



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning

# Triagesjuksköterskan och RETTS

Sjuksköterskans upplevelse av erfarenhet, tyst kunskap, klinisk blick och intuition vid triagering.

Författare: Elin Rosén och Marie Petersson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2015

# Triagesjuksköterskan och RETTS

Sjuksköterskans upplevelse av erfarenhet, tyst kunskap, klinisk blick och intuition vid triagering.

Författare: Elin Rosén och Marie Petersson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Våren/Hösten 2015

## Abstrakt

Målet med triage på akutmottagning är att uppnå en patientsäker vård där patienterna tas omhand utifrån problemets allvarlighetsgrad. Till sin hjälp har svenska triagesjuksköterskor en triagemodell, RETTS. Syftet med studien är att beskriva triagesjuksköterskans upplevelse av betydelsen av klinisk blick, intuition, tyst kunskap och erfarenhetens inverkan på triagebeslutet. Ett fenomenologiskt angreppssätt har använts och en semistrukturerad intervjustudie har genomförts på två jämnstora akutmottagningar i södra Sverige. I analysen framkom fem övergripande tema: att ha kunskap och erfarenhet, att uppleva med sina sinnen, att uppleva tillit, att uppleva frihet i sitt beslutsfattande och att uppleva sammanhang. Sjuksköterskorna upplever stor frihet att inom ramen för RETTS använda sin erfarenhet, kunskap, intuition och kliniska blick för att triagera patienterna. Slutsatsen som dras från studiens resultat är att arbete med triage kräver en god insikt i de ovan nämnda begreppen och med RETTS som stöd ger detta patienten en säkrare akutsjukvård.

## Nyckelord

tyst kunskap, tacit knowledge, intuition, erfarenhet, triage, RETTS, klinisk blick

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion.....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund.....	5
Aktuell forskning .....	7
Teoretisk referensram.....	8
Syfte .....	9
Metod .....	9
Fenomenologi.....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Förförståelse .....	13
Resultat .....	13
Att ha kunskap och erfarenhet .....	14
Att uppleva med sina sinnen.....	16
Att uppleva tillit .....	17
Att uppleva frihet i sitt beslutsfattande .....	19
Att uppleva sammanhang .....	21
Diskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	23
Metoddiskussion.....	28
Konklusion och implikationer .....	30
Referenser .....	31
Bilaga 1 (4).....	36
Bilaga 2 (4).....	38
Bilaga 3 (4).....	40
Bilaga 4 (4).....	42

## **Introduktion**

Målet med triage på akutmottagning är att nå en effektiv och patientsäker vård där patienten ska få ett optimalt omhändertagande och flödet ska fungera (Ciesielski & Clark, 2007). Detta överensstämmer med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) 2a §, som slår fast att alla patienter som vänder sig till Hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Samtidigt ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vård.

På akutmottagningar i Sverige görs triageringen av legitimerade sjuksköterskor. I vissa fall tillämpas teamtriage där flera olika yrkeskategorier samarbetar i en första bedömning av patienten. Olika typer av triagemodeller eller verktyg kopplas samman med flödesprocesser som tillsammans fungerar med målet att patientens tid på akutmottagningen ska bli så kort som möjligt (Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, 2010).

## **Problemområde**

Triagering är en komplex uppgift där den triagerande sjuksköterskan ska ha ett medicinskt kunnande, ett kritiskt förhållningssätt och en förmåga att analysera situationen korrekt (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Andersson, Omberg och Svedlund (2006) menar att förutom bedömningen av patientens hälsotillstånd påverkas sjuksköterskans triagebeslut av annat, exempelvis störningsfaktorer, arbetsbelastning (overcrowding), kommunikation och samarbete mellan olika professioner.

I SBU-rapporten från 2010 beskriver Statens beredning för medicinsk utvärdering att i en ideal värld kommer två olika triagesjuksköterskor i liknande situationer alltid ta samma beslut, men menar samtidigt att verkligheten inte ser sådan ut. Därför påtalas behovet av utbildning, träning och uppföljning.

Triagesjuksköterskans arbete med bedömning och prioritering av patienter är en komplex arbetsuppgift som ofta utförs under tidpress och stor arbetsbörda på akutmottagningen (Göransson et al., 2008). Runt om i världen finns en rad olika triageverktyg som sjuksköterskan har till sin hjälp vid triagering. Det mest förekommande triageverktyget i Sverige är Rapid Emergency Triage and Treatment System även kallat RETTS. Varje dag

använder sig triagesjuksköterskor runt om i Sverige av RETTS för att bedöma och ta beslut om tusentals patienters behov av akutsjukvård. SBU (2010) beskriver att studier finns gjorda angående RETTS tillförlitlighet med fokus på risk för mortalitet på akutmottagningen eller i nära anslutning efter akutbesöket (ibid). Det saknas forskning kring triagesjuksköterskans upplevelse av användningen av RETTS, upplevelsen kring hur triagesjuksköterskan faktiskt tar sitt beslut om patientens sjukdomstillstånds angelägenhetsgrad av akutsjukvård samt om det finns andra faktorer som påverkar triagebeslutet. Fokus i denna studie har lagts på de faktorer förutom RETTS som påverkar triagebeslutet och hur triagesjuksköterskan upplever triagesituationen från första anblick av patienten till färdigt triagebeslut.

Då inga riktlinjer finns för hur akutmottagningar bör organisera triage och vilken erfarenhet och utbildning som krävs för att triagera är det viktigt att sjuksköterskor är medvetna om i vilka situationer triagemodeller frångås, samt vad som upplevs påverka ett sådant beslut. Anledning är att det i förlängningen kan leda till att patienter ges en annorlunda prioritering än de skulle fått om triageringen inte påverkats av dessa faktorer och att det kan påverka patientsäkerheten negativt (Andersson et al., 2006; Hitchcock, Gillespie, Crilly & Chaboyer, 2014).

## **Bakgrund**

Triage betyder sortera och började som begrepp användas så tidigt som på 1700-talet inom den militära sjukvården. Ursprungligen syftade triage till att ta först hand om den som hade störst chans att överleva och inte främst den med högst militär grad. Inom den moderna civila sjukvården togs systemet upp igen på 1950-talet i USA och spreds därifrån vidare (Enander, Lethvall, Letterstahl & Öhlén, 2007; Göransson et al, 2008). Det behovsbaserade väntetidssystemet med triage på akutmottagning syftar fortfarande till att säkerställa att patienter får vård i rätt tid utifrån det medicinska tillståndets allvarlighetsgrad (Göransson et al., 2008).

Triagering, sortering och prioritering inom akutsjukvården är ett sätt att säkerställa god och säker vård för patienter och dess närstående. Detta är en av akutsjuksköterskans arbetsuppgifter på akutmottagningen (Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Akutmottagningssjuksköterskan som utför triageringen har i bedömningen att ta hänsyn till flera olika variabler, bland annat sökorsak och vitala

parametrar. Dessa variabler tillsammans leder till patientens prioritering, det vill säga angelägenhetsgrad och risk för potentiellt livshotande tillstånd vid det aktuella akutbesöket (Andersson et al., 2006; SBU, 2010). Blom (2015) visar på att antalet vårdplatser på Sveriges sjukhus har minskat drastiskt de sista åren samtidigt som antalet patienter som söker vård på akutmottagning har ökat. Detta resulterar i att akutmottagningarna blir hårt belastade. Hård belastning på akutmottagningarna ger konsekvenser för vården som bedrivs i form av brister i dokumentation, övervakning av patienter, information och kommunikation mellan vårdtagare och patienter men även vid prioriteringen av patienten. Att prioriteringen av patienten påverkas beror främst på att den triagerande sjuksköterskan hellre skriver in patienten på akutmottagningen än hänvisar till annan vårdnivå och att detta beror på sjuksköterskans hårda arbetsbelastning i form av tidspress vid triagering (ibid).

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) skapades på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg 2003. RETTTS var ursprungligen ett forskningsprojekt syftande till systematiskt och standardiserad identifiering av patienter i behov av akutsjukvård. Fokus lades på att identifiera patienter som av medicinska skäl med låg risk för komplikationer kan vänta på akutsjukvård eller med hög risk för komplikationer inte kan vänta på akutsjukvård (Widgren, 2012). Under 2004 gjordes ett antal utvärderingar av RETTTS som föll väl ut med hög sensitivitet, vilket ledde till att RETTTS infördes som triageverktyg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2005 (Widgren, Jourak & Martinius, 2008; Widgren, 2012).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2010) menar att tillförlitligheten till triagesystem så som RETTTS är otillräcklig då det vetenskapliga underlaget för att bedöma triageskalans förmåga att korrekt förutsäga behovet av akut handläggning och hänvisning från akuten till annan vårdnivå inte enbart kan beslutas på basen av triagenivå.

Enligt Göransson et al. (2008) är det avgörande att triageverktyget är tillförlitligt, säkert och evidensbaserat för att den triagerande sjuksköterskan ska känna sig trygg i sitt arbete. RETTTS är baserat på objektiva variabler som symtombild och vitala parametrar. Subjektiva variabler så som den triagerande sjuksköterskans intuition, kliniska blick, kunskapsbas och erfarenhet finns inte beskrivna som variabler inom RETTTS triageverktyg.

Subjektivitet kan vara en risk och bör undvikas. Istället bör standardisering vara målet menar Vatnøy, Fossum, Smith och Slettebø (2013). Göransson et al. (2008) menar att medvetenhet vad gäller triagesjuksköterskans tankeprocess, hur beslut fattas och på vilka grunder, är

nödvändig för att på rätt sätt bedöma vilka förmågor och vilken utbildning en triagesjuksköterska ska inneha (ibid).

### *Aktuell forskning*

Akutmottagningstriage har runt om i världen de senaste 10 åren utvecklats allt mer mot standardisering och mot användandet av standardiserade triageskalor likt RETTS (Vatnøy et al., 2012). Trots detta visar aktuell forskning att det fortfarande är oklart vilken utbildning och erfarenhet som krävs hos sjuksköterskan som utför triageringen (Fitzgerald, Jelinek, Scott & Gerdtz, 2010). Forskningen visar även att flera olika modeller för kliniskt beslutsfattande är applicerbara på det specifika kliniska beslutsfattandet som gäller triagesjuksköterskans arbetsområde (Noon, 2014; Reay & Rankin, 2013; Smith, 2013).

Betydelsen av den triagerande sjuksköterskans erfarenhet för träffsäkerheten vid triage har varit föremål för diskussion i olika studier. Delade meningar råder. Å ena sidan betraktas erfarenhet och kunskap som viktiga faktorer (Hitchcock et al., 2014). Dessa faktorer tillsammans med sunt förnuft, känsla för det väsentliga och förmåga att rationalisera bidrar till sjuksköterskans möjlighet att fatta snabba beslut (Cone & Murray, 2002; Evans, 2005). Å andra sidan visar sig inte utbildning och erfarenhet ha någon avgörande betydelse för korrektheten i triagebedömningarna om inte utbildningen är inriktad mot en specifik triagemodell. Det är snarare så kallad procedurkunskap, det vill säga följsamhet till triageverktyg och protokoll som bestämmer träffsäkerheten (Considine, Botti & Thomas, 2007). Samtidigt visar Forsman, Forsgren och Carlström (2012) att triageverktyg inte helt kan ersätta en erfaren sjuksköterskas kunskaper i triagesituationen, men att triageverktyget ses som en hjälp. Tidigare forskning visar även på att den triagerande sjuksköterskan bör inneha god intuition, god kommunikativ förmåga, förmåga att fatta snabba beslut och en hög nivå av stresstålighet (Considine et al. 2007; Gerdtz & Bucknall, 1999; Smith & Cone, 2010).

Paralleller till god kommunikationsförmåga och intuition kan dras till det Larsson, Palm och Rahle Hasselbach (2008) och Zani, Marcon, Tonete och Parada (2014) beskriver kring verbal och icke-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen ställer frågor, sammanfattar, speglar känslor, uppmuntrar och parafraserar och den icke-verbala kommunikationen förstärker den verbala kommunikationen via kroppshållning, kroppsrörelser och fysisk beröring. Icke-verbal kommunikation är kommunikation som inte uttrycks med ord utan av bland annat tonfall, blick, gester, minspel och beröring (ibid).

### *Teoretisk referensram*

En modell för kliniskt beslutsfattande är den intuitiva-humanistiska modellen beskriven av Patricia Benner (1993). Grunden består i att sjuksköterskan under sin yrkesverksamhet genomgår olika utvecklingsstadier, från novis via avancerad nybörjare, kompetent och skicklig till expert. I det sista steget, expert, har sjuksköterskan uppnått det som kallas ”veta hur”-kunskap (know how). Denna kunskap är erfarenhetsbaserad, det vill säga kunskap i handling, praktisk kunskap och kan likställas med intuition. Motsatsen ”veta att”-kunskap (know that) är grundad i den teoretiska kunskap och det inlärningsbaserade kunnandet som används av sjuksköterskor som inte har kommit upp i de erfarenhetsmässigt högre stadierna (Benner 1993; Benner, Tanner & Chesla, 1999; Considine et al., 2007; Gerdtz & Bucknall, 1999). Det som intuition tillför i expertsjuksköterskans patientbedömning är koppling mellan att upptäcka små nyanserade skillnader i exempelvis allmäntillstånd och direkt överföra detta till en reflexmässig handling utan eftertanke. Det kliniska resonemanget baseras både på generaliseringar och förståelse för specifika situationer och båda dessa bottnar i lång erfarenhet (Benner et al., 1999; Evans, 2005).

Begreppet tyst kunskap myntades av filosofen Michael Polanyi. Innebörden av begreppet är att vi som människor omedvetet förvärvar kunskap om allt runt omkring oss och att den kunskapen tas för given när väl den finns (Polanyi, 1983). Sjuksköterskans tysta kunskap förvärvas genom erfarenhet och används dagligen i det kliniska beslutsfattandet, mycket likt den intuition som beskrivs av Benner (1993). Sjuksköterskor som agerar på basen av tyst kunskap kan ofta inte precisera vad som drev dem till handling, de bara handlar - reflektoriskt och erfarenhetsmässigt. De kan inte heller alltid beskriva eller förmedla denna kunskap vidare till andra (Carlsson, Drew, Dahlberg & Lützen, 2002).

Benner (1993) beskriver att expertsjuksköterskan använder intuition i bedömningen av patienten. En intuition som kan vara svår att beskriva på ett klart sätt och där synonymer som magkänsla och sjätte sinne gör att den ses som ovetenskaplig och alltför komplex att beskriva och förlita sig på (Evans, 2005). När intuition kan kopplas samman med erfarenhet och tyst kunskap och tillsammans bildar den kliniska blick som sjuksköterskan väger samman, går det att försvara dess användning i en triagesituation. Här blandar triagesjuksköterskan förmåga att känna igen mönster från tidigare patientfall med erfarenhet, utbildning och en undermedveten känsla till ett väl underbyggt beslut gällande patientprioriteringen (Evans, 2005; Lyneham, Parkinson & Denholm, 2008; Smith & Cone, 2010).



Göransson, Ehnfors, Fonteyn och Ehrenberg (2007) menar att den triagerande sjuksköterskans beslutsfattande i triagesituationen är komplex och beroende av färdigheter som sjuksköterskan besitter. Mer forskning om vilka färdigheter som har störst betydelse i triagesituationen efterfrågas (ibid). Det är viktigt att undersöka hur sjuksköterskorna upplever att intuition, klinisk blick, kunskapsbas/tyst kunskap och erfarenhet används i förhållande till RETTS vid triagesituationen då det kan påverka omhändertagandet av den enskilda patienten på akutmottagningen.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse av hur intuition, klinisk blick, tyst kunskap och erfarenhet påverkar triagebeslutet vid triagering med RETTS.

## **Metod**

I föreliggande studie har författarna valt en kvalitativ ansats med utgångspunkt i deskriptiv fenomenologi. Kvale och Brinkmann (2014) menar att kvalitativa studier fokuserar på att förstå upplevelser, begrepp och fenomen genom att få tillgång till människors personliga erfarenheter (ibid).

## **Fenomenologi**

Fenomenologin som forskningsmetod har som mening att presentera världen utifrån hur den upplevs av enskilda personer. Fokus ligger på det subjektiva värdet i människors upplevelser (Cresswell, 2013; Friberg & Öhlén, 2012; Malterud, 2014; Rosberg 2012). Fenomenologi som filosofi växte fram i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet som en reaktion på den ensidiga tron på naturvetenskap som den absoluta sanningen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2001, Giorgi, 2005). Följande nyckelord karakteriserar den halvstrukturerade kvalitativa intervjun ur ett fenomenologiskt perspektiv: livsvärld, mening, det kvalitativa, det deskriptiva, det specifika, medveten naivitet, fokusering, mångtydighet, förändring, känslighet, mellanmänsklig situation och positiv upplevelse (Kvale & Brinkmann, 2014).

En fenomenologisk kvalitativ forskningsintervju fokuserar på att förstå ämnen från den levda vardagsvärlden utifrån den intervjuades eget perspektiv (Cresswell, 2013; Malterud, 2014). Målet är att klargöra innebörden och förståelseformen av de undersökta fenomenen. Genom att tillämpa fenomenologisk reduktion sätts den vanliga innebörden av och den vetenskapliga

förkunskapen om fenomenet inom parentes för att beskrivningen av fenomenet ska vara förutsättningslös (Cresswell, 2013).

Författarna av denna studie anser att valet av en fenomenologisk kvalitativ forskningsintervju passar ändamålet med studien då det subjektiva värdet i triagesjuksköterskans upplevelser kring triagesituation och triagebeslut ligger i fokus.

## Urval

Inkluderingen till föreliggande studie gjordes genom ett strategiskt urval i form av att de sjuksköterskor som tillfrågades om deltagande skulle ha arbetat med triagering och vara förtrogna med att använda RETTS som triageverktyg. Någon tidsgräns sattes inte för hur länge de skulle ha arbetat som sjuksköterska eller på akutmottagning. Det var inte heller avgörande om de var grund- eller specialistutbildade sjuksköterskor. Verksamhetscheferna tillfrågades brevlades om deltagande var möjligt för sjuksköterskorna på dennes akutmottagning, *Bilaga 1 och 2*. Efter godkännande att genomföra studien från verksamhetscheferna på de båda akutmottagningarna delades informationsbrev och samtyckesblankett ut till samtliga sjuksköterskor på de båda akutmottagningarna som var aktiva med triagering och förtrogna med RETTS, *Bilaga 3*. De fick läsa igenom informationsbrevet i lugn och ro för att sedan, om intresse fanns att delta, lämna den påskrivna samtyckesblanketten i ett förseglat kuvert i respektive författares postfack.

Undersökningsspersonerna fick i samband med informationsbrevet veta hur urvalet skulle ske och på så sätt var de beredda på att de eventuellt inte skulle komma att väljas till intervju. Eftersom författarna hade svårt att avgöra hur mycket intervjutid de skulle få ihop, då pilotintervjun var kort, beslutades att alla som lämnat intresseanmälan skulle tillfrågas om intervju. En dag bestämdes på vardera akutmottagning för intervjuer och bortfall och tillkomst av undersökningsspersoner fick styras utefter det. På den ena akutmottagningen visade 18 sjuksköterskor intresse av att vara med i studien. 16 av dessa intervjuades, två av sjuksköterskorna deltog inte beroende på att de inte hade möjlighet att komma på utsatt intervjutid. På dagen för intervju fanns 11 bokade intervjuer. Ytterligare fem sjuksköterskor visade intresse för att delta samma dag och skrev på samtyckesblanketten i samband med intervjun. På den andra akutmottagningen hade 9 sjuksköterskor visat intresse av att delta. På dagen för intervju fanns ytterligare två tillgängliga och visade intresse att delta. De läste samtyckesblanketten och skrev under denna innan intervjuerna genomfördes.

## **Datainsamling**

Föreliggande studie baserades på intervjuer med 27 sjuksköterskor verksamma på två jämnstora akutmottagningar i södra Sverige. I studien har en fenomenologisk kvalitativ intervjuemetod använts med fokus på att förstå intervjupersonernas upplevelse av att triagera patienter på akutmottagning. Halvstrukturerade kvalitativa intervjuer har genomförts enligt en intervjuguide som fokuserar på temat. Frågorna har fritt ställts utan någon specificerad ordning. Författarna har anpassat ordningen till hur informanten svarat utan att störa flödet i intervjun. Till frågorna har följdfrågor kopplats med syftet att fördjupa svaren och föra intervjun vidare (Cresswell, 2013; Danielsson, 2014; Malterud, 2014). Författarna har använt sig av diktafon för ljudupptagning under intervjuerna. Intervjuerna numrerades 1 till 27. Senare transkriberades intervjuerna från ljudupptagning till utskrift ordagrant. Ingen bias förelåg under studiens gång då författarna valde att inte intervjua sina egna kollegor.

En pilotintervju har genomförts för att testa frågorna och den gav författarna möjlighet att justera och lägga till följdfrågor för att ytterligare fördjupa svaren samt en chans att öva på att vara intervjuare (Danielsson, 2014). Materialet från pilotintervjun ingår inte i studien.

## **Analys av data**

Analysen utfördes genom att använda Giorgis deskriptiva fenomenologiska metod (Cresswell, 2013; Polit & Beck, 2010; Rosberg, 2012). Efter utskrift av intervjuerna lästes de igenom av båda författarna flera gånger för att få en omedelbar känsla för helheten i informantens upplevelse i enlighet med första steget i den deskriptiva fenomenologiska analysen, *intuiting*. Genomläsningen gjordes förutsättningslöst och fokuserade på fenomenet relaterat till föreliggande studies syfte; att förstå *upplevelsen*. I steg två söktes mönster i det utskrivna materialet som svarade på utvidgade frågor fokuserande på syftet; *intuition, klinisk blick, tyst kunskap och erfarenhet*. Dessa stycken och meningar markerades med olika färg i den utskrivna texten, kondenserades till kluster och lades därefter till kategorier, konstituenten (steg tre) och sedan till teman (steg fyra). Målet med en beskrivande ansats är att få fram det som utmärker fenomenet, själva essensen i undersökningspersonernas beskrivningar, utan att som författare låta sig påverkas av tidigare erfarenheter eller förförståelser, *bracketing* (Danielsson, 2014; Polit & Beck, 2010; Rosberg, 2012).

## Forskningsetiska avvägningar

Den kvalitativa forskningsmetoden innebär möten mellan människor där värderingar och normer utgör viktiga element i kunskapen som utbytes och utvecklas. Därför är det viktigt att forskarna känner till de speciella etiska utmaningar denna typ av forskning medför (Malterud, 2014).

Syftet med intervjuundersökningen övervägdes med hänsyn till det vetenskapliga värdet av den eftersträlvade kunskapen. Nyttan med studien var att belysa triagesjuksköterskans komplexa arbetsituation. Vikt lades vid att undersökningspersonerna före, under och efter intervjusituationen inte skulle få några personliga konsekvenser i och med deltagandet i studien. Författarna bedömde risken för personliga konsekvenser som liten då särskilda åtgärder vidtagits i form av att författare och undersökningsperson inte hade någon personlig anknytning till varandra och att ingen av undersökningspersonerna skulle kunna pekats ut som enskild person eller i grupp i det presenterade arbetet. På så sätt bedöms nyttan med studien överväga risken för undersökningspersonen.

Etisk prövning söktes hos och det gavs ett rådgivande yttrande från den Vetenskapliga etiska nämnden (VEN, ref. nr. 43-15) vid Lunds universitet. Godkännande inhämtades från verksamhetschef på respektive akutmottagning innan sjuksköterskorna kontaktades och tillfrågades om deltagande i studien. Deltagandet skedde på frivillig basis och kunde när som helst avbrytas. Undersökningspersonerna försäkrades konfidentialitet både skriftligt och muntligt inför intervjun. I det skriftliga dokumentet (*Bilaga 3*) som var och en av undersökningspersonerna fick fanns en samtyckesblankett som ifylldes innan intervjuns start. För att motverka intervjuarbias delades de upp i två grupper där intervjuaren och undersökningspersonen inte hade någon personlig anknytning till varandra. Syftet med detta var att inte på något sätt styra eller påverka undersökningspersonerna. Hanteringen av det insamlade materialet sköttes med konfidentialitet gentemot undersökningspersonerna och materialet hölls och kommer att hållas otillgängligt för utomstående.

Undersökningspersonernas konfidentialitet garanterades i det utskrivna materialet och i den färdiga uppsatsen, både enskilt och i grupp. Författarna har under arbetets gång strävat efter att på ett tydligt sätt redovisa undersökningspersonernas uppfattningar och vara trogna intervjumaterialet i redovisningen.

## Förförståelse

Förförståelse innebär att författarna har erfarenhet och kunskap rörande det område som är tänkt att beforskas. Det är viktigt att som författare ha vetskap om sin egen förförståelse innan arbetet påbörjas för att vidare under arbetets gång kunna hantera eventuella svårigheter kopplade till detta (Malterud, 2014). De båda författarna är väl förtrogna med både triage och RETTS. En nyfikenhet har länge grott hos författarna huruvida det finns andra faktorer som påverkar triageringen än RETTS och vad det i så fall är för faktorer och på vilket sätt triagesjuksköterskan upplever dessa faktorer påverkan på triageringen. Nyfikenheten kan ses som en tillgång eftersom den var grunden till uppsatsarbetet, men även som en belastning, fram för allt i analysfasen av arbetet då risken är att resultatet speglar författarnas egen förväntan i ämnet.

## Resultat

På de två akutmottagningarna genomfördes 27 intervjuer med den sammanlagda intervjutiden av 8 timmar och 25 minuter. I sjuksköterskegruppen fanns varierande erfarenhet. Erfarenheten av arbete som sjuksköterska varierade mellan 1½ och 40 år och vad gällde arbete på akutmottagning och i triage mellan 1½ och 26 år, då med olika varianter av beslutsstöd eller liknande innan RETTS infördes år 2009-2010 på de båda akutmottagningarna.

I intervjuerna framkom att undersökningspersonerna hade fått varierande inskolning och utbildning både i RETTS-systemet och i tillvägagångssättet för triage på de aktuella akutmottagningarna. Det var även olika vilken brevidgång undersökningspersonerna fått och hur länge de hade arbetat på akutmottagningen innan de ansågs vara redo att triagera. Introduktionen till triagearbetet var individuellt utformad och berodde i hög grad på tidigare personlig erfarenhet och utbildning. Hur snabbt som de introducerades i triagen efter att ha börjat arbeta på akutmottagningen berodde till största del på när den enskilda personen eller ledningen ansåg personen redo, men även på nödvändighet såsom som vid personalbrist och sommarsemestrar.

I intervjumaterialet framkom fem övergripande teman fokuserande på upplevelsen av att triagera patienter på akutmottagning.

- att ha kunskap och erfarenhet
- att uppleva med sina sinnen
- att uppleva tillit
- att uppleva frihet i sitt beslutsfattande
- att uppleva sammanhang

### **Att ha kunskap och erfarenhet**

Begreppet klinisk blick tolkades i kontexten att ha kunskap och erfarenhet utifrån undersökningspersonernas subjektiva upplevelse av begreppet. Klinisk blick betydde olika för olika undersökningspersoner och bottnade både i kunskap och erfarenhet, men även i en sinnesupplevelse. De beskrev att erfarenhet, att ha upplevt liknande situationer tidigare, kopplad till teoretisk kunskap spelade avgörande roll för bedömningen av patienten.

*...Har du varit med om en liknande situation tidigare så har du ju också kunskap om att veta vilka risker det finns och vad som kan hända med den här patienten och därefter sätta prioritering utefter det då... (Undersökningsperson 2)*

De menade även att kombinationen av kunskap och erfarenhet hjälpte dem i beslutsfattande rörande patientens prioritering. I förhållande till detta menade undersökningspersonerna att några år i yrket var viktigt för att kunna triagera rätt.

*...Som nyfärdig sjuksköterska så har man kanske inte erfarenhet av patienterna, men att man har erfarenhet och eventuellt den här kliniska blicken så kanske det är symptom som man skulle missa i sådana fall, om man har inte har varit med ett tag... (Undersökningsperson 12)*

Det visade sig att sättet att förhålla sig till RETTS på andra akutmottagningar än de som var aktuella för studien skiljde sig åt i aspekten kring hur mycket personlig erfarenhet och kunskap borde spela in i triagebedömningen.

*...Man litade ganska mycket till RETTS där och man hade väl lite tankesättet att bara man läser i RETTS så skulle vem som helst kunna triagera egentligen... (Undersökningsperson 5).*

Vidare upplevde undersökningspersonerna det som ständigt lärande att arbeta som sjuksköterska. Lärdom kunde dras både genom egen fortbildning, men framförallt genom att se och lära av andra.

*...Man kan ju inte bara vara självlärd heller, det kan ju bli lite farligt, så att erfarenhet måste ju hela tiden vara i kombination med att man uppdaterar sig, det tycker jag är väldigt viktigt... (Undersökningsperson 16)*

Undersökningspersonerna pekade på att erfarenheten av yrket och i den specifika situationen inte kunde ersätta den inlärd teoretiska kunskapen, men att de båda i kombination gav ett vidare helhetsintryck.

*...Erfarenheten är ju det som gör att du får din kliniska blick. Jag tror inte att det är så många som kanske har, det är säkert många i början av sin sjuksköterskekarriär som är väldigt observanta, men jag tror att, tittar jag på mina kollegor så ser jag ju den kliniska blicken hos dem som jobbat här i 25 år och som jag lär mig av att se hela tiden, försöker titta på vad de ser... (Undersökningsperson 8)*

Erfarenheten och kunskapen kopplades samman till tyst kunskap för några av undersökningspersonerna, en kunskap som kunde vara svår att förmedla till andra då den inte gick att ta på och beskriva.

*...Tyst kunskap, ja, det är det jag vet men jag kanske inte vet att jag vet det... (Undersökningsperson 19)*

Undersökningspersonerna talade om tyst kunskap som ett abstrakt vetande utan någon given förklaring. Den tysta kunskapen som begrepp var inte alla bekanta med, men även de kunde uppleva att det var något i deras inre som sade till dem att något var fel eller avvikande och på så vis kunde denna upplevelse ge guidning i hur de skulle agera. Undersökningspersonernas upplevelse var att den tysta kunskapen ofta kopplades ihop med erfarenhet som begrepp och att just den tysta kunskapen var något de förvärvade sig genom erfarenheten i yrket och från särskilda situationer.

*...Det hör ihop med erfarenhet i min värld, så att det är inte någonting som man kan lära sig i en lärobok. Det är någonting man får med... learning by doing... alltså...*  
(Undersökningsperson 24)

### **Att uppleva med sina sinnen**

Det framkom i intervjuerna att upplevelse med sina sinnen var en viktig faktor vid triagering av patienter på akutmottagning. Under temat uppleva med sina sinnen beskrevs klinisk blick, tyst kunskap och intuition som begrepp av de olika undersökningspersonerna där dessa tolkades på ett subjektivt sätt. Det framkom att klinisk blick var ett viktigt begrepp hos undersökningspersonerna under tolkningen att uppleva med sina sinnen. Klinisk blick förekom även i de andra kontexterna utifrån undersökningspersonernas egen subjektiva upplevelse kring begreppet.

*...Klinisk blick är att se på en människa att den inte mår bra fast den inte uttrycker det...* (Undersökningsperson 24)

*...Den kliniska blicken är ju det när man ser patienten, den upplevelse man får innan man har tagit vitala parametrar och ja, intervjuat patienten, känslan av vad man får. Man observerar hur patienten ser ut, ter sig, färg...* (Undersökningsperson 1)

Undersökningspersonerna upplevde att de använde sig av sina sinnen för att bilda sig en uppfattning om patientens tillstånd. Intrycken de fick av patienten beskrevs som omedelbara, att de kom från det undermedvetna, var svåra att ta på och beskriva exakt.

Undersökningspersonerna var överens om att triagebedömningen tog sin början redan vid första anblicken av patienten i väntrummet.

*...Jag möter alltid upp patienten och redan där de få sekunderna man ser när de kommer in i triagen så har man ju redan bildat sig en uppfattning om det är akut eller inte akut...*(Undersökningsperson 27)

Undersökningspersonerna använde sig av sinnesintrycken för att snabbt bilda sig en uppfattning om hur de vidare behövde agera. Begreppen klinisk blick, intuition och tyst



kunskap var faktorer som inte upplevdes kunna ignoreras. Undersökningspersonerna upplevde att den känsla de fick vid patientmötet inte gick att bortse ifrån.

### **Att uppleva tillit**

Att uppleva tillit i triagesituationen framträdde tydligt i undersökningspersonernas berättelser. Tilliten var riktad både till sin egen person, sina kollegor och till RETTS-systemet.

Framst avspeglades tilliten genom trygghet och säkerhet i den egna bedömning av patienten i förhållande till RETTS, ett system som upplevdes fyrkantigt och som flera av undersökningspersonerna såg på med viss misstro.

*...Vi har ju en tydlig mall för hur vi ska göra, men man måste ju ändå, man går ju också på sin erfarenhet och kliniska blick, intuition och känsla och så där...*

(Undersökningsperson 4)

Undersökningspersonerna menade att RETTS i sig var ett tydligt instrument men kunde ibland uppleva det som trubbigt och svårhanterat då det uteslöt det subjektiva tänkandet. De upplevde att erfarenhet, klinisk blick och intuition var betydande faktorer i triagebeslutet och att RETTS skulle användas som ett stöd för triagebeslutet.

*...Sen kan vi ju följa RETTS slaviskt när vi beslutar om patienten ska vara här... men om man bara skiter i RETTS och tänker till så kan man använda den som ett litet stöd. Det är ju så vi jobbar på akutmottagningen... (Undersökningsperson 19)*

I de fall undersökningspersonerna frångick prioriteringen enligt RETTS upplevde de en trygghet i att göra detta i och med att de motiverade det inför sina kollegor. Där upplevde de att det fördes en dialog som gagnade patienten. Undersökningspersonerna upplevde att det kunde vara svårt att förmedla känslan de fått för patienten verbalt men att kollegorna oftast förstod vad de menade.

*...Däremot måste man veta varför man gör det, stå för sin sak. Kunna förklara varför man har gjort den bedömning man har gjort, det är inte alltid så lätt när man har bara en känsla att man säger att "det känns som det" det är ju väldigt tafatt... men*

*det tycker jag ändå att vi gör och kan göra, även om man ibland får motivera det väldigt väl för att det ska förstås liksom... (Undersökningssperson 2)*

Samtidigt fanns det andra som satte sin tillit till RETTS-systemet framför tilliten till sig själv. RETTS användes som ett komplement till egen förmåga.

*...Jag tycker att RETTS är väldigt bra att använda, oftast tänker man nånting själv och så kan man få lite hjälp av RETTS att ställa ytterligare några frågor som är viktiga som man kanske inte alltid har med sig i bakhuvudet så sätt, då kan man ändå på nåt sätt hitta detta... (Undersökningssperson 5)*

Bland undersökningsspersonerna kunde det ses att de med få år i yrket oftare förlitade sig mer på RETTS än på sina egna förmågor medan det upplevdes som att hos de som hade många år i yrket ofta förlitade sig helt på sina egna förmågor och använde RETTS som ett stöd. Hos undersökningsspersonerna fanns upplevelsen att deras egen uppfattning och vad RETTS visade på ofta stämde överens.

*...Det är väl ibland man har en känsla eller intuition som du säger, att den kliniska blicken säger något annat än vad RETTS visar. Men jag tycker ändå att för det mesta stämmer den ändå väl överens... (Undersökningssperson 12)*

Upplevelsen av tillit till sin egen förmåga relateras av undersökningsspersonerna till kunskap och erfarenhet. Ett mönster framträdde att undersökningsspersonerna ändå upplevde att triageresultatet hängde på den enskilda individens förmåga.

*... Jag tror att man måste ha jobbat ett par år innan man börjar bedöma och känna sig trygg i sin roll som sjuksköterska för att kunna ta de svåra beslut som görs i triagen varje dag... (Undersökningssperson 8)*

Säkerhet och trygghet upplevdes som viktiga faktorer av undersökningsspersonerna. Mer erfarenhet och kunskap gav en ökad tillit till personlig förmåga men även en ökad benägenhet att frånga systemet eller att inte fullt ut förlita sig på det, utan bara ha det som ett hjälpmedel.

## Att uppleva frihet i sitt beslutsfattande

Att uppleva frihet i sitt beslutsfattande var något som framkom hos undersökningspersonerna som en viktig faktor för triagesjuksköterskans yrkeskunnande och yrkesstolthet.

*...Även om jag tycker RETTS är ett ganska bra system och det är jättebra för kollegor med lite mindre erfarenhet kanske eller som inte har sett så mycket och inte känner sig trygg och har då detta att luta sig emot och det är fördelen med RETTS. Men det hänger på individen... (Undersökningsperson 15)*

RETTS uppfattades som ett bra hjälpmedel vid triageringen men att systemet ibland kunde uppfattas alltför öppet för egen tolkning gällande vissa begrepp så som bland annat immunosuppression, allmänpåverkan och vegetativa symtom. Undersökningspersonerna hade önskan om standardiserade mallar och riktlinjer för att begreppen kring RETTS inte skulle kunna tolkas olika av olika sjuksköterskor. Vissa av undersökningspersonerna upplevde att de inte kände sig förtrogna med dess innebörd.

*...I vissa tillstånd är ju RETTSen väldigt grov och klumpig. Man måste ju använda andra verktyg för att hitta rätt och se vem som är sjukast... (Undersökningsperson 17)*

De andra verktygen som undersökningspersonerna menade innefattade sjuksköterskans subjektiva kunskaper och egenskaper i form av teoretisk kunskap, klinisk blick, erfarenhet, tyst kunskap och intuition.

*...Det står en allmänpåverkad patient, och det är t ex en tolkningsfråga, tycker jag vad det innebär. För någon kanske det är att man är jättepåverkad, men för vissa kanske det är att man visar tecken att man inte ter sig som vanligt eller bara är påverkad på något sätt... (Undersökningsperson 5)*

Undersökningspersonerna beskrev i stor grad friheten att göra egna bedömningar baserat på sin erfarenhet, kliniska blick och intuition och att RETTS användes som ett hjälpmedel för att nå den slutgiltiga prioriteringen av patienten.

Enligt undersökningspersonerna rådde det god acceptans och tillit till kollegorna då triagesjuksköterskan valde att frånga RETTS för att ge en högre prioritering än den som RETTS angav. Ju mer erfaren den triagerande kollegan var desto större var benägenheten att lita på den bedömning som gjorts.

*...Ja, det hänger ju lite på hur länge den personen har jobbat, eller om man känner varandra och skulle en erfaren kollega som säger att den har en magkänsla om att det här är något lurtt, den här patienten den ska vi ta in, så litar jag på det 100 %...*

(Undersökningsperson 15)

Det fanns generellt en stor acceptans till de erfarna kollegornas frihet i sina bedömningar men också en tillit och ett öppet klimat över hela kollegiet. Undersökningspersonerna upplevde tilliten som kollegor hade till varandra gav dem stor frihet i arbetet.

*...Jag upplever att vi har en bra atmosfär där vi kan lita på varandra i bedömningen...*

(Undersökningsperson 20)

Prioriteringsbesluten där triagesjuksköterskan frångick RETTS baserade sig till stor del på triagesjuksköterskans kliniska blick och intuition. Det framgick bland undersökningspersonerna att det är viktigt att försöka sätta ord på de faktorer som prioriteringen baserades på för att kollegor och läkare skulle förstå vad det var som gjorde att prioriteringen blev som den blev.

*...Min känsla och min kunskap eller min erfarenhet säger mig att den här patienten är sämre än en gul patient, som den blir kanske då utifrån RETTS och jag priar upp den. Åh, då gör jag ju det utifrån min kompetens...*

(Undersökningsperson 19)

Undersökningspersonerna upplevde en frihet i sitt beslutsfattande att kunna frånga RETTS då deras kunskap och erfarenhet sade något annat i form av tillit till sin egen yrkeskompetens.

*...Ja, det är ok att frånga RETTS men man måste kunna försvara det. Man måste ha belägg och har man gjort en felbedömning och frångått det så har du inte så mycket stöd i ryggen...(Undersökningsperson 24)*

Undersökningspersonerna upplevde att om de gjort en felbedömning var de ensamma om sitt beslut. De upplevde att de inte hade något stöd och att det var stödet från ledningen som saknades då de gjort avsteg från riktlinjerna enligt RETTS. Detta var inget som gjorde att undersökningspersonerna kände sig hämmade i sin yrkesutövning.

*...Man får tänka till. Vi är ju de mest kompetenta. Det är ju inte RETTS-pärmen, tycker jag... (Undersökningsperson 19)*

Undersökningspersonerna poängterade att RETTS och triagesjuksköterskans egen uppfattning om patientens tillstånd till stor del överensstämde med varandra men de gånger de inte stämde överens var det accepterat att triagesjuksköterskan baserade sin bedömning på klinisk blick, erfarenhet, kunskap och intuition. Detta var vanligt förekommande både hos de triagesjuksköterskor som arbetat både kortare och längre period med triage. Hos de som hade arbetat en längre period med triage fanns en större självsäkerhet och tilltro till sitt eget yrkesutövande än hos de triagesjuksköterskor som arbetat kortare period med triagearbete.

### **Att uppleva sammanhang**

Undersökningspersonernas upplevelse av hur det var att triagera handlade till stor del om att söka mönster i det patienten berättade. De kopplade sedan det till sin egen kunskap och erfarenhet för att finna ett sammanhang och få en helhet som mynnade ut i triageringen av patienten.

*...Liksom helhetsperspektivet på hur du ser på patienten, hur du uppfattar det så som situationen utspelar sig och det som du hör när patienten berättar och ser att det blir liksom helheten... (Undersökningsperson 2)*

Undersökningspersonerna kopplade även intuition, klinisk blick och tyst kunskap till kunskap och erfarenhet för att nå helhetsintrycket av patienten och på så vis göra en korrekt bedömning.

*...När patienten kommer in att man ser, eller att man ser helheten, att man ser saker som inte berättas utan att man ändå lägger märke till saker patienten inte själv tänker på... (Undersökningsperson 4)*

Lika viktigt som att hitta mönster och få sammanhang i patientens berättelse och hur de tedde sig i triagesituationen var det att hitta det som avvek. Att se och känna igen det som störde helheten. Upplevelsen var att undersökningspersonerna kopplade detta både till sin formella omvårdnadsmässiga och medicinska kunskap likväl som till sin kliniska blick och intuition. Undersökningspersonerna upplevde just känslan av att helheten inte gick ihop som ett alarmerande tecken för patientens hälsa och det var något undersökningspersonerna tog på största allvar. Ofta mynnade detta ut i att patienten fick en högre prioritet än den som RETTS angav och att undersökningspersonen var noga med att förmedla sina fynd till kollegorna som skulle ha fortsatt ansvar för patienten.

*...Ofta handlar det om att jag inte får ihop det. Man kan inte få ihop det man ser med det som man mäter eller det man läser. Det stämmer inte överens med det som jag har framför mig... (Undersökningsperson 6)*

Att uppleva sammanhang mellan klinisk blick, erfarenhet, tyst kunskap och intuition var något som framträdde tydligt i undersökningspersonernas beskrivningar av begreppen under intervjuerna. Vilket av begreppen som hade störst vikt visade sig vara olika för undersökningspersonerna. En betydande del ansåg att erfarenhet var viktigast av dessa begrepp. Andra ansåg att den kliniska blicken var viktigast. Undersökningspersonerna upplevde även att erfarenhet och klinisk blick var nära besläktade med varandra. Några tyckte att klinisk blick och intuition var nära besläktade med varandra. En del andra ansåg att erfarenhet och klinisk blick var nära besläktade. Undersökningspersonerna hade till viss del svårt att relatera till tyst kunskap då detta var ett okänt begrepp för flera av dem. Tyst kunskap, intuition och klinisk blick var begrepp som även de var nära besläktade med varandra.

Det som var gemensamt för undersökningspersonerna var upplevelsen av triagering som en komplex situation där man tog hjälp av alla begrepp tillsammans med RETTS för att ge patienten en så korrekt och trygg bedömning som möjligt. Undersökningspersonerna upplevde att de alla på något sätt använde sig av de olika begreppen och att det alla begreppen enskilt och tillsammans tillförde var en viktig pusselbit för att nå en helhet i triagebedömningen.

# Diskussion

## Resultatdiskussion

Andersson et al. (2006) menar att triagesjuksköterskans viktigaste funktion är att kunna fatta korrekta beslut och att triagebeslutet lägger grunden för den vård som patienten kommer att erhålla på akutmottagningen. I linje med detta har föreliggande studie utförts med syftet att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse om hur intuition, klinisk blick, tyst kunskap och erfarenhet påverkar triagebeslutet vid triagering med RETTS. Studien visar att alla dessa begrepp har stor betydelse i triagesituationen. Begreppen i sig är besläktade med varandra och fungerar tillsammans som en helhet enligt undersökningspersonerna i studien. Slutsatsen som kan dras utifrån föreliggande studies resultat är att sjuksköterskorna som arbetar med triage på akutmottagning upplever att tyst kunskap, erfarenhet, klinisk blick och intuition i stor utsträckning påverkar triagebeslutet. Sjuksköterskornas upplevelse är den att trots att RETTS-triagesystem sätter snäva gränser för de subjektiva variabelernas betydelse känner de stor frihet att inom ramen för RETTS få utlopp för denna subjektivitet. De använder sin subjektivitet för att göra en så korrekt bedömning som möjligt av den patient de har framför sig i stunden och upplever det som nödvändigt att alla dessa faktorer ges utrymme i triagesituationen för att patienten ska bli tryggt och säkert omhändertagen.

I resultatet framkommer att triagesjuksköterskorna upplever med sina sinnen. Herbig, Büssing och Evert (2001) menar att tyst kunskap och den känsla hos sjuksköterskan som tyst kunskap ger är av stor vikt för sjuksköterskans kompetens och förmåga att handla i kritiska situationer. Alla undersökningspersonerna i studien använder sin egen subjektiva förmåga, sin känsla och intuition för att bedöma patienten. Känslan infinner sig många gånger omedelbart vid första anblicken av patienten. Detta är överensstämmande med Edwards (2007) som menar att den initiala bedömningen som senare leder fram till beslutad triagenivå många gånger baseras på vad triagesjuksköterskan först lade märke till i mötet med patienten i väntrummet.

Lyneham et al. (2008) menar att intuition spelar en stor roll i akutsjukvården och gör kopplingar mellan känsla, erfarenhet och kunskap. Lyneham et al. (2008) och Malterud (2001) menar att i situationer där intuition använts kan de inblandade personerna inte alltid förklara förrän efteråt vad det var som beslutet baserades på, ändå var den intuitiva känslan något de inte kunde bortse ifrån. I föreliggande studie beskriver undersökningspersonerna

liknande känslor. Även Carlsson et al. (2002) och Cone & Murray (2002) menar att sjuksköterskan oftast inte kan förklara varken vetenskapligt eller känslomässigt varför eller på vilket sätt de tagit beslut om vilka åtgärder de behöver utföra. Detta kallar de tyst kunskap och menar att denna kunskap ligger bortom den rationella förståelsen och på så sätt är svår att förklara. Denna kunskap infinner sig i den direkta situationen och är något som sjuksköterskan inte kan reflektera över just i situationen, men i efterhand är det viktigt att reflektera över sina handlingar. Det är den reflektionen tillsammans med den teoretiska och praktiska kunskapen som gör sjuksköterskan till expert i sitt yrke (ibid).

I föreliggande studie framkommer att triagesjuksköterskorna litar på sin intuition och agerar utifrån vad den säger. Just detta fenomen har benämnts med olika ord så som magkänsla, intuition och klockan som ringer i bakhuvudet. Dessa olika benämningar tolkas som uttryck för en och samma sak. Det är något undermedvetet, inget man kan ta på, som säger till triagesjuksköterskan att vara uppmärksam. Forsman et al (2012) menar att intuition och magkänsla är en syntes som sjuksköterskan registrerar tyst och underförstått. En undersökningssperson förklarar fenomenet som att det är något man vet fast man inte vet om att man vet det.

Att inneha kunskap och erfarenhet framkommer i resultatet som en av de viktigaste faktorerna för undersökningsspersonerna. Considine et al. (2007) menar att faktakunskap och kunskapsinhämtning har en betydande roll i sjuksköterskans beslutsfattande vid triagering. Ett av problemen på de undersökta akutmottagningarna är att det inte finns en enhetlig syn på vilken kunskap och erfarenhet som krävs för arbete med triage. Undersökningsspersonerna själva upplever att det krävs en gedigen medicinsk kompetens och lång erfarenhet för att just klara av att arbeta i triagen och att det är en av de mest krävande positionerna för en sjuksköterska på en akutmottagning. Forsman et al. (2012) menar att erfarenhet hos sjuksköterskan är den faktor som är mest betydande för patientsäkerheten på akutmottagningen. Undersökningsspersonerna i studien upplever även de att erfarenhet och kunskap är direkt avgörande för säkerheten och korrektheten i triagebedömningarna. Samtidigt beskriver undersökningsspersonerna att det ibland är rena slumpen som avgör tidpunkten för när de börjar arbeta i triagen.

I tidigare studier har resultaten vad gäller betydelse av specifik faktakunskap och erfarenhet varit svåra att särskilja och korrektheten i triagebesluten har inte fullt ut kunnat härröras till



faktorer som dessa (Considine et al 2007; Göransson et al. 2008; Smith & Cone, 2010). Enligt Andersson et al (2006) har det även varit följsamhet till gällande triageverktyg som varit avgörande för korrektheten i triagebedömningen. Undersökningspersonerna i föreliggande studie talar även de om vikten av att ha ett öppet tänkande och att alla patienter är unika och inte stöpta i samma form.

I Patricia Benners (1993) teori från novis till expert, som även benämns som intuitiv-humanistisk, nämns sjuksköterskans olika utvecklingsstadier som en gradvis mognad där intuition och klinisk blick successivt utvecklas för att i expertsjuksköterskan vara i full blom (ibid). Det finns trots denna väl utvecklade teori skilda meningar. De främsta kritikerna anser att intuition, klinisk blick och fram för allt magkänsla är för vaga begrepp för att det vetenskapligt ska kunna gå att belägga och menar att de därför inte är applicerbara på sjuksköterskans yrkeskunnande (English, 1993; Paniagua, 2004). Resultatet i föreliggande studie kan ses som en bekräftelse på att det i den kliniska verkligheten ändå förhåller sig på ett liknande sätt då de mest erfarna undersökningspersonerna visar sig använda just intuition och klinisk blick i större utsträckning än de oerfarna. Förmåga att känna igen mönster från tidigare patientmöten och relatera dessa till nya situationer är till stor hjälp vid kliniskt beslutsfattande. Mönster kan ses i hur den erfarna triagesjuksköterskan till större del använder intuition och ser likheter från tidigare patientmöten, medan den oerfarna sjuksköterskan till större del använder den hypotetiskt-deduktiva strategin (Lunney, 2003). Detta överensstämmer med resultatet i föreliggande studie. De sjuksköterskor som arbetat kortast tid i triagen upplever att de i många fall förlitar sig mer på RETTS-systemet än på sin egen känsla. Kopplingar kan göras till det Evans (2005) beskriver om de olika strategier som finns för kliniskt beslutsfattande i förhållande till triagering på akutmottagning. Förutom den intuitiva-humanistiska används framför allt den hypotetiskt-deduktiva metoden. Utifrån hur patienten presenterar sina problem och vilka fynd som triagesjuksköterskan gör i den kliniska undersökningen formas en hypotes vad gäller diagnos som sedan förkastas eller verifieras. Denna modell anses vara medicinskt orienterad, strukturerad och rationell och sätts ofta i motsats till den intuitiva-humanistiska (ibid).

Triagekriterierna kräver en större eller mindre grad av tolkning. Hur denna tolkning kommer till uttryck är en etiskt viktig aspekt att beakta då den kan riskera att påverka prioriteringen och utfallet av triageringen (Sandman, Ekerstad & Lindroth 2012). Undersökningspersonerna i studien påtalar att tolkningen av RETTS ser olika ut från person till person. Främst är det

uttryck som till exempel allmänpåverkan, vegetativa symtom och immunosuppression som ger upphov till egen tolkning då dessa uttryck endast finns vagt preciserade i RETTS och att de kan betyda olika saker för olika sjuksköterskor. Vad som påtalas av flera undersökningsspersoner är faran med just de olika tolkningarna som i slutändan påverkar triagebeslutet och det beroende på vilken sjuksköterska patienten har träffat. Detta kan tolkas som en brist i tilliten till RETTS triagesystem.

I föreliggande studie är det den subjektiva upplevelsen av faktorer som påverkar triagebeslutet som undersöktes. Enligt Sandman et al. (2012) är faktorer som påverkar den subjektiva bedömningen sjuksköterskans personliga värderingar, sjuksköterskans syn på triagearbetet, antal väntande patienter i väntrummet, sjuksköterskans rädsla att missa allvarliga tillstånd, sjuksköterskans personliga kapacitet i form av självsäkerhet och hög arbetsbelastning (ibid). Undersökningsspersonerna i studien påtalar att stressen av att ha otriagerade patienter i väntrummet kan påverka triageringen i form av att triagesjuksköterskan tar beslut om prioriteringsnivå snabbare än om det inte var kö och att de inte alltid ställer de följdfrågorna som kanske behövs för att säkra beslutet. Andersson et al. (2006) visar även de att stress är något som påverkar triageringen i form av att triageringen inte sträcker sig längre än vad som absolut nödvändigt att fråga om och göra. På liknande sätt resonerar Hitchcock et al. (2014).

För att skydda patienten och sig själv prioriterar sjuksköterskan upp patienten vid minsta osäkerhet (Sandman et al. 2012). Hos undersökningsspersonerna talas det om att de utan tvekan prioriterar upp patienten om det råder någon osäkerhet över den prioritering patienten erhåller från RETTS för att triagesjuksköterskan har uppfattat något mellan raderna som kan äventyra patientens säkerhet. Sandman et al. (2012) menar att under- och övertriagering är en viktig aspekt då det påverkar utfallet av triageringsnivån och den vård som patienten får. Undertriageringens problematik är att patienten inte får rätt behandling för sitt tillstånd vilket i sin tur kan ge allvarliga konsekvenser för patienten. Övertriageringens problematik är att det ger en undanträngning av patienter med mer angelägna tillstånd än den patient som fått för hög triagenivå (ibid). Hitchcock et al. (2014) menar att både över- och undertriagering kan leda till patientsäkerhetsrisker i form av förlängd väntetid eller att patienterna tas om hand i fel ordning. Triage är ofta en högst subjektiv process trots att triageverktyg används. Både den tid det tar att utföra själva triageproceduren samt risken att alltid tro det värsta och prioritera patienten för högt för att inte missa något kan relateras till den triagerande sjuksköterskans brist på kompetens och erfarenhet. Att prioritera patienter för högt leder oftast inte till att det

blir någon risk för just den patienten, däremot kan det leda till att tillståndet för de patienter som tvingas vänta riskerar att förvärras (ibid). Just detta poängterar även undersökningspersonerna i studien på samma sätt.

RETTS upplevs som ett tryggt, styrt och standardiserat triagesystem men det ges en tydlig bild att sjuksköterskorna har en stor självständighet och förmåga att agera utanför ramarna när det behövs (Sandman et al. 2012). Att arbeta självständigt och ta hjälp av sina förmågor så som erfarenhet, klinisk blick, intuition och tyst kunskap ger triagesjuksköterskorna i föreliggande studie möjlighet att tänka och agera utanför ramarna. Undersökningspersonerna visar på att detta upplevs som frihet och trygghet i triagearbetet och kan kopplas till yrkeskunnande och yrkesstolthet. Andersson et al. (2006) menar att erfarna sjuksköterskor upplever att de är mer självsäkra och litar på sig själva. Även i föreliggande studie kan det tolkas att de triagesjuksköterskor som har lång erfarenhet litar på sig själva i större utsträckning och att de vågar stå upp för sina beslut (ibid).

Göransson et al. (2008) och Andersson et al (2006) menar att triagering är en komplex uppgift som kräver ett mångsidigt tänkande och kognitiva förmågor hos sjuksköterskan (ibid). Detta kan kopplas till den tidigare beskrivna svårigheten i att definiera vad klinisk blick, intuition och tyst kunskap egentligen är och på vilka olika sätt de tolkas. Lake, Moss och Duke (2009) menar att sjuksköterskan utvecklar sin expertkunskap inom prioritering av patienters vårdbehov och den uppkommer bäst genom erfarenhet och förståelse för den praktiska situationen (ibid). Noon (2014) kopplar beslutsfattandet till kunskap, erfarenhet och förmågan att se mönster från tidigare erfarenheter (ibid). Detta ger ytterligare stöd för undersökningspersonernas uppfattningar.

Vishet kommer av att kunskap och erfarenhet används i en kontext som engagerar den känslomässiga, den sociala och den moraliska kapaciteten hos en person (Stempsey, 2009; Haggerty & Grace, 2007). Alla de begrepp som tagits upp i denna studie har stor betydelse för triagesjuksköterskans yrkesskicklighet. Tidigare studier som berör begreppen klinisk blick, tyst kunskap, intuition och erfarenhetens betydelse i sjuksköterskans yrkesroll har inte berört begreppen tillsammans utan som enskilda begrepp eller i vissa studier enstaka begrepp i förhållande till ett annat. Denna studie visar på alla begrepps betydelse tillsammans och dess samhörighet till varandra. Det ena begreppet föder det andra och inget av dem fungerar

ensamt. Detta visar på att triagesjuksköterskan arbetar i en komplex situation och att sjuksköterskans vishet gör denne till oumbärlig i triagebeslutet.

## **Metoddiskussion**

I föreliggande studie har en kvalitativ metod, deskriptiv fenomenologi, använts för att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse kring beslutsfattandet i triagesituationen. En utmaning när ett fenomenologiskt angreppssätt används är att ha förmågan att medvetandegöra sin egen förståelse (Malterud, 2014). Det är därför viktigt att i analysen av data, då författaren har egen erfarenhet av det undersökta området, sätta sig själv åt sidan, *bracketing*, och endast lyfta upp den intervjuades upplevelse utan egna tolkningar (Cresswell, 2012; Malterud, 2014; Polit & Beck, 2011). Förståelsen hos författarna till föreliggande studie består i att båda är legitimerade sjuksköterskor sedan många år och arbetar på akutmottagning. Båda författarna är väl förtrogna med att arbeta i triage och med att använda RETTS som beslutsstöd. Dessutom är en av författarna triage- och RETTS-ansvarig i den region denne är arbetsverksam. Strävan i föreliggande studies analys var att enbart beskriva det insamlade materialets innebörd sett utifrån fenomenet självt med målet att göra materialet rättvisa.

Gällande inklusionskriterierna och urvalet av undersökningspersoner till föreliggande studie var avsikten att få en bredd, både bakgrunds- och erfarenhetsmässigt, för att kunna besvara frågan i syftet. Enligt Malterud (2014) är det viktigt att urvalet blir ändamålsenligt, *purpositive sampling*, så att den data som tas fram ger en bredd och ett djup och fokuserar på det fenomen som studien vill belysa. Med anledning av detta valdes att göra ett strategiskt urval. Författarna anser att detta var ett lyckat urval då det i bakgrundsfrågorna framkommer att det bland undersökningspersonerna finns en varierande erfarenhet både av arbete som sjuksköterska, på akutmottagning och i triage. Dessutom finns både grund- och specialistsjuksköterskor representerade som ger en variation som författarna upplever ger både bredd och djup till resultatet. Författarna valde även att i urvalsförandet lägga svarskuverten i två olika grupper för att de båda akutmottagningarna skulle finnas representerade till ungefär lika stor del. Det blev ändå så, beroende på vilka sjuksköterskor som anmält intresse att delta, att den ena akutmottagningen fick en viss överrepresentation (16-11). Författarna kan i resultatet inte utläsa att denna överrepresentation har gjort någon skillnad.

Intervjuguiden som används var semistrukturerad med ett antal frågor och följdfrågor som fungerade som ett stöd till författarna under intervjun. Metoden att upprepa nyckelord och ställa kompletterande frågor till undersökningspersonerna användes för att fördjupa svaren när det var motiverat (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuguiden hjälpte även de båda författarna att hålla sig till samma frågor vilket var viktigt då endast en författare åt gången närvarade vid intervjuerna. Pilotintervjun genomfördes därför gemensamt av de båda författarna, transkriberades sedan och skickades till handledaren för genomläsning. De kommentarer handledaren gav ledde vidare till att vissa frågor utvecklades, men även till att författarna fick reflektera över vilka verktyg som finns till hands för att föra samtalet vidare, samt att ytterligare reflektera över betydelsen av förförståelse i intervjusituationen.

Intervjutiden varierade beroende på författarnas förmåga att leda intervjuer och undersökningspersonernas förmåga att utveckla sina svar utan författarnas påverkan. Författarna upplevde inte att variationen av intervjuernas längd påverkar resultatet då allt intervjumaterial innehöll värdefull information för studien. Kvale och Brinkmann (2014) menar att konsten att intervjua är ett hantverk som bemästras genom övning. En diskussion hölls om båda författarna skulle närvara vid intervjuerna men valet föll på att intervjua på den akutmottagning där man inte själv var verksam för att undvika bias.

Trovärdighet i den kvalitativa forskningen är av yttersta vikt då resultatet inte kan kvantifieras eller på samma sätt bedömas som kvantitativa studier med hjälp av siffror och statistik. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att hålla begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet i åtanke under hela processen från datainsamling till resultat såväl som under hela analysprocessen (ibid). Författarnas sätt att hålla dessa begrepp i åtanke följdes under hela processen. Genom analysering av materialet via en deskriptiv fenomenologi fanns inget utrymme för författarna att göra egna tolkningar av resultatet. Den latent tolkningen av intervjumaterialet bortsåg författarna helt ifrån och detta gav enligt författarna studien mer rättvisa och på så sätt även en giltighet och tillförlitlighet. Eftersom studien är gjord på två likvärdiga akutmottagningar i södra Sverige och med ett brett spektrum av undersökningspersonernas längd av yrkesverksamhet på akutmottagning, upplevs detta vara applicerbart på andra liknande akutmottagningar runt om i Sverige. Detta ger studien en trovärdig överförbarhet.

## Konklusion och implikationer

Författarna till denna studie drar slutsatsen att klinisk blick, intuition, erfarenhet och tyst kunskap är viktiga begrepp i triagesituationen och att alla dessa begrepp är beroende av och har koppling till varandra. RETTS anses vara ett bra stöd för triagesjuksköterskan men han/hon lyssnar i stor utsträckning till sin kliniska blick, intuition, tysta kunskap och erfarenhet för att komma fram till sitt triagebeslut. Dessa begrepp visade sig vara oundgängliga för undersökningspersonerna när det gällde att nå ett korrekt triagebeslut och patientsäker vård då de alla har en koppling till och är beroende av varandra. Denna studie visar på triagesjuksköterskans viktiga roll i akutsjukvården och kan användas för att stärka och ge erkännande åt triagesjuksköterskans komplexa arbetssituation. Dessutom sätts det genom studiens slutsats fokus på vikten av att som ledningsansvarig på akutmottagning vara medveten om betydelsen av sjuksköterskans breda kompetens vid introduktion av sjuksköterskor i triagearbete.

Författarna till denna studie vill stärka triagesjuksköterskans yrkeskunnande genom att belysa dessa begrepp som visar på att triagebeslutet inte enbart är baserat på det RETTS anger. Detta kommer att stärka triagesjuksköterskans yrkesstolthet och visa på att triagering är något som kräver en god insikt i dessa begrepp. Triagesjuksköterskans yrkeskunnande med RETTS som ett stöd ger patienten en säkrare bedömning vilket ökar patientsäkerheten i akutsjukvården.

Vidare forskning inom området behövs för att:

- förtydliga begreppen inom RETTS så att alla talar samma språk
- ge strukturerad utbildning för triagesjuksköterskor alternativt erfarna mentorer
- genom vidare forskning beskriva de olika begreppen, dess samhörighet och påverkan och betydelse för sjuksköterskans triagebeslut

## Referenser

- Andersson, A-K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department - a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11 (3), 136-145.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Blom, M. (2015). *In-hospital bed occupancy and the emergency department: effects on decisions about the level of care*. Doctoral Dissertation, Lunds University, Department of Medicins, Clinical sciences Lund.
- Carlsson, G., Drew, N., Dahlberg, K. & Lützen, K. (2002). Uncovering tacit knowledge. *Nursing Philosophy* 3, 144-151.
- Ciesielski, G., & Clark, N. (2007). Safety in the Emergency Department: It's about time. *The Kansas Nurse*, 82(3), 3-6.
- Cone, K., J., & Murray, R. (2002). Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurse. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5), 401-406.  
doi:10.1067/men.2002.127513
- Considine, J., Botti, M., & Thomas, S. (2007). Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? *Academic Emergency Medicine*, 14, 722-726.  
doi:10.1197/j.aem.2007.04.015
- Cresswell, J.,W. (2013). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. London: Sage.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henriksson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination i omvårdnad* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.

- Edwards, B. (2007). Walking in - Initial visualization and assessment at triage. *Accident and Emergency Nursing*, 15, 73-78. doi: 10.1016/j.aen.2006.12.008
- Enander, C., Lethvall, S., Letterstahl, A., & Öhlén, G. (2007). *Fokusrapport. Triagearbete på akutmottagning*. Stockholms läns landsting. Från [http://www.vardgivarguiden.se/global/01\\_behandlingsst%C3%B6d/3\\_fokusrapporter/fr\\_triagearbete\\_pa\\_akutmottagningen.pdf](http://www.vardgivarguiden.se/global/01_behandlingsst%C3%B6d/3_fokusrapporter/fr_triagearbete_pa_akutmottagningen.pdf)
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387-393.
- Evans, C. (2005). Clinical decision making theories: Patient assessment in A&E. *Emergency Nurse*, 13(5), 16-19.
- FitzGerald, G., Jelinek G.A., Scott, D., & Gerdtz, M.F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicin Journal* 27, 86-92.. doi:10.1136/emj.2009.077081
- Forsman, B., Forsgren, S., & Carlström, E. (2012). Nurses working with Manchester triage: The impact of experience on patient security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 100-107. doi: 10.1016/j.aenj.2012.02.001
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henriksson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 345-370). Lund: Studentlitteratur.
- Gerdtz, M.F., & Bucknall, T.K. (1999). Why we do the things we do: applying clinical decision-making frameworks to triage practice. *Accident & Emergency Nursing*, 7, 50-57.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*. 18 (1), 75-82. doi: 10.1177/0894318404272112
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10-1016/j.nedt.2003.10.001
- Göransson, K., Ehnfors, M., Fonteyn, M., & Ehrenberg, A. (2007). Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 163-172. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x



- Göransson, K., Eldh, A., & Jansson, A. (2008). *TRIAGE på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.
- Haggerty, L A., & Grace, P. (2007). Clinical Wisdom: The Essential Foundation of “Good” Nursing Care. *Journal of Professional Nursing*, 24(4), 235-240. doi: 10.1016/j.profnurs.2007.06.010
- Herbig, B., Büssing, A., & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 687-695.
- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. (2014). Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing* 70(7), 1532-1541. doi: 10.1111/jan.12304
- HSL SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 25 mars, 2015, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lake, S., Moss, C., & Duke, J. (2009). Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice*. 15. 376-388. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01778.x
- Larsson, I., Palm, L., & Rahle Hasselbach, L. (2008). *Patient-kommunikation i praktiken: - information, dialog, delaktighet*. Falun: Nordstedts Akademiska Förlag.
- Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nurses’ diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14 (3), 96-107.
- Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Intuition in emergency nursing: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*. 14. 101-108. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00672.x
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*. 358. 397-400.

- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Noon, A., J. (2014). The cognitive processes underpinning clinical decision in triage assessment: A theoretical conundrum? *International Emergency Nursing* 22, 40-46.
- Paniagua, H. (2004). Can the underlying principles of art be applied to nursing? *British Journal of Nursing*, 13 (4), 220-223.
- Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith
- Polit, D., F., & Beck, C., T. (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams; Wilkins.
- Reay, G., & Rankin, J., A. (2013). The application of theory to triage decision-making. *International Emergency Nursing*. 21, (97-102).
- Riksföreningen för akutsjuksköterskor & Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård* [Broschyr]. Stockholm: Brommatryck & Brolins.
- Rosberg, S. (2012) Fenomenologi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 109-133). Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, L., Ekerstad, N., & Lindroth, K. (2012). *Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning: en etisk analys av RETTS*. Linköpings universitet: Prioriteringscentrum 2012:2.
- Smith, A. (2013). Using a theory to understand triage decision making. *International Emergency Nursing*. 21 (113-117).
- Smith, A., & Cone, K.J. (2010). Triage decision-making skills. A necessity for all nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 26 (1), E14-E19.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport 197). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Stempsey, W E. (2009). Clinical reasoning: new challenges. *Theor Med Bioeth*. 30: 173-179. doi: 10.1007/s11017-009-9110-8

Vatnøy, T.K., Fossum, M., Smith, N., & Slettebø, Å. (2013). Triage assessment of registered nurses in the emergency department. *International Emergency Nursing* 21, 89-96

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

Widgren, B., Jourak, M., Martinius, A. (2008). Ny träffsäker triagemetod. METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen* 105(4), 201-204. Från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=8615>

Zani, AV., Marcon, SS., Tonete, VLP., & Parada, CMGL. (2014). Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 13(2), 135-145. Från <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036>

### INFORMATIONSBREV

2015-06-16

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschef [REDACTED]

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Triagesjuksköterskan och RETTS Sjuksköterskans upplevelse av patientprioritering: betydelsen av erfarenhet, tyst kunskap och intuition vid triagering med RETTS.

Syftet med denna studie är att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse av hur intuition, klinisk blick, kunskap och erfarenhet påverkar triagebeslut samt hur prioriteringen enligt RETTS överensstämmer med sjuksköterskans egen uppfattning. Metoden är en fenomenologisk forskningsintervju där undersökningsspersonen får berätta kring ämnet ur sitt eget perspektiv. En semistrukturerad intervjuguide ligger som underlag för intervjuerna. Den är formad med ett antal öppna frågor utifrån vilka intervjun baseras på. Följdfrågor och stödord kan komma att användas för att hjälpa intervjuaren att fördjupa svaren och föra intervjun vidare. Studien kommer att baseras på 10-15 intervjuer av legitimerade sjuksköterskor verksamma på akutmottagningarna i Halmstad och Kristianstad.

Vid inkluderingen av undersökningsspersoner i studien kommer ett strategiskt urval att göras, sjuksköterskorna som tillfrågas om deltagande ska ha arbetat med triagering och vara väl förtrogna med att använda RETTS som triageverktyg. Någon tidsgräns kommer inte att sättas för hur länge de ska ha arbetat som sjuksköterska eller på akutmottagning. Det är inte heller avgörande om de är specialistutbildade eller allmän-sjuksköterskor. Avsikten är att få en bredd i urvalet både bakgrunds- och erfarenhetsmässigt för att kunna besvara frågan om upplevelsen av triagering. Informations och samtyckesblankett kommer att delas ut till samtliga sjuksköterskor som arbetar med triagering och är väl för förtrogna med RETTS på ovan angivna akutmottagningar. Om fler än det önskade antalet 10-15 undersökningsspersoner ger sitt samtycke till att delta kommer 10-15 undersökningsspersoner slumpmässigt väljas ut för deltagande.

För att motverka eventuell intervjuarbias fördelas undersökspersonerna mellan två intervjuare där intervjuerna inte har någon personlig anknytning till undersökspersonerna. Anledningen till detta är att på akutmottagningen där en av intervjuerna arbetar har hon rollen av triage-expert och har varit delaktig i införandet av bland annat RETTS.

Analysen kommer att ske genom en deskriptiv fenomenologisk metod. De transkriberade intervjuerna kommer att läsas igenom av båda författarna flera gånger för att få en känsla för helheten i informantens upplevelse. Därefter söks mönster i det utskrivna materialet som svarar på de frågor som fokuserar på syftet. Sedan läggs enheterna till kategorier och teman. Dessa teman kan båda vara specifika eller generella och har som syfte att ge en förståelse för upplevelsen av det undersökta fenomenet.

Följande etiska frågor kommer att beaktas i de olika forskningsstadierna:

Tematisering, här övervägs syftet med intervjuundersökningen med hänsyn till det vetenskapliga värdet av den eftersträvade kunskapen och i vilken mån intervjuundersökningen förbättrar den undersökta situationen.

Planering, här kommer hänsyn tas till de etiska problem som kan uppstå så som konfidentialitet, samtycke och konsekvenser som kan följas av studien för

undersökningspersonerna. Undersökningspersonen medverkar helt frivilligt och kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att ange någon orsak och utan att det ger några konsekvenser för undersökningspersonerna. Samtycke till att delta i studien kommer undersökningspersonen att ge genom underteckning av informations och samtyckesblankett som kommer undersökningspersonen tillhanda i god tid innan intervjun genomförs.

Intervjusituationen, här övervägs vilka personliga konsekvenser undersökningspersonerna kan få så som stress under intervjusituationen och förändringar i självuppfattningen.

Utskrift, här kommer undersökningspersonernas konfidentialitet säkras och ställningstagande ska tas till om den utskrivna texten är lojal mot undersökningspersonens muntliga uttalanden.

Analys, här beaktas de etiska problemen om hur djupt intervjuerna kan analyseras och om undersökningspersonerna ska ha inflytande över hur deras uttalanden tolkas. Verifiering, här visar forskaren sin etiska skyldighet i att redovisa kunskap som är säkrad och verifierad så långt som möjligt.

Rapportering, här kommer forskaren att beakta konfidentialitet och vilka konsekvenser som den publicerade rapporten kan få för undersökningspersonerna både enskilt och i grupp.

Hanteringen, av det insamlade materialet kommer att ske med en aktsamhet som visar respekt för de intervjuade personerna. Materialet kommer att hållas otillgängligt för utomstående. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot akutsjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Student: Elin Rosén

Leg. sjuksköterka  
[Redacted]

Student: Marie Petersson

Leg. sjuksköterska  
[Redacted]

Handledare: Linda J. Kvist

Midwife, PhD Associate Professor Health sciences, Faculty of medicine, Lund University, Sweden  
[Redacted]

### INFORMATIONSBREV

2015-06-16

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till verksamhetschef [REDACTED]

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: Triagesjuksköterskan och RETTS Sjuksköterskans upplevelse av patientprioritering: betydelsen av erfarenhet, tyst kunskap och intuition vid triagering med RETTS.

Syftet med denna studie är att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse av hur intuition, klinisk blick, kunskap och erfarenhet påverkar triagebeslut samt hur prioriteringen enligt RETTS överensstämmer med sjuksköterskans egen uppfattning. Metoden är en fenomenologisk forskningsintervju där undersökningsspersonen får berätta kring ämnet ur sitt eget perspektiv. En semistrukturerad intervjuguide ligger som underlag för intervjuerna. Den är formad med ett antal öppna frågor utifrån vilka intervjun baseras på. Följdfrågor och stödord kan komma att användas för att hjälpa intervjuaren att fördjupa svaren och föra intervjun vidare. Studien kommer att baseras på 10-15 intervjuer av legitimerade sjuksköterskor verksamma på akutmottagningarna i Halmstad och Kristianstad.

Vid inkluderingen av undersökningsspersoner i studien kommer ett strategiskt urval att göras, sjuksköterskorna som tillfrågas om deltagande ska ha arbetat med triagering och vara väl förtrogna med att använda RETTS som triageverktyg. Någon tidsgräns kommer inte att sättas för hur länge de ska ha arbetat som sjuksköterska eller på akutmottagning. Det är inte heller avgörande om de är specialistutbildade eller allmän-sjuksköterskor. Avsikten är att få en bredd i urvalet både bakgrunds- och erfarenhetsmässigt för att kunna besvara frågan om upplevelsen av triagering.

Informations och samtyckesblankett kommer att delas ut till samtliga sjuksköterskor som arbetar med triagering och är väl förtrögna med RETTS på ovan angivna akutmottagningar. Om fler än det önskade antalet 10-15 undersökningsspersoner ger sitt samtycke till att delta kommer 10-15 undersökningsspersoner slumpmässigt väljas ut för deltagande.

För att motverka eventuell intervjuarbias fördelas undersöksspersonerna mellan två intervjuare där intervjuerna inte har någon personlig anknytning till undersöksspersonerna. Anledningen till detta är att på akutmottagningen där en av intervjuerna arbetar har hon rollen av triage-expert och har varit delaktig i införandet av bland annat RETTS.

Analysen kommer att ske genom en deskriptiv fenomenologisk metod. De transkriberade intervjuerna kommer att läsas igenom av båda författarna flera gånger för att få en känsla för helheten i informantens upplevelse. Därefter söks mönster i det utskrivna materialet som svarar på de frågor som fokuserar på syftet. Sedan läggs enheterna till kategorier och teman. Dessa teman kan båda vara specifika eller generella och har som syfte att ge en förståelse för upplevelsen av det undersökta fenomenet.

Följande etiska frågor kommer att beaktas i de olika forskningsstadierna:

Tematisering, här övervägs syftet med intervjuundersökningen med hänsyn till det vetenskapliga värdet av den eftersträlvade kunskapen och i vilken mån

intervjuundersökningen förbättrar den undersökta situationen.

Planering, här kommer hänsyn tas till de etiska problem som kan uppstå så som konfidentialitet, samtycke och konsekvenser som kan följas av studien för undersökningspersonerna. Undersökningspersonen medverkar helt frivilligt och kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att ange någon orsak och utan att det ger några konsekvenser för undersökningspersonerna. Samtycke till att delta i studien kommer undersökningspersonen att ge genom underteckning av informations och samtyckesblankett som kommer undersökningspersonen tillhanda i god tid innan intervjun genomförs.

Intervjusituationen, här övervägs vilka personliga konsekvenser undersökningspersonerna kan få så som stress under intervjusituationen och förändringar i självuppfattningen.

Utskrift, här kommer undersökningspersonernas konfidentialitet säkras och ställningstagande ska tas till om den utskrivna texten är lojal mot undersökningspersonens muntliga uttalanden.

Analys, här beaktas de etiska problemen om hur djupt intervjuerna kan analyseras och om undersökningspersonerna ska ha inflytande över hur deras uttalanden tolkas.

Verifiering, här visar forskaren sin etiska skyldighet i att redovisa kunskap som är säkrad och verifierad så långt som möjligt.

Rapportering, här kommer forskaren att beakta konfidentialitet och vilka konsekvenser som den publicerade rapporten kan få för undersökningspersonerna både enskilt och i grupp.

Hanteringen, av det insamlade materialet kommer att ske med en aktsamhet som visar respekt för de intervjuade personerna. Materialet kommer att hållas otillgängligt för utomstående. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot akutsjukvård.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Student: Elin Rosén

Leg. sjuksköterka

[Redacted contact information]

Student: Marie Petersson

Leg. sjuksköterska

[Redacted contact information]

Handledare: Linda J. Kvist

Midwife, PhD Associate Professor Health sciences, Faculty of medicine, Lund University, Sweden

[Redacted contact information]

### Information till undersökningsperson

#### *Triagesjuksköterskan och RETTS*

*Sjuksköterskans upplevelse av patientprioritering: betydelsen av erfarenhet, tyst kunskap och intuition vid triagering med RETTS.*

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Triage betyder sortera och började användas som begrepp i den militära sjukvården på 1700-talet. Den franske generalläkaren Dominique Jean Larrey ansåg att sorteringen till att få läkarvård bland skadade soldater var felaktig. Den soldat som hade hög militär grad gick före den med lägre grad oavsett hur deras skador såg ut. Dominique Jean Larrey menade att den som hade bäst chans att överleva sin skada skulle omhändertas först. Ju fler som överlevde desto fler soldater kunde gå tillbaka ut i strid. Den civila sjukvården har tagit intryck av den militära sjukvårdens turordningsprinciper vid katastrofsituationer där de skadade bedöms utifrån störst chans till överlevnad med hänsyn till de begränsade resurser som finns vid ett katastrofläge. På 1950-talet ökade antalet besök på akutmottagningarna i USA i sådan utsträckning att väntetiderna inte kunde hanteras utifrån rimliga gränser. Det blev en fara för patientsäkerheten då väntetiden på läkarundersökning blev lång med anledning av att turodningsystemet var väntetidsbaserat och inte behovsbaserat. Det behovsbaserade turodningsystemets övergripande syfte är att säkerställa att patienter får vård i rätt tid utifrån dess medicinska tillstånd allvarlighetsgrad. Efter USA:s införande av behovsbaserat triage spred sig detta arbetssätt till andra delar av världen till exempel Canada, Australien och Storbritannien. Dessa länder har arbetat med väl utvecklade triagesystem under en längre tid. Rapid Emergency triage and Treatment System (RETTS) är ett triageverktyg som skapades på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg 2003. Till en början var RETTS ett forskningsprojekt där grundarna ville studera om det var möjligt att på ett systematiskt och standardiserat arbetssätt kunna identifiera de patienter som är i behov av akutsjukvård. Fokus lades på att med en kombination av objektiva och subjektiva variabler kunna få en hög sensitivitet i att identifiera patienter som av medicinska skäl med låg risk för komplikationer kan vänta på akutsjukvård eller med hög risk för komplikationer inte kan vänta på akutsjukvård. Under 2004 gjordes ett antal utvärderingar av RETTS som föll väl ut med hög sensitivitet vilket ledde till att RETTS infördes som triageverktyg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2005. Det oerhört viktigt att triageverktyget är tillförlitligt, säkert och evidensbaserat för att den triagerande sjuksköterskan ska känna sig trygg i sitt arbete. RETTS är baserat på objektiva variabler som symtombild och vitalaparametrar. Subjektiva variabler så som den triagerande sjuksköterskans intuition, kliniska blick, kritiska tänkande, kunskapsbas, och erfarenhet finns inte beskrivna som variabler inom RETTS triageverktyg.

Syftet med denna studie är att beskriva triagesjuksköterskors upplevelse av hur intuition, klinisk blick, kunskap och erfarenhet påverkar triagebeslut samt hur prioriteringen enligt RETTS överensstämmer med sjuksköterskans egen uppfattning.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter och genomförs av Elin Rosén leg.sjuksköterska, student vid Lunds Universitet, Specialistprogram med inriktning mot akutsjukvård och Marie Petersson leg. Sjuksköterska, student vid Lunds Universitet, Specialistprogram med inriktning mot akutsjukvård. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förvaras materialet i ett år och förstörs därefter.



Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för Din kontakt med ovanstående studie. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 1 vecka

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistprogrammet med inriktning mot akutsjukvård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss, vår handledare.

Med vänlig hälsning

Student: Elin Rosén

Leg. sjuksköterka

[Redacted signature]

Student: Marie Petersson

Leg. sjuksköterska

[Redacted signature]

Handledare:

Linda J. Kvist

Midwife, PhD Associate Professor Health sciences, Faculty of medicine, Lund University, Sweden

[Redacted signature]

### Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om

*Triagesjuksköterskan och RETTS*

*Sjuksköterskans upplevelse av patientprioritering: betydelsen av erfarenhet, tyst kunskap och intuition vid triagering med RETTS.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

<i>Underskrift undersökningsperson</i>	<i>Underskrift student</i>
<i>Ort, datum</i>	<i>Ort, datum</i>
<i>Telefonnummer</i>	<i>Telefonnummer</i>

### Intervju-guide

Hur länge har du arbetet som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på akutmottagning?

Genomgick du någon specifik utbildning innan du började arbeta med triage och RETTS?

Om du tänker på din egen akutmottagning - finns det någon gräns för hur länge du måste ha jobbat för att få triagera?

Kan du beskriva vad de olika begreppen klinisk blick, intuition, tyst kunskap och erfarenhet innebär/betyder för dig.

Kan du beskriva om du i triagesituationen upplever att klinisk blick, tyst kunskap och intuition har betydelse för den prioritering patienten får.

Kan du beskriva en speciell situation...  
Vilket väger tyngst?

Vad baserar du triagebedömningen på?

Hur går du tillväga när du triagerar?

När upplever du att du börjar din bedömning av patienten?

Kan du beskriva hur du upplever att RETTS triagesystem och din egen uppfattning om patientens tillstånd överensstämmer.

I vilka situationer stämmer det inte?

Upplever du att det finns risker med att patienter får en högre prioritering än den som RETTS anger?

Upplever du att det på din arbetsplats är accepterat att frånga RETTS när man tycker att det är befogat?

Om inte hur tar det sig uttryck...?  
Beskriv situation...?

Är det någonting som du vill tillägga innan vi avslutar?