



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	253
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	2177
Engelsk tittel *:	Patients experience of triage in an emergency room

Egenerklæring *: Ja Nei
Jeg bekrefter at jeg har Ja Nei registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 72
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja Nei

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Pasientens opplevelse av triage på et
akuttmottak

Patients experience of triage in an
emergency room

Kandidatnummer: 253

Bachelor i sykepleie
Høgskolen på Vestlandet, Haugesund
21.04.2021

Ord: 7122

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Pasienters opplevelse av triage på akuttmottak

Bakgrunn for valg av tema: Pasientens opplevelse av triage har ikke fått nok fokus, men kan bidra til å gjøre triage bedre for alle parter. Sykepleier og pasienter opplever ikke triage likt, og det er viktig å ta pasientens opplevelse med i betraktning på om det er et godt system eller ikke. Triage er også viktig for alle sykepleiere da det er med på å styre alle prioriteringsbestemmelsene en sykepleier gjør i løpet av vekten.

Problemstilling: «Hvordan opplever pasienter triage på et akuttmottak?»

Metode: Bachelor oppgaven er et litteraturstudie

Oppsummering og konklusjon: Pasienter opplever i hovedsak triage på akuttmottaket som en negativ prosess. Det på bakgrunn av mange forskjellige funn men det handler i all hovedsak om pasientens opplevelse av å bli ignorert og glemt. Pasientene blir selvfølgelig ikke det, men de fleste pasienter har ikke noe informasjon om hvordan triage prosessen fungerer. De opplever ikke god kommunikasjon med sykepleieren, at det er for få sykepleier på jobb for arbeidsmengden og at sykepleierne ikke alltid har samme kompetanse. Disse tingene er med på å skape det negative inntrykket til pasienten.

Summary

Title: How patients experience triage at an emergency room

Reason for choice of topic: The patient's experience of triage is not as looked into as it should considering the value it has to the progression of triage in every day trauma rooms. Nurses and patients do not experience triage the same and it is important to look at the patients experience to see if triage in an emergency room is as successful as we hope. Triage is also the used by every nurse in every department, because it is the reason we prioritize the way we do, based on importance.

Research question: "How do patients experience triage in an emergency room?"

Method: The bachelor is a literary study based on research articles and other literary works

Summary of findings and conclusion: Patients have a negative experience of triage in the emergency room. That is rooted in the fact that patients feel ignored and forgotten at that

time. The patients is not ignored or forgotten but they also do not have enough information about the process, they do not have good communication with the nurses, they observe a lack of nurses and that the competence level of nurses vary. These things make the experience of triage negative.

Innhold

Sammendrag	2
Summary	2
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn, valg av tema, teori og relasjon til praksis.....	5
1.2 Sammenheng på samfunnsnivå	8
1.3 Problemstilling og avgrensning	8
2 Metode.....	10
2.1 Litteraturstudie.....	10
2.2 Søk.....	10
2.3 Kritisk vurdering	12
3 Funn, resultater og analyse	13
3.1 Funn og resultater	13
Patient experiences of initial trauma care	13
Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department.....	14
Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma center in the UK.....	15
During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances	16
Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study	17
3.2 Analyse	18
4 Drøfting.....	20
Pasientens behov for informasjon	20
Pasientens behov for god og personsentrert kommunikasjon	21
Pasientens behov for nok sykepleiere.....	23
Pasientens behov for kompetente sykepleiere.....	24
5 Oppsummering og implikasjoner for praksis	27
Referanser	28
Vedlegg.....	32
Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie	32

1. Innledning

1.1 Bakgrunn, valg av tema, teori og relasjon til praksis

Denne oppgaven handler om pasientenes opplevelse av triage på akuttmottaket på sykehuset. Skader og ulykker kan skje hvor som helst, og hvis en slik hendelse har et større skadeomfang i antall skadde og eller kompleksitet på skaden enn den tilgjengelige kapasiteten for transport og behandling, benevnes det en masseskadehendelse (Helsedirektoratet, 2020). Det kan hende at omfanget av en slik hendelse også overskrider den tilgjengelige behandlingsskapasiteten når pasientene ankommer akuttmottaket. Det er her triage kommer inn. Triage blir brukt til å sortere pasientene inn i forskjellige hastekategorier basert på kriterier om hvor raskt en pasient skal ha legetilsyn og behandling (Haugen, 2019, ss.598). Det er for situasjoner som dette, krig eller masseskader, at triage ble utviklet som en metode. Den dag i dag blir triage brukt i hverdagsligdrift på de fleste sykehusene i Norge. Triage blir gjennomført av sykepleierne når pasienten ankommer akuttmottaket, og pasientene får sin prioriteringsgrad etter dette møtet. Denne prosessen er med på å redde liv hver dag.

Det er min interesse for akuttmedisin, og lysten til å jobbe på et akuttmottak hvor jeg bidrar til livreddende behandling i situasjoner hvor det haster, som er årsaken til at jeg valgte dette temaet. Etter å ha tjenestegjort ombord på et kystvaktfartøy i førstegangstjenesten som medic med opplæring i akuttmedisin søkte jeg meg inn på sykepleierstudiet for å lære mer og jobbe videre med det. Gjennom å skrive en oppgave om triagering på akuttmottak på sykehus har jeg hatt også anledning til å kunne fordype meg i og lære mer om ett felt innen akuttmedisin. Triagering i seg selv er interessant, og det er viktig å lære mer om hvordan pasienten erfarer det å bli triagert fordi det er en stor del av sykepleierjobben. Pasientens erfaring med dette er viktig da de gir oss et perspektiv som blir sett på sjeldent, og få en forståelse for hvordan prosessen kan forbedres til pasientens beste.

Triage er prioriteringen av pasienter basert på skadeomfang og hastegrad (Haugen, 2019, ss. 598). Triage kommer fra det franske ordet «trier», som betyr sortere eller velge (Edwards, 2009), og var brukt om en sorteringsprosess i 1792 av Baron Dominique Jean Larrey som var sjefskirurgen i Napoleons Imperial Guard (Robertson-Steel, 2006). Det originale konseptet var for masseskader og krigstider, og konseptet er i bruk for dette også den dag i dag. I triage

deler man pasientene inn i grupper basert på hastegradene umiddelbart, haster og ikke haster. Dette blir spesielt brukt i situasjoner hvor det ikke er nok medisinske ressurser for å behandle alle samtidig (Stoppler, 2021), som er grunnen til at det blir brukt på akuttmottak også. På et mottak kommer flere pasienter inn enn legene og sykepleierne har ressurser til å behandle samtidig, triage gjør at pasientene blir prioritert etter hastegrad og alle får den hjelpen de trenger basert på hvor mye det haster. Triage kom til akuttmottakene i begynnelsen av 1900-tallet i Europa og Amerika (Robertson-Steel, 2006). Her betydde det at en sykepleier brukte noen minutter og noen kliniske undersøkelser for å finne ut prioriteringen til den enkelte pasienten, og hvor fort de skulle behandles eller eventuelt transporteres til en annen avdeling. I moderne tid er dette en relativ kvikk prosess; pasientene blir tildelt en farge og muligens en del av mottaket hvor de kan få sitte og vente. Det er forskjellige prosedyrer på triage og de enkelte akuttmottakene har opparbeidet seg sine egne rutiner på hvordan de gjør det. Forskjellige sykehus bruker forskjellige skjemaer for prioriteringen, men hensikten er den samme for alle. Alle ønsker å tilby best mulig og rettferdig pleie til alle som kommer inn, uansett hvor alvorlig det er.

Mishler (1987) kom opp med teorien om "the voice of the lifeworld" og "the voice of medicin". I hans bok «The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews» ser han på samtaler mellom lege og pasient, og ut i fra disse kom han opp med «stemmene». «The voice of medicin» er det medisinske problemet; dette er når leger og sykepleiere snakker om hva som er problemet, om hva som eventuelt gjør vondt og hva de kan gjøre for å fikse det. «The voice of the lifeworld» er når pasienten prøver å forklare sine personlige og sosiale problemer som kommer av sykdommen eller skaden (Mishler, 1987, ss. 95). Her snakker, som oftest pasienten, om ting som ikke relaterer direkte til skaden eller sykdommen sett fra et medisinsk standpunkt, men som for pasienten er viktig. Teorien mener at lifeworld stemmen og medicin stemmen sliter med å jobbe sammen, eller at lifeworld stemmen avbryter medicin stemmen og kan vippe behandleren av pinnen. Under de medisinske intervjuene, som triage, blir det mye stopping, snakking fram og tilbake uten at noen av partene virker som de har forstått den andre. Det er fordi de da snakker med disse to «stemmene». Det som kommer frem er at medicin stemmen kan bli brukt til å undertrykke lifeworld stemmen (Collins, 2019). Dette kan ha negative konsekvenser som at pasienten blir misfornøyd med pleien. Dette kan også resultere i at pasienten ikke føler seg hørt og

ubetydelig. Derfor er det viktig at sykepleiere og leger tar seg tid til å høre på hva pasienten virkelig sier og er flinke til å kommunisere ved bruk av begge stemmene sånn at det blir en bedre dialog.

Disse to stemmene har vært med på å forme hvordan man gjennomfører medisinske intervjuer i flere år, og jo bedre en er på å forstå begge stemmene jo bedre samtaler har en ofte med pasientene sine. I en studie fra Gwyn (2002) kommer det frem at stemmene ikke trenger å være motsigende, men at de heller kan brukes sammen. Ved å ha en forståelse for begge stemmene, og ved å bruke dem flittig, vil man få en bedre relasjon til pasientene sine.

Triage og pasientens opplevelse av det er relevant for sykepleierfaget, fordi det er en sykepleieroppgave å gjennomføre triagen. I praksis er det viktig å ha en forståelse for hvordan pasientene opplever denne prosessen sånn at en kan gjøre eventuelle forbedringer. Pasientenes erfaring er relevant, og ikke bare i mottak, men på alle avdelinger da sykepleierens prioritering har grunnlag i triage. Når en sykepleier prioriterer arbeidsoppgaver for dagen er de grunnleggende spørsmålene de samme som det er i triage. Hva haster mest? Hva er viktigst å få gjort? Hva kan vente? Ved å få pasientens opplevelse av denne prosessen kan en gjøre endringer til det bedre for begge parter. Ingen sykepleier er interessert i å gjøre pasientene sine misfornøyde, eller få de til å føle seg i veien. Hvis det kommer frem at pasienter ønsker seg mer informasjon om hvor lenge man kan forvente å vente eller om hva som foregår er det enkle og lite tidskrevende tiltak som kan bli iverksatt for å holde pasientene mer fornøyde. Sykepleie og prioritering er en egen sak. For at en sykepleier skal kunne handle faglig forsvarlig må man prioritere. En sykepleiers hverdag basers på mange oppgaver som skal bli gjort innen et par timer. Sykepleierne må da bestemme hvilke oppgaver som må prioriteres og hvilke oppgaver som kan vente. Disse prioriteringen bli basert på hvor alvorlig det er og hvor mye det haster. Har du en pasient som ikke klarer å skru på TV-en på rommet sitt og en pasient som får et anfall burde det ikke være et spørsmål om hvem som får hjelp først.

Sykepleie blir definert med en prosess der en hjelper et individ, en familie eller et samfunn med forebygging eller mestrings når det kommer til eventuelle sykdommer og skader. Om det er nødvendig vil det også innebære å finne en mening med disse erfaringene (Travelbee, 2001, ss.29). I de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere baseres sykepleier på at en skal ha respekt for det enkelte menneskets liv. Sykepleie skal ha barmhjertighet, omsorg og skal

bygges på respekt for menneskerettighetene. Sykepleiere skal opptre faglig forsvarlig, de skal holde seg oppdatert på forskning, utviklinger innenfor faget og bidra til spredningen av ny kunnskap (NSF, 2021).

1.2 Sammenheng på samfunnsnivå

I vestlige land er den største dødsårsaken for personer under 40 år traumer (NCEPOD, 2007, ss. 4). Noen vanlige former for traumer som inntreffer er trafikkulykker og fallulykker. Trafikkulykker er situasjoner hvor masseskade kan være tilfellet, hvor et større antall personer trenger hjelp samtidig. Noe mer sjeldent er masseskytinger her til lands. Likevel har det skjedd, og helsevesenet har da slitt med kapasitet. For eksempel opplevde Norge en stor tragedie den 22. juli 2011 hvor 77 mennesker døde og flere ble alvorlig skadd under et terroristangrep (Brandrud et al., 2017). Når dette skjedde ble ressursene til sykehusene i umiddelbar nærhet presset. 35 ungdommer som stort sett hadde skuddskader, ble fraktet til Ringerike sykehus, som er et lite lokalt sykehus i Viken, hvor de fikk behandling. Ringerike sykehus trengte da en måte å få organisert pasientene sine og passe på at alle fikk den behandlingen de trengte. Det er her triage kommer inn. Det er situasjoner som dette, i krig eller masseskader, hvor sanitetsressursene er for knappe til å håndtere det skadeomfanget innen rimelig tid at triage ble lagd. Den dag i dag blir triage brukt på sykehusene i Norge, og det er laget en kartlegging av de ulike triagesystemene som er i bruk for å få et enhetlig system for triagering i hendelser der det settes krav til ulike helseforetaks tjenester til samhandling (Helsedirektoratet, 2020).

1.3 Problemstilling og avgrensning

Triage er med på å redde liv hver dag. Man kan ikke drive et akuttmottak etter prinsippet «førstemann til mølla», og triage er et konsept helsearbeidere er innforstått med. Det som er interessant å se på er hvordan pasienten opplever denne prosessen. På akuttmottaket kommer pasienter inn med varierende skader og innstillinger, og de som jobber på akuttmottaket ønsker å gi god og riktig pleie til alle. Det er derfor viktig å se på hvordan pasienten selv opplever denne prosessen for å få bedre innsikt i pasientens perspektiv og for å få en forståelse for hvordan prosessen kan gjøres til pasientens beste.

Jeg har kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan opplever pasienten triagering på akuttmottaket?»

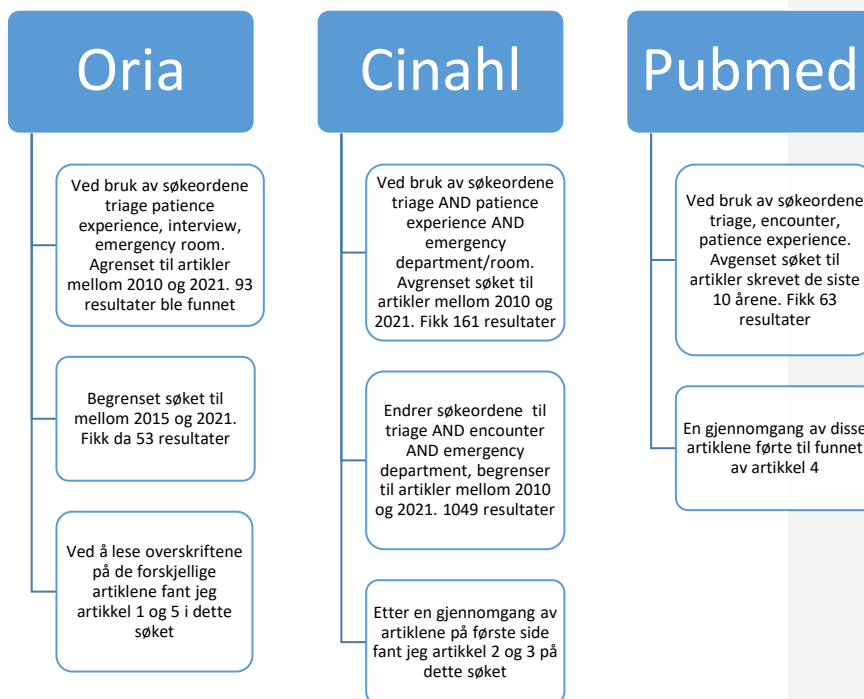
Jeg har valgt å skive om pasientens opplevelse av triageprosessen på et akuttmottak. Det vil derfor ikke være fokus på hvordan triage blir gjennomført eller hvorfor. Pasienters opplevelse av triage pre-hospitalt eller over telefonen blir da også utelukket.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en metode hvor en får kunnskap fra tidligere skriftlige kilder. Denne metoden systematiserer kunnskapen en leser om ved å samle inn litteratur, en kritisk gjennomgang av litteraturen og sammenfatning av litteraturen. Litteraturstudie skal også oppgi metoden for søk av litteraturen brukt i oppgaven (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.2 Søk



Inklusjonskriterier

- Pasientfokus, med prioritering
- Kvalitativ forskning, intervju
- Nyere enn 12 år
- Triagering i akuttmottak eller traume senter

Eksklusjonskriterier

- COVID-19
- Telefon triage eller prehospitalt
- Publisert før 2009

Disse kriteriene er valgt på bakgrunn av all informasjon som skal komme fra artiklene. Da oppgaven handler om pasientens opplevelse var det viktig at artiklene var i pasientfokus, og at de inneholdt hvordan pasientene opplevde å være gjenstand for prioritering. Kvalitativ forskning ble valgt da det da er enklere å få et bedre inntrykk av pasientens egentlige opplevelse. Videre at forskningen skulle være basert på intervju er for å få flere detaljer og en dypere innsikt i hvordan pasienten opplevde det. Artiklene som ble valgt måtte være yngre enn 12 år, ettersom nyere forskning er å foretrekke, men da dette er et tema som ikke er forsket for mye på måtte grensen bli satt realistisk til 12 år. Det er viktig at artiklene handlet om pasientens opplevelse på akuttmottaket eller et traume senter, da triage pre-hospitalt eller via telefon ikke gjøres eller oppleves på samme måte.

Artiklene som ble valgt i søkene oppfylte alle mine inklusjonskriterier. Mange av artiklene som dukket opp som resultat i de forskjellige søkene var kvantitative artikler, og derfor ikke innenfor mine inklusjonskriterier. Dette var den største årsaken til at der bare har valgt en eller to artikler fra hvert søk. Det var også mange artikler som fokuserte på spesielle sykdommer og skader, spesielt COVID-19 blant de nyere artiklene. Dette ble for spesifikt for min oppgave så disse artiklene ble derfor ikke valgt.

2.3 Kritisk vurdering

Artiklene er vurdert ut ifra sjekklisten for kvalitative studier fra Folkehelseinstituttet (2020). Kritisk vurdering av artiklene er viktig for gjøre en kvalitetssjekk av innholdet for å være sikker på at resultatet er relevant og riktig. Vedlagt ligger skjemaet jeg brukte med notatene for kritisk vurdering av den ene artikkelen. Det som blir vurdert er gyldigheten, metoden, resultatet og overførbarheten. Bruken av sjekklister hjelper på den kritiske vurderingen da ulike forskningsmetoder krever ulike spørsmål og vurderinger. Temaer som blir gjennomgått er om artikkelen har en klart formulert problemstilling, om den har et oppsett som egner seg til å svare på problemstillingen, hva resultatene er og om man kan stole på resultatene (Helsebiblioteket, 2016).

3 Funn, resultater og analyse

3.1 Funn og resultater

Patient experiences of initial trauma care

Artikkel er skrevet av Granström et al., i 2019 og fokuserer på hvordan pasienten opplevde det første møtet med traume-vurdering og behandling på et «level 1» traume-senter.

Artikkelen oppfyller alle inklusjonskriteriene, studien har en klart formulert problemstilling og gir realistiske resultat. Det er en kvalitativ forskning med intervju, som er passende for å få svar på problemstillingen, og den inneholder klare kriterier for å delta på studien.

Forskningen ble godkjent av Regional Etical Review Board i Stockholm (Dnr 2015/2269-31).

Artikkelen følger IMRAD struktur, med bra diskusjon og analyse av funnene.

Hensikten med studiet var å utforske pasientens erfaring med det å bli tatt imot av et fullt traumeteam og undersøkelsene som da blir gjennomført. Dette var fordi for lite er kjent om pasientens erfaring med initial traumebehandling.

Metoden som ble brukt var kvalitative intervjuer, hvor 16 pasienter ble intervjuet om opplevelsen sin. Pasientene har opplevd et stort traume eller en stor ulykke, og de ble behandlet av opptil 15 helsepersonell samtidig i en svært skremmende og sjokkinduserende situasjon.

Resultatet viser at prosessen ofte ga en type følelse: følelsen av å være trygg i en skremmende situasjon. Dette var hovedkategorien og det var tre underkategorier. Disse kategoriene var emosjonell respons, fysisk ubehag og følelsen om å bli prioritert eller ignorert. Her står det at de fleste hadde en positive erfaringer med traumeteamet og selv om de hadde det vondt følte de seg godt tatt vare på og prioritert. Andre følte seg oversett, de følte av teamet snakket over dem på et språk de ikke forsto, at alt skjedde veldig fort og at da den initiale undersøkelsen var over så forsvant alle brått. En pasient sier at han opplevde å bli oversett, han kunne høre hva som ble sagt rundt han, men fikk ikke kontakt med noen. I disse situasjonene følte pasienten seg både oversett og redd, men ble ikke beroliget av sykepleierne. Dette gjorde at pasienten ble forsømt psykisk. De konkluderer i artikkelen med at sykepleierne må bli bedre på å håndtere pasientens frykt og bekymringer, i de tilfellene det er mulig å gjøre undersøkelser mindre smertefullt og gi et bedre møte med personalet og traumesenteret. I denne studiene ble noen av pasientene informert om

hvordan det kom til å bli da de ankom traumesenteret av ambulanspersonellet. De var derfor forberedt på å bli evaluert og hastebehandlet, for å så kanskje bli nedprioritert for en annen pasient som var mindre stabil og som det hastet mer med. Disse pasientene var de som håndterte hele prosessen best, derfor tyder det på at en innføring i triage prosessen gir positiv effekt.

[Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department](#)

Artikkel er skrevet av Möller et al (2010) og er svensk forskning som ville se på hva pasienten oppfatter under triage.

Artikkelen har en godt formulert problemstilling, og en god struktur for å svare på den. Kravene for å delta på studien er klare og presiserte, samt at deltagerne ble informert om hva som skjer og at de får trekke seg om de føler det er best. De etiske forholdene er vurdert og de viser god forståelse. Diskusjonen er rimelig og forståelig, og informasjonen som er hentet inn er kvalifisert til å svare på problemstillingen. Artikkelen er den eldste som er inkludert, den er 11 år gammel, men resultatet er fortsatt relevant for oppgaven.

Hensikten med studiet var å kunne beskrive pasientens oppfattelse av møtet med triage i akuttmottaket.

Metoden var å intervju 20 pasienter fra forskjellige triage nivåer om deres opplevelse. Intervjuene ble analysert via en fenomenografisk tilnærming. Fenomenografisk tilnærming er det å beskrive og undersøke menneskers forskjellige oppfatning av det samme fenomenet (Solberg et al., 2016)

Resultatet viser til at møtene med triage kan deles inn i fem forskjellige kategorier. Disse kategoriene fikk navnene det usikre møtet, det humanistiske møtet, det logiske møtet, informasjonsutvekslingsmøtet og det fysiske miljø møtet. Ut i fra disse møtene kommer de frem at ulike pasienter krever mer av en enkelt type møte enn en annen, for eksempel: en usikker pasient trenger at sykepleieren møter pasienten med medfølelse og på en holistisk måte. I de forskjellige kategoriene beskriver de hva som kommer frem i de ulike møtene. I det usikre møtet kommer det fram at pasienten føler seg usikre, at sykepleieren ikke tok hånd om andre problemer enn de medisinske, at de ignorerte problemer som pasienten kom med og fikk lite informasjon. I det humanistiske møtet følte pasienten seg bedre mottatt. Her kom det frem at pasientene merket at det var forskjell på hvem som utførte triage, de

mer erfarne og høyest utdannede sykepleierne hadde de mest fornøyde pasientene. Det logiske møtet ser på hva pasienten tenker om triage; her var det flere pasienter som var usikre på hva sykepleierne hadde gjort ved den første undersøkelsen. Flere mente sykepleieren gjorde flere ting enn det som ble gjort. Når de ble forklart hva som hadde blitt gjort og hvorfor forsto pasientene hva og hvorfor det ble gjort. De satte pris på det logiske og rettferdige systemet. Informasjonsutvekslingsmøtet viser at pasienter ønsker mer info om estimert ventetid, men ikke alle ønsker å vite sitt triage nivå. Dette er fordi noen vil bli bekymret eller sint for at de ikke føler de blir tatt seriøst. Det fysiske miljøet av akuttmottaket er også nevnt en del, her er det flere som syntes at det er stusselig og kjedelig, andre mente det var passende for omstendighetene og sa at miljøet ikke hadde så mye påvirkning på opplevelsen. Artikkelen konkluderer med at det beste møtet for alle pasienter er en stor blanding av alle, med et godt og personlig møte med en sykepleier som ikke bare fokuserer på det medisinske men også på de psykiske problemene pasienten sliter med i denne situasjonen. Det vil også være viktig å gi god nok informasjon om hvordan triage fungerer. På denne måten får pasienten informasjon om hva som skjer, hvorfor de venter og forhåpentligvis ett estimat på når de kommer til å bli behandlet. De nevner også at de må være på pass med at det er nok triage sykepleiere på jobb sånn at alle pasienter får det møtet de trenger. De nevner til slutt at de ønsker flere tok videreutdanning innenfor akuttmedisin for å forbedre disse tingene.

[Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma center in the UK](#)

Artikkel skrevet av Skene et al. (2017) er en britisk forskning som fokuserte på pasienters erfaring med traumebehandling i et akuttmottak som har spesialisert seg på traumer.

Det er en godt formulert problemstilling og god struktur for å svare på den. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene for studien er klare; de intervjuer pasienter kort tid etter møtet med akuttmottaket. Diskusjonene og analyseringen av funnene er godt beskrevet. Resultatet er relevant og troverdig.

Hensikten var å se på pasientens erfaringer med behandlingen som er så viktig. Traumer er den største dødsårsaken for folk under 40 år og den initiale behandlingen kan være forskjellen mellom liv og død.

Metoden for studiet var kvalitative intervjuer med semistruktur som ble analysert tematisk. I alt ble 13 pasienter intervjuet, hvor alle disse pasientene passet inn i inklusjonskravene. Pasientene ble informert om studien og de passet på at all informasjon er behandlet konfidensielt.

Resultatet blir beskrevet i ulike kategorier: opplevelsen av traume, miljøfaktorer, kommunikasjonstyper, og refleksjon. Disse pasientene opplevde sjokk, smerte og redsel, og de ble tatt inn i et ukjent miljø hvor ting skjer veldig fort. Når de kommer inn på mottaket, på en bære med en nakkekrage på er det en selvfølge at de er redde. Herfra var det viktig å finne ut hvordan sykepleierne håndterte den redde pasienten. Miljøet i akuttmottaket hadde noe å si i de første øyeblikkene, etter hvert som informasjon og behandling ble gitt ble pasientene roligere og miljøet i mottaket spilte mindre rolle. Dette gjaldt for kommunikasjon også. Da pasienten fikk informasjon om skader, ventetid, og behandling ble de tryggere og følte seg mer ivaretatt. Pasienten opplevde at sykepleierne i mottaket fortalte de hva som skjedde, hva som kom til å skje samt tok vare på mer enn de fysiske skadene. Refleksjonen var at de aller fleste pasientene hadde en positiv erfaring med akuttmottaket, sykepleierne som jobbet der og triage prosessen. Artikkelen konkluderer med at de ansatte på akuttmottaket var kompetente og medfølelse. At informasjon og medfølelse i stor grad bidrar til å gjøre en skremmende situasjon bedre.

[During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances](#)

Artikkelen skrevet av Olofsson et al., (2012) diskuterer hvordan de eldre oppleve møtet med triage og hva som fulgte det under sine flere møter med det.

Artikkelen har en klart formulert problemstilling, med god struktur for å besvare den og en passende metode å få relevant informasjon. Artikkelen er etisk godkjent, gir pasientene informasjon om studien og mulighet til å trekke seg, diskusjon og analyse av funn og resultat. Resultatene i artikkelen blir vurdert til gyldige og troverdige. De er også relevant for oppgaven.

Hensikten var å fremme synet til den kronisk syke eldre pasienten under møtet med triage og akuttmottaket. Den kronisk syke eldre pasienten vil ofte ende opp med lav prioritering grunnet hvordan oppbygningen til triage er.

Metoden gikk ut på å intervju flere kronisk syke eldre pasienter som hadde hatt flere enn to møter med akuttmottaket det siste året.

Resultatet viser seg å variere ut i fra hvilken del av triage de er i. Her er pasientene veldig fornøyde med kartleggings delen, når de blir undersøkt av sykepleier og får sin prioriteringsgrad. Her føler pasienten at de er i fokus, blir tatt godt vare på, hørt og sett samt at de opplever at sykepleieren har forståelse for situasjonen. De kommer med mange positive tilbakemeldinger om hvordan sykepleieren tok seg tid til å høre på pasientene og at selv om det var kjapt over så følte de at de ble sett og tatt var på. Pasientene nevner at sykepleierne var så effektive og snakket med de hele veien. Det er etter dette at ting går nedover. I det pasientene må sitte å vente på den resterende pleien og hjelpen blir de mer og mer misfornøyde. Her opplever pasienten at sykepleierne har lite interesse for pasienten, sykepleierne får en dårlig holdning ovenfor pasientene og det er generelt lang ventetid med lite informasjon. Pasientene følte ikke lenger at de fikk den pleien de fortjente. Konklusjonen er at den positive opplevelsen må fortsette gjennom hele prosessen og ikke bare i det initiale møtet. Pasienten vil bli tatt imot på en hyggelig måte, informert og snakket til med respekt gjennom hele møtet. Dette er noe sykepleier må prioritere. Artikkelen mener at pasienten er misfornøyde grunnet lang ventetid da de får lav prioriteringsgrad. De reagerer også på at sykepleierne ikke holdt de oppdatert og det virket som de ble ignorert. I denne diskusjonen kommer de frem til at pasienten burde få tilstrekkelig med informasjon om hva triage er og hvorfor de må vente ved siden av oppdateringer underveis sånn at man unngår forverring.

[Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study](#)

I denne artikkelen skrevet av Phiri et al., (2020) var fokuset å se på hvordan pasienter oppleve triage da de var lavt prioritert.

Artikkelens problemstilling er klart formulert, metoden for innhenting av informasjon er passende for å få relevante svar og den har fin struktur som svarer på problemstillingen. Diskusjonene og analysen er godt strukturert og de er etisk vurdert. Forskningen ble gjennomført i Botswana på et offentlig sykehus, som er et land med mindre ressurser enn Norge. Resultatene er troverdige og relevante selv om forskningen er gjennomført i et mindre ressurssterkt land.

Hensikten med studie å forstå hva de som fikk lavest prioriteringen i triage følte under triage prosessen. De siterer til Eshghi et al., (2016) hvor det kommer frem at pasientens tilfredshet er viktig for å måle kvaliteten av triageprosessen i akuttmottaket. Dette er fordi fornøyde pasienter er mer sannsynlige til å følge legens råd, klage mindre, være mer lojal, komme tilbake for senere pleie og anbefale stedet til andre (Wu, 2011).

Metoden som ble brukt var å intervju 10 pasienter som ble triagert i de to laveste kategoriene i et sykehus. De brukte semistrukturerte intervjuer gjennomført av sykepleiere.

Resultatet viser dessverre at de fleste i Phiri et al., sin studie var i stor grad misfornøyde. Her var det flere funn som gjorde at pasientene var misfornøyde. Den lange ventetiden og det at det var liten mulighet for private samtaler og konfidensialitet var store deler av grunnen for misnøye. Studien presenterer funnet av at pasienter opplever triage annerledes enn sykepleierne; pasientene fokuserer mye på miljøet. Når miljøet da ikke gir muligheten for skjerming, gir pasienter muligheten til å se på andre pasienters konfidensielle informasjon og sykepleiere som tilbakeholder informasjon som pasienten ønsket gir det et negativt innblikk i triage prosessen. Pasientene kommenterte også at miljøet var manglene i form for sitteplasser som gjør ventetiden ekstra lang. Liten kommunikasjon og følelsen av å bli ignorert var store problemer for denne pasientgruppen. Det blir foreslått at det burde være et personsentrert møte når pasientene ankommer akuttmottaket og skal bli triagert. På denne måten vil hver enkelt pasient bli sett på som et individ og ikke en sykdom eller skade. Dette vil gjøre triage prosessen mer positivt for pasientene, og de vil ha et bedre syn på alt. Nå føler pasientene at de ikke blir sett, at ingen bryr seg og at de er der bare for å ta opp plass. Ved å sette inn tiltak som skjerming og er mer personsentrert ~~pasientorientert~~ møte kommer pasienten til å bli mer positive til å søke helsehjelp.

3.2 Analyse

Ved å analysere artiklene og funnene kom det frem flere temaer som kunne drøftes. Jeg analyserte artiklene ved å gå gjennom de nøye og fargekode eventuelle påstander og kommentarer som gikk igjen i alle artiklene. De temaene som ble oftest tatt opp var sykepleiers evne til å snakke, berolige og informer pasienten på en humanistisk måte, for mye fokus på den medisinske aspektet av triage, hvor kompetente sykepleierne som gjennomførte triagen og de resterende undersøkelsen var og bemanningen av sykepleiere. Dette kom opp da de pasientene som hadde negative opplevelser opplevde lang ventetid, og

den lange ventetiden kan ha bakgrunn i disse problemene. Hvis det er nok sykepleier på jobb, og de er kompetente vil det være mindre ventetid på alle pasientene som vil gi en mer positiv opplevelse. Informasjon og god kommunikasjon kommet også med kompetanse og disse fire drøftingspunktene spiller mye på hverandre.

4 Drøfting

Basert på funnene i analysen av artiklene skal problemstillingen «hvordan opplever pasienten triagering på akuttmottak?» besvares.

Pasientens behov for informasjon

Mangelen på nok informasjon fra sykepleiere gir en negativ opplevelse av triage på akuttmottaket. Dette støttes av funnene til alle artiklene jeg har valgt, i tillegg støttes det av studiene til Dahlen et al., (2012), Barish et al., og Göransson et al., (2009). I studien til Olofsson et al., (2012) kommer det tydelig frem at ved å slutte å kommunisere informasjon kan opplevelsen snu fra positiv til negativ kjapt, og at dette har bakgrunn i usikkerhet og mye venting.

Pasienter har større sannsynlighet for å oppleve prosessen som positiv hvis de får rikelig med informasjon og at de kommuniserer bra med personalet, dette bekreftes av studien til Phiri et al., (2019) hvor pasienter opplevde at sykepleierne tilbakeholdt informasjon noe som bare gjorde pasientene sinte. En sykepleiers yrkesetiske retningslinjer krever at sykepleier skal informere pasienten sånn at de skal kunne ta egne valg, samt at de skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, verdighet og sikkerhet (NSF, 2021). I samme artikkel nevnes det at pasientene oppdager at sykepleierne er stresset og at det er hektisk. Dette gjøre det da vanskelig å passe på at alle pasientene får alt av informasjon som de trenger og ønsker. Dette er noe som må prioriteres for at pasientene skal ha en positiv opplevelse av prosessen.

De pasientene som opplever triage som positivt trekker frem hvor gode sykepleier var til å informere og kommunisere (Granström et al., 2019). De forklarer det med at de føler seg sett og hørt, at sykepleierne har vist medfølelse og de opplever at deres bekymringer blir tatt på alvor. Pasientene i studien til Skene et al., (2017) opplevde også god kommunikasjon og informasjon fra sykepleierne, derfor har de fleste som er med i denne studien gode erfaringer med triage og akuttmottaket.

God kommunikasjon og informasjonsutveksling kommer med konsekvenser. Dette vil ta opp tid sykepleierne kan bruke på å behandle pasienter og gjøre ventetiden lenger. Dette kommenterer pasienter i studien til Möller et al., (2010). Her er det flere pasienter som kommenterer at det er bortkastet tid å bruke på å informere om estimert ventetid, som er

det de fleste pasienter ønsker å vite om, for det da vil gjøre ventetiden lenger. Lenger ventetid igjen er da med på å gjøre opplevelsen mer negativ.

Tiden til sykepleierne er allerede presset, så om en skal bruke mer tid på å informere kommer det til å negativt påvirke pasientenes opplevelse av triage på akuttmottak. Pasientene opplever allerede lang ventetid, noe de forteller at gjør inntrykket av triage på akuttmottaket negativt ladd. Da må man veie opp om det om behovet for informasjon er stort nok til å gjøre ventetiden lenger. Da begge er med på å påvirke det negative inntrykket kan man argumentere for at det vil være unødvendig å gi informasjon da det ikke kommer til å gjøre opplevelsen positiv. Men det kan også argumenteres med at det å gi informasjon ikke kommer til å gjøre inntrykket mer negativt da informasjonen som pasientene vil få kommer til å gjøre ventetiden, selv om den kanskje blir lenger, enklere å forstå.

Det blir nevnt at siden informasjon er en såpass stor del av grunnen for negative møter med triage i akuttmottak at det burde bli gitt ut infoskriv eller hengt opp plakater om triage prosessen, de forskjellige nivåene og den estimerte tiden de kan forvente å vente. Dette kan bidra til at pasienter får mer av den informasjonen de krever uten at de tar vekk fra sykepleiers tid.

[Pasientens behov for god og personsentrert kommunikasjon](#)

Pasienter som opplever at sykepleieren fokuserer for mye på det medisinske aspektet og for lite på god kommunikasjon får et negativt inntrykk av triage prosessen. Dette støttes av Phiti et al, (2019) og Granström et al., (2019) spesielt. I disse studiene opplevde pasientene ting som å bli snakket om men ikke til, å bli ignorert foruten de medisinske problemene og mangel på empati.

God kommunikasjon er viktig for pasienter i akuttmottaket da de er redde. Redde mennesker trenger empati, de trenger å bli hørt og de trenger noen å snakke med. Studien til Möller et al. (2010) trekker de fram de ulike møtene, og for lite kommunikasjon fører til et usikkert møte med triage og akuttmottaket. I det usikre møtet trengte pasientene at sykepleierne møtte de på en holistisk og empatisk måte. Dette er ikke utenkelig, ettersom pasientene mest sannsynlig opplever noe nytt og har oppsøkt lege for hjelp. Sykepleiere skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, dette inkludere å vise empati, kommunisere og møte de på den måten de trenger (NSF, 2021)

Martin Buber mente at leger må ha en personsentrert tilnærming til sine pasienter, han beskrev at det var et behov for en «jeg-du» relasjon. Dette innebar at fokuset ikke skulle være på sykdommen men på at pasienten skulle bli møtt som et menneske (Rokstad, 2019, ss. 23). Kommunikasjon er grunnlaget for en god relasjon, og det er en god relasjon du ønsker å bygge med pasienten din. God kommunikasjon skaper med fortrolighet (Rokstad, 2019, ss. 38), og fortrolighet er med på å betrygge pasientene.

Mishler (1984) bruker teorien om stemmene for å beskrive forskjellen på å møte pasienten med et fokus på det medisinske og på en «jeg-du» relasjon. Det er veldig naturlig å bruke medicin stemmen under triage møter, da det fokuserer på det medisinske problemet. Problemet med dette er da at pasienten ofte føler seg oversett og at de blir ignorert fordi de da prater med lifeworld stemmen. Medicin stemmen tar ikke hensyn til pasienten sin psykiske tilstand, noe som videre fører til negative opplevelser. Lifeworld stemmen og medicin stemmen trenger derimot ikke jobbe mot hverandre, for pasientens eget beste burde de brukes sammen. Lifeworld stemmen kan brukes til å få ny informasjon som medicin stemmen ikke ville fått, samtidig som medicin stemmen er den som primært får informasjonen om hva som er galt. Pasienter som opplever at sykepleieren bruker begge disse stemmene har en bedre opplevelse av triage og føler at de har hatt bedre kommunikasjon.

God kommunikasjon på et empatisk og personsentrert måte vil også senke terskelen for å informere om forandringer som kan gjøre at triage nivået endres. Jeg har selv opplevd at pasienter har enklere for å fortelle om økninger i smertenivå eller nye symptomer om de allerede har opparbeidet et godt forhold med de. De er ofte også mer mottakelige for å måtte vente lenger fordi de da vet at de ikke er glemt.

Det er selvfølgelig ekstremt viktig at sykepleier får all medisinsk informasjon som trengs, uten dette kan det hende det blir gjort en feil avgjørelse. Den verst tenkelige konsekvensen av en feil avgjørelse i triage nivå er at pasienten kan dø. Hvis pasienten får lavest triage nivå fordi ikke all informasjon om skaden eller sykdommen kom fram når det egentlig haster vil dette kunne føre til større komplikasjoner eller død. Dette er selvfølgelig satt veldig på spissen men er en ordentlig konsekvens av hva som kan skje hvis triage ikke blir gjennomført riktig. Men dette burde ikke komme på bekostning av god og personsentrert kommunikasjon.

Mange pasienter skulle ønske at sykepleierne hadde deres ønsker og preferanser mer med i tankene når de triagert og behandlet dem. Dette for å skifte fokuset mer over på pasienten sin stemme og ikke bare på den medisinske stemme. Pasientene trenger god og personsentrert kommunikasjon og det er derfor veldig viktig at sykepleierne klarer å gjøre dette. God og personsentrert kommunikasjon burde ikke påvirke noen annen aspekt av triageprosessen utenom det at pasientene får en bedre opplevelse

Pasientens behov for nok sykepleiere

Pasienters negative inntrykk av triage på akuttmottaket har direkte relasjon til om det er nok sykepleiere på jobb eller ikke. Möller et al., (2010) sin studie er klar på at hvis det ikke er nok sykepleiere på jobb vil ikke pasienten få oppleve det triage møtet de trenger for å få en positiv opplevelse.

Pasienter legger også merke til at stressnivået til sykepleierne stiger når de er underbemannet, og at stressete sykepleiere ikke gir en god opplevelse til pasientene sine. Dette er fordi de da tar seg mindre tid til pasientene, og kan bli oppfattet som frekke. Granström et al. (2019) intervjuet en pasient som ble forlatt uten informasjon om hva so skjer videre etter en skremmende og smertefull undersøkelse hvor sykepleierne hadde snakket over pasienten. Det at en annen pasient fra samme studie og mottak som hadde en kjempe positiv opplevelse med sykepleierne som ofte var innom med informasjon og oppdateringer. Dette tyder på at det kan ha vært en mangel på sykepleier som kan ha vært årsaken til forskjellen.

Mangelen på bemanningen går ut over kvaliteten på tjenestene som mottaket gjør og belastning på de som er på jobb (Fonn, 2020). Kvaliteten på tjenesten har ikke noe rom for å bli dårligere, pasienter har et negativt nok syn på triage og akuttmottaket og ved å ha dårlig bemanning vil det bare bli enda verre. Pasienten, som allerede er redd og i smerte, fortjener bedre enn sykepleiere som ikke har tid til å ta var på de på det nivået de trenger. Ting vil da også ta langt lenger tid, noe pasientene allerede har poengterer som negativt, og de vil få dårligere kommunikasjon og informasjon.

Bemanningen er et så sentralt problem at det påvirker alle aspekt av triage, intervjuet, informasjonen og ventetiden. Det vil påvirke pasientens opplevelse av triage ekstremt mye.

Samtidig, det er ikke mulig å beregne hvor mange pasienter som kommer inn på et akuttmottak i løpet av en vakt. Derfor er det nærmest umulig å kunne passe på at det alltid er nok sykepleiere på jobb. Det vil være vakter hvor pasienter opplever triage negativt på bakgrunn av at bemanningen er for lav, mens andre vil ha en ekstremt positiv opplevelse da bemanningen er stor nok.

I motsetning til for liten bemanning vil nok eller overbemanning være ekstremt positivt for pasientens opplevelse. En pasient som opplever at det er nok sykepleiere vil oppleve nok informasjon, god kommunikasjon, mer omsorg og mindre ventetid. Alle disse tingene er med på å skape en bedre opplevelse med triage og akuttmottaket.

Jeg har vært på begge sider av underbemanning, både som pasient og som ansatt. Som pasient opplevde jeg ekstremt lang ventetid, fikk lite informasjon, ingen kontakt med sykepleier og følelsen av at de følte det var unødvendig at jeg var der. Dette var absolutt ingen positiv opplevelse og jeg fikk ikke lyst til å returnere. Som ansatt har jeg også fått på følelsen at pasientene føler deg uvelkomne, dette er ekstremt trist da det absolutt ikke er sant men grunnet stressnivået og mengden arbeidsoppgaver så vil fokuset på hvor tilfredsstilt pasienten er bli mindre prioritert

[Pasientens behov for kompetente sykepleiere](#)

Desto mer kompetent sykepleieren er, jo større sannsynlighet er det for at pasienten får en positiv opplevelse. Dette går mye på at en rutinert sykepleier bruker mindre tid på triage, de er bedre på å kommunisere godt og informere.

Tiden sykepleieren bruker på å triagere er minimal for en rutinert sykepleier, og de fleste kommenterer at til tross for fulle mottak at de blir fort tatt med for triage undersøkelsen (Olofsson et al., 2012). Dette er en positiv opplevelse og viser til erfaring og effektivitet.

Det blir nevnt at pasienten opplevde en forskjell mellom de sykepleierne som hadde videreutdanning innen akuttmedisin og triagering versus de som bare var utdannet sykepleiere (Möller et al., 2010). Denne forskjellene kommer fra at de som har videreutdanningen nok er tryggere i sin vurdering, mer effektive og gjør det mer personsentrert. Dette vil vise til positive tilbakemeldinger fra pasientene da en sykepleier med videreutdanning innen akuttmedisin og triagering vil mest sannsynlig være klar over de

andre funnene som gir negative erfaringer med triagering, og hvis en er klar over hva som gjør at pasienter får dårlige opplevelser med triage er det enklere å forhindre at det skjer.

En kompetent sykepleier har kontroll over sine arbeidsoppgaver, følger med på oppdateringer i faget sitt og fokuserer på å gi et personsentrert møtet til pasienten. Dette er fordi det er i de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere (NSF, 2021) spesifisert at en skal gjøre dette. Men kompetanse er ikke det samme som videreutdanning. Det er mange kompetente sykepleier som ikke har en videreutdanning og som fortsatt gir positive pasientopplevelser. Kompetanse går ikke ut på videreutdanning, men på ønsket om å være bedre for pasientene. Det er disse sykepleierne som er mest kompetente og som naturlig nok gir en mer positiv opplevelse. En av de viktigste faktorene for pasientsikkerhet og kvalitet anses å være sykepleiers kompetanse (Geydue, 2016, ss. 5).

For å opparbeide kompetanse må sykepleiere lære av hverandre, og noen må feile.

Pasientene trenger ikke at sykepleierne feiler, de trenger bare at de lærer. En måte for sykepleiere å lære er refleksjonsgrupper hvor de kan diskutere hva de har opplevd som bra og hva de har opplevd som dårlig (Thidemann et al., 2020). Dette er et supert verktøy for å forbedre kompetansen til sykepleierne men det vil ha konsekvenser for pasientene. Disse refleksjonsgruppene skjer under arbeidstiden og det vil da ha et utslag på bemanningen. Jeg har allerede diskutert hvordan bemanning påvirker pasientens opplevelse negativt.

Jeg har selv jobbet med veldig kompetente sykepleiere, og det gjør en stor forskjell på arbeidsmiljø og pasientene. Disse sykepleierne gjør ikke andre mindre flinke med de drar opp hele sykepleiergruppen ved å dele sin kunnskap, gi pasienten den oppmerksomheten de ønsker og hele veien være akkurat det sykepleie handler om. Så mye av triage kan bli oppfattet som brutalt, smertefullt og skremmende, men med en kompetent sykepleier så vil de kunne fjerne deler av det skumle ved å være ikke bare faglig flink men også fokusert på personen.

Kompetanse er ikke bare videreutdanningen, men også det å kunne se pasienten som en person og få de til å føle seg som en person i triage situasjonen. Det er nok derfor de med videreutdanning blir lagt merke til som bedre og mer effektive fordi de har mer erfaring med å bytte fokuset frem og tilbake på det medisinske problemet og pasienten som person. For

å gi pasientene den best mulige opplevelsen av triage på akuttmottaket burde man fokusere på at sykepleierne deler kunnskap mellom seg selv som kan heve nivået på alle.

5 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Basert på funn fra ulike artikler er det trygt å konkludere med at de fleste pasienter har negative opplevelser med triage i akuttmottak. Dette er ikke på bakgrunn av skadene sine, men for ting som kan forbedres av sykepleiere. Det betyr at man har muligheten til å forbedre opplevelsen til pasienten ved å gjennomføre enkle tiltak. Tingene pasientene reagerte negativt på var dårlige informasjon, lite god og lite personsentrert kommunikasjon, for få sykepleiere, og forskjellige kompetansenivå. Disse blir oftest påpekt av pasienter med lave triage nivå da det som oftest er de som har det negative inntrykket.

Implikasjonene for praksis vil da være å implementere en rekke tiltak for å forbedre pasientens opplevelse av triage. Disse tiltakene kan inkludere å informere mer om triage som en prosess, ha bedre personsentrert kommunikasjon med pasientene, være nok sykepleiere på jobb og at alle har god nok kompetanse.

Dette vil jeg ta med meg videre inn i praksis på akuttmottaket. Jeg kan observere om noen tiltak for å bedre pasientens opplevelse allerede er igangsatt og gi tilbakemeldinger på hva som er kommet frem i arbeidet mitt med denne oppgaven. Dette kan være med på å bidra til å gjøre triage på akuttmottaket mer positivt for pasientene.

Referanser

- Barish, R. A., McGauly, P. & Arnold, T. C. (2012). Emergency room crowding: A marker of hospital health. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, volum 123, ss. 304-311.
- Brandrud A.S., Bretthauer M., Brattebø G., Pedersen, M. J. B., Håpnes, K., Møller, K., Bjorge, T., Nyen, B., Strauman, L., Schreiner, A., Haldorsen, G. S., Bergli, M., Nelson, E., Morgan, T. S. & Hjortdahl, P. (2017). Local emergency medical response after a terrorist attack in Norway: a qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, volum 26, ss. 806-816. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006517>
- Collins, V. (2019). Conflicts of Patient-Caregiver Communication and Some Workable Solutions. *Harvard Public Health Review*, volum 23. https://harvardpublichealthreview.org/wp-content/uploads/2019/09/Vol-23_Patient_Caregiver_HPHR.pdf
- Dahlen, I., Westin, L. & Adolfsson, A. (2012). Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management*, volum 5, ss. 19.
- Eshghi, M., Rahmani, F., Derakhti, B., Abdollahi, F. & Tajoddini, S. (2016). Patient satisfaction in the emergency department: A case of Sina Hospital in Tabriz. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, volum 2(1), ss. 16-20.
- Folkehelseinstituttet. (2020, oktober). Sjekkliste. Helsebiblioteket.
- Fonn, M. (23.10.2020). Sykehjem og hjemmesykepleie:– Underbemanningen blir stadig mer alvorlig. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2020/10/sykehjem-og-hjemmesykepleie-underbemanningen-blir-stadig-mer-alvorlig>
- Geydu, J. H. (2016). *Sykepleiernes kompetanse er viktig for kvalitet. En studie av sykepleiernes kompetanseutviklingsbehov i utøvelse av tjeneste til brukere med store pleie- og medisinske behov i hjemmetjenesten.* <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/51681/HADMA501-JOSEPH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Granström, A., Strømmer, L., Falk, A.C. & Schandl, A. (2019). Patient experiences of initial trauma care. *International Emergency Nursing*, volum 42, januar 2019, ss. 25-29.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.003>

Gwyn, R. (2002). *Communicating Health and Illness*.

https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=DXdNV5KtBlgC&oi=fnd&pg=PP1&ots=n1G6aJC2wT&sig=wtkHR5zK_TfcM31bWwjSCT1Ft38&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Haugen, J. E. (2019). Traumatologi.s. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.). Sykdom og behandling (s. 594-601). Gyldendal Norsk Forlag

Helsebiblioteket. (3 juni 2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

[Helsedirektoratet. \(2020\). Nasjonal veileder for masseskadetriage \(IS-0380\).](#)

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf/_/attachment/inline/5f964973-5fb1-4075-a6a4-7c0007896184:4f74d7c6b78f6322bf03dc5a96ba4bb776edfa43/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf#:~:text=En%20masseskadehendelse%20er%20en%20hendelse,og%20transportressurser%20overskrider%20tilgjengelig%20kapasitet.&text=Det%20gi%C3%B8r%20at%20st%C3%B8rrelsen%20p%C3%A5,under%20definisjonen%20masseskade%20ogs%C3%A5%20varierer.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Kim B.D. (2015) Triage. In: Papadakos P.J., Gestring M.L. (eds) *Encyclopedia of Trauma Care*.

Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/978-364229613-0_406

Mercer, M. P., Singh, M. K. & Kanzaria, H. K. (2019). Reducing Emergency Department Length of Stay. *JAMA*, volum 321, ss. 1402-1403. doi:10.1001/jama.2018.21812

Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*.

<https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=U5eo9488ZWAC&oi=fnd&pg=PP11&d>

q=Mishler,+E.G.,+1984.+The+Discourse+of+Medicine:+Dialectics+of+Medical+Intervi
ews.+Ablex+Publishing+Corporation,+New+Jersey.&ots=FB_21qnjeo&sig=Q8B62dTpS
W8zYitHlb0FnEun94s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, volum 24, ss. 746-754. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x

National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. (2007). Trauma: Who cares? (A report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death). https://www.ncepod.org.uk/2007report2/Downloads/SIP_summary.pdf

Norsk Sykepleierforbund. (2021). Yrkesetiske retningslinjer. Nsf.no.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Olofsson, P., Carlström, E. & Bäck-Pettersson, S. (2012). During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *International Emergency Nursing*, volum 20, ss. 207-213.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.03.006>

Phiri, M., Heyns, T. & Coetzee, I. (2020). Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study. *Applied Nursing Research*, volum 54.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151271>

Robertson-Steel I. (2006). Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*, volum 23, ss 54-155. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2005.030270>

Rokstad, A. M. M. (2019). *Se hvem jeg er!*. Universitetsforlaget

Schlichting, E. (5 september, 2018). Triage. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/triage>

Skene, I., Pott, J. & Mckeown, E. (2017). Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma center in the UK. *International Emergency Nursing*, volum 35, ss. 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.02.005>

Solberg, B. & Berg, G. V. (2016). Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Sykepleien*.
[10.4220/Sykepleienf.2015.55994](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55994)

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Vukmir, R., B. (2018). *Legal Issues in Emergency Medicine*. Cambridge University Press

Vedlegg

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Möller, M., Fridlund, B. & Göransson, K. (2010). Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, volum 24, ss. 746-754.
doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00772.x

Feltkode endret

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? *Beskrive pasientens oppfattelse av triage møtet*
- Hvorfor ville de finne svar på det? *Fordi det er forsket for lite på*
- Er problemstillingen relevant? *Ja*

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?
Ja

Kommentar:

Kvalitativ måte var valgt for å kunne få med mest mulig detaljer om pasientens oppfattelse

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke? *Ja, de diskuterer valget av kvalitativ metode som ønsket å finne variasjonene i triage møtet*

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? *Ja*
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? *Ja*
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta? *Ja*
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? *Ja*
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?
Ja

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? *Ja*
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt? *Ja, intervjuer*
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide? *Ja*
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
Nei
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)? *Ja, lydopptak*
- Har forskerne diskutert metning av data? *Ja*

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? *Ja*
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien. *Ja*
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité? *Nei, det ble sett på som unødvendig da den ble godkjent av den med ansvar for akuttinntaket og hverken fysisk eller psykisk påvirkning ble brukt*

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.? *Ja*
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen? *ja*
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til? *Ja*
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen? *Ja*

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? *Ja*
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter? *Ja*
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)? *Ja*
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen? *Ja*

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? *Ja*,
- Har studien avdekket behov for ny forskning? *Ja, her er det masse å bygge videre på*
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på? *Ja*

Kommentar: