



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barn som besöker barnakutmottagning och triageras av sjuksköterska

En retrospektiv kvantitativ studie

Författare: Karolina Ljunggren & Annica Nilsson

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2018

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Barn som besöker barnakutmottagning och triageras av sjuksköterska

En retrospektiv kvantitativ studie

Författare: Karolina Ljunggren & Annica Nilsson

Handledare: Bengt Sivberg

Magisteruppsats

Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Traditionellt träffar barn och dess familjer läkare då de besöker en barnakutmottagning, på barnakutmottagningen i Lund triageras vid ankomst alla barn av en sjuksköterska. Sjuksköterskebesök är både nytt och svenskt. **Syfte:** Undersöka vilka patientkategorier som återkommer till Lunds barnakutmottagning inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare. **Metod:** En kvantitativ journalgranskningsstudie med retrospektiv ansats. **Resultat:** Av totalt 720 barn återkom 60 barn inom fem dygn. 14 barn bedömdes av sjuksköterska och 44 barn av läkare. Av dessa barn kunde majoriteten av barnen återvända antingen hem eller till öppenvård akut. Fem barn var i behov av inläggning vid återbesöket. Vid samtliga fall där barnen vid återbesöket undersöktes av läkare bekräftades sjuksköterskans initiala bedömning. **Konklusion:** Sjuksköterskebesök på barnakutmottagningen i Lund genomförs med ett mycket patientsäkert resultat.

Nyckelord

(barnakutmottagning, triage, barnsjuksköterska, sjuksköterska, återbesök)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Vårdnivå	6
Sjuksköterskebesök på barnakutmottagning	7
Sjuksköterskans och barnsjuksköterskans profession	8
Barnets rättigheter	8
Triageringssystem	8
Vårdetik	10
Syfte	10
Hypoteser	10
Metod	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Kontext	11
Urval	12
Instrument och datainsamling	14
Analys av data	14
Resultat	14
Triagering och studiepopulation	14
Besöksorsak	15
Hänvisningar	18
Återbesök	18
Besvarande av hypoteser	20
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	21
Konklusion och implikationer	23
Referenser	24
Bilaga 1 (2)	28
Bilaga 2 (2)	30

Introduktion

Vi som skrivit denna uppsats är sjuksköterskor och arbetar på barnakutmottagningen i Lund. Arbetet på barnakutmottagningen är stimulerande, givande men också krävande och utmanande. Det är inte alltid sjuksköterskan och föräldrarna har samma åsikt om barnets allmäntillstånd. Vår erfarenhet av att arbeta på barnakutmottagningen har givit oss båda insikten om betydelsen av att enas med familjerna och att informera föräldrar och barn på ett sätt som gör att vår triagering blir begriplig för familjerna. Att hänvisa en familj från barnakutmottagningen till annan instans eller att vårda patienten som sjuksköterska utan läkarbedömning kräver stor kunskap och erfarenhet. Det krävs att förlita sig på sina kunskaper och känna sig trygg i sin yrkesroll.

Problemområde

Enligt Barata et al. (2015) söker varje dag cirka 800 000 barn i USA vård på en akutmottagning. Majoriteten av dessa besök sker på allmänna akutmottagningar och endast ett fåtal på en specifik barnakutmottagning. Akutmottagningarnas kapacitet mätts på grund av det ökade nyttjandet av akutsjukvård. Det ökade inflödet av patienter i samband med minskade resurser leder enligt studien till att lokalerna på akutmottagningen fylls med människor och ambulanser behöver därför i vissa fall omdirigeras till annan akutmottagning. Det har visat sig att de överbelagda akutmottagningarna leder till en hotad patientsäkerhet. De överbelagda akutmottagningarna ökar risken för att medicinska fel ska uppstå samt förlängd väntetid till läkare. Patienternas missnöje ökar och patienterna känner en minskad tillit till sjukvården. År 1993 besökte 90,3 miljoner patienter akutmottagningar i USA och tio år senare hade denna grupp ökat till 113,9 miljoner patienter. Artikelns resultat visar att både flödet och vården som ges på akutmottagningen kan förbättras genom att implementera väl fungerande processer genom hela vårdförloppet. Dessa processer kan öka patientsäkerheten, öka effektiviteten samt minska väntetiderna för inskrivning på akutmottagningen. Processerna som omnämns i artikeln innefattar ett triagesystem i fem steg:

- Akutsjukvård initierad direkt av sjuksköterskan.
- Snabbspår för utvalda sökorsaker och snabb triagering.
- Vårdprocesser för olika tillstånd och en adekvat bemanning genom hela akutprocessen.
- Det krävs både hängiven personal och utbildning för att dessa processer ska kunna implementeras och fungera adekvat.
- Vårdprocesserna för olika tillstånd är multidisciplinära och kan vända sig både till högriskpatienter och till stora grupper av patienter.

Vidare beskriver Barata et al. (2015) att vårdprocesserna bör användas som stöd för sjuksköterskornas arbete på akutmottagningarna men inte som enda möjliga väg. Det finns enligt studien stöd för att evidensbaserad vård påbörjad av sjuksköterskan förbättrar kvalitén på vården, minskar riskerna för barnen och ökar effektiviteten i vården. Användning av sjuksköterskornas hela kompetens leder till positiva effekter både gällande patientens upplevelse av vården och patientflödet på akutmottagningen under hela vårdprocessen. På ett

sjukhus i USA där metoden med akutsjukvård initierad av sjuksköterska implementerades och där triagering genomfördes av sjuksköterska såg man en minskning med 16 procent av den totala vistelsetiden. Studien visar att en optimering av alla resurser på en akutmottagning är av högsta prioritet för att minska antalet patienter som befinner sig på akutmottagningen samtidigt. Optimeringen minskar också stressen för vårdpersonal som bildas av det höga inflödet av patienter. Detta speciellt för grupper av patienter som inte är kritiskt sjuka eller allvarligt skadade (a.a.). Enligt Internetmedicin (2017) definieras begreppet kritiskt sjuk av att tidig behandling har avgörande betydelse för morbiditet och mortalitet.

I en pilotstudie genomförd på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus, på uppdrag av Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset (2015) har man undersökt de positiva effekterna av en strukturerad sjuksköterskemottagning på barnakuten. Det stora inflödet av patienter, cirka 47 000 barn per år beror till viss del på att lindrigt sjuka barn söker vård på barnakuten. En annan orsak är fullbokade mottagningstider i primärvården och detta i kombination med varandra leder bland annat till långa väntetider. Under pilotstudien triagerades barnen som sökte barnakuten efter barnets tillstånd. Vid triage beslutar sjuksköterskan vilken vårdnivå som barnets tillstånd kräver och om och hur snabbt barnet behöver träffa en läkare på akutmottagningen. Cirka hälften av antalet barn sökte barnakuten för lindriga besvär som faller inom ramen för primärvård. Barn som sökte för dessa lindriga åkommor triageras direkt till sjuksköterskemottagningen och togs om hand utan läkarbedömning på akuten med en eventuell hänvisning till primärvården. Studien genomfördes under två veckors tid och under denna tidsperiod triagerades 23,2 procent av alla barn till att endast träffa en sjuksköterska på barnakuten (a.a.). Med vår studies resultat kan vi visa om denna form av sjuksköterskemottagning är patientsäker och om liknande mottagningsverksamhet bör implementeras på andra akutmottagningar.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2015) innebär en familj en självdefinierad grupp av människor som känner tillhörighet till varandra med känslomässiga band. Senaste decennierna har det som kallas familj förändrats, det behöver inte längre vara kärnfamiljen som bor tillsammans i ett hushåll, utan en familj kan se ut på många olika sätt. En familj behöver inte ha blodsband utan det räcker att man känner sig som en familj. Inom hälso- och sjukvården används begrepp som familjefokuserad omvårdnad vilket innebär att fokus ligger på familjens betydelse för patientens upplevelse av hälsa och ohälsa. För att förstå familjefokuserad omvårdnad finns det två olika synsätt, familjecentrerad omvårdnad och familjerelaterad omvårdnad. I omvårdnad med utgångspunkt i det familjecentrerade perspektivet ses familjen som en helhet och i den familjerelaterade omvårdnaden ligger fokus på personen eller patienten men hänsyn tas till dess sociala omgivning och sammanhang. I en familj påverkar alla medlemmar varandra och därför måste familjen ibland betraktas som en enhet inom hälso- och sjukvården. Familjen kan ses som ett system där alla förändringar påverkar varandra. Individer befinner sig konstant i ett sammanhang och vid både positiva och negativa förändringar påverkas individen. När någon i familjen bidrar med positiva förändringar påverkas övriga medlemmar på ett positivt sätt och vice versa ifall någon i familjen skulle bli sjuk påverkas övriga i familjen negativt (a.a.). Enligt Kuo et. al (2012) finns det tre hörnstenar inom familjecentrerad vård. Partnerskap mellan inblandade parter, samarbete mellan patient,

föräldrar och vårdgivare samt att familjen innehar expertisen angående sitt barn och att det är föräldrarna själva som bäst känner sitt barn och vet vad barnet behöver (a.a.). Enligt Shields, Pratt, & Hunter (2005) är en öppen kommunikation mellan föräldrar, barn och sjukvårdspersonal dock den viktigaste faktorn för en lyckad interaktion under barnets vårdtid (a.a.).

För att förbättra vårdkvaliteten och öka patientsäkerheten finns idag enligt Institute for patient-and family centered care (2017) förståelse för vikten av att inkludera familjen tidigt i vården och arbeta efter ett familjefokuserat perspektiv. Att låta familjen medverka i planering, utförande samt utvärdering av vården ökar patientsäkerheten och både vårdgivare och vårdtagare blir mer nöjda (a.a.). Enligt Broberg (2016) innebär sjukhusmiljön vardag för sjukvårdspersonal men för barnet som tillsammans med sina föräldrar kommer till sjukhuset kan det upplevas som en osäker miljö (a.a.). Enligt en artikel skriven av Cleveland (2008) upplever föräldrar neonatal intensivvårdsmiljö som skrämmande och utmanande. Föräldrarna är i behov av förståelse från sjukvårdspersonalen kring deras bristande erfarenhet av likande situationer. Föräldrar upplever ofta att det är vårdpersonalen som äger situationen och som styr vården av barnet. Föräldrar är i behov av relevant information för att kunna vara en del av omvårdnaden av sitt barn (a.a.). Clevelands resultat är troligtvis applicerbart även i den pediatrika akutsjukvården. Vidare beskriver Broberg (2016) att många faktorer spelar in, föräldrarna är oroliga för sitt barns hälsa, föräldrarna känner sig bedömda av sjukvårdspersonalen, föräldrarna känner att de inte har kontroll över olika undersökningar som ska göras eller oro för att barnet inte ska uppföra sig i samband med besöket. Enligt forskningsstudier är det viktigaste för att föräldrar ska känna sig nöjda i sin kontakt med sjukvården kommunikation och bemötande. Föräldrar beskriver att sjukvårdspersonal som lyssnar, tror på vad de säger, låter föräldrar involveras i beslut och processer kring barnet är mer nöjda och har högre förtroende för sjukvården (a.a.).

Vårdnivå

1177 Vårdguiden (2016) definierar de olika vårdnivåerna i svensk sjukvård i sin guide ”Hitta rätt i Skånes sjukvård”. Sveriges hälso- och sjukvård är uppbyggd av primärvård och specialistsjukvård. Enligt 1177 ska den som är sjuk, skadad, i behov av rådgivning gällande hälsa eller i behov av hälsokontroll i första hand vända sig till primärvården. Primärvård innefattar bland annat vårdcentral, barnmorskemottagning, barnavårdscentral, barn och ungdomspsykiatrisk öppenvård och ungdomsmottagning. Primärvården har bred kompetens och kan behandla de vanligaste åkommorna. Primärvården tar emot patienter med alla besvär som inte kräver omedelbar vård på sjukhus. Primärvården skriver vid behov remiss till specialistsjukvården. Personer med livshotande sjukdom eller symtom som kräver akutsjukvård ska vända sig till en akutmottagning. I Skåne finns flera akutsjukhus och här finns akutmottagningar för både barn och vuxna. Akutmottagningarnas uppdrag är att dygnet runt ta hand om patienter med livshotande tillstånd samt patienter som kräver omedelbar vård. 1177 vårdguiden erbjuder telefonrådgivning och svarar där på hälsorelaterade frågor, ger medicinska råd och vägleder till rätt vårdnivå (a.a.).

Enligt Internetmedicin.se (2018) söker cirka 90 procent av de barn som söker vård för buksmärta för ospecifik buksmärta, detta skiljer sig från vuxna som söker vård för buksmärta. Även bedömningen mellan barn och vuxna skiljer sig åt. Ofta orsakas barns buksmärta av virusinfektioner eller förstoppning, appendicit förekommer också och appendicit är den

vanligaste orsaken som kräver operation hos barn med buksmärtor. Flera tillstånd med varierad svårighetsgrad har diffus buksmärtor som primärt symptom. Hos barn <4 år har cirka 80 procent en perforerad appendix då diagnos ställs. Små barn har svårt att ge en adekvat anamnes och klassiska symptom kan saknas. Vid tveksamhet kring diagnos ska den som bedömer barnet vara frikostig med inläggning av spädbarn och yngre barn (a.a.).

Enligt en studie av Burokaitė et al. (2017) ökar antalet barn som söker akutmottagning i Litauen. Syftet med studien var att fastställa de faktorer som fick föräldrarna att bestämma sig för att åka till barnakutmottagningen med sina lindrigt sjuka barn, barn med tillstånd som primärvården har möjlighet att vårda. Exempel på tillstånd hos lindrigt sjuka barn enligt artikeln var feber, smärta, trauma, andningsbesvär och symptom från mag-tarmkanalen. Enligt triagesystemet som användes av sjuksköterskorna triagerades barnen till grön, gul eller röd grupp. Grön grupp innebär ej brådskande, gul grupp innebär brådskande och röd grupp innebär akut. Föräldrar till barn som triagerades till grön eller gul erbjöds vara med i studien. Medelåldern hos barnen vars föräldrar deltog i studien var 3,6 år. Enligt studien leder onödiga besök på akutmottagningen till försämrad tillgänglighet och kvalitet för de patienter som verkligen är i behov av akutsjukvård. Onödiga besök leder också till ökade sjukvårdskostnader och missnöje över akutsjukvården. Studien syftade även till att jämföra föräldrarnas och sjukvårdspersonalens inställning till vilka av barnen och deras tillstånd som kräver akutsjukvård. Enligt studien sågs en skillnad gällande utbildningsnivå hos föräldrarna där föräldrarna med högre utbildningsnivå oftare själva körde sina barn till akutmottagningen istället för att söka sig till primärvården eller tillkalla ambulans. Att själva söka akutmottagningen utan att först kontakta primärvården var vanligare bland höginkomsttagare. Studien visade också att de som bodde nära akutmottagningen sökte akutmottagningen utan remiss oftare än andra. De som bodde längre från akutmottagningen än från primärvårdsmottagning sökte i större utsträckning primärvården i första hand. Ett samband sågs också mellan hur ofta barnen tagits till akutmottagningen. 42,1 procent av barnen sökte akutmottagningen för första gången under de senaste tolv månaderna medan 12,4 procent sökte för minst tredje gången under samma tid. Enligt sjukvården var endast en femtedel av barnen i behov av akutsjukvård (a.a.).

Sjuksköterskebesök på barnakutmottagning

Sjuksköterskebesök på akutmottagningar är både svenskt och nytt och enligt vår kunskap har inga större studier utförts inom området. Enligt en beskrivning av Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset (2015) skrivs barnen in av sjuksköterskan som bedömer barnets tillstånd. Vid inskrivning och triagering bedömer sjuksköterskan om barnet behöver träffa läkare, om barnet kan hänvisas till annan instans eller om sjuksköterskan själv kan ansvara för barnets vård. Förkylning, infektioner och yttre sårskador ges som exempel på lindriga besvär då barnet inte har behov av att träffa läkaren. Lättare åtgärder, observation och egenvårdsråd ska den erfarna sjuksköterskan kunna ge på barnakutens sjuksköterskemottagning. Enligt studien krävs det hög kompetens och ett systematiskt arbetssätt för att en strukturerad sjuksköterskemottagning ska fungera. Lätta åtgärder ska kunna genomföras och adekvat information ska kunna ges på ett sätt som barnet och dess familj känner sig trygg med. Under sjuksköterskebesöket kan barnet omtriageras till att träffa läkare om barnets tillstånd skulle förändras (a.a.). Enligt Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset (2015) har genomförd pilotstudie visat tendenser till att barnen får den vård de är i behov av, studien har också visat att sjuksköterskebesöken lett till förkortade ledtider (a.a.).

Sjuksköterskans och barnsjuksköterskans profession

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2009) ska sjuksköterskans arbete grunda sig på vetenskap och etiska regler. Sjuksköterskan ska ha kunskap om människans utveckling och arbeta för att hindra ohälsa och lidande (a.a.). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, Svensk sjuksköterskeförening (2017) ska sjuksköterskan i sitt arbete prioritera sårbara befolkningsgrupper. Sjuksköterskan ska sträva efter jämlikhet och en korrekt fördelning av sjukvårdens tillgängliga resurser. Sjuksköterskans beslut ska grunda sig i evidensbaserad kunskap. Det är sjuksköterskans ansvar att barnet och dess familj får relevant och korrekt information, informationen ska ges på ett lämpligt sätt anpassat till barnets och familjens förmåga (a.a.). Enligt Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening (2016) ska barnsjuksköterskan ge barn som är i behov av vård en trygg och säker vård. Specialistsjuksköterskan med inriktning mot barn och ungdom ska vara ett stöd för hela familjen och vägleda familjen till att identifiera lämplig vård för sitt barn. Barnsjuksköterskan ska sträva efter att vårda barnet i en barnvänlig miljö med kompetent personal (a.a.).

Barnets rättigheter

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter är ett barn varje människa som inte fyllt 18 år (Hallström, 2016). Alla barn har lika värde och samma rättigheter, ingen får diskrimineras. Barnets bästa ska alltid komma i första hand och barnet har rätt till överlevnad och utveckling (Barnkonventionen, 2018).

Triageringssystem

Enligt Widgren (2012) är Rapid Emergency Triage and Treatment-Pediatrics (Retts-p) triageringsmodellen som används på Sveriges barnakutmottagningar. Retts-p är barnversionen av Rapid emergency triage and treatment system (RETTS). Retts -p är utvecklat tillsammans med specialistläkare från pediatrikens olika områden. RETTS och Retts-p är uppbyggt på samma sätt gällande struktur och principer, där patienten triageras utifrån två områden, dels vitalparametrar, se Figur 1 *Bedömning av vitalparametrar för barn i åldern 6–12 månader* och Figur 2 *Bedömning av vitalparametrar för barn i åldern >2 men <3 år fyllda* för exempel gällande hur normalvärde skiljer sig mellan åldersgrupperna, och dels patientens symtom eller sökorsak. Gränserna för vitala parametrar och sökorsaker är olika för barn och vuxna. De vitala parametrarnas gränsvärden skiljer sig inte bara mellan barn och vuxen utan även utifrån barnens ålder. Detta på grund av att barnets normala frekvenser skiljer sig beroende på ålder (a.a.).

6–12 månader.

VP	Röd	Orange	Gul	Grön
A	Ofri luftväg	Hotad luftväg	-	Fri luftväg
B	AF < 15 /min AF > 70 /min SpO med O < 93 %	AF < 20 /min AF > 60 /min SpO utan O < 93 %	AF < 25 /min AF > 50 /min SpO utan O 93 - 95 %	AF 25 - 50 /min SpO utan O > 95 %
C	Puls < 70 /min Puls > 190 /min	Puls < 80 /min Puls > 170 /min	Puls < 90 /min Puls > 150 /min	Puls 90 - 150 /min
D	Pågående kramp RLS >= 4 GCS <= 9	RLS 2 - 3 GCS 10 - 12	Trött/hängig GCS 13 - 14	Alert RLS = 1 GCS = 15
E	-	Temp. < 35 °C Temp. > 41 °C	-	Temp. 35 - 41 °C

Pulskorrigerig

Puls skall korrigeras för feber

Puls hos upprört barn skall ej användas som grund för triage

Figur 1. Bedömning av vitalparametrar för barn i åldern 6–12 månader.

(Region Skåne, 2017).

2 år.

VP	Röd	Orange	Gul	Grön
A	Ofri luftväg	Hotad luftväg	-	Fri luftväg
B	AF < 12 /min AF > 45 /min SpO med O < 93 %	AF < 18 /min AF > 40 /min SpO utan O < 93 %	AF < 20 /min AF > 35 /min SpO utan O 93 - 95 %	AF 20 - 35 /min SpO utan O > 95 %
C	Puls < 60 /min Puls > 175 /min	Puls < 75 /min Puls > 145 /min	Puls < 85 /min Puls > 135 /min	Puls 85 - 135 /min
D	Pågående kramp RLS >= 4 GCS <= 9	RLS 2 - 3 GCS 10 - 12	Trött/hängig GCS 13 - 14	Alert RLS = 1 GCS = 15
E	-	Temp. < 35 °C Temp. > 41 °C	-	Temp. 35 - 41 °C

Pulskorrigerig

Puls skall korrigeras för feber

Puls hos upprört barn skall ej användas som grund för triage

Figur 2. Bedömning av vitalparametrar för barn i åldern 2–3 år.

(Region Skåne, 2017).

Sökorsaker skiljer sig mellan Retts-p och RETTS på grund av att vanliga tillstånd hos barn är ovanliga hos vuxna och vice versa. Barn är mer sällan än vuxna beroende av slutenvård efter handläggning på akutmottagning. Syftet med Retts-p är att eftersträva en så hög sensitivitet som möjligt och därigenom minska risken för prioritering under rätt nivå. Retts-p innebär därmed en risk för högre prioritering än behovet och att tillstånd som inte kräver akut vård triageras orimligt högt (a.a.).

Vårdetik

Enligt Socialstyrelsen (2011) ska all hälso- och sjukvårdspersonal ge vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjukvårdspersonal ska i första hand värna patientens liv. Sjukvårdens uppgift är att behandla och bota sjukdom så långt det är möjligt samt stödja till hälsa och välbefinnande. Patienten har rätt till adekvat och omsorgsfull vård. Etiska dilemman i vården handlar om ställningstagande i vad som är rätt och fel eller bra och dåligt. Vidare leder dessa dilemman till vad vårdpersonal bör göra och inte göra, vilka tillstånd som är önskvärda eller inte önskvärda. Etiska dilemman kan drabba både en enskild person i vården men också hela organisationen. Som grund till etiska frågeställningar kring medicinska beslut finns hälso- och sjukvårdslagen samt vårddyrens etiska koder men också en rad principer enligt ett regeringsförslag så kallat Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa principer kan ses som ett verktyg då sjukvårdspersonal ställs inför svåra situationer i hälso- och sjukvården. Följande principer är av stor vikt vid triagering av sjuka barn:

- Människovärdesprincipen, grunden för de mänskliga rättigheterna, alla lika värde, alla individer ska behandlas lika utan diskriminering.
- Autonomiprincipen, varje individ har rätt att bestämma över sitt eget liv, rätten till självbestämmande ska respekteras. Alla har efter sin egen förmåga rätt till medbestämmande och integritet.
- Godhetsprincipen, hälso- och sjukvårdspersonal ska alltid sträva efter att bota sjukdom, om detta inte går ska personalen sträva efter att lindra patientens besvär.
- Rättvisepincipen, alla personer ska behandlas lika, alla individer har samma rätt till vård och omsorg, vårdens resurser ska användas så rättvist det är möjligt.
- Behovs- och solidaritetsprincipen, resurser ska fördelas till de individer som har störst behov. Alla individer ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet, behoven hos de svaga ska särskilt beaktas. (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att granska vilka barn (0- <7 år) samt vilka kategorier av barn som under år 2017 återkom till Lunds barnakutmottagning inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare.

Hypoteser

- Det är svårare för sjuksköterskor att triagera yngre barn än äldre barn.
- Buksmärta är ett tillstånd som är svårt att triagera för sjuksköterskan.
- Sjuksköterskans första bedömning fungerar likvärdigt med läkarnas bedömning.

Metod

Studien har en kvantitativ metod med en retrospektiv ansats. En kvantitativ metod är enligt Björk (2011) numerisk och metoden används för att undersöka variabler som är mätbara med siffror (a.a). Därför valdes denna metod för att genomföra studien. Vidare beskriver Björk (2011) att retrospektiv ansats innebär att genom redan dokumenterade data genomföra undersökningar bakåt i tiden (a.a). Det slumpmässiga urvalet har genomförts i databasen SPSS. SPSS är en plattform som erbjuder metoder för att utföra avancerade statistiska

beräkningar och analyser (Wahlgren, 2012). Information har inhämtats från Melior, som enligt Region Skåne (2018) är ett journalsystem som används för bland annat dokumentation. Författarna har sedan gemensamt överfört informationen från Melior till ett system kallat RedCap, *se bilaga 1*. RedCap är en säker webbapplikation för att bygga och hantera onlineundersökningar och databaser (Medicinska fakulteten, 2018). Därefter har all data överförts från RedCap till SPSS.

Forskningsetiska avvägningar

Enligt etikprövningsnämnderna (2013) trädde en ny lag i kraft första januari 2004 som innefattar etikprövning av forskning som avser människor. Lagen innebär att forskning som utförs på levande individer, på biologiskt material från människor eller behandling av känsliga personuppgifter enligt personuppgiftslagen kräver godkännande från regionala etikprövningsnämnden. Känsliga personuppgifter innebär uppgifter om:

- Ras eller etnicitet
- Politiska åsikter
- Religiös eller filosofisk övertygelse
- Medlemskap i fackförening
- Hälsa eller sexualliv (a.a.).

Etikprövningsansökan har genomförts av Ioannis Orfanos, medicinskt ansvarig läkare på barnakuten Lund. Diarienummer för beslutet från Etikprövningsnämnden Lund är Dnr 2017/967. Informerat samtycke var inhämtat från verksamhetschefen i samband med att Ioannis Orfanos ansökte om godkännande för studien till den regionala etikprövningsnämnden. Allt material från datainsamling har förvarats inlåst på SUS Lund och Ioannis Orfanos är ansvarig för materialet. Granskning av patientjournalerna har skett på barnakutmottagningen i Lund.

Som tidigare beskrivits minskar sjuksköterskebesök på barnakutmottagning väntetider och eftersom väntetider leder till överfulla akutmottagningar anses fördelarna med studien överväga nackdelarna. Nackdelen med studien är att det kan upplevas känsligt av kollegorna att vi granskar journalanteckningar de skrivit. Enligt World Medical Association Declaration of Helsinki (2018) får medicinskt forskning bedrivas då nyttan överväger riskerna.

Kontext

Enligt Carina Hermansson (personlig kommunikation, 29 mars 2018), enhetschef på barnakuten i Lund, besökte år 2017 16 573 barn barnakuten i Lund. Av dessa barn träffade 5 156 barn enbart sjuksköterska vid besöket och hänvisades därefter hem med egenvårdsråd alternativt till primärvård eller annan enhet inom specialistsjukvården. Enligt Carina Hermansson registreras alla barn som besöker barnakuten i Lund i systemet Patientliggaren, Qlickview, där också statistik gällande patientregistrering inhämtats (a.a.).

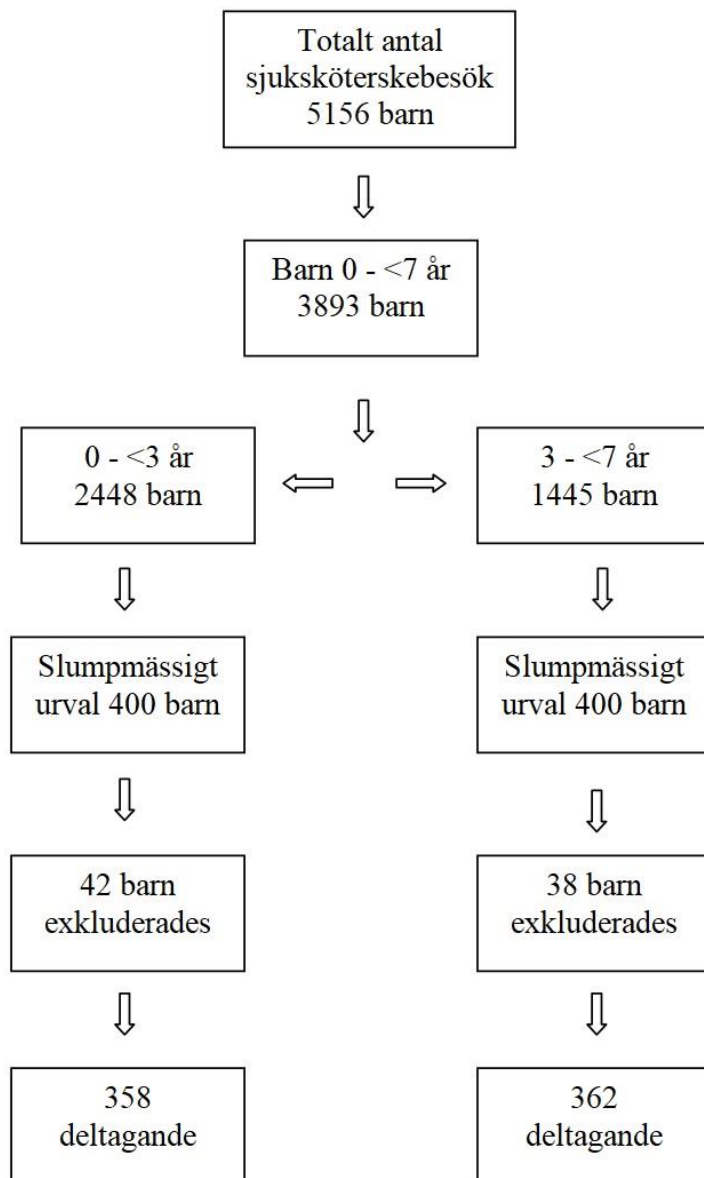
Enligt Region Skåne (2017) är barnakuten i Lund öppen dygnet runt. Barnakuten tar emot barn och ungdomar som blivit drabbade av akut sjukdom eller olyckshändelse. På jourtid tar barnakuten även emot barn och ungdomar med akuta sjukdomstillstånd relaterat till öron-näsa-hals. Barn med ortopediska tillstånd samt barn över 15 år med kirurgiska tillstånd hänvisas till akutmottagningen i Lund. Då en familj kommer till barnakuten i Lund träffar familjen först en sjuksköterska som gör en första bedömning av barnets tillstånd och triagerar

barnet till rätt vårdnivå alternativt ger egenvårdsråd. Region Skåne rekommenderar familjer som ska söka vård att ringa vårdguiden 1177 för att få råd gällande bedömning av barnet samt råd om var familjen ska söka vård. Vid livshotande tillstånd ska 112 kontaktas (a.a.).

Enligt Carina Hermansson (personlig kommunikation, 23 april 2018) var feber, buksmärta och andningsbesvär de vanligaste sökorsakerna på barnakuten i Lund under år 2017, uppgifterna kommer från Patientliggaren, Qlickview. År 2012 hade barnakuten i Lund 15 439 besök totalt varav 3 285 sjuksköterskebesök, detta jämfört med år 2017 då barnakuten hade 16 573 besök totalt varav 5 156 sjuksköterskebesök. På fem år har sjuksköterskebesöken ökat från 21,3 procent till 31,1 procent (a.a.). Vid sjuksköterskebesök står sjuksköterskan enskilt för ansvaret gällande patientbedömning men läkare kan kontaktas för rådgivning gällande specifik bedömning.

Urval

Barnakuten i Lund hade år 2017 16 573 besök, av dessa var 5 156 sjuksköterskebesök. Se Figur 3 *Urval, från totalt antal sjuksköterskebesök år 2017 till inkluderade barn i studien*. Urvalet i studien bestod av slumpmässigt utvalda barn från noll till och med sex år som sökt barnakuten i Lund under år 2017 och triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare. Totalt bestod urvalet av 400 barn i åldern noll till mindre än tre år samt 400 barn i åldern tre till mindre än sju år. Med ett urval på 400 barn från gruppen noll till tre och 400 barn i gruppen fyra till sju år är det sannolikt att få ett tillförlitligt resultat. Enligt Eliasson (2018) innebär en större studiepopulation ett mer tillförlitligt resultat. Ett randomiserat urval har slumpat fram studiens deltagare. Urvalet har slumpmässigt valts ut via databasen SPSS. Enligt Björk (2011) innebär en slumpsituation eller ett slumpförsök en situation med en händelse som kan men som inte måste inträffa (a.a.). Aktuella data dokumenterades i RedCap och överfördes sedan till SPSS. Innan överföring till SPSS har all data avidentifierats. Anledningen till att endast barn noll till sju år har inkluderats beror på att de utgör majoriteten av barnakutens besök vilket troligtvis har gett ett applicerbart och mer trovärdigt resultat. Totalt 3 893 av sjuksköterskebesöken 2017 bestod av barn noll till mindre än sju år fyllda, 2 112 pojkar och 1 781 flickor. 2 448 barn var noll till mindre än tre år fyllda och 1 445 barn tre till mindre än sju år fyllda.



Figur 3. Urval, från totalt antal sjuksköterskebesök år 2017 till inkluderade barn i studien.

Tidsaspekten att endast granska de barn som kommer tillbaka inom fem dygn efter vårdtillfället har valts ut genom diskussion med medicinskt ansvarig läkare Iannos Orfanos eftersom barn som återkommer senare än fem dygn efter senaste besök inte längre klassas som återbesök då helt nya symtom kan ha tillkommit som inte längre är relevanta för föregående besök. Barn som sökt vård inom fem dygn från granskat vårdtillfälle men som sökt för nya symtom som inte var relaterade till sökorsaken vid granskat vårdtillfälle har exkluderats. Totalt 80 barn exkluderades ur studien. 70 av barnen exkluderades då de vid ankomst till barnakuten registrerats som sjuksköterskebesök men under vårdtillfället har de av olika skäl omprioriterats och blivit undersökta av läkare. Åtta barn exkluderades då dessa barn sökte barnakuten för planerad provtagning och två barn exkluderades då dessa barn kom som planerade återbesök efter läkarbesök för kontroll av vitala parametrar.

Instrument och datainsamling

Datainsamlingen har genomförts retrospektivt via Melior och patientliggaren och informationen har sedan dokumenterats i RedCap. I RedCap användes rubrikerna ankomstdatum och ankomsttid, utskrivningsdatum och utskrivningstid, vistelsetid, födelsedatum, ålder, kön, Retts-p, allmäntillstånd, besöksorsak, hänvisning, återbesök inom fem dagar, återbesök till, inläggning, återbesök resultat, allvarlig missad diagnos samt kommentar, *se bilaga 1*. Därefter har den avidentifierade datainsamlingen överförs till databasen SPSS där all statistik beräknats. Ankomstdatum och ankomsttid dokumenterades för att lätt kunna härleda till det specifika besöket för den aktuella patienten under studiens gång. Utskrivningsdatum och utskrivningstid dokumenterades för att kunna mäta vistelsetiden, enligt Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset (2015) minskade ledtiderna på barnakuten i samband med sjuksköterskebesök. Retts-p och allmäntillstånd dokumenterades då det är relevant för att se vilka tillstånd sjuksköterskan själv kan bedöma och vårda. Studiens syfte var att granska vilka barn (0- <7 år) samt vilka kategorier av barn som återkommer till Lunds barnakutmottagning inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare, svar på detta syfte får vi genom att undersöka eventuellt återbesök inom fem dagar. Vilken yrkeskategori barnet undersöktes av vid återbesöket, om barnet var i behov av inläggning, om återbesöket resulterade i remiss/hänvisning till annan enhet samt om sjuksköterskan missat någon allvarlig diagnos vid första besöket kan styrka vikten av en välfungerande sjuksköterskemottagning, vikten av en tydlig dokumentation och också upptäcka eventuella brister i triagesystemet.

Analys av data

Data har analyserats i statistikprogrammet SPSS (Wahlgren, 2012) med deskriptiv och analytisk statistik. Enligt Björk (2011) innebär deskriptiv statistik beskrivande statistik. Deskriptiv statistik presenteras i studien med antal och procent. Analytisk statistik används för att jämföra insamlade data mellan olika grupper (a.a). Medianvärde (Md) och medelvärde (M) har använts som centrala mått vid deskriptiv statistik. Enligt Björk (2011) innebär Md ett genomsnittsmått där hälften av alla variabelvärden är mindre än eller lika med Md och hälften av alla variabelvärden är mer eller lika med Md. M innebär en summering av samtliga värden dividerat med antalet (a.a.). Centrala mått innebär enligt Stukát (1993) ett verktyg för att lättöverskådligt redovisa ett material. Gruppjämförelser mellan yngre och äldre barn har beräknats via korstabeller med chitvåtest. Chitvå är en variant av hypotesprövning för att kunna dra slutsatser angående om två grupper skiljer sig från varandra utifrån insamlade data (Stukát 1993). Alfa-värdet för signifikans sattes till p -värde $<0,05$. Enligt Dahlgren (2018) innebär p -värde ett mått för sannolikheten för ett applicerbart resultat inte kan förklaras av slumpen.

Resultat

Triagering och studiepopulation

Av totalt 800 randomiserade barn inkluderades 720 i studien. Gruppen bestod av 368 (51,1 %) pojkar och 352 (48,9 %) flickor. Besöken som inkluderats har en uppmätt vistelsetid på 32

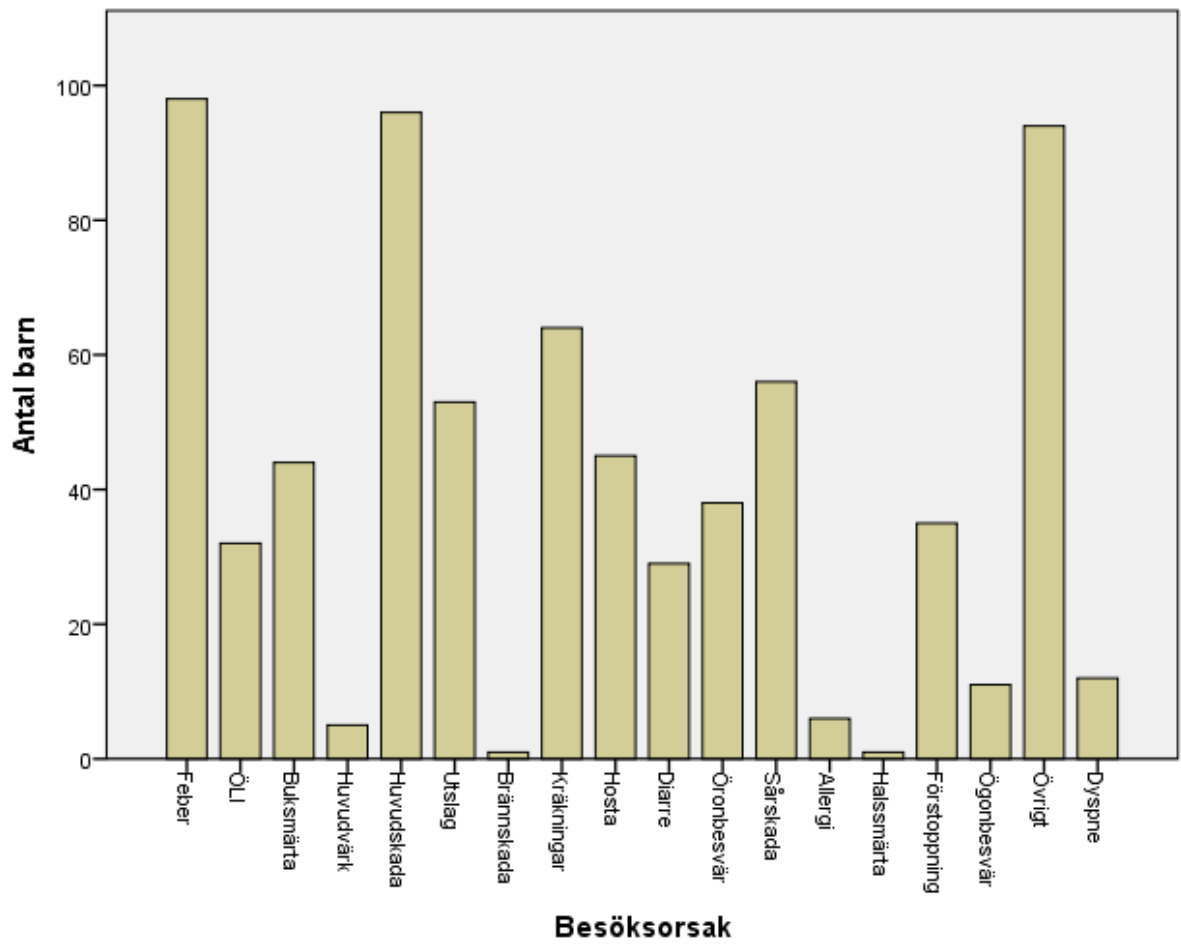
minuter som medianvärde (Md) och 44,2 minuter i medelvärde (M). Barnen prioriterades enligt Retts-P som tidigare beskrivits. 573 (79,6 %) barn fick grön prioritet, 107 (14,9 %) barn fick gul prioritet och 9 (1,3 %) barn fick orange prioritet enligt Retts-P. Inga barn erhöll röd prioritet, medan 31 (4,3 %) barn hade oklar triageringsgrad. Barnens allmäntillstånd har skattats till alert, trött, RLS 2–3 (Rapid emergency triage and treatment system), RLS 4–8 och oklar triageringsgrad. 638 (88,6 %) barn bedömdes vara alerta vid besöket, 36 (5 %) barn bedömdes som trötta och 46 (6,4 %) barn som oklart allmäntillstånd. Inga barn bedömdes som RLS 2–3 alternativt RLS 4–8.

Antalet barn från noll till yngre än tre år var 358, 168 (46,9 %) var flickor och 190 (53,1 %) var pojkar. Barn från tre till yngre än sju år var totalt 362, 184 (50,8 %) var flickor och 178 (49,2 %) var pojkar. Den yngre gruppen hade en uppmätt vistelsetid på 33 minuter (Md) och 44,7 minuter (M). Den äldre gruppen hade en uppmätt vistelsetid på 29 minuter (Md) och 43,7 minuter (M). 295 (82,4 %) av barnen i den yngre gruppen jämfört med 278 (76,8 %) av barnen i den äldre gruppen erhöll grön prioritet enligt Retts-p. 50 barn (14,0 %) i den yngre gruppen och 57 barn (15,7 %) i den äldre gruppen prioriterades till gula, två barn (0,6%) i den yngre gruppen och 7 barn (1,9 %) i den äldre gruppen fick orange prioritet. Inget barn prioriterades till röd, 11 barn (3,1 %) i den yngre gruppen och 20 (5,5 %) barn i den äldre gruppen prioriterades till oklar triageringsgrad. Av de yngre barnen bedömdes allmäntillståndet för 330 barn (92,2 %) till alert, 15 barn (4,2 %) bedömdes som trötta, 13 (3,6 %) som oklart allmäntillstånd, inga barn bedömdes som RLS 2–3 alternativt RLS 4–8. Av de äldre barnen bedömdes allmäntillståndet för 308 barn (85,1 %) till alert, 21 barn (5,8 %) bedömdes som trötta, 33 (9,1 %) som oklart allmäntillstånd. Inga barn bedömdes som RLS 2–3 alternativt RLS 4–8.

31 (4,3 %) barn registrerades som oklar triageringsgrad och 46 (6,4 %) barn registrerades under oklart allmäntillstånd vilket beror på att det under perioden all data samlades förekom en form av direkttriagering på barnakuten i Lund där barn och dess familjer möttes av en sjuksköterska direkt i entrén som genom en första bedömning utan att ta kontroller hänvisades familjen till öppenvård akut. Vid dessa tillfällen registrerades barnen endast i patientliggaren med personuppgifter, sökorsak och hänvisning. Familjerna blev vid dessa fall hänvisade till kvälls och helg-mottagningen som ligger på sjukhusområdet, där bedöms barnet först av en distriktssköterska och sedan eventuellt av en läkare. Kvälls-och helgmottagningen har sedan möjlighet att hänvisa barnet tillbaka till barnakuten med remiss.

Besöksorsak

De vanligaste sökorsakerna för de barn av den totala populationen som triagerats hem eller till annan instans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare var feber n=98 (13,6 %), huvudskada n=96 (13,3 %), kräkningar n=64 (8,9 %), se Figur 4 *Sökorsak sjuksköterskebesök barnakutmottagning* och Tabell 1 *Sökorsak kategori*.



Figur 4. Sökorsak sjuksköterskebesök barnakutmottagning.

Tabell 1.

Sökorsak kategori övrigt:

Sökorsak:	Antal barn:	Antal barn i procent:
Extremitetssmärta	7	1,0 %
Gråtande barn	7	1,0 %
Nacksmärta utan trauma	7	1,0 %
Urosymtom	7	1,0 %
Ballanit	6	0,8 %
Dåligt matintag	5	0,7 %
Nedsvald främmande kropp	5	0,7 %
Smärta i munnen	4	0,5 %
Oroliga föräldrar	4	0,5 %
Främmande kropp i näsa	4	0,5 %
Blodig avföring	3	0,4 %
OP-komplikation	3	0,4 %
Trötthet	3	0,4 %
Rädsla för sekundär drunkning	3	0,4 %
Näsblödning	2	0,3 %
Ökad törst och/eller diures	2	0,3 %
Elolycka	2	0,3 %
Ryggbesvär	2	0,3 %
Förgiftning	2	0,3 %
Underlivsbesvär	2	0,3 %
Dålig viktuppgång	1	0,1 %
Trauma mot nacke	1	0,1 %
Svimning	1	0,1 %
Fästingbett	1	0,1 %
Sömnbesvär	1	0,1 %
Trauma mot hals	1	0,1 %
Sondsättning	1	0,1 %
Bröstsmärta	1	0,1 %
Polyp i näsa – väntar på OP	1	0,1 %
Tics	1	0,1 %
Hälta	1	0,1 %

På de barn som sökte för elolycka samt svimning togs EKG och EKG granskades av medicinjour på barnakuten, övrig del av besöket omhändertogs barnet av sjuksköterska.

Sökorsakerna skiljer sig mellan grupperna av yngre och äldre barn. Bland gruppen av yngre barn sökte majoriteten av barnen för feber n=65 (18,2 %), huvudskada n=49 (13,7 %), kräkningar n=31 (8,7 %). Bland gruppen av äldre barn sökte majoriteten av barnen för

huvudskada n=47 (13 %), buksmärta n=38 (10,5 %) och för sårskada n=36 (9,9 %), se *Bilaga 2, Korstabell*. Skillnaden i sökorsak mellan de två grupperna var signifikant enligt chitvå på nivån $p = .001$.

Hänvisningar

Efter avslutat sjuksköterskebesök har majoriteten av de 720 barnen hänvisats hem med egenvårdsråd, n=561 (77,9 %). n=80 (11,1 %) hänvisades till öppenvård akut, n=47 (6,5 %) hänvisades till öppenvården, n=17 (2,4 %) till ortopedakuten, n=åtta (1,1 %) till öron-näsahals mottagning. Vid sju fall (1,0 %) har barnen hänvisats till annan mottagning efter sjuksköterskebesöket. Vid två fall till barnkirurgisk mottagning, vid två fall till jourtandläkare, vid två fall till ögonmottagning och vid ett fall till barnmedicinsk mottagning. Hänvisningarna skilde sig åt i grupperna, se Tabell 2 *Jämförelse mellan åldersgrupper gällande hänvisning vid sjuksköterskebesök*.

Tabell 2.

Jämförelse mellan åldersgrupper gällande hänvisning vid sjuksköterskebesök:

Hänvisning till:	Antal yngre barn:	Antal yngre barn i procent:	Antal äldre barn:	Antal äldre barn i procent:
Hem	285	79,6 %	276	76,2 %
Öppenvård akut	33	9,2 %	47	13 %
Öppenvård	26	7,3 %	21	5,8 %
Ortopedakuten	7	2,0 %	10	2,8 %
Öron-näsa-hals-akuten	3	0,8 %	5	1,4 %
Annan mottagning	4	1,1 %	3	0,8 %

Fem barn hänvisades till ortopedakuten på grund av extremitetsskada efter att ha blivit friad för huvudskada av sjuksköterska på barnakuten.

Återbesök

Av totalt 720 barn kom 60 barn (8,3 %) tillbaka till barnakutmottagningen inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska. Av de 60 barn som kom tillbaka undersöktes 44 (73,3 %) barn av läkare. Fem av dessa barn var i behov av inläggning, två barn var allvarligt sjuka. n=16 (26,7 %) bedömdes återigen av sjuksköterska och var inte i behov av läkarbedömning. Återbesöken resulterade i att n=54 (90 %) åter hänvisades hem och n=1(1,7 %) hänvisades till öppenvård akut.

Den yngre gruppen bestod av 358 barn. 34 (9,5%) av barnen från den yngre gruppen kom tillbaka inom fem dygn, av dessa barn undersöktes n=28 (82,4 %) av läkare, n=6(17,6 %) undersöktes av sjuksköterska. Återbesöken resulterade i att tre (8,8 %) av barnen var i behov av inläggning, övriga barn n=31 (91,2 %) hänvisades hem. Den äldre gruppen bestod av 362

barn. 26 (7,2%) av barnen från den yngre gruppen kom tillbaka inom fem dygn, av dessa barn undersöktes n=16 (61,5 %) av läkare, n=10 (38,5 %) undersöktes av sjuksköterska. Återbesöken resulterade i att två (7,7 %) av barnen var i behov av inläggning, n=1 (3,8 %) hänvisades till öppenvård akut, n=23 (88,5 %) hänvisades hem. Skillnaden i återbesök mellan den yngre och äldre gruppen av barn var inte signifikant men visade dock på en statistisk trend. Se korstabell för jämförelse av procentandelar mellan de två grupperna, *Figur 5* och *Figur 6*.

			Återbesök till:		Totalt
			Läkare	SSK	
Barnen grupperade	1	Antal barn	28	6	34
		Förväntat antal	24.9	9.1	34.0
		% av barn i den yngre gruppen	82.4%	17.6%	100.0%
		% av återbesök	63.6%	37.5%	56.7%
	2	Antal barn	16	10	26
		Förväntat antal	19.1	6.9	26.0
		% av barn i den äldre gruppen	61.5%	38.5%	100.0%
		% av återbesök	36.4%	62.5%	43.3%
Totalt	Antal barn	44	16	60	
	Förväntat antal	44.0	16.0	60.0	
	% av totalt antal barn	73.3%	26.7%	100.0%	
	% av återbesök	100.0%	100.0%	100.0%	

Figur 5. Korstabell, jämförelse av procentandelar mellan de två grupperna. Återbesök: 1 = yngre barn, 2 = äldre barn.

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.264 ^a	1	.071		
Continuity Correction ^b	2.286	1	.131		
Likelihood Ratio	3.255	1	.071		
Fisher's Exact Test				.085	.066
Linear-by-Linear Association	3.210	1	.073		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Figur 6. Chi2-värde för korstabell presenterad i Figur 5.

Det är av stor vikt att belysa att vid de enstaka fall där familjerna återkom till barnakuten och var i behov av inläggning fanns det tydligt dokumenterat att familjerna fått råd av

sjuusköterska i samband med första besöket att söka åter om barnets tillstånd skulle försämrats. Bedömningarna som gjordes vid första besöket var adekvat genomförda och dokumentationen tydlig. Barnens tillstånd och inläggningsorsak beskrivs inte mer ingående på grund av sekretesskäl.

Besvarande av hypoteser

Resultatet visade att det inte är svårare för sjuusköterskor att triagera yngre än äldre barn, vilket förklaras av att 79,6 procent av barnen i den yngre gruppen hänvisades hem medan i den äldre gruppen var det 76,2 procent som hänvisades hem efter triagering av sjuusköterska. Barnen i den yngre gruppen kom i något större utsträckning tillbaka som återbesök. 9,5 procent kom tillbaka som återbesök i den yngre gruppen medan 7,2 procent i den äldre gruppen. Däremot träffade 82,4 procent av barnen i den yngre gruppen läkare vid återbesöket jämfört med 61,5 procent i den äldre gruppen.

Buksmärtor är en av de tre vanligaste sökorsaker till barnakuten i Lund. Av totalt antal barn var det 6,1 procent som sökte med buksmärtor och triagerades av sjuusköterska. Av de barn som sökte med buksmärtor (64 barn) var det totalt sju barn (16 %) som kom tillbaka inom fem dygn, detta jämfört med att totalt 8,3 procent kom tillbaka som återbesök av den totala studiepopulationen. Detta indikerar att bedömning av barn med buksmärtor var svårt för sjuusköterskorna.

Av totalt 720 barn kom 8,3 procent av barnen tillbaka som återbesök. Av dessa barn undersöktes 73,3 procent av läkare. Vid samtliga av dessa läkarbedömningar bekräftades sjuusköterskans initiala bedömning vid föregående besök. Detta resultat indikerar att sjuusköterskornas första bedömning vid triage är patientsäkert.

Diskussion

Metoddiskussion

Vald metod har lämpat sig väl mot syftet och studien genomfördes med planerad metod. Med en studiepopulation på totalt 800 barn av 5 156, vilket utgör 15,5 procent av sjuusköterskebesöken under år 2017 samt att urvalet skett slumpmässigt ger ett tillförlitligt och generaliserbart resultat. Den omfattande populationen är en av studiens större styrkor. En annan styrka är samkörda datorprogram genom att uppgifter initialt förts in i RedCap (Medicinska fakulteten, 2018) och därefter på ett säkert sätt förts över i SPSS (Wahlgren, 2012) där analyserna genomförts. Författarna har manuellt fört in all data från patientloggaren till formuläret i RedCap, detta kan medföra en risk för dokumentationsfel på grund av den mänskliga faktorn, RedCap varnade vid orimliga tidsintervall gällande vistelsetid. Risken för dokumentationsfel bedöms minimal då båda författarna kontrollerat införda data vilket kan ses som en kvalitetskontroll av data.

Studien är kvantitativ och har genomförts retrospektivt (Björk, 2011). Eftersom studien genomförts retrospektivt fanns möjlighet till ett mer omfattande förberedande arbete där de vanligaste sökorsakerna kunnat förutses tydligare, på grund av att detta inte utförts har ett

stort antal barn kategoriserats under ”övrigt” gällande sökorsak, istället för att dela upp dessa barn under fler kategorier. Detta har istället beskrivits i efterhand.

När sökorsakerna granskades räknades kräkningar och diarré som olika sökorsaker, se Figur 4 *Sökorsak sjuksköterskebesök barnakutmottagning*. Många av barnen som sökte akuten hade dock båda symtomen, barn som sökte med båda orsakerna registrerades under den kategori som föräldrarna upplevde mest oro för. Data för dessa sökorsaker blir därför inte helt tillförlitliga. Totalt sökte 93 barn (12,9 %) för gastroenteritsymtom. Sammanlagt skulle barn med gastroenteritsymtom stå för den andra vanligaste sökorsaken bland gruppen av äldre barn, bland yngre barn och i den totala gruppen skulle sökorsaken fortfarande vara den tredje vanligaste.

De barn som kategoriserats under oklara Retts-p prioriteringar och oklart allmäntillstånd beror på att de hänvisats till jourläkarmottagning på sjukhusområdet, enligt aktuella PM krävs inte fullständig triage då och därmed saknas fullständig dokumentation. Barnen har inkluderats i studien trots bristande dokumentation för dessa faktorer.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att granska vilka barn (0- <7 år) samt vilka kategorier av barn som återkommer till Lunds barnakutmottagning inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska utan att ha undersökts av läkare under år 2017. Studiens resultat svarar mot syftet, genom studiens resultat kan det utläsas vilka sökorsaker barnen och dess familjer besöker barnakuten för, vilka barn som bedöms av enbart sjuksköterska, vart barnen hänvisas i samband med besöket, vilka barn som kommer tillbaka till barnakuten inom fem dygn samt vem som gör den nya bedömningen och vad utgången blir för detta besök blir.

Åtta procent av totalt 720 barn på barnakutmottagningen kom tillbaka inom fem dygn efter att ha triagerats hem eller till annan vårdinstans av sjuksköterska. Enligt Broberg (2016) är det viktigaste för att föräldrar ska känna sig nöjda i sin kontakt med sjukvården kommunikation och bemötande. Föräldrar beskriver att sjukvårdspersonal som lyssnar, tror på vad de säger, låter föräldrar involveras i beslut och processer kring barnet är mer nöjda och har högre förtroende för sjukvården (a.a.). Att kommunikation är av stor vikt för familjen styrks av Ammentorp, Kofoed & Laulund (2010) som menar att patientcentrerad kommunikation är en hörnsten för patientcentrerad vård. En öppen kommunikation och en ömsesidig dialog mellan sjukvårdspersonal, patient och patientens familj främjar en optimal vård. Patienten och dess familj ska involveras i kliniska beslut i den utsträckning de önskar (a.a.). En tänkbar anledning till att dessa åtta procent kom tillbaka kan vara att föräldrarna inte känner sig lyssnade på, bristande kommunikation vid första besöket eller att familjen föredrar en bedömning av läkare. Vår studie styrker dock hypotesen att sjuksköterskebesök på barnakutmottagningen initialt fungerar likvärdigt med läkarnas då 92 procent inte kom tillbaka för ny bedömning och det är enligt oss en bekräftelse på en välfungerande verksamhet. Att sjuksköterskan gör sin triagering och hänvisning begriplig för familjerna tror vi ökar chanserna att familjerna litar på sjuksköterskans bedömning och känner sig mer trygga med att själva ge adekvat omvårdnad till sitt sjuka barn. Enligt en artikel skriven av Gautcher, Bailey & Gravel (2011) minskar återbesöken på barnakutmottagning för de patienter som inte undersökts av läkare om de fått egenvårdsråd av sjuksköterska innan hemgång istället för att ha hänvisats från akutmottagningen utan rådgivning. Enligt Ejd (2017) har det på akutmottagningen på Linköpings universitetssjukhus startats en sjuksköterskemottagning.

Resultaten av denna mottagning har lett till att vård i större utsträckning ges på rätt vårdnivå, mottagningen ger avlastning för läkarna, läkarna kan fokusera på allvarligt skadade och allvarligt sjuka patienter, förkortade väntetider samt kompetensutveckling för sjuksköterskor (a.a.).

Enligt Carina Hermansson (personlig kommunikation, 23 april 2018) är de vanligaste sökorsakerna till barnakuten i Lund feber, buksmärtor samt andningsbesvär. Majoriteten av den totala populationen barn som söker barnakutmottagningen triageras in på barnakutmottagning för bedömning av läkare, därför avviker statistiken vi fått fram genom studien gällande vanliga sökorsaker vid sjuksköterskebesök jämfört med besök på barnakutmottagningen generellt. Vanligaste sökorsaken för sjuksköterskebesöken i den totala studiepopulationen under 2017 var feber, huvudskada samt kräkningar. För gruppen med yngre barn speglar sig dessa sökorsaker sig väl, de vanligaste sökorsakerna för den totala studiepopulationen och de yngre barnen var liktydiga. För gruppen med äldre barn var det istället huvudskada, buksmärtor samt sårskada som dominerade.

Vår studie indikerar att hypotesen att buksmärtor är ett tillstånd som är svårt att triagera för sjuksköterskan stämmer då fler barn procentuellt kom tillbaka efter att ha blivit hänvisade hem efter att ha sökt barnakutmottagningen på grund av buksmärtor än studiepopulationen i stort. Även Internetmedicin.se (2018) styrker hypotesen då de beskriver att barn som söker för buksmärtor i stor utsträckning söker för diffus smärta och att differentialdiagnoser till allvarliga diagnoser är vanliga. Klassiska symtom för allvarliga tillstånd kan saknas hos barn samt att barn har svårt att ge en tydlig anamnes (a.a.).

Anledningarna till denna uppdelning anser vi vara flera. Större barn kan lättare beskriva sina symtom och kan på ett mer adekvat sätt beskriva var det gör ont, möjligen underlättar detta för sjuksköterskan vid triagering. Av barnen som inkluderats i studien sökte färre barn från den yngre gruppen än för den äldre gruppen vård för buksmärtor och öronbesvär medan fler barn från den yngre gruppen än för den äldre gruppen sökte för gråtande barn eller oroliga föräldrar, eventuellt beror detta på det lilla barnets oförmåga att beskriva sin smärta och sina symtom. En förklaring kan också vara att yngre barn med buksmärtor oftare hänvisas till läkare än äldre barn på grund av svårigheterna att undersöka barnet. Enligt Socialstyrelsen (2018) har yngre barn svårt att jämföra hur en situation kunnat vara på grund av begränsade livserfarenheter. Ett begränsat ordförråd hos det yngre barnet i kombination med bristande vana vid att formulera sig leder lätt till missförstånd. Under förskoleåren utvecklas den kommunikativa förmågan snabbt och den verbala kommunikationen blir mer tydlig och beskrivande. Självbiografiska minnen börjar formas och barnet får andra perspektiv på livet (a.a.).

Enligt Burokaitè et al. (2017) leder onödiga besök på akutmottagningen till försämrad tillgänglighet och kvalitet för de patienter som verkligen är i behov av akutsjukvård. Onödiga besök leder också till ökade sjukvårdskostnader och missnöje över akutsjukvården. Detta är en stor anledning till varför det är av stor vikt att hänvisa de barn som inte är i behov av akutsjukvård till primärvård alternativt hem med egenvårdsråd. Ju tydligare sjuksköterskan är i sin kommunikation med familjen i samband med besöket vet familjen till nästa gång de är i behov av sjukvård vart de ska vända sig för att få hjälp på rätt vårdnivå (a.a.). Detta styrks även av Shields, Pratt, & Hunter (2005) som menar att den viktigaste faktorn för en lyckad interaktion mellan vårdpersonal, barn och familj är en öppen kommunikation. Enligt vår förförståelse lever vi dock i ett samhälle där personer som söker vård vill ha hjälp direkt. Detta bekräftar en artikel skriven av Williams, O' Rourke & Keogh (2009), enligt studien

artikeln grundar sig på söker många familjer vård direkt på barnakutmottagningen istället för primärvården då de vill att deras barn ska undersökas av en läkare med barnkompetens. Många föräldrar har uppfattningen att de kommer hänvisas från primärvården till barnakutmottagningen så de tänker att de kan åka direkt dit samt att föräldrar hade uppfattningen att alla resurser såsom medicinsk kunskap, laboratorium och röntgen fanns tillgängligt på barnakutmottagningen (a.a.). Vår uppfattning är att familjerna som söker barnakutmottagningen ofta redan har en uppfattning om vilken vård barnet kräver likt vår beskrivning i introduktionen stämmer familjens och sjukvårdens uppfattning om barnets tillstånd inte alltid överens.

Konklusion och implikationer

Genom vår studie har vi kommit fram till att det är patientsäkert att sjuksköterskor triagerar och hänvisar barn hem eller till annan vårdinstans. Denna mottagningsverksamhet bör rekommenderas och implementeras på andra barnakutmottagningar. Enligt studiens resultat fungerar sjuksköterskebesök på barnakutmottagningen mycket bra. 92 procent av barnen som triagerats hem eller till annan vårdinstans återkom inte till barnakuten för ny bedömning. Studien har visat en signifikant skillnad gällande sökorsak mellan gruppen med yngre barn och gruppen med äldre barn för sjuksköterskebesök på barnakutmottagningen.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. (2016). *Hitta rätt i Skånes vård*. Hämtad: 2018-03-28, från <https://www.1177.se/Skane/Regler-och-rattigheter/Sa-hittar-du-ratt-i-Skanes-varld/>
- Ammentorp, J., Kofoed, P-E., & Laulund, L-W. (2010). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: intervention study. *Journal of advanced nursing*, 67(2). 394-400. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05475.x
- Barata, I., Brown, K-M., Fitzmaurice, L., Stone Griffin, E., & Snow, S-K. (2015). Best Practices for Improving Flow and Care of Pediatric Patients in the Emergency Department. *AAP News and journals Getaway*, 135(1). doi:10.1542/peds.2014-3425
- Barnkonventionen. (2018). FN:s konvention om barns rättigheter. Hämtad: 2018-03-29, från <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/>
- Björk, J. (2011). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Broberg, M. (2016). Kommunikation med barn och föräldrar. I I, Hallström & T, Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber, s. 107-116.
- Burokaitė, E., Burokienė, S., Čerkauskienė, R., Raistenskis, J., & Vytautas Usonis. (2017). Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Medical Science Monitor*, 23: 4141–4148. doi: 10.12659/MSM.902639
- Cleveland, L-M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6). 666-691. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x
- Dahlgren, P-M. (2018). Metodguiden-vad är p-värden? Hämtad den 2018-12-07 från <http://metodguiden.se/p-values.html#p-values>
- Ejd, M. (2017). Sjuksköterskor behandlar på akuten – och kapar köer. Hämtad den 2019-01-02 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/oktober/sjukskoterskor-behandlar-pa-akuten-och-kapar-koer/>
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur: Lund.
- Etikprövningsnämnderna. (2013). *Personuppgifter i forskningen – vilka regler gäller?* Hämtad: 2018-03-27, från https://www.epn.se/media/1102/personuppgifter_i_forskningen.pdf

Gaucher, N., Bailey, B. & Gravel, J. (2011). For children leaving the emergency department before being seen by a physician, counseling from nurses decreases return visits. *International Emergency Nursing*, 19(4), s. 173-177. doi: 10.1016/j.ienj.2011.03.002

Hallström, I. (2016). Barn i Sverige och världen. I I, Hallström & T, Lindberg (Red.), *Pediatrik omvårdnad*. Stockholm: Liber, s. 19-23.

Institute for patient- and family centered care (2017). *Advancing the practice of practice of patient- and family-centered care in hospitals*. Hämtad: 2018-03-29, från http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Internetmedicin. (2017). *Akut omhändertagande enligt cABCDE*. Hämtad: 2018-03-28, från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5855>

Internetmedicin (2018). *Akut buk hos barn, utredning och differentialdiagnos*. Hämtad: 2018-12-20, från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=5238>

Kuo, D.Z., Houtrow, A.J., Arango, P., Kuhlthau, K.A., Simmons, J.M., & Neff, J.M. (2012) Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J* 16(2): 297–305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7

Medicinska fakulteten. (2017). *RedCap – Datahanteringsverktyg för kliniska forskningsstudier*. Hämtad 2018-04-26, från https://www.med.lu.se/intramed/forska_utbilda/stoed_till_forskning/forskningsdatahantering/redcap

Region Skåne, Skånes universitetssjukhus (2017). *Barn och ungdomsmottagning akut Lund*. Hämtad 2018-04-17, från <https://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/mottagningar-och-avdelningar/barn--och-ungdomsmottagning-akut-lund/>

Region Skåne, Skånes universitetssjukhus (2017). *Retts Vitalparametrar*. Hämtad: 2018-12-20, från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/traumamanual/retts-vitalparametrar.pdf>

Region Skåne, Skånes universitetssjukhus (2018). *Melior*. Hämtad 2018-04-23, från <https://vardgivare.skane.se/it/it-stod-och-tjanster-a-o/melior/>

Riksföreningen för Barnsjuksköterskor & Svensk Sjuksköterskeförening (2016). *Kompetensbeskrivning - För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar*. Hämtad 2018-12-06, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk->

sjuuskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning_halso-och_sjukvard_for_barn_och_ungdomar.pdf

SFS (2017:30). Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen

Shields, L., Pratt, P., & Hunter, J. (2005) Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical nursing*. 15(10): 1317-1323. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x

Socialstyrelsen (2011). Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Stockholm.

Socialstyrelsen (2018). Att samtala med barn - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm.

Stukát, S. (1993). *Statistikens grunder*. Studentlitteratur: Lund.

Svensk sjuksköterskeförening (2009). *Sjuksköterskans profession*. Hämtad 2019-01-16, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjuuskoterskans.profession_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2015). *Familjefokuserad omvårdnad*. Hämtad 2018-03-22, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-04-26, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/sjuuskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Västra götalandregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset. (2015). *Strukturerad sjuksköterskemottagning på barnakuten: Kvalitetsutveckling inom barn och kvinnosjukvård 2015*. Göteborg: Västra götalandregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. Studentlitteratur: Lund.

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

Williams, A., O' Rourke, P. & Keogh, S. (2009). Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. *Archives of Disease in childhood*. (10): 817–20 doi: 94:817–820.

World Medical Association (2018). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2019-01-16, från

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bilaga 1 (2)

SSK Visits
Page 1 of 2

CRF

Study ID	_____
Ankomstdatum och tid	_____ (from excel file)
Utskrivnings datum och tid	_____ (from excel file)
Vistelsetid	_____ (in minutes)
Födelsedatum	_____
Ålder	_____ (in months)
Kön	<input type="radio"/> Flicka <input type="radio"/> Pojke
Retts-p	<input type="radio"/> Grön <input type="radio"/> Gul <input type="radio"/> Orange <input type="radio"/> Röd <input type="radio"/> Unknown
Allmäntillstånd	<input type="radio"/> Alert <input type="radio"/> Trött <input type="radio"/> RLS 2–3 <input type="radio"/> RLS 4–8 <input type="radio"/> Unknown
Besöksorsak	<input type="radio"/> Feber <input type="radio"/> ÖLI <input type="radio"/> Buksmärta <input type="radio"/> Huvudvärk <input type="radio"/> Huvudskada <input type="radio"/> Hudutslag <input type="radio"/> Brännskada <input type="radio"/> Kräkningar <input type="radio"/> Hosta <input type="radio"/> Diarré <input type="radio"/> Öronbesvär <input type="radio"/> Sårskada <input type="radio"/> Allergi <input type="radio"/> Halssmärta

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Förstoppning <input type="radio"/> Ögonbesvär <input type="radio"/> Övrigt <input type="radio"/> Dyspné
Hänvisning	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hem <input type="radio"/> ÖV <input type="radio"/> ÖV akut <input type="radio"/> Ortopedakuten <input type="radio"/> Vuxenakuten <input type="radio"/> ÖNH <input type="radio"/> Annat
Återbesök inom 5 dagar	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown
Återbesök till	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Läkare <input type="radio"/> SSK
Inläggning	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Återbesök resultat	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hem <input type="radio"/> ÖV <input type="radio"/> ÖV akut <input type="radio"/> Ortopedakuten <input type="radio"/> Vuxenakuten <input type="radio"/> ÖNH <input type="radio"/> Annat
Allvarlig missad diagnos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Inget <input type="radio"/> Appendicit <input type="radio"/> Bakteriell infektion <input type="radio"/> Hjärntumör <input type="radio"/> Annat kirurgiskt <input type="radio"/> Invagination <input type="radio"/> Gastroenterit <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Annan cancer <input type="radio"/> Övrigt
Comment	<hr/>

Bilaga 2 (2)

younder children * Besöksorsak Crosstabulation

		Besöksorsak																			Total	
		Feber	ÖLI	Buksmärta	Huvudvärk	Huvudskada	Utslag	Brännskada	Kräkningar	Hosta	Diarre	Öronbesvär	Sårskada	Allergi	Halssmärta	Förstoppning	Ögonbesvär	Övrigt	Dyspne	Total		
younder children	1	Count	65	27	6	0	49	26	1	31	27	25	12	19	4	1	12	4	40	7	356	
		Expected Count	48.5	15.8	21.8	2.5	47.5	26.2	1.5	31.6	22.3	14.3	18.8	27.7	3.0	.5	17.3	5.4	45.5	5.9	356.0	
		% within younder children	18.3%	7.6%	1.7%	0.0%	13.8%	7.3%	0.3%	8.7%	7.6%	7.0%	3.4%	5.3%	1.1%	0.3%	3.4%	1.1%	11.2%	2.0%	100.0%	
		% within Besöksorsak	66.3%	84.4%	13.6%	0.0%	51.0%	49.1%	33.3%	48.4%	60.0%	86.2%	31.6%	33.9%	66.7%	100.0%	34.3%	36.4%	43.5%	58.3%	49.4%	
		2	Count	33	5	38	5	47	27	2	33	18	4	26	37	2	0	23	7	52	5	364
		Expected Count	49.5	16.2	22.2	2.5	48.5	26.8	1.5	32.4	22.8	14.7	19.2	28.3	3.0	.5	17.7	5.6	46.5	6.1	364.0	
	% within younder children	9.1%	1.4%	10.4%	1.4%	12.9%	7.4%	0.5%	9.1%	4.9%	1.1%	7.1%	10.2%	0.5%	0.0%	6.3%	1.9%	14.3%	1.4%	100.0%		
	% within Besöksorsak	33.7%	15.6%	86.4%	100.0%	49.0%	50.9%	66.7%	51.6%	40.0%	13.8%	68.4%	66.1%	33.3%	0.0%	65.7%	63.6%	56.5%	41.7%	50.6%		
Total		Count	98	32	44	5	96	53	3	64	45	29	38	56	6	1	35	11	92	12	720	
		Expected Count	98.0	32.0	44.0	5.0	96.0	53.0	3.0	64.0	45.0	29.0	38.0	56.0	6.0	1.0	35.0	11.0	92.0	12.0	720.0	
		% within younder children	13.6%	4.4%	6.1%	0.7%	13.3%	7.4%	0.4%	8.9%	6.3%	4.0%	5.3%	7.8%	0.8%	0.1%	4.9%	1.5%	12.8%	1.7%	100.0%	
		% within Besöksorsak	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	90.016 ^a	17	.000
Likelihood Ratio	98.751	17	.000
Linear-by-Linear Association	8.167	1	.004
N of Valid Cases	720		

a. 8 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.