



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

UPPLEVELSEN AV SAMVERKAN I BESLUTSFATTANDEPROCESSEN

Sjuksköterskors och skötares upplevelse av samverkan vid triagering på en psykiatrisk akutmottagning.

Annika Jansson & Matilda Åström

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i
Program och/eller kurs: omvårdnad
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt 2019
Handledare: Christopher Holmberg
Examinator: Helena Dahlberg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka alla som stöttat oss under studiens gång. Stort tack till vår handledare Christopher för bra handledning och mycket stöd under hela processen. Tack till alla som har korrekturläst. Till enhetschef och personalen på mottagningen där studien utförts vill vi tacka för ett gott bemötande och för deltagandet i studien. Slutligen vill vi utföra ett tack till varandra för att vi stått ut med varandra och tagit oss igenom alla delarna i arbetet ihop.

Titel (svensk)	Upplevelsen av samverkan i beslutsfattandeprocessen
Titel (engelsk)	The experience of collaboration in the decision-making process
Examensarbete:	15 hp
	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 Examensarbete i
Program och/eller kurs:	omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Författare	Annika Jansson & Matilda Åström
Handledare:	Christopher Holmberg
Examinator:	Helena Dahlberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Sjukvården idag står inför många utmaningar för att upprätthålla god och säker vård. På en psykiatrisk akutmottagning i Västsverige fanns en efterfrågan och ett behov av att studera samverkan och beslutsfattande i triageringen för att förbättra samverkan i teamet och identifiera förbättringsområden att arbeta mot. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans och skötarens upplevelse av samverkan i beslutsfattandeprocessen vid triagering. **Metod:** Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats där individuella semistrukturerade intervjuer med öppna frågor använts. **Resultat:** Resultatet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Granheim & Lundman (2004) och Danielsons (2014a). En manifest ansats användes. Efter analys av intervjumaterialet kunde resultatet delas in i två huvudkategorier, *upplevelser av beslutsfattande i triagering* och *upplevelser av samverkan i triageringen*, med underliggande kategorier och vissa subkategorier. Det framkom att beslutsfattandet upplevdes ske genom att sätta eller ge förslag om färg med olika användning av verktyg och riktlinjer. Detta upplevdes kräva kompetens och mandat för att ta eget beslut. Sjuksköterskan och skötarens upplevelse av samverkan och beslutsfattande i triageringen beskrevs ske i olika former och i samarbete med varandra men också med andra som läkare, patienten, anhöriga, journal och remiss. Graden av samverkan upplevdes påverkas av personalens erfarenhet, trygghet i sin roll och god kommunikation. **Slutsats:** Att arbeta med både RETTS-PSY och att samverka med andra i bedömningen upplevdes generellt sett positivt. Däremot framkom det att hög arbetsbelastning och låg kompetens var faktorer som påverkade triageringen och att utbildning inom triagering samt samverkan är viktigt för att på bästa sätt samarbeta och göra en rättvis bedömning utifrån samma grund.

Nyckelord: Beslutsfattande, samverkan, team, sjuksköterska, skötare, triagering, beslutsfattandeprocessen

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	1
2.1 Förbättringsarbete	1
2.2.1 Samverkan i team.....	2
2.3 Beslutsfattandeprocessen.....	3
2.4 Triagering och RETTS	3
2.4.1 RETTS-PSY.....	4
2.5 Den psykiatriska akutmottagningen i Västsverige	4
2.5.2 Ett vanligt förlopp vid ankomst till den psykiatriska akutmottagningen.....	5
3. Problemformulering	5
4. Syfte och forskningsfrågor	6
5. Metod	6
5.1 Tillvägagångssätt	6
5.1.1 Hospitering.....	6
5.2 Datainsamling.....	7
5.2.1 Urval	7
5.2.2 Intervjuerna	7
5.3 Etiska aspekter.....	8
5.4 Dataanalys	8
6. Resultat.....	10
6.1 Information om deltagare	10
6.2 Presentation av resultatet.....	10
6.3 Upplevelser av beslutfattande i triageringen	11
6.3.1 Färgsättning ett beslut eller ett förslag?.....	11
6.3.2 Olika syn på användandet av verktyg och riktlinjer	12
6.3.2.1 Triagering kräver kompetens	13
6.3.2.2 Mandat för att ta beslut.....	13
6.4 Upplevelser av samverkan i triageringen	14
6.4.1 Samverkan mellan sjuksköterska och skötare grundläggande i färgsättningen.....	14
6.4.1.1 Sjuksköterske- och skötarbrist	15
6.4.1.2 Flödesledaren en central roll i triageringen.....	16
6.4.2 Varierande grad av samverkan med patienten och anhörig.....	16
6.4.3 Läkaren ett stöd i triageringen	17
6.4.4 Journaler och remissers påverkan i triageringen.....	18

7. Diskussion	18
7.1 Resultatdiskussion	18
7.1.1 Beslutsfattande en komplex process	19
7.1.2 Samverkan i team kräver rätt förutsättningar.....	19
7.1.2.1 Samverkan för att utnyttja all tillgänglig kompetens och information.....	20
7.2 Metoddiskussion.....	21
7.2.1 Urval	22
7.2.2 Intervjuer.....	22
7.2.3 Dataanalys.....	23
7.2.4 Förförståelse och förhållningssätt.....	23
7.2.5 Etiska reflektioner.....	24
8. Slutsats	25
9. Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning	25
Referenslista	27
Bilagor.....	32
Bilaga 1 - Exempel från RETTS-PSY version 2015	
Bilaga 2 - Akutjournal tillhörande RETTS-PSY	
Bilaga 3 - Intervjuguide	
Bilaga 4 - Forskningspersonsinformation och samtyckesblankett	

1. Inledning

Akut omhändertagande inom psykiatrin handlar om att göra många omfattande bedömningar utefter patientens aktuella tillstånd och därefter ta flera viktiga beslut (Sahlgrenska universitetssjukhus, 2018). Det är vanligt med långa väntetider för att få en bedömning på akutmottagningar i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Ett sätt att effektivisera bedömningen gällande patientens vårdnivå är att använda sig av triagering (Inglis och Baggaley, 2005). Triagering utförs ofta i team och teamarbete är en metod för att förbättra och patientsäkra vården (Berlin, Carlström & Sandberg, 2009). Samverkan är en grundläggande del i ett teamarbete (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2015). Dessutom är samverka i team en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

En annan kärnkompetens är förbättringskunskap och denna studien kan användas som ett verktyg i att synliggöra förbättringsområden kring samverkan i en beslutsfattandeprocess (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Denna uppsats är ett verksamhetsförankrat examensarbete på kandidatnivå som utförts på en psykiatrisk akutmottagning i Västsverige och handlar om upplevelsen av samverkan och beslutsfattande vid triagering. Arbetet är utfört av två sjuksköterskestudenter utifrån deras intresse för teamarbete och på önskan från enhetschefen på mottagningen som sett ett behov av studier kring samverkan och beslutsfattandeprocessen i triageringen.

2. Bakgrund

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) beskriver att sjukvården idag står inför många utmaningar för att upprätthålla god vård och patientsäkerhet. Bland annat ses en ökning av psykisk ohälsa i samhället och inom slutenvården förekommer en ökning av patienter med depression och ångest (Socialstyrelsen, 2013), vilket leder till ökat tryck inom psykiatrisk slutenvård. Två kärnkompetenser gemensamma för all vårdpersonal belyses som viktiga för att bemöta utmaningarna. Dessa två kärnkompetenser är förbättringskunskap och samverkan i team (Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, 2017).

2.1 Förbättringsarbete

Förbättringskunskap innebär bland annat att ha kunskap om system och verksamheter inom organisationen. Förbättringskunskap handlar också om att göra förändringar, vara professionell, kompetent och att samarbeta i förbättringsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, 2017). Sjuksköterskor har ett ansvar att förbättra omvårdnaden kring patienten genom att bland annat kritiskt granska metoder och rutiner för att förbättra och implementera nya arbetssätt och rutiner (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att forma sjukvården till att bli effektivare och öka patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet, 2017). Patientsäkerhet innebär att motverka vårdskador vilket kräver systematiska, kontinuerliga och förebyggande säkerhetsåtgärder (Öhrn, 2013). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) reglerar och ställer krav på vårdgivare gällande patientsäkerhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska hälso- och sjukvårdspersonal arbeta mot god hälsa och en vård som ges på

lika villkor med bra standard för hela befolkningen samt arbeta mot att förebygga ohälsa. Även enligt patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvård vara lättillgänglig och alla som är i behov av en läkarbedömning ska få det snarast. Det förekommer idag långa väntetider samt vistelsetider på akutmottagningar i Sverige, vilket minskar patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2017). Lite statistisk och forskning finns gällande väntetider på psykiatriska akutmottagningar i Sverige. Däremot erhålls statistik gällande väntetider på den akutpsykiatriska mottagningen där studien utförts från enhetschefen M. Lorentzen (Personlig kommunikation 4 april 2019) som redovisar långa väntetider till en första bedömning samt läkarbedömningen.

2.2 Samverkan

Det finns flera olika beskrivningar om samverkan och vad det är. En kortfattad beskrivning är att en gräns korsas mellan olika yrkeskategorier (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). En annan beskrivning är att samverkan innebär att olika yrkeskategorier inom eller mellan olika myndigheter eller instanser arbetar utefter att sträva mot ett gemensamt mål (Lidskog, 2009). Inom psykiatrisk akutvård kan detta innebära ett samarbete mellan bland annat polis, ambulanspersonal, läkare, sjuksköterskor och skötare. En skötare arbetar med och utför omvårdnadsarbete inom psykiatrisk vård (Skolverket, u.å.). När samverkan inte fungerar menar Hewitt, Sims och Harris (2015) att det leder till felande i kommunikationen, rapportering sker slumpmässigt, möten och planering blir ineffektiva samt att man pratar över huvudet på kollegor.

2.2.1 Samverkan i team

Samverkan är en grundsten för ett fungerande teamarbete genom att den strävar mot att samla kunskap från olika yrkeskategorier för att ge den bästa vården (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2015). Teamarbete är en känd metod inom svensk hälso- och sjukvård som används för att förbättra vården och dess kvalitet (Berlin, Carlström & Sandberg, 2009). Att arbeta i team innebär att flera medlemmar i form av en grupp med olika kompetenser arbetar i varandras närhet med samma uppgift och strävar mot ett gemensamt mål (Sandberg, 2009). Det finns många olika sorters team med olika funktioner. Ett bra teamarbete mellan olika professioner innefattar att man samarbetar genom att samordna en samverkan mellan olika kompetenser utefter samma mål. Hewitt, Sims och Harris (2015) beskriver att en god samverkan kan ske genom att alla röster i ett team blir hörda och tillsammans, oavsett professionell status, diskutera fram en lösning. Detta kan exempelvis göras genom möten och att läsa patientens journal för att lösa den problematik som finns. Att lyssna till varandra och tillsammans lösa de dilemman som man står inför minskar risken att göra fel, ökar tillit och gör att idéer och beslut blir adekvat diskuterade (Hewitt, Sims & Harris, 2015). Teamarbete kan användas för att säkerställa patientsäkerhet (Lidskog, 2009). Kaissi, Johnson och Kirschbaum (2003) lyfter att det däremot krävs ett stort arbete och engagemang för att skapa ett bra teamarbete vilket är viktigt för att minska risken för att medicinska fel begås.

Den legitimerade sjuksköterskans självständiga ansvarsområden finns beskrivet i sjuksköterskans kompetensbeskrivning och består av sex kärnkompetenser. En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är samverkan i team där delar av kompetensen består av att samordna, prioritera, planera och kommunicera för att skapa en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) beskrivs att sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnadsarbetet både självständigt men också i teamsamverkan för att ge den bästa möjliga vården. Sjuksköterskan har också ett etiskt ansvar att sträva mot ett gott samarbete med sina medarbetare (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Ett vårdteam kan bland annat bestå av sjuksköterskor och undersköterskor men också andra professioner inom hälso- och sjukvård (SBU, 2019). Patient och anhöriga kan också ses som en del i teamet då de också samverkar i vården (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska Läkaresällskapet, 2017). Enligt patientlagen (2014:821) har patienter rätt till delaktighet i sin vård och i dagens vård ses det i stort sett som självklart att patienten borde få vara delaktig (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013).

2.3 Beslutsfattandeprocessen

Beslutsfattandet kan se olika ut i olika sammanhang och kontexter. Inom hälso- och sjukvård används olika beslutstöd för att vårdpersonal ska kunna fatta beslut gällande åtgärder och behandling. Beslutsstöd är verktyg i form av riktlinjer, standardvårdplaner eller olika system för att vårdpersonal på ett lättare sätt ska få åtkomst till aktuell kunskap och arbeta utefter evidensbaserad vård. Olika beslutstöd har olika evidens bakom sig och ser olika ut beroende på vart man befinner sig. Kliniska riktlinjer är exempel på beslutstöd som ska underlätta att samla kunskap och rekommendationer så att besluten som tas ger liknande vård till så många som möjligt (Johansson & Wallin, 2013). Bland annat har Socialstyrelsen (2012a) tagit fram en evidensbaserad beslutsprocess för att teoretisera och beskriva beslutsprocessen vilket ska underlätta att arbeta evidensbaserat. De beskriver beslutsprocessen som en arbetsgång där en individ tar ett beslut och inte själva evidensen. De beskriver att ett evidensbaserat beslutstagande bygger på den professionella expertisen hos en person och dess förmåga att följa standardiserade verktyg samt evidensbaserad vård tillsammans med deras egen kunskap och erfarenhet i förhållande till patientens kontext (Socialstyrelsen, 2012a). Ett beslutstöd kan även vara att genom samlad information från både patienten och omvårdnadspersonalens bedömning göra en plan för fortsatt vård genom delat beslut mellan parterna (Adams & Drake, 2006). Ett delat beslutsfattande mellan parterna ökar patientens delaktighet i sin egen vård. Vilket innebär att alla berörda i vården kring patienten bör delta i beslutsprocessen då samtliga inblandade ska acceptera beslutet kring fortsatt vård (Socialstyrelsen, 2012b). Ingen forskning hittades gällande sjuksköterskor och skötares upplevelse av beslutsfattande inom akutpsykiatrisk vård.

2.4 Triagering och RETTS

På akutmottagningar används ofta triagering, som enligt Inglis och Baggaley (2005) innebär att prioritera efter behov av omedelbar vård och används för att bedöma den medicinska allvarlighetsgraden. Triagering är ett beslutstöd (Predicare, 2019a) och ett redskap för att minska onödiga inläggningar, stärka patientsäkerheten och öka vårdkvaliteten (Inglis och Baggaley, 2005). Triagering kan utföras av sjuksköterskor tillsammans med undersköterskor

eller endast en sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2017). En av sjuksköterskans etiska riktlinjer är att fördela resurserna jämt utifrån tillgänglig hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Det finns flera olika triageringsverktyg som används på akutmottagningar (Predicare, 2019a). Ett vanlig triageringsverktyg på akutmottagningar i Sverige är Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTS) som är utformad av Predicare (2019b) och används både innan ankomst till sjukhus och på akutmottagningar efter ankomst till sjukhus. RETTS även kallat för METTS (Medical Emergency Triage and Treatment System) används i Sverige, Norge och Nepal (Predicare, 2019a). Triageringsverktyget används i bedömningen gällande prioriteringsordning på ett effektivt sätt genom att minimera patientens och personalens inverkan i beslutet för en jämlik och rättvis prioritering. RETTS bygger på att göra en bedömning utifrån olika faktorer. En faktor är vitalparametrar där vitalparametrar har ett eget värde men samtidigt beräknas beroende på symtom och tecken. En annan faktor är Emergency Symptoms and Signs (ESS) som används för att samla subjektiva symtom och finns anpassat till psykiatrisk vård. Vitalparametrar tillsammans med ESS skapar en prioritetsnivå genom en färg utifrån ett algoritmsystem. Något som också inverkar i RETTS är personalens kompetens, erfarenhet samt att följa riktlinjer och hjälpmedel (Predicare, 2019a). Författarna i studien hittar ingen relevant forskning gällande upplevelsen av beslutsfattandet i triageringen eller hur samverkan i triageringen upplevs.

2.4.1 RETTS-PSY

För att prioriteringsordna patienterna inför läkarbesök används på den psykiatriska akutmottagningen i Västsverige triageringsverktyget RETTS anpassad till psykiatri och kallas för RETTS-PSY. Triageringen utförs av en sjuksköterska eller en skötare som har delegering på triagering. RETTS-PSY består av att samla patientens subjektiva symtom genom ett triagesamtal tillsammans med patientens vitalparametrar. Utefter insamlade symtom och vitalparametrar tas ett beslut gällande färgkodning utifrån en algoritm i RETTS-PSY (bilaga 1) antingen självständigt eller i konsultation med kollegor. Skötare får inte självständigt ta beslut gällande färgsättning utan behöver konsultera med en sjuksköterska innan detta görs. Dessutom görs alltid en suicid- och farlighetsbedömning under triageringen vilket kan påverka färgsättningen.

2.5 Den psykiatriska akutmottagningen i Västsverige

På den psykiatriska akutmottagningen arbetar skötare, sjuksköterskor, medicinska sekreterare och läkare. Vem som helst över 18 år kan söka vård på den psykiatriska akutmottagningen. Personer kan komma in på egen hand, med hjälp av anhörig, via ambulans, från annan vårdinrättning eller via polis. Patienter kan komma frivilligt och vårdas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) eller via tvångsåtgärder med vårdintyg och vårdas enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128). Dessutom kan det i förekommande fall även erbjudas vård enligt Lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870).

2.5.1 Flödesledaren

På mottagningen använder de sig av en flödesledare som befinner sig i ett rum vid receptionen. Flödesledaren uppdateras löpande gällande alla patienterna och deras aktuella bedömningar. Vidare ansvarar flödesledaren för den mesta av samverkan och samordning med andra instanser, gör arbetsfördelningar för dagen och rapporterar vidare. Flödesledaren kan bestå av antingen en sjuksköterska eller skötare.

2.5.2 Ett vanligt förlopp vid ankomst till den psykiatriska akutmottagningen

När en patient kommer till den psykiatriska akutmottagningen skrivs patienten in i receptionen. I receptionen skapas därefter en så kallad "planka" vilket är en bricka med alla blanketter gällande patienten och triageringen. Mottagningen tar emot patienter med akuta psykiatriska besvär och första bedömningen gällande patientens tillstånd görs utefter RETTS-PSY (bilaga 2). Bedömningen baseras också på olika självskattningsformulär som AUDIT (Karolinska institutet, u.åa), DUDIT (Karolinska institutet, u.åb) och MADRS-S (Stockholms läns landsting, 2019). Efter bedömning lämnas "Plankan" innehållande triageringsbeslut till flödesledaren som placerar den i turordning utefter behov av läkarbedömning. De nya patienterna som inkommer, samt förändringar som exempelvis ökad agitation gör att ständigt nya bedömningar och beslut gällande vem som är i störst behov av läkare görs. Alla patienter som kommer till mottagningen har rätt att träffa en läkare, däremot kan patienter som bedömts ej akut få vänta länge. Hos flödesledaren hämtar läkaren "plankan" utefter den prioriteringsordningen som flödesledaren satt för att sedan utföra sitt läkarsamtal med patienten.

3. Problemformulering

Den ökade psykiska ohälsan i samhället ställer ett högre krav på psykiatrin. Med redan långa väntetider till den psykiatriska akutmottagningen i Västsverige till triagering och läkarbedömning krävs förbättringsarbeten för att effektivisera samt säkerställa god vård. Psykiatrisk akutvård kräver regelbundna systematiska bedömningar. Samverkan och triagering är metoder för att underlätta vid bedömning och beslutsfattande. Sjuksköterskan och skötaren är de som utför triageringen där sjuksköterskan är ansvarig för triageringen. Sjuksköterskan har även samverkan i team och att arbeta med förbättringskunskap som kärnkompetenser. Det finns dock lite forskning om sjuksköterskans och skötarens upplevelse av samverkan i en beslutsfattandeprocess samt att arbeta med triagering som verktyg. Genom att beskriva sjuksköterskans och skötarens upplevelse av samverkan och beslutsfattande i triagering skulle möjliga förbättringsområden kunna synliggöras för att effektivisera metoderna.

4. Syfte och forskningsfrågor

Beskriva sjuksköterskans och skötarens upplevelse av samverkan i beslutsfattandeprocessen vid triagering på en psykiatrisk akutmottagning.

Mer specifikt studeras fenomenet utifrån två forskningsfrågor,

- Hur upplever sjuksköterskan och skötaren att beslutsfattande vid triagering går till?
- Vilken typ av samverkan upplever sjuksköterskan och skötaren sker i beslutsfattandeprocessen vid triagering?
-

5. Metod

För att besvara syftet baseras studien på kvalitativa individuella intervjuer utfört på en psykiatrisk akutmottagning i Västsverige.

5.1 Tillvägagångssätt

Studien initierades genom att ett ämnesförslag om teamarbete skickades in till institutionen, vilket sedan skickades ut till de verksamheter som anmält intresse för verksamhetsförankrat examensarbete kopplat till sin verksamhet. En akutpsykiatrisk mottagning i Västsverige visade intresse av ämnesförslaget. Ett möte bokades in med enhetschefen för att diskutera vidare om studien. Författarna av studien läste in sig på ämnet för att sedan vid mötet kunna diskutera möjliga syften och avgränsningar som kunde passa till mottagningen och aktuella problemområden. Syfte och forskningsfrågor utformades med stöd av Henricsons (2014a) beskrivning av formulering av syfte. Detta genom att först använda Henricsons (2014a) tankekartor över problemformulering för att utifrån den sammanfatta en mening kring ett nyckelverb som svarar på vad författarna och enhetschefen vill ha svar på med studien.

5.1.1 Hospitering

En överenskommelse gjordes med enhetschefen om att hospitering skulle utföras för att författarna till studien skulle bekanta sig med miljön och utföra observationer för att ge större inblick i organisationen kring triagering. Hospitering utfördes på mottagningen under en dag och gjordes i expeditionen, ett rum bakom receptionen där flödesledaren sitter. Vid hospitering antecknade författarna observationer individuellt. Personal gav beskrivningar gällande olika arbetsuppgifter och rutiner för att skapa klarhet för författarna som observerade. Efter hospitering diskuterades anteckningarna och uppfattningar mellan författarna kring det som setts och hörts under dagen för att sedan tillsammans sammanställas. Observationerna utgör en grund till beskrivningen av mottagningen i bakgrunden och dess

triageringssystem. Dessutom gav det inspiration till utformningen av intervjufrågor till studien.

5.2 Datainsamling

Datainsamling skedde genom semistrukturerade individuella intervjuer med öppna frågor utformade utefter Danielson (2014b). Intervjufrågor utformades utifrån observationer på mottagningen samt syftet. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor användes för att ge deltagarna möjlighet att besvara frågorna fritt. Semistrukturerade intervjuer förbereddes för att skapa en struktur men som samtidigt var flexibel gentemot varje intervjutillfälle och deltagaren. En intervjuguide utformades för att användas som stöd under intervjuerna, se bilaga 3. Inledning och frågor lästes igenom flertalet gånger för att författarna av studien skulle vara väl bekanta med materialet (Danielson, 2014b).

Utformningen av intervjuerna förbereddes genom att planera och förbereda vart, hur och när intervjuerna skulle utföras i samråd med enhetschefen. Detta innefattade bland annat förberedelse av inspelningsteknik och planering gällande intervjuteknik samt att utforma en introduktion som innehåller studiens syfte, metod, etik samt sekretess. När en intervju är formad utefter ett tydligt syfte och har ett gott förarbete i varför, hur och vad (Danielson, 2014b) kan det ge en ökad kvalitet på intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2017).

5.2.1 Urval

Urvalet skedde genom att sjuksköterskor och skötare på den psykiatriska akutmottagning där studien utfördes tillfrågades att delta. Sjuksköterskor och skötare valdes till studien då det är de som utför triageringen på mottagningen. Studien innefattar sjuksköterskor både med grundutbildning och specialistutbildning. En personinformationsblankett samt samtyckesblankett, se bilaga 4, utformades med stöd av Carlström & Willner (2018). Dessa skickades till enhetschefen som i sin tur skickade ut den till sina anställda för att informera personalen om studien och ge dem möjligheten att delta om de ville. Därefter informerade och frågade författarna i studien under hospiteringen på mottagningen om sjuksköterskor och skötare önskade delta vid intervju, två intervjuer bokades in. Resterande deltagare i studien valdes sedan ut i samråd med sektionsledare under dagarna då intervjuerna utfördes, för att få deltagare med olika arbetserfarenheter inom området. Sju anställda på mottagningen tackade först ja till att delta i studien varav en föll bort innan start av själva intervjun på grund av att denne inte ville bli inspelad. En sjuksköterska, en specialistsjuksköterska och fyra skötare deltog i studien, se tabell 2, i resultatet.

5.2.2 Intervjuerna

Intervjuerna i studien var mellan 5–17 minuter långa. Den första intervjun kan ses som en pilotintervju för att testa intervjufrågorna för vidare utveckling, pilotintervjun blev en kortare intervju som användes som material i resultatet. Pilotintervjun diskuterades och gjorde att intervjufrågor kunde omformuleras för att lättare förstås av deltagarna och skapa bättre förutsättningar för att få bra material gentemot syftet. Alla intervjuerna, bortsett från en,

utfördes i ett enskilt konferensrum på mottagningen under deltagarnas arbetstid, detta för att öka möjligheten för personalen att delta (Danielson, 2014b). En intervju utfördes i en tom enskild reception på mottagningen då utbildning skulle hållas i konferensrummet som tidigare använts.

Intervjuerna utfördes av båda författarna som turades om att hålla i intervjuerna. Under tiden som den ene författaren intervjuade så skötte den andre inspelningen samt observerade den som intervjuade och samtidigt antecknade vad som var bra och vad som kunde förändras till nästkommande intervjutillfälle. Detta för att få en möjlighet att utvecklas som forskare samt få betydelsefull information om sjuksköterskans och skötarens upplevelse av samverkan och beslutsfattande i triageringen (Billhult & Henricson, 2014).

Intervjuerna började med generella inledningsfrågor för att utvinna information kring yrkeskategori, ålder, kön, erfarenhet inom hälso- och sjukvård samt på mottagningen, se tabell 2. Innan intervjuerna utfördes diskuterades och sammanställdes möjliga följdfrågor vilka förbereddes med stöd av Danielson (2014b). Följdfrågor ställdes löpande under intervjun för att låta deltagaren utveckla sina svar samtidigt som deltagaren gavs tid och möjlighet att uttrycka sig fritt kring ämnet. Ett exempel på följdfråga under intervjuerna “vad menade du när du sa?”, se bilaga 3.

Vid kvalitativ metod fungerar författaren som ett redskap för att inhämta material kring ett ämne. Författaren bär alltid med sig en egen förförståelse som kan inverka i studien (Priebe & Landström, 2014). Under intervjun strävade författarna mot att hålla sig neutrala och att ta avstånd från sin egna förförståelse. Detta genom att diskutera ämnesområdet innan intervjuerna genomfördes och genom att använda strukturerade följdfrågor, se bilaga 3, vilka skulle underlätta att vara flexibel i samtalet utan att lägga in spontana värderingar (Billhult & Henricson, 2014).

5.3 Etiska aspekter

För att säkerställa forskningens kvalitet har ett etiskt förhållningssätt varit en del genom hela processen (Vetenskapsrådet, 2017). Innan intervjuerna utfördes informerades samtliga deltagare muntligt och skriftligt gällande sekretess, samtycke, frivillighet, vad studien handlar om och dess metod. En personinformationsblankett lämnades över till deltagarna tillsammans med en samtyckesblankett som signerades av samtliga deltagare och författarna själva. Detta i enlighet med Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460), personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Därefter startade inspelningen av intervjuerna (Danielson, 2014b).

5.4 Dataanalys

Intervjuerna analyserades med stöd av Granheim & Lundman (2004) och Danielsons (2014a) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. För att kunna återge informationen som samlades in genom intervjuer användes en induktiv ansats utan att utgå utifrån någon teori (Danielsons, 2014a). Analysen skedde utifrån en manifest ansats vilket innebär att informationen i den insamlade datan återges utan djupare tolkning (Danielson, 2014a). Djupare tolkning kan vara

exempelvis tonfall och kroppsspråk. De inspelade intervjuerna transkriberades tätt inpå varje intervjutillfälle av författarna där alla intervjuer avkodades och namngavs med en siffra. Varje intervju är lyssnad till flertalet gånger och därefter ordagrant transkriberade. Intervjuerna skrevs sedan ut på papper för att lättare få en överskådlig bild av intervjuerna (Danielson, 2014b).

Den transkriberade texten lästes ett flertal gånger. Därefter färgkategoriserades den transkriberade texten genom att stryka över meningsbärande enheter i två olika färger utifrån studiens två forskningsfrågor, samverkan och beslutsfattande vilka sedan kom att bilda resultatets två huvudkategorier. Två tabeller skapades i dokumentet utefter de två huvudkategorierna. Därefter lästes de transkriberade intervjuerna på nytt för att försöka få en ny bild av helheten. Sedan skrevs delar av meningar eller hela meningar in som meningsbärande enheter i de två olika tabellerna. De meningsbärande enheterna numrerades med de kodade siffrorna som de fick under transkriberingen, se tabell 1, detta för att veta vem som sagt vad under intervjuerna. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till kortare meningsenheter i form av ett eller flera ord vilka sammanfattar meningens sammanhang och används sedan som koder, se tabell 1.

Tabellerna skrevs sedan ut på papper för att klippas isär för att underlätta i skapandet samt ge en överblick i möjliga kategorier och subkategorier. Uppdelningar diskuterades mellan författarna för att tillsammans komma fram till kategorier och eventuella subkategorier i resultatet. Kategorierna skrevs sedan in i de två tabellerna i datorn. En översiktstabell av huvudkategorier och kategorier utformades därefter, se tabell 3, i resultatet.

Tabell 1. Exempel på analysmodell

Intervju	Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori
1	Och sen så går jag ju till flödesledaren och säger att ja men den här är orange så då måste den ju prioriteras upp för såna som är gula eller gröna	Förmedlar färg till flödesledare	Samverkan med flödesledaren	Samverkan mellan sjuksköterska och skötare
3	Ja men man tar ju ett beslut vilken färg, patienten är iallafall hur den ska prioriteras till läkaren	Prioriteringsgrad utefter färg	-	Att kontinuerlig arbeta mot färg

6. Resultat

6.1 Information om deltagare

I resultatet beskrivs upplevelsen från fyra intervjuade skötare och två sjuksköterskor, varav en specialiserad i psykiatrisk vård, på mottagningen gällande samverkan i beslutsfattandeprocessen i triagering. Deltagarna bestod av två män och resterande kvinnor. De hade från ett till över 40 yrkesverksamma år inom hälso- och sjukvården samt mellan sex månader och dryga fem år på den aktuella mottagningen, se tabell 2. I resultatet benämns deltagare i citering med *I* vilket står för informant.

Tabell 2. Information om deltagarna

Yrkeskategori	Antalet yrkesverksamma år inom hälso- och sjukvården	Antalet yrkesverksamma år på mottagningen	Kön
(1) Skötare	16 år	6 månader	Kvinna
(2) Skötare	6 år	1 år	Kvinna
(3) Sjuksköterska	1 år	1 år	Kvinna
(4) Skötare	20 år	5 ½ år	Man
(5) Skötare	18 år	1 år	Man
(6) Specialistsjuksköterska	Över 40 år	5 år	Kvinna

6.2 Presentation av resultatet

Efter analys av intervjumaterialet identifierades två övergripande huvudkategorier, *Upplevelser av beslutsfattande i triageringen* samt *Upplevelser av samverkan i triageringen*, vilka baseras på forskningsfrågorna. Huvudkategorierna är vidare uppdelade i kategorier och vissa kategorier har även tillhörande subkategorier, se tabell 3.

Tabell 3. Resultatöversikt

Huvudkategori	Kategori	Subkategori
Upplevelser av beslutsfattande i triageringen	Färgsättning ett beslut eller ett förslag?	
	Olika syn på användandet av verktyg och riktlinjer	Triagering kräver kompetens
		Mandat för att ta beslut
Upplevelser av samverkan i triageringen	Samverkan mellan sjuksköterska och skötare grundläggande i färgsättningen	Sjuksköterske- och skötarbrist
		Flödesledaren en central del i triageringen
	Varierande grad av samverkan med patienten och anhörig	
		Läkaren ett stöd i triageringen
		Journaler och remissers påverkan på bedömning

6.3 Upplevelser av beslutsfattande i triageringen

Första huvudkategorin beskriver sjuksköterskans och skötarens upplevelse kring beslutsfattandet i triageringen. För att få en ökad kunskap och förståelse kring upplevelsen av beslutsfattandet i triageringen ställdes frågor kring detta i intervjuerna. Huvudkategorin består av två kategorier varav en kategori har två underliggande subkategorier. Den ena kategorin är uppbyggd på att det framkom att triagering upplevdes som att antingen ta ett beslut gällande en färg eller att ge ett förslag på färgsättning. Den andra kategorin bygger på att deltagarna beskrev att det krävs kompetens och möjlighet till mandat med olika användning av etablerade verktyg och riktlinjer för att kunna ta beslut i triagering.

6.3.1 Färgsättning ett beslut eller ett förslag?

I triageringen upplevde deltagarna beslut som att sätta en färg på patienten. Det upplevdes vara sjuksköterskan som tog beslutet kring färg samtidigt som hen kunde väga in skötarens

bedömning och förslag på färg. Skötare upplevde att de inte tog ett beslut utan snarare gav ett förslag på en färg till sjuksköterskan detta trots att deltagare beskrev att det många gånger var skötare som utfört triageringen. Det framkom också upplevelser om att färgen och därigenom beslutet inte är ett fast beslut utan att färgen och beslutet kan ändras med tidens gång och det görs ständigt korrigeringar gällande färgsättningen. Det fanns också upplevelser om att beslut kunde se olika ut, bland annat att färgsättning var ett beslut och ett annat beslut beskrevs vara läkarsamtalet där läkarsamtalet upplevdes ge ett mer definitivt beslut gällande patienten. Deltagare beskrev dessutom indirekt andra beslut utöver färgsättning under triageringen, exempelvis att beslut togs gällande att en patient kunde behöva träffa en ST-läkare direkt för att upprätta ett vårdintyg.

Beslut och beslut jag sätter ju en färg som jag föreslår för en sjuksköterska. (I.1).

Ja men man tar ju ett beslut vilken färg, patient är iallafall hur den ska prioriteras till läkaren. (I.3).

Men sen när jag väl såg den då så fick jag ju ändra färgen då. (I.3).

6.3.2 Olika syn på användandet av verktyg och riktlinjer

Deltagarna beskrev olika verktyg som beslutsstöd under triagering. Verktygen upplevdes ha olika stor inverkan i beslutsfattandet och färgsättningen. Deltagarna beskrev att beslutsfattandet kunde ske med stöd av bland annat RETTS-PSY och samtal för att utföra bedömningar där patienter blir bedömda utefter lika villkor.

Jag reagerar på parametrar, jag sorterar ju patienten mycket efter det också. (I.6).

Vi följer ju RETTS-boken liksom i färgsättningen iallafall. (I.3).

En deltagare beskrev att bedömningen som görs ska stämma med RETTS- PSY och upplevde att bedömningen inte bör grundas på personalens egna känslor. Däremot framkom upplevelsen att bedömningen alltid påverkas av det personalen får till sig från patienten för att därutefter utgå från triageringsverktyget. Det handlar enligt en deltagare om personalens kompetens att samtala med patienter samt personens vana, erfarenhet och hur de använder sin kunskap. En annan deltagare upplevde att när man höll sig till mallen fick man ut mest information om patienten. En annan tanke som framkom var att samma sjuksköterska inte skulle bedöma en patient flera gånger, detta då en upplevelse fanns att tidigare besök kunde spela in och påverka bedömningen vilket enligt deltagaren bör ske utifrån här och nu. Vitalparametrar upplevdes också som grundläggande information för att göra en bedömning. För att sammanfatta och rapportera patientens status och förslag till bedömning beskrev några av deltagarna att de använde sig av SBAR.

Vad jag får till mig av vad jag känner om vad patienten säger till mig och nånstans [sic] utgår jag då från från RETTSen. (I.4).

Det framkom mestadels positiva upplevelser av att arbeta med triagering. En deltagare berättade att arbetsmässigt är denne nöjd med triageringen, liknande beskrev en annan deltagare upplevelsen av att denne anser att triagering är ett bra arbetssätt som upplevs strukturerat och bra. Däremot beskrev en deltagare att hela systemet måste ändras då denne menar att patienter ska få en läkarbedömning inom en timme.

Jag tycker det är ett rätt så bra sätt att arbeta på med triageringen, strukturerat och bra. (I.6).

6.3.2.1 Triagering kräver kompetens

Att triagera beskrevs av deltagare krävde kompetens. Sjuksköterskan beskrevs av en deltagare utgöra grunden för själva triageringen. Detta då skötare har triagering på delegering som de får av sjuksköterskan. Det framkom dock att det fanns en del personal som inte får triagering på delegering på grund av att de saknar kompetensen att utföra en bedömning i triageringen. En deltagare upplever att det behövs mer utbildning i triagering. Det framkom att personalläget är oroväckande då det anställda sjukvårdsbiträden som inte får triagera och inte alltid har erfarenhet av att jobba inom sjukvården. Ett stort problem ansåg vara att det är få som triagerar. En deltagare uttryckte att denne inte anser att några sjukvårdsbiträden bör jobba på enheten då sjukvårdserfarenhet behövs. Det framkom att ett kriterium för att få jobba på mottagningen är 5 års erfarenhet som skötare, något som beskrevs inte går att upprätthålla då det upplevdes svårt att hitta utbildad personal överhuvudtaget.

Sjuksköterskorna e ju grunden då det här är, skötarna e ju på delegation om man säger så. (I.4).

Ju fler som kan triagera och har den kompetensen desto bättre. (I.6).

Nästan ett största problem just nu är att det inte är så många som triagerar. (I.3).

6.3.2.2 Mandat för att ta beslut

Flera deltagare nämner olika förbättringsområden. Ett förslag är att samtlig personal genom legitimering skulle få befogenheten att stå för sin egen färgsättning utan att gå via sjuksköterskan för att godkänna färgen. Det finns svårare och lättare beslut som tas, en deltagare menar att sjuksköterskan och skötaren föreslås kunna ta mindre beslut själva, som att om patienten är lågt prioriterad så kan sjuksköterskan bedöma att den inte behöver akut vård. En annan deltagare beskrev dock att de redan idag hänvisar patienter till vårdcentral om de upplever att patienten endast är där i behov av exempelvis vårdintyg eller att de kan gå

hem efter triageringen. Det framkom däremot att personal inte får säga att en patient får gå därifrån, utan att patienten har rätt till ett läkarbesök oavsett.

Att tycker jag att den är blå så får jag prata med sjuksköterskan och sjuksköterskan kan prata med patienten direkt och då kan patienten till och med gå hem direkt utan att prata med läkaren. (I.4).

Jag tycker själv som mig att det måste ändra systemet helt och hållet. (I.5).

Som det ser ut arbetsmässigt och så så är jag nöjd med triageringen. (I.4).

6.4 Upplevelser av samverkan i triageringen

Den andra huvudkategorin beskriver sjuksköterskors och skötarens upplevelse av samverkan i triagering. I intervjuerna har frågor ställts kring samverkan och upplevelsen av vilka som är delaktiga i triageringen. Deltagarna beskrev en samverkan mellan skötare, sjuksköterska, flödesledare, patient, journal, remiss, anhörig och läkare. Huvudkategorin består av fyra kategorier varav den första kategorin har två tillhörande subkategorier. Den första kategorin bygger på deltagarnas beskrivning av samverkan mellan sjuksköterskan och skötaren vilket beskrivs grundläggande i färgsättningen och utgör en större del av tillhörande huvudkategori. Deltagarna lyfte en bra samverkan samtidigt som de beskrev att den grundar sig på skötarnas kompetens och arbetsbelastningen på mottagningen. En tillhörande subkategori beskriver upplevelsen av hur sjuksköterske- och skötarbrist påverkar samverkan. Den andra tillhörande subkategorin beskriver hur flödesledaren ses som en central del i triageringen. De tre resterande kategorierna bygger på deltagarnas beskrivning av hur samarbetet och uppfattningen av samverkan med patient och anhöriga, läkaren samt remiss och journal går till.

6.4.1 Samverkan mellan sjuksköterska och skötare grundläggande i färgsättningen

Skötarna upplevde att prioritering i form av färgsättning skedde i samverkan med sjuksköterskorna. Detta då skötare har triagering som delegering och inte får sätta en färg utan att bekräfta med sjuksköterskan först. En upplevelse var att sjuksköterskorna inte alltid träffar patienterna utan att det oftast är skötare som gör det men att färgsättningen ändå måste sättas av en sjuksköterska. Detta upplevdes ibland skapa en förlust av egenansvar och belastande för sjuksköterskan men som också upplevdes fungera bra vid gott samarbete.

Färgsättning tillsammans. (I.4).

Det är sällan dom träffar sjuksköterskorna till patienterna det är vi som sitter med dom. (I.5).

Samverkan mellan skötare och sjuksköterskorna upplevdes mestadels som bra. Deltagarna upplevde ett bra samarbete där sjuksköterska och skötare oftast gjorde liknande bedömningar gällande färg, vilket upplevdes som ett tecken för att organiseringen fungerar. Samverkan mellan sjuksköterska och skötare upplevdes skapa en snabbare handläggning för patienten. Flera skötare upplevde att de känner god delaktighet i sambedömningen med sjuksköterskan. En annan deltagare beskrev att om inte sjuksköterskan samtycker till ett beslut så vänder denne sig till läkaren istället. Det framkom en upplevelse av att samarbetets kvalitet berodde på skötarnas kunskap och erfarenhet gällande triagering och psykiatrisk vård. Duktiga och engagerade skötare beskrevs som ett bra stöd när sjuksköterskor har hög arbetsbelastning. Faktorer som upplevdes ge ökad tillit och bättre samverkan är när personal känner varandra och är trygga i varandras kunskap och erfarenhet. Samt när skötare klarlägger för sjuksköterskan om sina tankar bakom förslaget gällande färg. En annan deltagare belyste att man har ett egenansvar i att fråga och att ställa motfrågor till sina kollegor, denne beskrev att desto mer information personen har om patienten desto bättre för patienten.

95% så håller dom med i alla fall eftersom jag jobbat många år i psykiatrin så vet man om det är en gul patienten. (I.1).

Sjuksköterskan känner mig såpass väl i passlaget å vet hur jag fungerar kan säga nånstans utgå ifrån lita på mig. (I.4).

Desto mer information en får om patienten det är till patientens fördel. (I.6).

6.4.1.1 Sjuksköterske- och skötarbrist

En deltagare beskrev att det ibland endast finns en sjuksköterska på mottagningen och att detta kan bli problematiskt på grund av hög arbetsbelastning. Det beskrevs vara bra med minst två sjuksköterskor som arbetar samtidigt. Vid hög belastning beskrevs sambedömningen bli slarvig då sjuksköterskan inte alltid hinner dubbelkolla och kontrollera skötarnas förslag utan litar på att skötare gör rätt bedömningar. En annan deltagare beskrev att triageringen fungerar när det finns riktigt van personal. Vid hög arbetsbelastning beskrev en deltagare att personal på mottagningen inte alltid har koll på alla patienter.

Jag litar ju på mina skötare liksom och då när det sker en miss så då hade han kanske väntat lite för länge. (I.3).

Det fungerar när vi har riktigt van personal. (I.4).

Utöver sjuksköterskebristen har deltagarna även börjat uppleva skötarbrist. När det finns få med delegation sker det en ökad arbetsbelastning för övrig personal som triagerar. Deltagare

beskrev att det inte behövs att alla i gruppen som arbetar tillsammans har erfarenhet utan att det är bra när det är blandat i arbetsgruppen.

Sjuksköterskebristen har varit länge, nu börjar vi även se skötarbrist. (I.4).

6.4.1.2 Flödesledaren en central roll i triageringen

Deltagarna beskrev också en samverkan med flödesledaren. Samverkan upplevdes ske bland annat genom att bedömningar och förslag gällande patientens färg förmedlas till flödesledaren som gör prioritering utefter resterande patienter på mottagningen och gör hela tiden omprioriteringar. Genom att använda sig av flödesledaren upplevdes det skapa ett snabbare led i handläggningen för patienten. Flödesledaren upplevdes vara den som ofta sätter färgen i samråd med skötare och har ofta mycket runt omkring sig. Därför beskrevs flödesledaren behöva vara kunnig och erfaren för att sortera i all information den får till sig vilket är viktigt för att kunna göra rätt prioriteringar. Det fanns en upplevelse av att byggnaden som akutmottagningen ligger i inte är optimal för kommunikation mellan flödesledaren och kollegor.

Och sen så går jag ju till flödesledaren och säger att ja men den här är orange så då måste den ju prioriteras upp för såna [sic] som är gula eller gröna. (I.1).

Grejen var ju bara det att jag satt ju som flödesledare då också så jag hade ju mycket runt omkring. (I.3).

Nu sitter ju jag som flödesledare väldigt mycket så jag sätter väldigt mycket färg. (I.6).

6.4.2 Varierande grad av samverkan med patienten och anhörig

Det förekom blandade upplevelser gällande patientens delaktighet och samarbetet. Däremot upplevde alla deltagarna att det sker någon typ av samverkan med patienten. Deltagare beskrev att det i första hand är patienten som man vänder sig till för att kunna utföra en triagering, oftast genom ett första triageringssamtal. En deltagare beskrev att det är patienten som bestämmer och inte personalen på mottagningen. Ibland bestämmer sjuksköterska i samråd med patient att exempelvis komma tillbaka under morgondagen istället. En annan upplevde att patienten inte alls är delaktig i beslut och färgsättningen i triageringen.

Jag vänder mig i första hand till patienten. (I.6).

Eller det är ju dom som bestämmer inte vi. (I.2).

Nej dom är inte delaktiga, dom vet knappt om det tror jag. (I.1).

Flera deltagare beskrev att det är viktigt att lyssna till patienten och dennes berättelse för att kunna utföra triageringen och göra en bedömning. En deltagare belyste att det sker en samverkan mellan personal och patient där personal är ansvarig för att få till ett bra samarbete för att få ut så mycket som möjligt genom samtal med patienten. Ibland förekom det att patienten inte kan medverka i triageringen på grund av aggressivitet vilket kunde leda till att triageringen får avbrytas. Patienter som kommer till mottagningen beskrevs också kunna vara svårbedömda genom att de kan variera i beteendet i triageringen och ge olika intryck till olika personer och vid olika tillfällen. Ibland kan personal behöva föra patientens talan gentemot anhöriga eller andra yrkeskategorier. Det beskrevs också förekomma att patienter som kommit till mottagningen och som är i behov av läkare inte alltid velat stanna kvar tills dess. Vilket kunde bero på att patienterna inte känt sig trygga i väntrummet på grund av en stökig miljö eller på grund patienterna inte kommit till mottagningen frivilligt.

Det är min roll också att kunna få ut så mycket som möjligt från samtalet för att kunna göra prioriteringsordning utifrån vad patienten söker. (I.4).

Så att patienten inte kan medverka under triage. Eller det kan vara att aggressiv och så får man ju avbryta triaget, helt enkelt. (I.2).

Det framkom att en förändrad patientsituation påverkade triageringen genom att patienter idag är sjukare på grund av sena inläggningar samt att det är ett större flöde av patienter.

Patienterna är sjukare idag, dels för att det inte finns tillräckligt med vårdplatser man får lägga in dom alldeles för sent. (I.6).

Anhöriga beskrevs också spela in i triageringen. Deltagare beskrev att patienter ibland har svårt att delta i triageringssamtalet och att anhöriga ibland kan vara med och föra patientens talan. Det beskrevs att det är viktigt att komma ihåg att även anhöriga kan vara en stor del av triageringen och ett stöd till patienten. En deltagare beskrev att när en anhörig är med patienten tillfrågas patienten först om den anhörige får delta vid triagering och samtal med läkare.

Ja men anhöriga kan ju säga nämen hej det här brevet lämnade han till mig förut när han sitter och säger till mig att han inte alls är suicid också kommer dom med ett brev som han precis skrivit då åker han ju upp så det är mycket sånt som kan ändra, absolut. (I.1)

6.4.3 Läkaren ett stöd i triageringen

Deltagarna beskrev också en samverkan med läkarna i triageringen. En deltagare upplevde läkarna som ett bra stöd i triageringen. En annan deltagare berättade att denne var nöjd med att läkarna återkopplar till skötare och sjuksköterskor. En av deltagarna upplevde att en god triagering gör att läkarna får en bra grund att stå på i sin kommande bedömning. Det framkom

att beroende på vem patienten träffar så kan beteende skifta, detta gör att det krävs att läkare samarbetar med sjuksköterskan och skötaren för att ge patienten en rättvis bedömning. Bland annat då det upplevdes som att det handlar om att allt till slut är läkarens beslut.

Jag är nöjd med läkarna nånstans [sic] hör sig för och jag är nöjd med upplägget till sjuksköterska skötare. (I.4).

Kan använda doktorerna hur mycket jag vill, dom kan jättemycket. (I.6).

Jag hade ju skrivit hela tiden så jag liksom lägger över det till läkaren bara och då står det ju det att väldigt aggressiv sitter inte still eeh kallar oss olika könsord och hon bara tittar på han och han var jättetrevlig och nå men jag mår bra och jag förstår inte varför jag är här. (I. 1)

6.4.4 Journaler och remissers påverkan i triageringen

Samverkan beskrevs även ske genom externa kontakter genom journaler och remisser. Deltagare beskrev att patienten ibland kunde komma med en remiss vilket kunde spela in i bedömningen gällande patienten och leda till att denne kom snabbare till läkaren, detta utifrån bedömningen den läkaren gjort som skrivit remissen. Vissa deltagare beskrev också att de under triageringen använde sig av patientens journal. Journalen kan användas för att få en bild av tidigare besök och sjukdomshistoria, några deltagare belyste dock att journalen ändå inte är något man ska tro helt på. Detta då man inte ska göra bedömningar baserat på tidigare vårdtillfällen utan utgå från hur patienten mår den dagen de är där.

Från journal vi tar den och läser den och sen vi frågar patienten varför den är här nu. (I.5).

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

Sjuksköterskan och skötarens upplevelse av samverkan i beslutsfattandeprocessen vid triagering delades in i två huvudkategorier, beslutsfattande och samverkan, med tillhörande kategorier samt vissa subkategorier och kunde därigenom besvara syftet och forskningsfrågor. Under analysen av resultatet framkom flera förbättringsområden kring samverkan i beslutsfattandeprocessen vid triagering. Dessa diskuteras i resultatdiskussionen mot de teoretiska koncepten som finns beskrivna i bakgrunden gällande beslutsfattande i triagering och samverkan i team.

7.1.1 Beslutsfattande en komplex process

Beslutsfattandet beskrevs som en färgsättning vilket skedde kontinuerligt under patientens vistelse. Enligt SBU (2010) är triagering ett stöd i beslutsprocessen där flertalet av besluten som tas justeras beroende på situation. Deltagarna beskrev att beslut gällande färgsättning grundar sig på triageringsverktyget RETTS-PSY men att det samtidigt krävs kompetens och mandat för att ta ett beslut. Kompetens i triagering är något också Wikström (2018) belyser krävs för att kunna utföra en triagering på ett bra sätt. Enligt SBU (2010) finns det bristfällig evidens bakom olika triageringsverktygen, inkluderat METTS/RETTS, som används i Sverige och om utförare av triagering kommer fram till liknande beslut som andra gör vilket ifrågasätter metodens reproducerbarhet. Grundarna av RETTS beskriver däremot att metoden studerats i flera vetenskapliga artiklar och är väl beprövad för att användas som ett bra stöd i att få fram vilka som är i akut behov av hjälp och vilka som har låg prioritering. De nämner dock att verktygets funktion varierar beroende på vem som använder det (Predicare, 2019b). Det framkom under studiens gång att det inte gick att hitta någon vidare information om den specifika triageringen RETTS-PSY vilket kan ifrågasätta dess lämplighet. De flesta deltagarna beskrev däremot att de var nöjda med triageringsverktyget RETTS-PSY.

Sjuksköterskan föreslogs kunna ta egna beslut gällande patienten om de fick en låg prioritering för att underlätta för läkarna och minska väntetiden för patienterna. Vilket också beskrevs förekomma genom att sjuksköterskan ibland kunde komma överens med patienten om hemgång innan läkarbedömning. Enligt SBU (2010) framkommer det att var tjugonde patient som bedöms få lägsta nivån på triageskalan ändå läggs in i slutenvården och att det därav krävs att alla får en ordentlig medicinsk bedömning innan hemgång.

7.1.2 Samverkan i team kräver rätt förutsättningar

I beslutsfattandet i triageringen framkom samverkan mellan olika yrkeskategorier. Den samverkan som beskrevs mest var samverkan mellan sjuksköterska och skötare. Färgsättning upplevdes ofta ske i team där sjuksköterska och skötare samarbetar för att arbeta effektivt och ge patienten en rättvis bedömning. Men även samverkan beskrevs grunda sig på kompetens samt på arbetsbelastning och personaltäthet. Deltagarna beskrev främst att samarbetet baserades på skötarnas kompetens och erfarenhet gällande triagering samt att det fanns en skötarbrist som gjorde att få triagera. Det framkom att låg kompetens leder till färre som triagerar vilket ger en ökad arbetsbelastning på övrig personal med kompetensen att triagera. Den höga arbetsbelastningen beskrevs påverka kvaliteten på bedömningarna och minska patientsäkerheten genom att samarbetet blev slarvigt om personalen inte har kompetensen och erfarenheten. Ett bra samarbete beskrevs av deltagarna som nödvändigt för att upprätthålla patientsäkerhet vid vissa tillfällen, vilket krävde att man litar på varandras bedömningar och kunskap.

Lika som att deltagarna beskrev att ett fungerande samarbete för att utföra rättvisa bedömningar menar Lidskog (2009) att arbeta i team är en metod som används inom hälso- och sjukvården för att förbättra patientsäkerheten. Lidskog (2009) beskriver dock att det krävs vissa förutsättningar för att kunna arbeta i team bland annat att personal måste ha kompetens och det är viktigt med ett bra samarbetsförhållande i gruppen där ett meningsfullt samspel

sker. Ytterligare krävs strukturella förutsättningar i form av ekonomi och personaltäthet (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2015). Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) anser att man bör introducera integrationen mellan yrkesgrupperna inom vården redan under grundutbildningen för att skapa förutsättningar för ett gott teamarbete. De ger också förslag för att utveckla det kliniska arbetet genom att få ökad kunskap om andra professioners kunskapsområde, en kultur som främjar att vi lär av varandra och att arbeta över organisationens gränser. De lyfter också vikten av att den enskilde tar sitt ansvar att erhålla kunskap för att bidra till ökad kunskap och kvalitet i teamet.

Den höga arbetsbelastningen som deltagarna beskrev kan vara en bidragande effekt till förlängda väntetider. Enligt Socialstyrelsen (2017) kan långa väntetid bero på överbeläggningar, hög arbetsbelastning samt läkarkompetensen. Med stöd av ledningssystem ska vårdgivaren enligt Socialstyrelsen (2019) kontrollera, följa upp, leda, planera och förbättra verksamheten. Socialstyrelsen (2019) menar att medarbetarnas erfarenhet är en värdefull informationskälla för att skapa god kvalitet och för vidareutveckling av vården. I studien framkom det att deltagarna ville öka kompetensen genom att fler ska ha kunskap om och få delegering att triagera för att minska arbetsbelastningen och öka patientsäkerheten.

En arbetsgrupp med blandad kompetens beskrevs av deltagarna vara en bra fungerande arbetsgrupp. Ma, Pang, Chen, Chi och Li (2014) menar att variation i kunskap och erfarenhet inom teamet breddar gruppens horisonter och ökar teamets innovativa förmåga och motsatsen skapar barriärer i samverkan. Socialstyrelsen (2017) belyser också att teamsamverkan med olika kompetenser kan stärka omhändertagande av patienten. Det framkom även att samarbetet i triageringen fungerade bra mellan sjuksköterskorna och skötare när det fanns tid för sjuksköterskorna för att dubbelkolla och ställa motfrågor gällande skötarnas bedömningar samt när skötare hade möjlighet att förklara tankarna bakom bedömningarna. Att samverka i team är en av sjuksköterskans kärnkompetenser där sjuksköterskan har ansvar för att samordna och kommunicera för en god och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Som tidigare nämnts kan triageringsbeslutet påverkas av vem som utfört triageringen (SBU, 2010) och dess kompetens (Wikström, 2018). En arbetsgrupp med sjuksköterskor och skötare med blandad kompetens skulle genom en bra samordning kunna förstärka samarbetet och öka triageringens reproducerbarhet. Förutsatt att det finns tid för personalen att samarbeta och ge varandra råd och stöd.

7.1.2.1 Samverkan för att utnyttja all tillgänglig kompetens och information

Trots att vissa deltagare beskrev att läkarbeslut och triageringsbeslut är två olika delar beskrev även deltagare att triageringen är en del av en större process där bedömningen och beslutet i triageringen utgör en grund för kommande beslut. Socialstyrelsen (2017) menar genom att inkludera en erfaren läkare i triageringen kan vistelsetiden för patienter minska och därigenom minska arbetsbelastningen på mottagningen. Deltagarna beskrev också att sjuksköterskan och skötaren har en samverkan med läkaren under triageringen genom att de tar stöd av och använder sig av läkarnas kompetens. Rall och Dieckmann (2005) menar att ett väl fungerande team bör kommunicera väl och utnyttja de kompetenser som finns att tillgå för att skapa en god och säker vård. Även Carlström, Kvarnström & Sandberg (2015) menar att

alla kompetenser ska tydliggöras och användas, det bör framkomma vem som kan vad och arbetet bör ske därefter. Läkaren kan därav ses som en god resurs i triageringen.

Under hospiteringen och intervjuerna framkom det att flödesledaren hade en viktig roll i triageringen på grund av att mycket av prioriteringsordningen och arbetsfördelningen sker via den rollen. Deltagarna beskrev genom att samverka och arbeta med flödesledare skapades ett snabbare led i handläggningen. Att hitta information i skrift och artiklar kring flödesledaren och dennes roll på arbetsplatsen var en utmaning men en jämförelse kan dras med Carlström, Kvarnström och Sandbergs (2015) beskrivning av teamledare. Carlström, Kvarnström och Sandberg (2015) menar att en teamledare kan beskrivas som en "spindeln i nätet". En teamledare beskrivs av Carlström, Kvarnström och Sandbergs (2015) vara en viktig funktion för att få ett väl fungerande team och flödesledaren kan därav beskrivas ha en viktig roll i ett bra teamarbete.

Samverkan beskrevs även ske med exempelvis anhöriga eller patienten men även genom externa kontakter som remiss och journal. Patienten beskrevs av deltagarna både som ytterst delaktiga och inte delaktiga alls. Det framkom att det fanns olika syn bland deltagarna på hur delaktig patienten är och bör vara i triageringen. Adams och Drake (2006) menar att samverkan med patienten och att patienten är delaktig i sin egen vård är något som ligger till grund för god vård och ökad compliance. Att använda sig av journal och remiss var enligt deltagarna en del i triageringen som beskrevs användas som del i eller grund till bedömningen och ansågs både positivt och negativt att utgå ifrån. Om journalen hade lästs beskrevs detta av deltagare kunna skapa en förutfattad mening och påverka den aktuella bedömningen. Läs journalen kan vara bra i vissa fall då information om patienten erhålls för att kunna ge en god vård. Men det kan också göra att man missar kliniska fynd som är aktuella för just det vårdtillfället. Enligt Eldh (2014) är både muntlig och skriftlig information bra källor vid ett möte med en patient. Det är viktigt att informationen utgår från patienten aktuella tillstånd. Om utgångsläget inte utgår från patientens aktuella tillstånd kan det leda till vårdskador som i enlighet med Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kan undvikas om vårdaren vidtar åtgärder med hänsyn till patientens aktuella tillstånd.

7.2 Metoddiskussion

Ett kvalitativt förhållningssätt användes för att ge ökad förståelse och fördjupad kunskap kring sjuksköterskors och skötarens upplevelse av samverkan i beslutsfattandeprocessen i triageringen (Billhult & Henricson, 2014). Individuella intervjuer valdes som metod för att skapa förutsättningen att fånga deltagarnas upplevelse och för att försöka skapa djup i intervjuerna. Semistrukturerade frågor med öppna svar valdes då författarna i studien ansåg att öppna frågor kunde ge bredast data utefter de valda forskningsfrågorna (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjumetoden med semistrukturerade frågor valdes för att ge stöd genom en struktur i form av en intervjuguide men samtidigt som författarna kunde vara anpassningsbara efter deltagarna och deras beskrivning.

7.2.1 Urval

Urvalet skedde genom att tillfråga personer lämpliga för att delta i studien (Danielson, 2014a), vilket skedde på deras arbetsplats och tillsammans med antingen enhetschef eller sektionsledare. Deltagare valdes också strategiskt utefter kunskap och erfarenhet för att skapa bredd på datan. Detta samt att studien var initierad av enhetschefen kan ha påverkat urvalet och resultatet genom att individer kan ha känt tvång att delta, inte vågat delta eller deltagit men inte fullt vågat öppna upp. För att minska risken att deltagarna kände tvång att delta skickades först information ut till alla på enheten så de kunde fundera på om de önskade delta eller inte. Utefter tidsramen för studien beslutades att fyra till sex intervjuer kunde vara lagom till studien, med mer tid hade det däremot kunnat göras fler intervjuer. Från start var det önskvärt att få hälften skötare och hälften sjuksköterskor att delta, men det var inget krav eller något som gick att uppnå då deltagarna valdes utefter tillgänglighet under dagarna då intervjuerna utfördes. De deltagare som till slut deltog var av varierad ålder och erfarenhet vilket gav en god grund och bredd i den insamlade datan, se tabell 2. Något som eftersträvades var att få deltagare med blandad erfarenhet, därav inkluderades specialistsjuksköterskor i studien. Författarna i studien upplevde däremot det problematiskt att få flera deltagare som varit yrkesverksamma på mottagningen i mer än ett år. En annan svaghet i studien är att den är begränsad till endast en mottagning vilket minskar generaliserbarheten och överförbarheten till andra vårdssammanhang (Priebe & Landström, 2014).

7.2.2 Intervjuer

Eftersom intervjuerna utfördes med båda författarna i rummet kan det ha skapat en obalans i dialogen vilket kunde upplevas som maktövertag och att deltagaren känt att denne hamnat i underläge (Trost, 2009). Trots detta valde författarna att genomföra intervjuerna tillsammans, detta då ingen av författarna hade någon tidigare erfarenhet i att intervjua och därav fann styrka i att vara två. Genom att turas om att hålla i intervjuerna samtidigt som båda författarna i studien var med i rummet upplevdes det skapa en möjlighet att förbättras, dessutom underlättade det i att författarna kunde sträva mot att genomföra intervjuerna på liknande sätt gentemot varandra. Tillvägagångssättet gjorde att intervjuerna blev bättre desto fler som utfördes. Detta gör att kvaliteten kan ifrågasättas på de första intervjuerna samtidigt som det visar på en styrka i att intervjuerna blir bättre och att författarna i studien är följsamma till studiens design. Det gav också en större inblick i allt insamlat material genom att båda var med och tog del av alla intervjuerna. Under genomförandet av intervjuerna framkom det av transkriberingarna att författarna ibland kunde vara lite styrande under intervjuerna genom att vara väldigt positiva gentemot deltagarna så, något författarna diskuterade skedde på grund av att de ville inbjuda till dialog och få deltagarna att berätta mer. Transkribering av intervjuerna skedde tätt inpå intervjuerna för att skapa möjligheten att hinna gå igenom dessa inför nästkommande intervjuer. På detta vis kunde författarna reflektera över deras framförande ytterligare samt få stöd av handledare för att förbättra frågor och följdfrågor till kommande intervjuer.

De flesta intervjuerna hade en bra dynamik och intervjuerna blev längre vid kommande intervjutillfället jämfört med första. Dock var det ändå svårt att få vissa deltagare att utveckla

sina svar vilket gav kortare intervjuer och därmed minskad djuphet i intervjuerna vilket kan ifrågasätta kvaliteten på vissa av intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2017). Att intervjuerna var svåra att fördjupa och utveckla kan bero på att studien utfördes på deltagarnas arbetsplats och att tid inte fanns avsatt för att delta i studien. Detta kan ha gjort att deltagarna känt sig stressade eller obekväma. Längden på intervjuerna kan också ha påverkats av att deltagarna inte var insatta i syftet med studien eller vad det insamlade materialet skulle användas till och därav inte riktigt visste vad studien gick ut på innan de valde att delta. Vilket kan ha påverkat kvaliteten på deltagarnas svar genom att de egentligen kanske inte hade intresse av att delta. Detta kunde författarna av studien påverkat genom att själva informerat personalen i tid innan utförandet av intervjuerna, exempelvis genom att själva delat ut informationsmaterial både muntligt och skriftligt till personalen på mottagningen. Kvale och Brinkmann (2017) beskriver däremot att kvalitativa intervjuer inte alltid behöver vara så långa, om de är innehållsrika. Vid framtagande av meningsbärande enheter ansågs syftet kunna besvaras av det underlag som samlats in.

7.2.3 Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys av Granheim & Lundman (2004) valdes som analysmetod då det är en erkänd metod lämpad för analys av intervjuer samt gav bra förklaringar gällande tillvägagångssätt. Danielsons (2014a) användes som ytterligare stöd i analysen. Vid kvalitativ innehållsanalys enligt Granheim & Lundman (2004) kan de meningsbärande enheterna kondenseras två gånger. Trots detta valde författarna av studien att endast kondensera den insamlade datan en gång för att få fram koder, detta då författarna ansåg att kondenseringen var tillräcklig då många meningsbärande enheter inte kunde kondenseras igen. Tillvägagångssättet med att utesluta en kondensering finns också beskrivet i Danielsons (2014a). Enligt Granheim och Lundman (2003) ökar trovärdigheten i studien om man utvinner lämpliga och passande meningsbärande enheter som inte är för breda men inte heller för smala.

Ett kreativt arbete skedde både under skapandet av kategorier och subkategorier, samt genom att justera dessa och flytta meningsbärande enheter till den kategori där den passade bättre. Kategorier och subkategorier valdes då det ansågs passa bra gentemot att författarna valt att utgå från en manifest ansats och därigenom ville ge en mer direkt beskrivning av intervjuerna (Granheim & Lundman, 2004).

7.2.4 Förförståelse och förhållningssätt

Genom att författarna belyser sin förförståelse och bakgrund till studien möjliggörs ett reflexivt förhållningssätt som ökar pålitligheten i studien (Priebe & Landström, 2014). Mänskliga fallgropar i analysen kan enligt Thornberg och Fejes (2015) motverkas genom ett reflexivt förhållningssätt där man hela tiden reflekterar över sitt arbete, sin förförståelse och värderingar något som författarna gjort löpande under arbetets gång för att inte färga resultatet. Ett induktivt förhållningssätt valdes för att kunna besvara syftet att kunna återge deltagarnas upplevelse utifrån det som framkom i intervjuerna. En deduktiv ansats skulle i detta fallet vara svårt att utgå från på grund av att syftet inte grundar sig i en teori eller modell

(Billhult & Henricson, 2014) och på så sätt hade minskat trovärdigheten och giltigheten i studien (Henricson, 2014b).

Det upplevdes däremot utmanande att bortse från sin egen förståelse vid analys av det insamlade materialet men det var något författarna av studien strävade mot. Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) menar att det är lätt att omedvetet lägga in egna värderingar. Däremot försökte författarna till studien motverka att övertolka det insamlade materialet genom att de satt tillsammans under hela arbetsprocessen, vilket gav möjlighet till att kontinuerligt reflektera över sina förförståelser och de olika delarna i processen. Den insamlade datan lästes igenom flertalet gånger samt verifierar kontinuerligt med tillhörande handledare vilket ökar trovärdigheten och pålitligheten i studien då materialet blir välarbetat (Henricson, 2014b). Dessutom gick författarna under analysens gång flera gånger fram och tillbaka mellan delar och helhet i det insamlade materialet för att ta fram och säkerställa ett resultat som endast utgick från intervjuerna. Genom att få en bild av helheten för att sedan bryta ner i mindre delar och sedan återgå till helheten skapades en samlad bild som gjorde att författarna i studien utifrån det insamlade materialet kunde bilda resultatet med huvudkategorier, kategorier och subkategorier utifrån en induktiv ansats.

Liknande valet av ett induktivt förhållningssätt valdes en manifest ansats då det ansågs passa för att kunna återge deltagarnas beskrivning av upplevelse genom det dom sa utan att tolka i för stor utsträckning och därav bygger resultatet endast på de transkriberade intervjuerna. En latent analys hade krävt mer djupare tolkning av exempelvis kroppsspråk och tonval hos deltagarna (Danielson, 2014a). Något vi författare ansåg kunde förändra vår upplevelse av deras beskrivningar och därmed påverka resultatet och försvåra tolkningen av innehållet i intervjuerna.

7.2.5 Etiska reflektioner

Innan studien tog form läste författarna i studien på om etiska ställningstagande, lagar och med stöd av Kjellström (2014) diskuterade sinsemellan om hur dessa kunde tillämpas på bästa sätt under arbetets gång. Tillvägagångssättet vid intervjuerna formades med stöd av Danielson (2014b) beskrivning om etik för att skapa ett bra etiskt förhållningssätt gällande deltagarnas rätt till information gällande samtycke med mera och detta följdes under intervjuerna. Under resultatsammanställningen diskuterades det hur deltagarnas integritet kunde tillmötesgå gällande referering. På grund av att studien innehåller få deltagare kan det finnas risk att personal på mottagningen kan räkna ut vem som säger vad utifrån tabell 2 och då deltagarna uppgav egna uppfattningar gällande deras arbetsplats refereras endast citat för att värna om deltagarnas integritet (Kjellström, 2014). För ytterligare ökad anonymitet valdes ålder bort i information om deltagarna. Genom att etiska principer tillämpades kunde enligt Kjellström (2014) deltagarnas välbefinnande, rättigheter och säkerhet sannolikt garanteras.

8. Slutsats

Beslutsfattandet beskrevs som att sätta en färg eller att ge ett förslag på en färgsättning där färgsättning kunde ske i samverkan mellan sjuksköterska och skötare. Beslutet upplevdes grunda sig på mandat och kompetens tillsammans med triageringsverktyget RETTS-PSY. Det framkom däremot olika upplevelser om användandet av verktygen som används i triageringen där vissa deltagare ansåg att det var viktigt att endast utgå från verktygen medan andra upplevde att triageringen också påverkades av utförarna och patienten. Flera olika samverkansformer framkom och även hur dessa påverkade beslutsfattandet i triageringen. Samverkan skedde med läkare, patienten, anhöriga, journal och remiss och dessa upplevdes ha mer eller mindre inverkan i triageringen. Graden av samverkan upplevdes påverkas av personalens erfarenhet, trygghet i sin roll och god kommunikation. Den största samverkan upplevdes ske mellan sjuksköterska och skötare och utgjorde en stor grund i triageringen där färgsättning skedde tillsammans. Triagering och samverkan i team beskrevs som generellt bra verktyg att arbeta utefter på den psykiatriska akutmottagningen. Däremot framkom det att arbetsbelastning, tid och kompetens hade stor betydelse i triageringen för att göra rättvisa bedömningar och för samarbetet. Vid hög arbetsbelastning, lite tid och låg kompetens hos skötare beskrevs det att färgsättning inte alltid höll kvaliteten. Om däremot tid för att samarbeta fanns framkom det att besluten i triageringen blev bra genom sambedomning trots att personal kunde ha låg kompetens. Flera förbättringsområden uppdagades gällande beslutsfattande i triagering och hur samverkan kan förbättras och samordnas för att skapa en effektiv samverkan i team.

9. Kliniska implikationer och förslag till vidare forskning

Sjuksköterskan har ett ledande ansvar i kliniskt förbättringsarbete genom att kritiskt granska samt implementera nya rutiner och metoder för att förbättra omvårdnaden kring patienten. För att säkerställa patientsäkerhet vid bedömning och beslutsfattande behövs vidare forskning gällande triageringsverktyget RETTS-PSY och dess reproducerbarhet. Detta utefter de förutsättningar som finns i praktiken gällande exempelvis kompetens och arbetsbelastning. Då studien är utförd på endast en mottagning behövs det också fler studier för att ge en rättvis beskrivning av upplevelsen att arbeta med RETTS-PSY.

Utifrån sjuksköterskans ansvar för triagering samt samverkan i team och i förhållande till sjuksköterskebristen krävs det att sjuksköterskan tar en arbetsledande roll i teamet för att säkerställa samarbete vid sambedomningar i triageringen. Deltagarna beskrev att det i nuläget behövs ökad kompetens hos vissa skötare gällande triagering och ökad personaltäthet för att utföra en ordentlig triagering. Ett sätt att förbättra kompetensen i triageringen är att införa mer utbildning i triagering samt sjukdomslära om patientgruppen. I utbildningen kan det även finnas en del om att samordna samverkan i arbetsgruppen. Detta för att förtydliga vem som ska göra vad och vad som underlättar samverkan under hög arbetsbelastning. För att säkerställa kompetensen i triageringen finns vidare utvecklingsförslag om att utöka sambedomningen i triageringen genom att inkludera läkarna. Vidare forskning behövs dock för att visa effekten av att inkludera läkarna i triageringen och dess påverkan på bland annat

arbetsbelastningen och väntetiderna på mottagningen. Ett annat förslag för att säkerställa kompetens är att se över arbetsgrupperna för att skapa en jämn spridning av den kompetensen som finns. Genom att skapa arbetsgrupper med blandad kompetens kan det genom ett ökat samarbete öka kvaliteten på bedömningarna.

För att sjuksköterskan ska ha möjlighet att ansvara för sina ansvarsområden och tillämpa sina kärnkompetenser gällande samverkan och förbättringskunskap behöver personaltätheten ses över för att minska arbetsbelastning som är ogynnsam för personal och patienter. Ett vidare forskningsförslag kan vara att vända sig till personalen på mottagningen för att utreda och anpassa personaltätheten utefter deras upplevelse av arbetsbelastningen. Det kan ske genom att personal får återkoppla tyngden under arbetspasset genom att de får återge en siffra utefter tidslag efter varje arbetspass vilket sedan sammanställs till en gemensam upplevelse av arbetsbelastning. Ett annat förslag för att minska belastningen på sjuksköterskan är att titta på hur samverkan i triageringen påverkas om skötare får legitimation eller delegering för att ta egna beslut genom färgsättning.

Referenslista

- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared decision-making and evidence-based practice. *Community mental health journal*, 42(1), 87-105. doi: 10.1007/s10597-005-9005-8
- Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). Team i vård, behandling och omsorg - erfarenheter och reflektioner. I J. Berlin, E. Carlström, H. Sandberg (Red.), *TEAM i vård, behandling och omsorg - erfarenheter och reflektioner* (s. 15-23). Lund: Studentlitteratur AB.
- Billhult, A., & Henricson, M. (2014). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Lund: studentlitteratur AB.
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2015). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s. 63-101). Lund: studentlitteratur AB.
- Carlström, E., & Willner, K. (2018). *Upplevelser av arbetsmiljö och dess inverkan på omvårdnad* (kandidatuppsats). Göteborg: Institution för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.
- Danielson, E. (2014a). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2014b). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 164-174). Lund: studentlitteratur AB.
- Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 485-504) Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Henricson, M. (2014a). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.54-66). Lund: studentlitteratur AB.
- Henricson, M. (2014b). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: studentlitteratur AB.
- Hewitt, G., Sims, S., & Harris, R. (2015). Evidence of communication, influence and behavioural norms in interprofessional teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(2), 100-105. doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941458>
- Inglis, G., & Baggaley, M. (2005). Triage in mental health—a new model for acute in-patient psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 29(7), 255-258. doi: 10.1192/pb.29.7.255
- Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s. 102-145). Lund: studentlitteratur AB.
- Kaissi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, M. S. (2003). Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nursing Economics*, 21(5), 211-219.
- Karolinska institutet. (u.åa). *AUDIT*. Hämtad 2019-03-06 från <http://dok.slso.sll.se/BeroendeC/AUDIT.pdf>
- Karolinska institutet. (u.åb). *DUDIT*. Hämtad 2019-03-06 från <http://dok.slso.sll.se/BeroendeC/DUDIT%20version%202.2.pdf>
- Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-93). Lund: studentlitteratur AB.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Stockholm: Studentlitteratur.

- Lidskog, M. (2009). Att lära med, av och om varandra. I J. Berlin, E. Carlström, H. Sandberg (Red.), *TEAM i vård, behandling och omsorg - erfarenheter och reflektioner* (s. 101-123). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ma, Y., Pang, C., Chen, H., Chi, N., & Li, Y. (2014). Interdisciplinary cooperation and knowledge creation quality: A perspective of recombinatory search. *Systems Research and Behavioral Science*, 31(1), 115-126. <https://doi.org/10.1002/sres.2163>
- Psykologiguiden. (2019). *Natur & kulturs psykologilexikon*. Hämtad 2019-03-05 från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=beslutsfattande>
- Predicare. (2019a). *RETTTS vs. andra triagesystem*. Hämtad 2019-03-13 från <https://predicare.se/retts-vs-andra-triagesystem/>
- Predicare. (2019b). *Om RETTTS*. Hämtad 2019-03-13 från <https://predicare.se/om-retts/>
- Priebe, G., & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 31-52). Lund: studentlitteratur AB.
- Rall, M., & Dieckmann, P. (2005). Crisis resource management to improve patient safety—general principles of managing critical situations and preventing errors in anesthesia and intensive care medicine. European Society for Anesthesia ESA, ESA Refresher Course Lectures. Brussels. (Euroanesthesia Vienna 2005).
- Sahlgrenska universitetssjukhus. Västra götalandregionen. (2018). *Psykiatrisk akutmottagning Östra*. Hämtad 2019-02-28 från <https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-2/psykiatri-affektiva/enheter/psykiatrisk-akutmottagning-ostra/>
- Sandberg, H. (2009). Det godaste teamet. I J. Berlin, E. Carlström, H. Sandberg (Red.), *TEAM i vård, behandling och omsorg - erfarenheter och reflektioner* (s. 217-237). Lund: Studentlitteratur AB.
- SBU. (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport nr 197). Hämtad 2019-03-25 från https://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cffed33339f/triage_fulltext_2.pdf

SBU. (2019). *Socialstyrelsens termbank*. Hämtad 2019-03-05 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skolverket. (u.å.). *Skötare inom psykiatrisk vård*. Hämtad 2019-04-10 från <http://www.gymnasieinfo.se/yrke/357>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 - vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni - rekommendationer, bedömningar och sammanfattningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012a). *Om evidensbaserad praktik*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2012b). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2017). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2019). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*. Hämtad 2019-04-03 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/ledningssystem-systematiskt-kvalitetsarbete>

Stockholms läns landsting. (2019). *MADRS-S*. Hämtad 2019-03-13 från <http://viss.nu/Global/Blanketter/MADRS-Sjalvskattning.pdf>

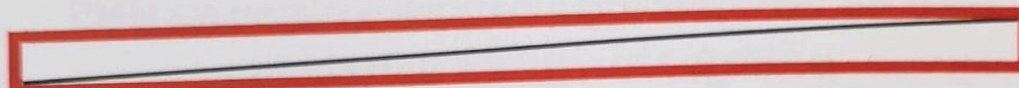
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. (2017). *Teamarbete och förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet.
- Thornberg, R., & Fejes, A. (2015). Kvalitet och generaliserbarhet i kvalitativa studier. I A. Fejes, R. Thornberg (Red.), *Handbok i kvalitativ analys* (s. 256-278). Stockholm: Liber.
- Trost, J. (2009). Dags att intervjua. *Kvalitativa intervjuer* (s. 61-94). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2019-03-25 från <https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html> - behöver verkligen länken stå med?
- Wikström, J. (2018). *Akutsjukvård omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s. 181-215). Lund: studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1 - Exempel från RETTS-PSY version 2015

80. RETTS

- Nedstämdhet R45.2



- Psykomotorisk agitation (oroligt beteende, rastlöshet)
- Emotionell labilitet
- Påtaglig hämning (emotionellt, motoriskt, kognitivt)
- Psykossymtom
- Social isolering

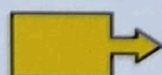
- Anhedoni (svårigheter att känna glädje, lust, intresse)
- Asteni (trötthet/uttröttbarhet, irritabilitet)
- Sömnstörning
- Nedsatt koncentration
- Viktförändring (viktning, viktuppgång)
- Tendens till isolation



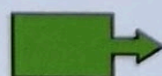
Alkometer och/eller U-tox vid misstanke om drogpåverkan. Överväg lab: Enligt lokal rutin



Som ovan



Som ovan



Som ovan

Bilaga 2 - Akutjournal tillhörande RETTS-PSY

Patient ID _____

Akutjournal enligt RETTS-PSY™ PSYKAKUT SU/Östra

Datum: _____ Ankomsttid: _____

Algoritm ESS: _____

Sekretess: Ja Nej Ej tillfrågad Förbehåll: _____

Identitet styrkt: Ja via: _____ Nej
 KLARA SVPL Ja meddelande finns Nej

Närmast anhörig/tel.nr: _____
 Barn i hushållet Ja: _____ Nej

ANKOMST TILL AKUTMOTTAGNINGEN:
 På eget initiativ Ensam HSL VI
 Med anhörig/vänner Med ambulans LPT LRV
 Med remiss Med polis § 47 LVM
 Från medicinintag Annat: _____

FARLIGHETSBEDÖMNING VID TRIAGE: Dokumenterat våldsam
 Verkar drogpåverkad EJ FÖREKOMST AV FARLIGA BETEENDEN
 Förvirrat/desorienterat beteende* Retligt/lättirriterat beteende*
 Bullrigt beteende* Verbalt hotfullt beteende*
 Fysiskt hotfullt beteende* Attackerar föremål*
 BVC* >2 poäng vidtagna åtgärder: _____

Triagerad av: _____ Pat medverkar vid triagering: Ja Delvis Nej Ja Nej Ja Nej
 MADRS-5 Ja Nej

Kontaktsak/aktuellt:

Kontakt med vården Ja, vilken: _____ Nej Aktuell bakjour: _____
 Senaste besöket _____ Behandlare _____ Titel _____
 Nästa besök _____ Behandlare _____ Titel _____
 Tidigare journal inom psykiatri Ja, var _____ Oklart Nej
 Aktuell behandling _____
 Förväntan med besöket _____

Tidigare väl frisk Kardiovask sjuk Cerebrovask sjuk Hjärtsvikt Lungsjuk Blödningsjuk/AK-beh Malignitet
 Delirium tremens EP/abstinens EP Leversvikt Njursvikt Diabetes Insulin Tablett Op inom 3 mån

Triage

Överkänslighet Ja Ingen känd Ja Ingen känd Ja Ingen känd Ja Ingen känd Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej

Blodsmitta Ja Ingen känd Ja Ingen känd

Multiresistens misstanke eni PM Ja Ingen känd Ja Ingen känd

Omvårdnadsbehov? Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej

Annat: _____

Misstanke om GE Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej

Autonomi: Brister i Ja Nej Ja Nej Ja Nej Ja Nej

A	<input type="checkbox"/> = Blå ESS/prio	<input type="checkbox"/> Ofri luftväg <input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/> SpO ₂ <90% med O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 30 eller <8	<input type="checkbox"/> SpO ₂ <90% utan O ₂ <input type="checkbox"/> AF > 25	<input type="checkbox"/> SpO ₂ 90-95% utan O ₂ <input type="checkbox"/> SpO ₂ >95% utan O ₂
B	SpO ₂ på luft AF/min				
C	Puls BT <input type="checkbox"/> Ligg <input type="checkbox"/> Sitt	<input type="checkbox"/> RR > 130el OR > 150 <input type="checkbox"/> SBT < 90 mmHg	<input type="checkbox"/> Puls > 120 eller < 40	<input type="checkbox"/> Puls > 110 eller < 50	<input type="checkbox"/> Puls 50-110
D	RLS/GCS Alkometer	<input type="checkbox"/> Medvetslös <input type="checkbox"/> Krampanfall	<input type="checkbox"/> Somnolent/ RLS 2-3	<input type="checkbox"/> Slö eller oklar	<input type="checkbox"/> Alert
E	Temp EKG <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Temp > 41°, < 35°	<input type="checkbox"/> Temp > 38,5°	<input type="checkbox"/> Temp 35°-38,5°
ESS algoritm nr: Starttid: _____		<input type="checkbox"/> = Röd ESS	<input type="checkbox"/> = Orange ESS	<input type="checkbox"/> = Gul ESS	<input type="checkbox"/> = Grön ESS
Provtagning: <input type="checkbox"/> B-glukos <input type="checkbox"/> Urintox <input type="checkbox"/> Urinsticka <input type="checkbox"/> Annat _____		<input type="checkbox"/> = Röd prio	<input type="checkbox"/> = Orange prio	<input type="checkbox"/> = Gul prio	<input type="checkbox"/> = Grön prio

Om prio 1 sign/tid: _____ Om prio 2 sign/tid: _____ Om prio 3 sign/tid: _____

Kontroller	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:	Tid:
	Blodtryck								
	Puls								
	SpO ₂ på luft								
	RLS								
	Temp								
	Alkometer								
B-glukos									

Version 2.04

Bilaga 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

Intervjufrågor

- Kan du kortfattat och övergripande beskriva hur triageringen här på mottagningen går till? vad går det ut på?
- Hur är din upplevelse gällande att ta beslut i triageringen?
 - Hur tar du beslut i triageringen gällande patienten?
- Vilken information baserar du "besluten" på?
- Vilka eller vem upplever du är delaktiga i själva triageringen?
 - Upplever du att det sker något samarbete med de delaktiga under triageringen?
- Upplever du att samarbetet kan påverkas av några faktorer runtomkring? Det vill säga något som gör att det funkar bra eller funkar sämre?
- Hur skulle beslutsfattande i triageringen kunna förbättras?

Exempel på uppföljningsfrågor:

- Kan du berätta mer om det..
- Vad menade du när du sa att...
- Du nämnde först A och sedan B, hur hänger dessa två ihop med varandra..

Bilaga 4 - Forskningspersonsinformation och samtyckesblankett



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studien utförs av två sjuksköterskestudenter i termin 5 på Göteborgs universitet. Den insamlade datan kommer utgöra underlag till ett verksamhetsförankrat examensarbete på kandidatnivå, 15hp.

Studiens bakgrund

Vi båda finner samverkan mellan och inom olika yrkeskategorier i vårdsammanhang som intressant och i många fall grundläggande för god vård. Vi har både positiva och negativa erfarenheter av samverkan i vården. Utefter egna erfarenheter upplever vi att dålig samverkan skapar konsekvenser som ökad stress, minskad patientsäkerhet och ineffektivitet medans bra samverkan skapar möjligheten att ge god vård. Det finns mycket teoretisk kunskap som stärker detta och om hur samverkan bör fungera. Vi vill därför undersöka och beskriva sjuksköterskors och skötares upplevelse av samverkan i praktiken för att synliggöra möjliga förbättringsområden.

Syfte

Beskriva sjuksköterskans och skötares upplevelse av samverkan i beslutsfattandeprocessen vid triagering på en psykiatrisk akutmottagning.

Studiens metod

Datan samlas in via individuella intervjufrågor med öppna frågor på den psykiatriska akutmottagningen på Östra. Studien är i behov av 4-6 intervjuer med skötare, sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor. Intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas av Matilda och Annika. Arbetet görs utefter en kvalitativ ansats med fokus på att beskriva upplevelsen av det beskrivna fenomenet. När studien är klar och sammanställd kommer den att redovisas för arbetslaget på mottagningen. Deltagandet i studien är frivilligt och anonymt, all data kommer att aidentifieras och hanteras enligt lag SFS 2018:218. Vid avslutad analys av insamlad och bearbetad data kommer detta att raderas. Det är tillåtet att närsom avbryta sin medverkan om deltagaren önskar, ingen förklaring behövs. Vid avbrott kommer all insamlad data från den enskilde att raderas.

Ansvariga för studien

Matilda Åström

Sjuksköterskestudent

gusmuima@student.gu.se

Annika Jansson

Sjuksköterskestudent

gusjananad@student.gu.se

Christopher Holmberg

Universitetslektor, PhD, RN

christopher.holmberg@gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtyckesformulär

Undertecknad har gått igenom och tagit del av skriftlig forskningspersonsinformation samt haft möjlighet att ställa frågor. Studien är frivillig och kan avbrytas när som helst. Det insamlade materialet kommer endast att hanteras av ansvariga för studien och behandlas konfidentiellt. Forskningspersonen får behålla forskningspersonsinformationen och har därigenom möjlighet att i efterhand ta kontakt med ansvariga för studien om frågor uppkommer.

Namnsteckning deltagare

Namnsteckning sjuksköterskestudenter

.....

.....

Datum

.....