



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Ambulanssjuusköterskors erfarenheter av att triagera patienter

- En kvalitativ studie

Författare: Amanda Alkmar, Liv Ekelin & Sara Lundström

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Ambulanssjuusköterskors erfarenheter av att triagera patienter

- En kvalitativ studie

Författare: Amanda Alkmar, Liv Ekelin & Sara Lundström

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats

Hösten 2012

## Abstrakt

Att arbeta efter en gemensam triageringsmodell är något som på senare år har blivit mer och mer etablerat inom svensk akutsjukvård. Legitimerad sjuusköterska med specialistexamen inom ambulanssjukvård ska kunna bedöma och prioritera vårdåtgärder för patienter samt medverka till att patienten förs till en korrekt vårdnivå. Studiens syfte var att belysa erfarenheter av triage hos specialistsjuusköterskor som arbetar inom ambulanssjukvård. Metoden var kvalitativ studie som baserades på intervjuer med tolv specialistutbildade sjuusköterskor i ambulans. Materialet tolkades utifrån ett innehållsanalytiskt perspektiv. Analysen resulterade i fyra kategorier: *Fastare struktur*, *Triage i utveckling*, *Triagets subjektivitet* samt *Triagets svårigheter*. Resultatet visade bland annat att METTS överlag uppskattas som triageringsprotokoll men att utveckling behövs. Vidare framkom att erfarenhet och klinisk blick var viktiga faktorer i triageringsarbetet. Denna studie kan möjligen bidra till att öka medvetenheten kring triage hos ambulanspersonal.

## Nyckelord

Triage, METTS, Triagehandbok, erfarenhet, trygghet, kvalitativ metod

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	3
Prehospital akutsjukvård	3
Triage	4
Primärtriage- Triagehandboken	5
Sekundärtriage- METTS	5
Sjuksköterskan och triage	8
Omvårdnadsteoretiska perspektiv	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	12
Fastare struktur	13
Förr och nu	13
Positivt med METTS	13
Triage och utveckling	14
Negativt med METTS	14
Utveckling av verksamhet	15
Åsikter om Triagehandboken	16
Triagets subjektivitet	16
Känsla och erfarenhet	16
Triage och nyfärdiga	17
Trygghetsfaktorer	17
Triagets svårigheter	18
Osäkerhet och strategier för att hantera detta	18
Olika förväntningar mellan patient och personal	19
Förekomst av triagering	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	23
Betydelse av erfarenhet	23
Gemensamt språk	24
Kollegernas betydelse	24
Tänkbara förbättringar	24
Slutsats och kliniska implikationer	26
Referenser	26
Bilaga 1- Intervjuguide	
Bilaga 2- Exempel på analys	

# Introduktion

## Problemområde

Tidig identifikation och prioriteringsindelning av patienter med kritiska tillstånd är viktig för kvaliteten och säkerheten inom akutvården (Widgren & Jourark, 2008). Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen inom ambulanssjukvård ska snabbt kunna bedöma och prioritera vårdåtgärder för patienter samt medverka till att patienten förs till en korrekt vårdnivå (Riksföreningen för ambulanssjuksköterskor (RAS) & Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) 2012).

Tidigare har det gjorts studier kring akutvårdspatienters (Göransson & Rosen, 2009), telefonsjuksköterskors (Stephenson & Thrasher, 2010) - samt akutmottagningssjuksköterskors (Göransson, Ehrenberg, Marklund & Ehnfors, 2005; Andersson, Omberg & Svedlund, 2006) upplevelser och erfarenheter av triage, men studier som belyser ambulanssjuksköterskans perspektiv förekommer i betydligt mindre skala. Med bakgrund av att ett gemensamt triageringsystem har blivit mer och mer frekvent förekommande inom svensk akutsjukvård (Farrokhina & Göransson, 2011) samt då tidigare studier inte belyser just ambulanssjuksköterskornas upplevelser av triage, är denna studie, enligt författarna, av intresse.

## Bakgrund

### *Prehospital akutsjukvård*

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård (SOSFS 2009:10) definieras prehospital akutsjukvård som omedelbara medicinska åtgärder som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal utanför sjukhus.

Under de senaste decennierna har ambulanssjukvården övergått från att vara en renodlad transportverksamhet till att i dag vara en kvalificerad akutvårdsorganisation (Jonsson, 2009).

Historiskt sett har ambulanssjukvård till största del utförts av icke legitimerad personal. Första gången som behovet av vårdutbildad ambulanspersonal påtalades var under 1960-talet. Den första specialistutbildningen för sjuksköterskor med inriktning mot ambulanssjukvård startade 1997 och år 2001 ökades omfattningen på utbildningen (RAS & SSF, 2012). Först år 2005 föreskrev socialstyrelsen att en ambulans alltid ska vara bemannad med hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att administrera läkemedel, det vill säga legitimerad sjuksköterska, samt att ambulanssjukvårdspersonalen ska inneha den utbildning och kompetens som krävs för att utföra ett säkert prehospitalt akutsjukvårdsarbete (SOSFS 2009:10; RAS & SSF, 2012).

Många landsting och regioner ser det som meriterande, eller i vissa fall även som obligatoriskt, att sjuksköterskan har en specialistutbildning inom ambulanssjukvård, anestesi eller intensivvård. Socialstyrelsen har tagit sin hand ifrån att beskriva vilka särskilda krav som ska ställas på ambulanssjukvårdens kompetens, annat än kravet att det ska vara minst en legitimerad sjuksköterska, mot bakgrund av att kunna administrera läkemedel (Suserud & Svensson, 2009). Inom ambulanssjukvården i Region Skåne finns krav om att minst en specialistsjuksköterska i alla akutambulanser samt minst en grundutbildad sjuksköterska i alla transportambulanser bör finnas (Region Skåne, 2009a; Region Skåne, 2009b).

Legitimerade sjuksköterskor med specialistexamen med inriktning mot ambulanssjukvård, i dagligt tal kallat ambulanssjuksköterska, skall ansvara för medicinsk ledning, prioritering och vård på skadeplats. Ambulanssjuksköterskan skall kunna identifiera symtom och tecken på ohälsa utifrån patientens berättelse samt bedöma patientens tillstånd enligt ABCDE och tolka värden samt vitalparametrar som underlag till beslut om vårdåtgärder.

Ambulanssjuksköterskan skall ha kompetensen att dokumentera, utvärdera och överrapportera uppdraget på ett patientsäkert sätt. Vidare skall ambulanssjuksköterskan initiera erfarenhetsutbyte mellan kollegor (RAS & SSF, 2012).

### *Triage*

Triage infördes inom den militära sjukvården redan på 1700-talet och fokuserade då på att i första hand rädda dem som hade chans att överleva. Under 1950-talet tog den civila sjukvården intryck av den militära sjukvårdens turordningssystem (Göransson, Eldh, Jansson, 2008).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skall den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Triage är ett turordningssystem som baseras på den sjuka eller skadade patientens angelägenhetsgrad (Göransson et al., 2008). Det har utvecklats för att gradera patienter som behöver omedelbar omvårdnad (Andersson et al., 2006).

### *Primärtriage – Triagehandboken*

Inom dagens moderna sjukvård talar man om två olika typer av triage; primärtriage och sekundärtriage. Primärtriage handlar om att symptom-baserat vägleda patienter till rätt vårdnivå, det vill säga 112/ambulans, akutmottagning, öppenvård, akuttid inom öppenvård eller egenvård (Region Skåne, 2011a).

Inom Region Skåne arbetar man med primärtriage genom Triagehandboken, som utkommer årligen med en uppdaterad version. För innehållet i triagehandboken svarar en medicinsk expertgrupp av läkare och sjuksköterskor. All legitimerad personal som kommer i kontakt med situationer där triage kan bli aktuell genomgår en nätbaserad basutbildning och recertifieras därefter årligen i takt med att nya upplagor av Triagehandboken utkommer (Region Skåne, 2011b).

### *Sekundärtriage – METTS*

Sekundärtriage handlar om en inbördes prioriteringsordning mellan dem som är inom samma vårdnivå, exempelvis vem som behöver komma direkt till läkaren och vem som kan vänta ytterligare på en akutmottagning (Region Skåne, 2011a).

Länge hade Sveriges sjukhus ingen gemensam triageskala, däremot fanns det ett stort antal lokalt framtagna skalor. Dessa skalor användes endast vid de sjukhus där de utarbetats, samt var inte evidensbaserade. I början av 2000- talet använde endast drygt hälften av Sveriges akutmottagningar någon form av triageskala (Göransson et al., 2008). År 2009 arbetade 73 % av Sveriges 74 akutmottagningar någon form av triageskala och år 2010 hade denna siffra vuxit till 97 % (Farrokhina & Göransson, 2011).

Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg utvecklade en triageskala som kom att heta METTS; Medical Emergency Triage and Treatment System. Med hjälp av skalan delas patienter in i fem prioriteringskategorier, där varje kategori är förenad med en viss färg för att på ett logiskt sätt effektivisera arbetet. METTS togs i bruk på Sahlgrenska år 2005 (Widgren, Jourak & Martinius 2008). Andra sjukhus i Sverige har idag tagit efter METTS-skalan (Göransson et al., 2008).

Efter beslut i Regionen Skånes styrgrupp används sedan maj 2010 METTS som sekundär triageringsmodell inom prehospital akutsjukvård samt på akutvårdsmottagningar i Region Skåne (Region Skåne, 2011c).

År 2010 var METTS den mest förekommande triageskalan vid Sveriges akutmottagningar. Den ökade förekomsten av systemet har resulterat i ett gemensamt språk gällande diskussion kring akuta patienter (Farrokhina & Göransson, 2011). I Norge finns det inget gemensamt triagesystem, något som uppmärksammades i samband med terrorattackerna i Oslo och på Utøya, sommaren 2011. I en studie som granskar de prehospitala insatserna precis efter terrordåden framkom det att något gemensamt triagesystem troligen inte hade använts, men att triagerandet, tack vare att kompetent personal fanns på plats, ändå hade en lyckad utgång. Enligt författarna är det oklart huruvida ett gemensamt triagesystem hade förändrat utgången, men de menar att ett gemensamt språk inom akutsjukvården ändå är att föredra (Sollid et al., 2012).

Med METTS tas det hänsyn till vitalparametrar och kontaktorsaker för att bestämma de fem prioriteringsnivåerna; röd, orange, gul, grön och blå. Den lägsta nivån, blå, ges till patienter som inte är i behov av någon akutsjukvård. Dessa patienter hänvisas oftast till primärvården. De övriga fyra kategorierna rangordnar patienten i en prioriteringsskala. Röd prioritering klassificeras som livshotande och akut behov av medicinska åtgärder. Orange prioritering innebär ett potentiellt livshotande tillstånd och det finns ett vårdbehov inom 20 min. Gul prioritering innebär att ett livshotande tillstånd inte föreligger men att vård ändå behövs inom 2 timmar. Grön prioritering innebär att tillståndet inte är livshotande och att personen inte är i akut behov av vård. METTS- protokollet utformades för att hitta de kritiskt sjuka patienterna men också för att upptäcka förändringar i vitala parametrar och symptom (Widgren & Jourak 2008).

Färgklassificeringen bestäms i två olika steg, vitala parametrar samt ESS algoritmer. Vitalparametrarna består av ABCDE, vilket innebär att fria luftvägar, andningsfrekvens, cirkulation, vakenhetsgrad enligt RLS och kroppsinspektion kontrolleras. De viktigaste vitalparametrarna för att avgöra prioriteringsnivå är andningsfrekvens och vakenhetsgrad (Widgren, Jourak & Martinius, 2008).

Kontaktorsak förkortas ESS och står för Emergency Symptoms and Signs. Det finns 39 ESS-algoritmer, som motsvarar 97 olika kontaktorsaker. Dessa 97 täcker tillsammans upp 99 procent av de kontaktorsaker som förekommer på akutmottagningar (Widgren, Jourak & Martinius, 2008). Inom akutsjukvården är det av vikt att klassificera patientens vårdbehov. Därför är det betydelsefullt att akuttriageringen blir mer standardiserad för att minska inbördes skillnader i bedömningar och att vitala parametrar tas på alla vuxna patienter. METTS har validitetsprövat och det har framkommit att triagemetoden har en hög sensitivitet att hitta de mest sjuka patienterna (Widgren & Jourak, 2008).

METTS finns också i andra, för olika patientgrupper specialanpassade versioner, såsom METTS-p, där "p" står för pediatrik. Principer och strukturer är lika i de båda systemen, men av fysiologiska skäl skiljer sig naturligtvis vitalparametrarna åt mellan äldre och yngre barn. Därtill är sökorsakerna något annorlunda jämfört med METTS för vuxna. METTS-p håller i skrivande stund på att valideras, liksom ett specialanpassat system för psykiatriska åkommor (Widgren, 2012).

METTS finns också i en version för prehospitalkvård, i vilken man adderat triage- och processåtgärder som skiljer sig något åt från ordinarie METTS. Fördelen med prehospitalkvård enligt METTS är att patienten redan blivit bedömd enligt nämnda triagesystem, varpå akutmottagningens processer och dokumentation kan ta vid den prehospitalkvårdens bedömningar och åtgärder (Widgren, 2012). I händelse av multitrauma och/eller risk för att ha varit utsatt för trauma, finns en särskild traumajournal med utgångspunkt från en av METTS ursprungliga ESS algoritmer. I praktiken överförs uppgifter om ABCDE från den prehospitalkvården till ansvarig sjuksköterska på akutmottagningen. Utifrån givna uppgifter och avstämning mot den för trauma avsedda ESS algoritmen, kan beslut tas om traumalarmsaktivering och vilken nivå denna ska ta sig i uttryck (Widgren, 2012).



## *Sjuksköterskan och triage*

I en svensk studie (Andersson et al., 2006) som behandlar vilka faktorer som spelar in då sjuksköterskor på akutmottagningen fattar beslut angående triagering, framkom att erfarna sjuksköterskor bidrog med en känsla av trygghet till sina kollegor samt att mindre erfarna sjuksköterskor gärna vände sig till dem för att be om råd. Sjuksköterskorna ansåg att deras intuition samt tidigare kunskap och erfarenheter var viktiga redskap i triageringsarbetet. Förutom erfarenhet krävde triageringen mod och självförtroende att lita på sin egen förmåga och känna sig säker på sitt beslut. Detta bekräftas även av Göransson et al., (2005) som i sin studie fann ett signifikant samband mellan förmågan att triagera och år av klinisk erfarenhet som sjuksköterska.

En svensk studie av Abelsson & Lindwall (2012) behandlar genom intervjuer hur ambulanssjuksköterskor upplever sitt arbete utifrån mötet med svåra traumapatienter. Resultatet visade att det var av vikt för sjuksköterskorna att de kände sig förberedda inför den akuta situationen, att de upplevde en trygghet i sitt ledarskap samt att en professionell kunskap utvecklades. Vidare upplevde många sjuksköterskor att det var av stort värde att ha en kollega att kunna vända sig till för att få stöd. En annan faktor var att sjuksköterskorna upplevde det som fördelaktigt att ha arbetet med akutpatienter inom slutenvården innan de började arbeta prehospitalt.

## *Omvårdnadsteoretiskt perspektiv*

Patricia Benners teori *Från novis till expert* (1993) beskriver sjuksköterskors kompetensutveckling utifrån fem olika stadier: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert. Nyutexaminerade sjuksköterskor såväl som färdiga sjuksköterskor som bytt arbetsområde hamnar på det lägsta av dessa stadier, nämligen novisstadiet. En sjuksköterska som befinner sig inom novisstadiet saknar erfarenhet av de situationer hon eller han möter och måste därför arbeta regelstyrt. I sinom tid övergår novisstadiet till avancerad nybörjare. En sjuksköterska som är avancerad nybörjare uppvisar nätt och jämnt godtagbara prestationer, men har upplevt eller observerat tillräckligt många verkliga situationer för att kunna identifiera de återkommande, betydelsefulla beståndsdelarna i arbetet. Efter två till tre år på samma eller liknande arbetsplats växer sjuksköterskan in i rollen som kompetent, menar Benner. En kompetent sjuksköterska ser sina handlingar i en kontext av medvetna långsiktiga

mål eller planer, samt har en planeringsnivå som bidrar till ett effektivt och organiserat arbete. Vidare känner sjuksköterskan på detta stadium att hon eller han behärskar situationen och kan klara av oförutsedda händelser som kan komma att uppstå. Det fjärde och näst högst kompetensstadiet enligt Benner är skicklig. Hos en skicklig sjuksköterska uppfattas situationer som en helhet och hon eller han har lärt sig genom erfarenheter vilka händelser som är att vänta i varje given situation. Beslutsfattandet har blivit mindre ansträngande genom att ett helhetsperspektiv innehas och planerna kan snabbt ändras då en ny situation förespås. En sjuksköterska på det högsta kompetensstadiet, expert, förlitar sig inte längre på regler och riktlinjer, utan kan med sin enorma erfarenhetsbakgrund nu intuitivt uppfatta varje situation och effektivt handla mitt i det aktuella problemområdet. Att utföra kvalificerade åtgärder i ytterst livshotande akuta situationer, att snabbt uppfatta problem samt att hantera oförutsedda situationer är förmågor som främst hör expertsjuksköterskan till.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av att triagera patienter hos specialistsjuksköterskor inom prehospitalet akutsjukvård.

## Metod

Studien har genomförts med kvalitativ metod. Kvalitativ metod kännetecknas av att författaren/författarna får fram sitt resultat genom att använda det verbala ordet som verktyg och inte genom instrument som visar statistik (Backman, 2009).

## Urval

Intervjuerna genomfördes med tolv legitimerade sjuksköterskor som arbetar inom ambulanssjukvården. Inklusionskriteriet var att sjuksköterskorna skulle inneha en specialistutbildning då det är dessa, i egenskap av medicinskt ansvariga, som utför triagerandet. Åtta av informanterna hade en specialistutbildning inom ambulanssjukvård, tre av informanterna inom anestesi samt en inom intensivvård.

Inga exklusionskriterier gällande kön eller antal år i branschen förekom. Informanternas erfarenhet inom ambulanssjukvården sträckte sig från fyra månader till 18 år, med ett genomsnitt på sju år och fyra månader. Hälften av informanterna var kvinnor och hälften män. Samtliga intervjuer genomfördes på specialistsjuksköterskornas arbetsplats i västra Skåne. Författarna fick förmedlat en kontakt som bistod med rekrytering av informanter.

## **Datainsamling**

En lugn och ostörd miljö att genomföra intervjuerna på eftersträvades. Därför användes ett dagrum som var beläget bredvid fikarummet på informanternas arbetsplats. Informanterna uppmuntrades att besöka dagrummet för att genomföra intervjun då de under beredskapstid själva ansåg sig ha tid till detta. Således skedde intervjuerna i samband med respektive informants rast. Författarna fanns tillgängliga för att genomföra intervjuer hela dagen och tillfällena bestämdes av informanterna själva, utifrån deras tidsvillkor. Tolv intervjuer genomfördes enskilt med informanterna. Medellängden på intervjuerna uppgick till tio minuter. Intervjuerna skedde vid två olika tillfällen inom loppet av fem dagar. Vid det första tillfället genomfördes åtta intervjuer och samtliga tre författare deltog. Vid det andra tillfället genomfördes fyra intervjuer och två av författarna deltog. En av författarna höll huvudsakligen i intervjun, medan den andra var ansvarig för inspelningen och fanns tillgänglig för att eventuellt kunna inflika med följdfrågor.

Intervjuerna fokuserade kring huvudfrågan ”Vilka är dina erfarenheter av att triagera patienter?”. Fördjupade frågor ställdes fortlöpande under intervjuernas gång, såsom ”kan du utveckla det lite?”, ”hur menar du då?”, ”hur kände du då?”. En pilotintervju genomfördes som planerat. Syftet med detta var att eventuellt kunna genomföra justeringar i intervjuguiden. Redan under pilotintervjun märkte författarna att informanterna fattade sig väldigt kort kring huvudfrågan och inte pratade så fritt som författarna hade hoppats på. Detta resulterade i att författarna ställde fler frågor än vad som ursprungligen var tänkt (bilaga 1). Eftersom de frågejusteringar som skedde spontant under pilotintervjun även fortlöpte i resterande intervjuer, inkluderades pilotintervjun i studien.

Efter att intervjuerna genomförts och spelats in transkriberades de och i samband med transkriptionen avidentifierades informanterna från materialet.

## Dataanalys

Materialet analyserades med innehållsanalytisk metod enligt Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick (2008). Målet med denna analysmetod är att identifiera de återkommande budskapen i materialet och genom öppen kodning samla dessa i ett överskådligt kategorisystem.

Efter att intervjuerna transkriberats läses de igenom upprepade gånger i syfte att författarna skulle få en bra, övergripande förståelse för materialet.

Innehållsanalysen är uppbyggd av fyra steg där det första är öppen kodning. Syftet med öppen kodning är att få fram det väsentliga i texten (Burnard et al., 2008). De ord, meningar eller kortare stycken som behandlade frågan markerades med överstrykspenna och en notis skrevs i marginalen. Momentet med öppen kodning genomfördes separat av respektive författare, detta för att möjligtvis öka trovärdigheten i momentet. Efter att samtliga författare genomfört momentet enskilt, diskuterades kodningen och de koder som samtliga författare ansåg vara relevanta skrevs ned på fyra stora pappersark. Totalt hittades 150 koder. De koder som förekom mer än en gång skrevs inte ut på nytt, utan en markör för antalet förekomna gånger sattes vid den ursprungliga koden.

Steg två i processen är att sammanföra liknande koder till underkategorier (Burnard et al., 2008). Detta gjordes genom att de 150 koderna klipptes ut och lades på en fri yta. Därefter placerades liknande koder i mindre grupper. Efter många omjusteringar och funderingar skapades elva kluster med koder, alltså underkategorier.

Det tredje steget är att sammanföra underkategorierna till kategorier (Burnard et al., 2008). Detta moment genomfördes först separat av författarna, därefter jämfördes de olika lösningarna med varandra och ett slutgiltigt resultat med fyra kategorier diskuterades fram. (Se bilaga 2).

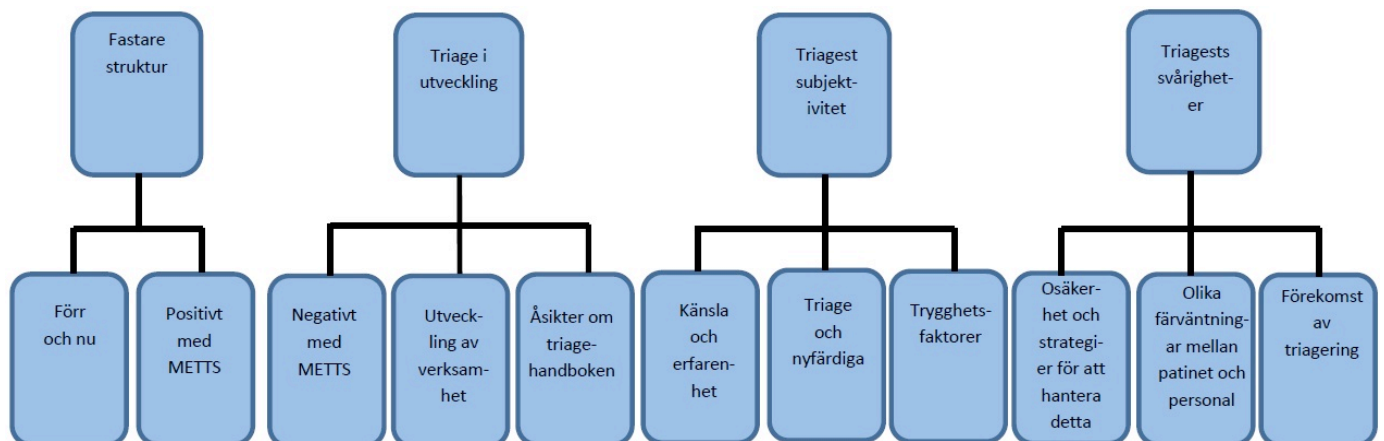
Det fjärde steget i analysmetoden är att, om möjligt, skapa en huvudkategori som innefattar samtliga kategorier (Burnard et al., 2008). Eftersom författarna inte ansåg att det var genomförbart, har ingen huvudkategori skapats.

## Forskningsetiska avvägningar

I samband med utarbetandet av projektplanen inhämtades godkännande om att få genomföra intervjuerna från Region Skånes Prehospitala Centrum (RSPC) samt Falck Ambulans. Efter detta lämnades en rådgivandeansökan in till VEN (dnr 103-12). Den kontakt som författarna fick förmedlat för att rekrytera informanter presenterade på förhand studien för informanterna och frågade vilka som kunde tänka sig att delta. Deltagandet var frivilligt. Innan intervjuerna genomfördes informerade författarna informanterna muntligen om att intervjumaterialet skulle hanteras konfidentiellt och att det var tillåtet att avbryta sitt deltagande när som helst.

## Resultat

Analysen resulterade i elva underkategorier. Dessa sammanfördes i fyra kategorier: *Fastare struktur*, *Triage i utveckling*, *Triages subjektivitet* och *Triages svårigheter*. (Figur 1).



### Fastare struktur

Av intervjuerna framkom att stora förändringar har skett inom ambulansyrket gällande triage. Jämfört med tidigare, då det var upp till var och en att göra en triagebedömning och då de allra flesta patienter transporterades till sjukhus, finns idag ett gemensamt system som gör att alla patienter blir triagerade på ett likvärdigt sätt.

## *Förr och nu*

Informanterna menade att innan triaget slog igenom åkte i princip alla patienter med in till sjukhuset. Det fanns inte så mycket att arbeta efter, utan den egna helhetsbilden av patienten var det som avgjorde hur prioriteringsbeslutet föll ut. ”... *det har kommit mer med åren, från början var det inte alls prat om triagering utan då åkte alla med oavsett...*” (Informant 2). I dag, då triaget blivit alltmer etablerat, ställer detta också högre krav på personalen. Dock kan ibland bilden av ambulansen som en ren transportverksamhet finnas kvar.

*”Alltså det finns väl fortfarande kvar den här bilden att ambulansen de kommer och sen så skjutsar de en till sjukhuset eller som en transport, liksom, organisation. Även om vi mer försöker tvätta bort den stämpeln eller vad man ska säga, att det är ändå specialistutbildade sjuksköterskor som gör en bedömning av hälsotillståndet och sen hänvisar till en korrekt vårdnivå då.”* (Informant 10).

## *Positivt med METTS*

Flertalet av informanterna uttryckte mycket positiva tankar kring METTS. Att ett gemensamt språk numera finns, dels internt mellan ambulanskollegor, men även mellan olika instanser såsom akuten och det regionala läkarstödet, upplevdes som fördelaktigt. Informanterna menade att METTS ger ett bra stöd och är en bra grund att stå på. METTS ser till att alla vitalparametrar verkligen tas och många upplevde att systemet fungerar preventivt så att få patienter missas. Det framkom att triageringsarbetet har blivit enklare sedan METTS kom, eftersom instrumentet ger vägvisning och är en hjälp vid gränsfall. Vidare uttrycktes det att METTS är heltäckande samt att vitalparametrarna och ESS- algoritmerna tillsammans ger en sammansatt bild av patienten. Samtidigt upplevdes det som positivt att METTS ger möjlighet för en subjektiv uppåtprioritering, i fall att ambulanspersonalen upplever att METTS-protokollet inte ger ett korrekt utfall. METTS upplevdes även underlätta vid osäkerhet och överlag bidra till god säkerhet för patienten.

Ytterligare en positiv erfarenhet som framkom gällande METTS var att protokollet upplevdes gynna säkerheten även för personalen, eftersom det i ett efterförlopp vid behov kan hänvisas till METTS i syfte att förklara hur triageringsbeslutet är grundat. Således är METTS säkert för

patienter såväl som för personal. Flertalet av informanterna kände sig trygga i sitt arbete med triage och ansåg att METTS är ett bra beslutsstöd som gör det lättare att prioritera.

*”... personligen så tycker jag att det var ett otroligt framsteg att få METTS, att få någonting man kan utgå ifrån så att alla patienter blev prioriterade på ett likadant sätt”  
(Informant 7).*

## **Triage i utveckling**

Det visade sig under intervjuerna att det finns en del negativa åsikter gällande hanterandet av METTS och triagehandboken som skulle kunna utvecklas.

### *Negativt med METTS*

Trots många positiva erfarenheter av METTS var det en del som ansåg att systemet hade sina brister. Ett problem som återkom var att ESS- algoritmerna i många fall inte var heltäckande. Det fanns framförallt en algoritm, ESS 53, som ansågs vara en oklar bedömningsalgoritm som vidtogs då ambulanspersonalen var tveksamma till hur patienten skulle bedömas.

*”... man skulle kunna haft några fler ESS-koder... ja, det blir till exempel ESS 53 eller någon sån där... att där finns kanske inte ESS-koder för alla åkommor, liksom. Så det blir ju lätt så att det blir någon slask...” (Informant 10).*

Det framkom även att METTS inte fångar upp precis alla patienter, samt att vissa grupper så som KOL, astma och förmaksflimmer inte riktigt passade in på någon algoritm. Vidare nämndes att METTS har en inbyggd övertriageringsfunktion, något som ibland kan leda till överdrivna åtgärder. Dessa åtgärder gällde framförallt de patienter som inte passar in på någon ESS- algoritm, eftersom dessa riskerar att få en högre prioritering utifrån METTS än vad de egentligen är i behov av.

*”... där är ju ingen bra ESS- kod för KOL- patienter, dem faller alltid igenom, de får en högre prio än vad de egentligen skulle ha, för att deras habitualtillstånd gör att de blir orangea eller till och med röda... förmaksflimmer samma sak...” (Informant 7).*

Det framkom även i intervjuerna att det fanns en upplevelse av att den kliniska blicken försvinner vid användandet av METTS- protokollet, något som upplevdes som negativt då den egna erfarenheten också är en viktig del i triageringsarbetet ”... *sen man fick METTS så är det nästan att man kan träna en apa till att göra det jobbet alltså...*” (Informant 6).

### *Utveckling av verksamhet*

Flertalet av informanterna ansåg att METTS borde utvecklas. En önskan uttrycktes om att METTS ska bli bredare och bland annat innehålla fler algoritmer för direkta sjukdomar. Det uttrycktes att en viss oerfarenhet, framförallt inom barnsjukvården, fanns hos ambulanspersonalen. Därför menade informanterna att det hade varit fördelaktigt att få ut METTS- barn och METTS- psyk i ambulansen, så att triageringsarbetet av dessa patientgrupper underlättas. ”... *vi har ett behov av och få ut barn- METTS, få ut psyk- METTS...*” (Informant 7).

Andra erfarenheter som framkom var att METTS bör följas upp och kvalitetssäkras samt att det krävs mer utbildning av personalen i triage. Det menades att arbetet utifrån protokollet kräver en viss tillvänjningstid samt att en del fortfarande tycks triagera primärt efter eget tycke. Andra förslag på förbättringar av triagearbetet var att det hade varit fördelaktigt med tillgång till Melior relaterat till att exempelvis kunna se läkemedelslistor och tidigare sjukdomshistoria, samt journalhandlingar som är smidigare i hanterandet, gärna i form av en handdator. En önskan om att enklare kunna köra patienter direkt till rätt vårdnivå, till exempel vårdcentral eller specifik avdelning, uttrycktes. Ytterligare ett påpekande var att personalen borde bli mer bekanta med triagehandboken.

### *Åsikter om Triagehandboken*

Många av informanterna ansåg sig inte använda triagehandboken i lika stor utsträckning som METTS och vissa använde den knappt alls. Det upplevdes att triagehandboken är svårtolkad, omständlig och att det kan ge ett oprofessionellt intryck att stå och bläddra i en bok inför patienten.



*”Triagehandboken, ja, ska jag vara ärlig så är jag inte jättevan eller använder den flitigt... den känns lite omständlig... ja, det ska blåddras och letas upp... det känns lite tokigt för min del” (Informant 11).*

Sammantaget framkom det att triagehandboken är ett verktyg för att hitta rätt vårdnivå men också att den behöver utvecklas.

### **Triagets subjektivitet**

Då det är människor som står bakom bedömningen av patienterna spelar den egna erfarenheten och känslan en betydande roll och subjektiviteten i triagearbetet var ett ämne som belystes av informanterna.

*”... För vi är människor och där är en risk att vara det och samtidigt är det ju underbart att vi är det, va. För hur blir jobbet, alltså det blir ju aldrig någon, det är ju inget robotjobb.” (Informant 9).*

### **Känsla och erfarenhet**

Något som framkom mycket tydligt ur intervjuerna var att erfarenheten spelade en betydande roll i triagesituationen, samt att den kliniska blicken och magkänslan aldrig fick ignoreras vid arbete utifrån METTS- protokollet.

*”Jag tror jag mer lutar mig åt min känsla, liksom, även om alla parametrar säger att den här patienten är grön, till exempel, så om det är nåt som inte känns bra så går jag på det.” (Informant 2).*

Det betonades att en patientsäkerhetsrisk kan uppstå om strukturen med METTS följs på bekostnad av den egna känslan.

*”... vitalparametrarna säger en sak, men den kliniska blicken, när du ser patienten så ser du att det här stämmer inte, alltså patienten är sjuk, den syns lång, lång, lång väg... för tittar man bara rakt på METTS hela tiden, visst sakerna, tempen och så, det mesta ringas väl in, men man missar också sjuka patienter på det... man måste ha maggropskänslan kvar och den kliniska blicken. Det klassiska där liksom, men dock, va” (Informant 9).*

Det ansågs vara av vikt att inte förlita sig helt på METTS utan att även se till sitt förnuft. Ett beslut om upp- eller nedprioritering som inte strikt följer METTS kräver dock att personen som utför triageringsarbetet har kött på benen och vikten av att ha tidigare erfarenhet från slutenvården innan det prehospitla arbetet, betonades.

Trige ansågs av vissa vara svårt då det är mycket att hålla i huvudet och det är alltid betydande att se hela patienten. *”Ja, det är alltid jättesvårt. För du måste ha så mycket i huvudet, du måste titta på allt” (Informant 8).* Generellt ansågs det optimala vara att kombinera METTS med den egna erfarenheten.

### *Triage och nyfärdiga*

Det menades att METTS nog underlättar och bidrar med en känsla av trygghet för de som är nya med triageringsarbetet inom ambulansen. Samtidigt betonades risken med detta, nämligen att det finns en fara i att inte ha en väl förankrad klinisk erfarenhet som också spelar in i triagebeslutet. *”... kanske inte tänker utanför ramarna och det är rätt farligt och det kanske kan göra när man är helt ny” (Informant 4).* Samtidigt framkom det att nya kollegor ofta är väl pålästa, något som upplevdes som positivt. Ytterligare en erfarenhet var att det tar tid att lära sig triagering och bli väl insatt i METTS.

### *Trygghetsfaktorer*

Många upplevde att de var trygga i sitt arbete med triage. Faktorer som bidrog till detta var att kommunikationen kollegor emellan fungerade väl. En del förklarade att de kände sig trygga och inte särskilt rädda för feltriagering relaterat till en god erfarenhet. *”Nej, jag har så bra underbyggnad av alla år på akuten plus här, så jag försöker ha med hela spellet. Jag tror aldrig jag har missat på någon patient som jag har lämnat hemma...” (Informant 8).* En annan erfarenhet var att METTSEN och den kliniska blicken ofta säger samma sak.

### **Triagets svårigheter**

Samtidigt som erfarenheten av att triage genomförs på alla patienter, så fanns det även svårigheter i triaget, såsom osäkerhet över diffusa patienter och problem i mötet med

vårdtagare som förväntade sig att bli inkörda trots att ambulanspersonalen hänvisade till annan vårdnivå.

### *Osäkerhet och strategier för att hantera detta*

Det framkom av intervjuerna att det fanns en viss osäkerhet i trigesituationen och en medvetenhet kring konsekvenserna av ett feltriagerande uttrycktes.

*”... inte så att man går runt och är rädd för det hela tiden men man tänker ju på att, alltså, att det är ju värsta scenariot att man skulle göra någonting fel...” (Informant 6).*

Informanterna menade att det alltid finns tveksamma fall och särskild oro upplevdes vid mötet av patienter med diffusa symptom. Samtidigt upprättades egna strategier för att hantera eventuell osäkerhet. Bland annat upplevdes ibland en oro inför att lämna patienter hemma, men flertalet uttryckte att de vid osäkerhet hellre körde in patienter till sjukhuset än att lämna dem hemma.

*”Nej, alltså jag, är det något jag är osäker på så triagerar jag hellre för högt än för lågt. Alltså, helt klart... Man tar hellre med en för mycket till sjukhus än att lämna en för mycket hemma. ” (Informant 10).*

Det nämndes även att det var viktigt att upprätthålla dokumentationen kring sitt arbete. Detta därför att, vid ett eventuellt ifrågasättande, kunna hänvisa till journalen. Således skapas en känsla av att ha ryggen fri. En upplevelse av att vara utelämnad, men ändå aldrig ensam, uttrycktes och möjligheten att diskutera med kollegor och akuten var något som bidrog till att minska osäkerheten. Ytterligare en sådan faktor var att en återkoppling till läkare alltid sker vid hemmalämnandet av en patient.

*”För det är alltid bra att diskutera med någon annan, doktorn kanske tänker på någonting man har missat... det vore skandal om man missar någonting, det är ingen som vill det ju.” (Informant 11).*

### *Olika förväntningar mellan patient och personal*

Något som kunde skapa ett problem i patientkontakten var när patienter och anhöriga hade vissa förväntningar på vad som skulle hända när ambulanspersonalen kom. Oftast handlade problematiken om att patienter förväntade sig att bli transporterade till sjukhuset, medan ambulanspersonalen hänvisade till annan vårdnivå. Informanterna menade att det generellt sätt rings efter ambulans för mycket och alldeles i onödan och att människors egenansvar tycks ha minskat.

*”Jag märker skillnad på de fem åren liksom jag har jobbat, att det har blivit... (paus) det kommer fler och fler av lägre, fler och fler uppdrag av lägre allvarlighetsgrad... där folk egentligen kan ta hand om sig själva... det är ju lite beklagligt...” (Informant 10).*

Situationer där det var tvärtom, att patienten inte ville åka med, var mindre vanliga, men förekom också. Vid ett möte då olika förväntningar krockade med varandra var det viktigt att själv behålla lugnet och ge tydlig information. Informanterna menade att det är av vikt att hänvisa till rätt vårdnivå då detta är en vinst för alla patienter.

*”... akuten överbelastas om den inte är utan de patienter som vi kan stoppa. Eller inte stoppa, men hänvisa till en annan vårdnivå. Det är en vinst både för patienten och för de andra patienterna på akutmottagningen.” (Informant 10).*

### **Förekomst av triagering**

Samtidigt som en korrekt vårdnivå eftersträvades, fanns det situationer då personalen inte orkade engagera sig helhjärtat i triaget utan i stället valde att bara köra in patienten till akuten. Detta sammanföll dels med obekväma tider såsom nattskiftet och dels när ett möte med starka förväntningar från patient och anhöriga blev så påtryckande att det upplevdes enklare att låta patienten få sin vilja igenom.

*”... ska man lägga en halvtimme, trekvart, på att förklara ambulanssjukvårdens, hur det fungerar, eller ska man ta tio minuter, pang, tjoff, lämna så är man klar för ett annat, mer väsentligt uppdrag. Halv tre på natten spelar det roll” (Informant 11).*

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

Informanterna hade i förväg genom den förmedlade kontakten fått information om studiens syfte, inklusions- och exklusionskriterierna, möjligheten att avbryta intervjun samt en kort presentation av författarna. Då en presentation redan var förmedlad togs intervjutiden inte upp av detta.

Som tidigare nämnt skedde intervjuerna vid två olika tillfällen inom loppet av fem dagar. Vid det första tillfället genomfördes åtta intervjuer och vid det andra tillfället genomfördes fyra intervjuer. Anledningen till detta var att det inte fanns någon möjlighet att ställa av en ambulans till förmån för intervjuerna. Därför fanns författarna på plats under de två dagarna för att intervjua informanterna då de ansåg sig ha tid till detta. En möjlig fördel med att intervjua flera informanter under samma dag kan vara att författarna successivt kände sig mer trygga samt avslappnade i intervjurollen vilket möjligen kan ha bidragit till en förbättrad intervjuteknik. En eventuell nackdel kan ha varit att författarna blev trötta till följd av det höga flödet av informanter på kort tid. Detta motverkades dock genom att författarna kontinuerligt växlade mellan att vara intervjuare och passiv lyssnare.

Vid de första åtta intervjuerna deltog samtliga tre författare och under de sista fyra intervjuerna medverkade två av författarna. Att två eller samtliga författare satt med under intervjuerna kan möjligtvis ha gett en obalans i maktpositionen mellan informanten och författarna. Syftet med att flera av författarna deltog vid intervjutillfällena var dock att det möjligen fanns en större chans för reflektion då den som inte höll i intervjun möjligen kunde lyssna något mer aktivt och objektivt.

Till en början valde författarna att endast ha en, öppen fråga för att få fram så mycket som möjligt av informanternas egna erfarenheter, utan att författarna på något sätt styrde samtalet genom följdfrågor. Under de första intervjuerna visade det sig dock att författarna behövde ställa följdfrågor för att intervjun skulle fortgå. Det faktum att författarna ställde följdfrågor under intervjuernas gång kan möjligtvis ha färgat resultatet, så till vida att vissa teman eventuellt lyftes fram genom följdfrågorna och inte genom informanternas spontanitet.

Ytterligare en faktor som kan ha påverkat resultatet är författarnas eventuellt bristande intervjuförmåga, då ingen av deltagarna tidigare genomfört en intervjustudie.

Pilotstudien som genomfördes kan möjligen ha varit till en fördel, då detta förberedde författarna hur intervjuerna skulle gå tillväga.

Kvalitativ metod kan användas då människors erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv och attityder skall belysas i en forskningsfråga (Malterud, 2009).

Författarna i föreliggande studie valde att ställa huvudfrågan utifrån begreppet *erfarenhet*. Ett annat begrepp enligt ovan, exempelvis *upplevelser* eller *tankar* hade också kunnat användas. Detta hade möjligen kunnat ge ett annat utfall på resultatet. Formuleringen kring *erfarenheter* resulterade nämligen i att en del av informanterna valde att berätta om tidigare erfarenheter från andra arbetsplatser, istället från tidigare erfarenheter om just triage, något som eventuellt hade kunnat undvikas med begreppet *upplevelser* istället. Genom följdfrågor strävade författarna dock efter att vägleda informanten mot syftet. Fyra av informanterna hade inte en specialistutbildning inom ambulans, utan istället var tre specialistutbildade inom anestesi och en inom intensivvård. Att alla informanter inte hade ambulansspecialistutbildningen kan eventuellt ha påverkat resultatet genom deras olika erfarenheter dels från sin specialistutbildning, dels från deras tidigare arbetsplatser. Detta kan dock även ha gett en ökad bredd på resultatet då de olika specialinriktningarna möjligen representerar något olika synsätt.

Det genomfördes tolv intervjuer med en genomsnittstid på tio minuter. Författarna uppmärksammade den korta intervjutiden och är högst medveta om att intervjuernas längd kan uppfattas som ovanligt korta. Det hade varit önskvärt med ett högre antal intervjuminuter då detta hade ökat kvantiteten på resultatet och således eventuellt även stärkt trovärdigheten. Dock upplevde författarna att informanterna fattade sig koncist och höll sig till ämnet, således kunde ett tydligt och innehållsrikt resultat utvinnas trots de korta intervjutiderna. Kompletterande intervjuer diskuterades men författarna enades om att fler intervjuer troligen inte skulle förändra resultatet då materialet från befintliga informanter överrensstämde till stor del. Författarna ansåg även att det vore etiskt oförsvarbart att återgå till informanterna för att komplettera med material som redan inhämtats. Samtliga intervjuer avslutades med frågan ”Har du något att tillägga?”. Således gavs informanterna möjlighet till slutgiltig reflektion.

Författarna valde att genomföra en kvalitativ intervjustudie utifrån Burnards innehållsanalys (2008). Detta därför att det önskades en djup förståelse för ämnet. För att öka trovärdigheten på materialtolkningen genomfördes den öppna kodningen enskilt. Författarna har strävat efter att ha en kontinuerlig diskussion samt återkopplig till transkriptionerna under processen. Författarna studerar till sjuksköterskor på grundnivå och hade inga tidigare erfarenheter av prehospitälvård eller triage. Därigenom fanns möjligen en mer öppenhet i tolkningen av resultatet, men å andra sidan hade tidigare erfarenhet inom ämnet eventuellt kunnat resultera i andra följdfrågor som skulle ha kunnat påverka resultatet. Enligt Burnard (2008) finns det två huvudsakliga sätt att bearbeta kvalitativ data; deduktivt eller induktivt. Vid deduktiv synvinkel har författarna egna teorier kring data och använder dessa vid analyserandet av de transkriberade intervjuerna. Vid induktiv synvinkel, däremot, föreligger ingen eller lite förkunskap om ämnet vid analyserande av resultatet.

De underkategorier och kategorier som framtogs, skapades utifrån diskussion författarna emellan. Dock skall det ha i åtanke att många möjliga kategoriindelningar fanns och valet av en annan indelning hade möjligtvis kunnat belysa andra delar av resultatet. Då författarna inte kunde finna en tydlig gemensam huvudkategori till de fyra underkategorierna, utformades ingen sådan. En huvudkategori hade möjligen varit av intresse, då det eventuellt hade kunnat ge en sammanfattande helhetsbild av resultatet. Författarna ansåg dock att kategorierna skiljde sig såpass mycket åt i sina teman att en huvudkategori inte hade kunnat sammanfatta det hela.

Resultatet i denna studie hade även kunnat tolkas utifrån Graneheim och Lundman (2003), som belyser en annan typ av kvalitativ innehållsanalys. Denna metod beskriver bland annat hur innehållsanalysen kan göras utifrån ett manifest eller latent perspektiv. Manifest innebär att analysen behandlar det uppenbara och synliga resultatet, medan latent innebär att författarna tolkar resultatet på ett djupare plan och försöker förstå den underliggande meningen av det som sägs i intervjun (Graneheim & Lundman, 2003). Om denna analysmetod använts hade andra delar av resultatet möjligen belysts. Eventuellt hade andra kategorier skapats till en följd av att författarna möjligen hade tolkat resultatet mer fritt.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Ett av studiens huvudsakliga resultat var att informanterna ansåg att METTS överlag är ett bra instrument så till vida att det är fördelaktigt med ett gemensamt språk, ger ett bra stöd och

trygghet i triageringsarbetet samt fungerar preventivt och heltäckande. Samtidigt fanns det utrymme för förbättringar, dessa förbättringar gällde primärt justeringar av ESS-algoritmer. I en magisteruppsats av Wilén (2011) som bland annat beskriver hur sjuksköterskor i ambulans upplever det att arbeta efter METTS, framkom att 90 % (10 personer) ställde sig positiva till METTS. Sjuksköterskorna uttryckte bland annat att METTS var tryggt att arbeta efter, var ett bra verktyg, att kritiska patienter lättare fångas upp, samt att systemet tvingar en att utföra vissa moment som tidigare kunde glömmas. Det som sjuksköterskorna uttryckte som negativt var framförallt att det var svårt att hitta i ESS. Resultatet i Wiléns studie stämmer väl överrens med resultatet i denna studie, vilket möjligen stärker trovärdigheten.

### **Betydelse av erfarenhet**

En annan stor del av resultatet var att den egna känslan och den kliniska blicken var av stor betydelse, att det är viktigt att skapa en helhetsbild av patienten, samt att det kunde bli farligt att använda METTS på bekostnad av den egna magkänslan. Informanterna menade att ambulanspersonal med erfarenhet i större utsträckning tar hänsyn till sin kliniska blick medan nyfärdiga eventuellt desto mer finner en trygghet i METTS- protokollet. Detta stärks möjligen av Anderson et al., (2006) vars studie visade att sjuksköterskornas intuition samt tidigare kunskap och erfarenheter var viktiga redskap i deras triageringsarbete. En koppling kan även göras till Patricia Benner (1993) som menar att hos en skicklig sjuksköterska uppfattas situationer som en helhet, vilket leder till att beslutsfattandet upplevs enklare. Vidare menar Benner att en sjuksköterska på det högsta kompetensstadiet, expert, inte längre förlitar sig på regler och riktlinjer, utan med sin erfarenhet intuitivt kan uppfatta varje situation och effektivt handla i denna. Att utföra kvalificerade åtgärder i ytterst livshotande akuta situationer, att snabbt uppfatta problem samt att hantera oförutsedda situationer är förmågor som främst hör expertsjuksköterskan till, menar Benner. Detta kan kopplas till informanternas erfarenhet av att en klinisk bakgrund inom akutsjukvården gynnar ett bra arbete i ambulansen.

I studien av Abelson & Lindwall (2012) framkom att sjuksköterskorna upplevde det som fördelaktigt att ha arbetet med akutpatienter inom slutenvården innan de började arbeta prehospitalt. I föreliggande studie påpekades vikten av att ha en bra, klinisk underbyggnad och bland annat framkom det en önskan om att alla som arbetar prehospitalt bör ha arbetet inom slutenvården först.



## **Gemensamt språk**

Av resultatet framkom att ett gemensamt triageringsspråk upplevdes som fördelaktigt och förenklade arbetet. Detta kan diskuteras mot studien av Sollid et. al., (2012) som visar att triagearbetet i samband med terrorattackerna på Utøya tycks ha fungerat bra trots avsaknaden av en gemensam triageringsmall, till följd av att erfaren personal fanns på plats. Författarna lyfter dock fram ett gemensamt triagespråk som någonting positivt som ändå torde vara att föredra i framtiden.

## **Kollegornas betydelse**

Enligt Kompetensbeskrivningen (RAS & SSF, 2012) skall ambulanssjuusköterskan initiera erfarenhetsutbyte mellan kollegor. I studien av Anderson et al., (2006) framkom att erfarna sjuusköterskor bidrog med en känsla av trygghet till sina kollegor samt att mindre erfarna sjuusköterskor gärna vände sig till dem för att be om råd. Även studien av Abelson & Lindwall (2012) visade att många sjuusköterskor upplevde det vara av stort värde att ha en kollega att kunna vända sig till för att få stöd. I denna studies resultat framkom att en faktor till upplevelse av trygghet i triagearbetet var att kommunikationen kollegor emellan fungerade väl. En upplevelse av att vara utelämnad, men ändå aldrig ensam, uttrycktes, och möjligheten att diskutera med kollegor och akuten var något som bidrog till att minska osäkerheten.

## Tänkbara förbättringar

Av resultatet framkom att det fanns utrymme för åtgärder för att underlätta och förbättra triagearbetet i ambulansen. Bland annat önskades tillgång till Melior, ett smidigare journalsystem, gärna via läsplattor, samt att få ut METTS- protokollet som är anpassat för barn samt psykiatriska patienter. Det menades även att METTS borde kvalitetssäkras. Av detta resultat görs reflektionen att det är viktigt med vidare forskning kring triage utifrån METTS, detta för att hela tiden sträva efter ett vidare tänk kring förbättringar.

## Slutsats och kliniska implikationer

Studien resulterade i fyra kategorier; *Fastare struktur*, *Triage i utveckling*, *Triagens subjektivitet* och *Triagens svårigheter*. Av informanterna framkom att METTS var ett fördelaktigt instrument att använda sig av i triageringsarbetet, men att det fanns utrymme för förbättring. Studien visade även att erfarenhet och att klinisk blick var av stor betydelse i triageringsarbetet.

Denna studie har möjligen förbättrat förståelsen för vad specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård har för erfarenheter av sitt arbete med triage, något som eventuellt kan öka medvetenheten hos ambulanspersonalen. Då triage är relativt nytt inom akutsjukvård och med tanke på att det uttrycktes en önskan om systemförbättringar är detta ett ämne som möjligen kräver vidare forskning.

## Referenser

- Abelsson, A & Lindwall, L. (2012). The Prehospital assessment of severe trauma patients performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Trauma*, 20(67), doi: 10.1186/1757-7241-20-67
- 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. *British association of critical care nurses, Nursing in critical care*, 11(3), 136-145.
- Backman, J. (2009). *Rapporter och Uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429-432.
- Farrokhina, N., E Göransson, K. (2011). Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scandinavian Journal of Trauma*, 19(72). doi: 10.1186/1757-7241-19-72
- Graneheim, U.H & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Göransson E, K., Ehrenberg, A., Marklund, B & Ehnfors, M. (2005) Emergency department triage: Is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing*, 14(2), sid. 83-88. doi: 10.1016/j.aen.2005.12.001
- Göransson, K. Eldh, A-C & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Göransson E, K., von Rosen, A. (2009). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18(1), 36-40. doi: 10.1016/j.ienj.2009.10.001
- Jonsson, L. (2009). Ambulansorganisationen. I B- O. Suserud & L. Svensson (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 91-95). Stockholm: Liber AB
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Region Skåne (2009a). *Avtal mellan Region Skåne och Falck Ambulans AB om ambulanssjukvård*. Hämtat den 7 februari, 2012, från <http://avtal.skane.se/HolgerDokument/08/02173/0802173-01Falck.pdf>.
- Region Skåne (2009b). *Avtal mellan Region Skåne och Sirius Humanum Ambulans AB om ambulanssjukvård*. Hämtat den 7 februari, 2012, från <http://avtal.skane.se/HolgerDokument/08/02173/0802173-02Sirius.pdf>.

Region Skåne (2011a). *Triagehandbok 2011*. Lund: Avdelningen för krisberedskap och säkerhet.

Region Skåne (2011b). *Verksamhetsberättelse Triage i Region Skåne år 2010*. Lund: Konsernkontoret/ Avdelningen för krisberedskap och säkerhet.

Region Skåne (2011c). *RETTTS- Det sekundära triaget*. Hämtad 6 februari, 2011, från Region Skåne, [http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen\\_till\\_Vardgivarwebben/Riktlinjer--metoder/Triage/ADAPT\\_-\\_det\\_sekundara\\_triaget/](http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Valkommen_till_Vardgivarwebben/Riktlinjer--metoder/Triage/ADAPT_-_det_sekundara_triaget/)

Riksföreningen för ambulanssjuusköterskor och Svensk Sjuusköterskeföreningen. (2012) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuusköterska med specialistsjuusköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård*.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 30 januari, 2012, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

SOSFS 2009:10. *Socialstyrelsens föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.* Hämtad 30 januari, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

Sollid, S JM., Rimstad, R., Rehn, M., Nakstad R A., Tomlinson, A-E., Strand, T., Heimdal, H-J., Milsen, J-E., Sandberg, M., (2012) Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 20(3). doi: 10.1186/1757-7241-20-3

Stephenson, RJ., Thrasher, C. (2010). Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta- ethnology. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 482-494.

Suserud, B-O & Svensson, L. (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Widgren, B. (2012). *RETTTS. Akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur AB

Widgren, B R & Jourak, M. (2008). Medical Emergency Triage And Treatment System (METTS): A new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *The journal of Emergency Medicine*, 40 (6), 623-628. doi:10.1016/j.jemermed.2008.04.003

Widgren, B R., Jourak, M & Martinius, A. (2008). METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen*, 105 (4), 201-204. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se>

Wilén, I. (2011) *Sjuusköterskors uppfattning om metts, ett svenskt triagesystem, avseende omhändertagande, kommunikation och dokumentation inom akutsjukvården*. Kandidatuppsats, Lunds universitet, Medicinska fakulteten. Från <http://www.lu.se/lup/publication/2531449>

## Intervjuguide

## Bilaga 1 (2)

Ålder?

Antal år inom ambulanssjukvården?

Vilken specialistutbildning?

### **Huvudfråga**

Vilka är dina erfarenheter kring att triagera patienter?

### **Fördjupande frågor**

Fördjupade öppna frågor som ställdes fortlöpande under intervjuens gång. Till exempel:

Hur kände du då?

Kan du utveckla det?

Hur menar du då?

Hur upplever du detta?

### **Ytterligare frågor som ställdes vid behov**

Känner du någon rädsla inför att feltriagera en patient?

Triageras patienterna alltid av ambulanspersonalen?

Tror du att nya sjuksköterskor kan känna sig hjälpta av METTS?

Hur upplever du sambandet mellan egna erfarenheter och att arbeta utifrån METTS?

Upplever du att METTS behöver utvecklas?

## Exempel på analys

## Bilaga 2(2)

Utdrag ur transkription	Kod	Underkategori	Kategori
så får man lita litegrand på magkänslan också, det måste man göra, det går inte att följa bara METTSEN, det gör det faktiskt inte (Informant 4)	Viktigt med magkänsla	Erfarenhet och känsla	Triagets subjektivitet
så tycker jag nog att METTSEN är bra ur det hänseendet, det är väldigt heltäckande, äm, som gör att man kan triagera på ett bra sätt (Informant 10)	METTS bra METTS heltäckande	Positiv med METTS	Fastare struktur
Kunde kanske önska mig att det var bredare, fler frågor (Informant 12).	Önskan om att METTS ska vara bredare	Utveckling av verksamheten	Triage i utveckling
Och tvekar jag själv någon gång så tar jag inte är klar över något så får patienten åka med in för jag chansar inte. Så är det bara. (Intervju 8).	Vid osäkerhet; kör heller in	Osäkerhet och strategier för att hantera detta	Triagets svårigheter