala parametrar på barn så korrekt som möjligt.

Flera av sjuksköterskorna önskade klara riktlinjer och lättydda triagemallar som stöd för sitt triagearbete. Bristen på klara riktlinjer kan leda till inkonsekvent och subjektiv bedömning. Detta beskrivs även av Agans et al, (2009) som anser att det finns ett behov av triagesystem speciellt anpassat för barn. Av de barnanpassade triageskalor som Moll & van Veen (2009) studerat ansågs Manchester Triage System (MTS) och Paediatric Canadian Triage and Acuity Score (paedCTAS) ha god validitet. Eldh et al, (2008) tar i sin studie upp att triageskalor bör utformas utifrån bästa tillgängliga evidens och erfarenhet.

Ett flertal sjuksköterskor upplevde det som en svår uppgift att triagera samtidigt som man hade ansvar för redan inskrivna patienter. Att det kunde påverka triagebedömningen eller att man avstod från att hänvisa för att det bedömdes ta för lång tid i anspråk. För att få en bättre struktur i arbetet fanns förslag som att en sjuksköterska ska vara avdelad för enbart triagearbete och att en förutsättning för det är ökad bemanning. Valdez (2009) beskriver sjuksköterskan inom akutsjukvården som multidimensionell och att vården ska utföras med empati i en ofta kaotisk miljö. För att uppnå det bör som Bernhard et al, (2009) anger vården vara väl organiserad.

## **Sjuksköterskornas uppfattning utifrån den kvantitativa graderingen**

I den kvantitativa sammanställningen framkom att åtta utav elva sjuksköterskor uppfattade det som svårt eller mycket svårt att triagera samtidigt som man hade ansvar för redan inskrivna patienter. Utrustningen ansåg man generellt fungerade bra, utom blodtrycksmätning som flera uppfattade som svårt. Hur det uppfattades att utföra triage utifrån de egna kunskaperna blev svårtolkat då bortfallet uppgick till fyra. Svaren varierade från en uppfattning av lätt (5 svar) till svår (2) samt mycket svår (1). I de statistiska beräkningarna för att studera skillnader och samband mellan uppfattningen om triage och speciella egenskaper hos sjuksköterskorna kunde inga signifikanta skillnader eller samband visas. En möjlig orsak kan vara en liten undersökningsgrupp, dock kan samma resultat ha framkommit även i en större undersökningsgrupp. Kontinuerlig utbildning av personalen kan göra att de har god och aktuell kunskap om barns specifika anatomiska och fysiologiska egenskaper vilket Bernhard et al, (2009) anger som förutsättningarna för en framgångsrik vård. Valdez (2009) beskriver att det krävs att sjuksköterskan har en bred kunskap för att kunna göra korrekta bedömningar och vidare ska enligt NOBAB personalen ha kompetens att bemöta barnets psykiska och fysiska behov.

## **Metoddiskussion**

Andelen enkäter som besvarades uppgick till 48 %. Möjligen kan valet av period för undersökningen ha påverkat svarsfrekvensen. Under den valda period är det ett stort antal patienter som kommer till barnakutmottagningen vilket medför att arbetsbelastningen för personalen är hög. Författaren har en viss förförståelse, möjligen kan det ha påverkat formuleringen av frågorna till enkäten. Genom de öppna frågorna gavs möjlighet till en nyanserad och individuell framställning av sjuksköterskornas uppfattning om triagebedömning. Möjligheten att fånga dessa nyanser med kvalitativ forskning beskrivs av Polit & Beck (2008). Att enkäterna inte kunde kopplas till någon person kan ha bidragit till att deltagarna gav mer nyanserade svar. En nyanserad beskrivning av sjuksköterskornas uppfattning av triagebedömning framkom även genom att sjuksköterskorna har olika nivåer av utbildning och olika lång erfarenhet av sjuksköterskeyrket, dock hade en högre svarsfrekvens kunnat bidra till en ännu större nyansering.

Vid kvalitativ innehållsanalys ligger fokus på att beskriva variationer genom identifiering av skillnader och likheter i analysmaterialet (Graneheim & Lundman, 2004).

Denna identifiering har skett under diskussion med handledare för att öka tillförlitligheten. Genom att alla meningsbärande enheter kodades med samma nummer som enkäten kan enheterna lätt identifieras av författaren. Det är läsaren som avgör vad som kan vara överförbart ur resultatet men författaren kan ge förslag på andra sammanhang som resultatet kan överföras till. För att underlätta överförbarheten är det viktigt att urval, analys och resultat beskrivs så utförligt och nyanserat som möjligt.

Vid frågan som berörde sjuksköterskors uppfattning av triagebedömning utifrån sina egna kunskaper blev bortfallet fyra. Möjligen hade en omformulering av frågan eller information om att endast ett svarsalternativ är giltigt gett ett mindre bortfall. Fler antal svar skulle möjliggöra för mer tillförlitliga resultat från de statistiska analyserna. Vidare studier i hur barn uppfattar ett besök på en akutmottagning skulle kunna utveckla vården ur ett barnperspektiv.

### **Klinisk tillämpning**

Få studier har utförts angående detta område i Sverige. En nationell studie visar på stora variationer i utformning av skalor för bedömning, på vilket sätt de olika skalorna användes, kraven på personalens teoretiska kunskaper och praktisk erfarenhet för att få utföra triagebedömning, samt utrustning och lokaler (Göransson, Ehrenberg, Ehnfors, 2005).

Resultatet från denna studie beskriver en grupp sjuksköterskors uppfattning om triagebedömning på en barnakutmottagning, men kan vara överförbart till liknande barnakutmottagningar. En sammanställning av sjuksköterskors upplevelse av triagebedömning kan ge underlag till förbättringar för att kunna göra en mer korrekt bedömning till rätt vårdnivå. En sådan förbättring kan vara införande av etablerade triageskalor speciellt anpassade för barn beskrivna av Moll & van Veen (2009). Där exempelvis paedCTAS har god validitet med en sensitivitet för att upptäcka allvarligt sjuka patienter och exakthet för att bedöma patienter som utan fara för komplikationer kan vänta. För att underlätta bedömningen bör triageskalan vara passande för verksamheten, lätta att tyda samt datoriserade för att underlätta för en god dokumentation. Resultatet visar att hänvisning till annan vårdinstans tar stor del av arbetstiden i anspråk. Detta resultat kan bidra till en diskussion vid planering av vårdverksamhet angående vilka barn som ska vårdas på en barnakutmottagning och vilka resursers som krävs. Det kan leda till en säkrare och snabbare vård och optimera omhändertagandet.

### **Slutsats**

Sjuksköterskor uppfattade att triagebedömning var en fördel både ur patientens och sjuksköterskans perspektiv eftersom rätt utförd triage gav patienten rätt vård på rätt vårdnivå och sjuksköterskan fick en känsla av ökad kontroll och trygghet. För att underlätta för sjuksköterskor att utföra en så korrekt triagebedömning som möjligt krävs att triagemallar införs som är lätta att tyda och att triagerummet är ändamålsenligt utformat. För en god och säker vård är ett utökat samarbete med primärvården och fastställda arbetsrutiner för sjuksköterskans triagearbete nödvändigt.

## REFERENSER

Agans, R., Katznelson, J., Travers, D., Waller, A. (2009). Reliability and validity of the emergency severity index for pediatric triage. *Academic Emergency Medicine*, 16(9), 843-49. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00494.x.

Aronsky, D., Hemphill, R., Jones, I., Mayberry, S., Luther, M., Slusser, T. (2008). An Integrated Computerized Triage System in the Emergency Department. *AMIA Symposium proceedings*, 6, 16-20.

Bernhard, M., Hoffman, G., Meyberg, J., Motsch, J. (2009). Principles of Pediatric Emergency Care. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(739-748).

Berry, A., Brotanek, J., Brousseau, D., Tomany-Korman, S. (2008). Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. *Ambulatory Pediatrics*, 8, 360-367

Braitberg, G., Capp, B., Pearsell, J., Rajasagaram, U., Taylor, D. (2008). Paediatric pain assessment: Differences between triage nurse, child and parent. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45, 199-203.

Brousseau, D., Drendel, A., Gorelick, M. (2006). Pain Assessment for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics*, 117, 1511-1518.

Chamberlain, J., Dean, M., Lillis, K., Mahajan, P., Olsen, C., Ruddy, R., Shaw, K (2009). Pediatric Patient Safety in Emergency Departments: Unit Characteristics and Staff Perceptions. *Pediatrics*, 124(2), 485-493.

McCarthy, M., Chalkiadis, G., Dowden, S. (2008). Achieving Organizational Change in Pediatric Pain Management. *Pain Res Manage*, 13(4), 321-326.

Cox, K., Lacey, S., Smith, J.B. (2008). Pediatric Safety and Quality. *Evidence-Based Handbook for Nurses*, Kap 15.

Dick, R., Graham, J., Stanford, K., Thompson, T. (2010). Triage assessment in pediatric emergency departments: A national survey. *Pediatric Emergency Care*, 26(8), 544-48.



Edwards, B., Sines, D. (2007). Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2444-2451.

Ejlertsson., G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eldh, AC., Göransson, K., Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Polen. Studentlitteratur.

Etikprövningslagen (2003:460). Hämtad 2011-05-14 från:

<http://www.codex.vr.se/manniska5.shtml>

Förenta Nationerna. (1989). *Konventionen om barns rättigheter*. Hämtad 2011-05-07 från:

<http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-i-olika-versioner>

Forsner, M., Jansson, L., Soerlie, V. (2005). Being ill as narrated by children aged 11-18 years. *Journal of Child Health Care*, 9(4).

Forsner, M., Jansson, L., Söderberg, A. (2009). Afraid of Medical Care: School – Aged Children’s Narratives About Medical Fear. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(6).

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Göransson, K.E., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2005). Triage in emergency departments: National survey. *Journal of clinical nursing*, 14(9), 1067-74.

Haltiwanger, K., Martin, M., Pines, J. (2006). The pediatric emergency department: A substitute for primary care. *The California Journal of Emergency Medicine*. 7(2), 26-30.

Helsingforsdeklarationen (2008). *World Medical Association*. Hämtad 2011-05-13 från:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Keogh, S., Rourke, P O., Williams, A. (2009). Making choices: Why do parents present to the emergency department for non-urgent care. *Archives of Disease in Childhood*. (94), 817-20. doi: 10.1136/adc.2008.149823.

Laba, N., Lago, M., Mannucci, C., Nieto, M., Valerio A., del Vecchio, L., Vinelli, NF. (2011). Non-urgent Emergency Department Visits at a Children´s Hospital. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 8-13.

Lagercrantz, H., Lindberg, T. (2007). *Barnmedicin*. (3. uppl.). Danmark: Studentlitteratur.

Moll, H., van Veen, M. (2009). Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(38) doi: 10.1186/1757-7241-17-38.

NOBAB, Nordisk förening för sjuka barns behov. *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 2011-05-07 från: <http://www.nobab.se/>.

Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Sammanställning från databasen Pro Diver 6,2. Akademiska Barnsjukhuset. (2011). Dykbok. Produktionsrapport: 2008-2010.

(SFS 1982:763) Hämtad 2011-04-14 från:

[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))

SOU 1999:4. Hämtad 2011-05-15 från:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/36/47/86a0c376.pdf>

Valdez, A-M. (2009). So Much to Learn, So Little Time: Educational Priorities for the Future of Emergency Nursing. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(4).

## Bilaga 1

### Frågeenkät

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska? Ringa in rätt svar.

1. < 1 år

2. 1-5 år

3. 5-10 år

4. > 10 år

2. Har du någon specialistutbildning?

Ja

Nej

Om ja, i så fall vilken? \_\_\_\_\_

3. Finns det några fördelar för patienten med att genomgå en triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

4. Finns det några nackdelar för patienten med att genomgå en triagebedömning ?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

5. Finns det några fördelar för dig som sjuksköterska med att utföra en triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

6. Finns det några nackdelar för dig som sjuksköterska med att utföra en triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

7. Finns det något du tycker fungerar bra när du utför din triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, i så fall ange vad?

---

---

---

---

---

**8.** Finns det några svårigheter för dig när du utför din triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**9.** Har du förslag på förbättringar som skulle kunna underlätta för dig när du utför din triagebedömning?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

Ibland uppstår situationen att en patient bedöms kunna hänvisas till annan vårdinrättning eller egenvård.

**10.** Finns det några fördelar med att hänvisa patienter?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**11. Finns det några nackdelar med att hänvisa patienter?**

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**12. Finns det några faktorer som fungerar bra när du hänvisar patienter?**

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**13. Finns det några faktorer som försvårar för dig när du hänvisar patienter?**

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**14.** Har du förslag på förbättringar som skulle kunna underlätta för dig när du ska hänvisa patienter?

Ja

Nej

Om ja, ange i så fall vilka.

---

---

---

---

---

**15.** Hur uppfattar du att göra en bedömning av prioritetsgraden 1-5 utifrån följande

a. Tid till förfogande i triagen samtidigt som du har ansvar för behandling av redan inskrivna patienter.

Mycket lätt

Lätt

Svårt

Mycket svårt

b. Triagerummets utformning.

Mycket lätt

Lätt

Svårt

Mycket svårt

c. Utrustning för saturationsmätning.

Mycket lätt

Lätt

Svårt

Mycket svårt

d. Utrustning för blodtrycksmätning.

Mycket lätt

Lätt

Svårt

Mycket svårt

e. Dina egna kunskaper.

Mycket lätt

Lätt

Svårt

Mycket svårt







UPPSALA  
UNIVERSITET

**Bilaga 2**

Institutionen för kvinnors och barns hälsa  
Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot  
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

Till dig som är sjuksköterska och arbetar på Barnakutmottagningen vid  
Akademiska barnsjukhuset i Uppsala.

Syftet med denna undersökning är att få information om din uppfattning av triagearbete på barnakutmottagningen. Genom att få ta del av dina synpunkter är förhoppningen att kunna bidra till en utveckling av triageverksamheten. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Den ifyllda frågeenkäten kan lämnas i slutna brevlåda märkt ”frågeenkäter” som placeras på barnakutmottagningens sköterskeexpedition. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Ingen kodning av enkäterna kommer att ske, så svaren kan inte kopplas till någon person, vilket även gäller vid presentation av resultatet. Dina åsikter är betydelsefulla. Vänligen lämna enkäten innan 20:e februari 2011 i anvisad uppsamlingsbox. Kontakta mig gärna vid ev. frågor.

---

Ann-Charlotte Almblad

Student vid Specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot

Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar

ann-charlotte.almblad@akademiska.se  
Mob.0705-328162

Handledare: Gunn Engvall

Barnsjüksköterska, klinisk adjunkt

[gunn.engvall@kbh.uu.se](mailto:gunn.engvall@kbh.uu.se)