



Prehospitala patienters triageprocess vid Vasa Centralsjukhus jourpoliklinik

En SWOT-analyserad intervjustudie

Daniel Holmstedt

Alexander Påhls

Examensarbete
Utbildningsprogrammet inom Akutvård

2016

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård
Identifikationsnummer:	15220 (Holmstedt), 14024 (Påhls)
Författare:	Daniel Holmstedt, Alexander Påhls
Arbetets namn:	Prehospitala patienters triageprocess vid Vasa Centralsjukhus jourpoliklinik – En SWOT-analyserad intervjustudie
Handledare (Arcada):	Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	Vasa Centralsjukhus
<p>Sammandrag:</p> <p>Vid Vasa Centralsjukhus (VCS) jourpoliklinik utför förstavårdare triage när de anländer med en patient. Jourpolikliniken har tagit i bruk ett patientlogistiksystem som integrerar förstavårdarnas arbete i avdelningens verksamhet. Detta system har varit i användning sedan hösten 2014 och är en del av sjukhusets satsning för att effektivera verksamheten enligt deras verksamhets- och ekonomiplan 2015-2018. Syftet med studien är att kartlägga förstavårdarnas och sjukskötarens åsikter om systemets funktion för att ge sjukhuset hjälpmedel att vidare utveckla och förbättra denna process. Forskningsfrågorna är 1) Hur upplevs triageringen med det nya systemet fungera enligt användarna? och 2) Har triageprocessen effektiviserats för de båda arbetsgrupperna? Som teoretisk referensram fungerar Lean-principen. Den tidigare forskningen behandlar effektiv triage, triagering utförd av olika yrkesgrupper, elektroniska triagesystem samt överlämning av patienter. Studien är kvalitativ och utförs genom två gruppintervjuer där användare från Österbottens Räddningsverk och VCS jourpoliklinik deltar. Materialet kategoriseras och analyseras med SWOT-metoden. Resultatet visar på att systemet överlag fungerar bra och att arbetsbördan överlag minskat på samma gång som den upplevda patientsäkerheten stigit och samarbetet mellan arbetsgrupperna förbättrats. Det finns dock ett behov av utveckling när det gäller utbildningen av förstavårdarna, tillgången och kvaliteten på direktiv angående triageringen och specialområdesval samt en möjlighet att få och ge feedback mellan yrkesgrupperna. Frågeställningarna behandlas noggrannare i diskussionsdelen och trianguleras med teoretiska referensramen, tidigare forskningen och det insamlade materialet.</p>	
Nyckelord:	<i>Vasa Centralsjukhus, triage, Lean, standardisering, första vård, jourpoliklinik, SWOT, prehospital, datoriserad</i>
Sidantal:	58
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	18.03.2016

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Emergency Care
Identification number:	15220 (Holmstedt), 14024 (Påhls)
Author:	Daniel Holmstedt, Alexander Påhls
Title:	The triage process of prehospital patients at Vaasa Central Hospital Emergency Department – A SWOT analysed interview study
Supervisor (Arcada):	Heikki Paakkonen
Commissioned by:	Vaasa Central Hospital
<p>Abstract:</p> <p>The paramedics perform triage when they arrive at Vaasa Central Hospital (VCS) Emergency Department with a patient. The ED has begun using a patient logistics system that integrate the paramedics in the wards triage process. This system has been in use since the autumn of 2014 and is a part of the hospitals effort to streamline their operation in accordance with the hospitals' operational- and economy plan for 2015-2018. The aim of this study is to chart the paramedics and ED nurses opinions about the function of the system to give the hospital means to continue developing and improving this process. The research questions are 1) How is the triaging experienced among the users? 2) Have the triage process become more effective for the user groups? The Lean principle is used as the scientific frame of reference. The earlier research cover effective triage, triaging conducted by different professions, electronic triage systems, and handover of patients. The study is qualitative and is conducted through two group interviews where users from Österbottens Räddningsverk and VCS ED partakes. The material is categorised and analysed with the SWOT-method. The result shows that the system essentially works well and that the work load have been lowered on the same time that the perceived patient safety is higher and the interaction between paramedics and nurses have improved. There is however a need of development in education of the paramedics, the access and quality of directives concerning triaging and speciality selection and an opportunity to give and get feedback between the user groups. The research questions are more closely addressed in the discussion part and are triangulated with the frame of reference, earlier research and the gathered material.</p>	
Keywords:	<i>Vaasa Central Hospital, triage, Lean, standardisation, emergency care, emergency department, SWOT, pre hospital, computerised</i>
Number of pages:	58
Language:	Swedish
Date of acceptance:	18.03.2016

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	15220 (Holmstedt), 14024 (Påhls)
Tekijä:	Daniel Holmstedt, Alexander Påhls
Työn nimi:	Haastattelututkimus ensihoitopotilaan kiireellisyysluokitusprosessista Vaasan Keskussairaalan päivystyspoliklinikalla SWOT analyysin avulla
Työn ohjaaja (Arcada):	Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Vaasan Keskussairaala
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Vaasan Keskussairaalan (VKS) päivystyspoliklinikalla ensihoitajat suorittavat triagen saapuessaan potilaan kanssa. Päivystys on ottanut käyttöön potilaslogistiikkajärjestelmän joka integroi ensihoitajat osaston toimintaan. Tämä järjestelmä on ollut käytössä syksystä 2014 lähtien ja on osa sairaalan panostusta tehostaa toimintaa toiminta- ja taloussuunnitelman 2015–2018 mukaisesti. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa ensihoitajien ja sairaanhoitajien mielipiteet järjestelmän toimivuudesta antaakseen sairaalalle apuvälineitä joilla järjestelmää voidaan kehittää ja parantaa. Tutkielman kysymyksenasettelut ovat 1) Miten käyttäjät kokevat että lajittelu toimii uudella järjestelmällä? ja 2) Onko kummankin työryhmän lajitteluprosessi tehostunut? Viitekehyksenä toimii Lean-käytäntö.</p> <p>Aikaisemmat tukmiukset käsittelevät tehokasta potilasluokittelua, eri ammattiryhmien tekemät potilasluokittelut, sähköisiä potilasluokittelujärjestelmiä sekä potilaan luovutus. Tutkimus on kvalitatiivinen ja aineisto kerätään kahden ryhmähaastattelun avulla. Haastatteluihin osallistuu käyttäjiä Pohjanmaan pelastuslaitokselta ja VKS päivystyspoliklinikalta. Tulos osoittaa että järjestelmä toimii kauttaaltaan hyvin ja työmäärä on kauttaaltaan vähentynyt. Samalla koettu potilasturvallisuus on noussut ja yhteistyö työryhmien välillä on parantunut. Kehittämistarpeet ovat ensihoitajien koulutus, lajittelua ja erikoisalan valintaa koskevien ohjeiden laatu ja saatavuus sekä mahdollisuus saada ja antaa palautetta ammattiryhmien välillä. Kysymyksenasettelua käsitellään tarkemmin keskusteluosiossa jossa teoreettinen viitekehys, aikaisemmat tutkimukset ja kerätty aineisto yhdistetään.</p>	
Avainsanat:	<i>Vaasan Keskussairaala, triage, luokitus, Lean, standardointi, ensihoito, päivystyspoliklinikka, SWOT, prehospitaalinen, tietokoneavusteinen</i>
Sivumäärä:	58
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	18.03.2016

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Inledning.....	6
2	Bakgrund.....	7
3	Centrala begrepp och ordlista	8
3.1	Ordlista.....	9
4	Syfte och Frågeställning	10
5	Teoretisk referensram	10
5.1	Implementering i sjukhusvärlden.....	11
6	Tidigare forskning	13
6.1	Effektiv triagering.....	13
6.2	Triagering utförd av olika yrkesgrupper	15
6.3	Datasystemens utveckling.....	15
6.4	Överlämning	16
6.5	Återknytning till eget arbete	17
7	Design och Metod.....	18
7.1	Metod.....	19
8	Forskningsetik	22
9	Analys med swot	23
9.1	Tillämpning av SWOT.....	24
10	Resultat.....	25
10.1	Förstavårdarnas intervju.....	26
10.2	Sjukskötarens intervju.....	29
10.3	Sammanfattning av resultatet	32
11	Diskussion.....	32
11.1	Triage.....	33
11.2	Processen	34
11.3	Sammanfattning	35
12	Kritisk granskning.....	36
13	Slutsatser.....	39
	Litteraturlista.....	40
	Bilagor	43

1 INLEDNING

Ett nytt triagesystem togs i bruk vid Vasa Centralsjukhus (VCS) år 2014, var förstavårdare själva fyller i triageuppgifter på dator för alla patienter som det inte gjorts förhandsanmälan på. När förstavårdare anländer med en patient till sjukhuset så ska de själva fylla i patientinformation de samlat; dit hör namn, socialsignum, vitala värden och annan viktig information fritt formulerat. På basen av vitalparametrarna ger programmet via förutbestämda gränsvärden patientens triagenivå enligt en femstegs triagemodell. Detta kan triagören dock välja att förbise och ge en manuell triagenivå. Förstavårdaren väljer sedan med hjälp av programmet en sängplats vid jourpolikliniken åt patienten. Därefter meddelar förstavårdaren till jourpoliklinikens personal via deras egen VIRVE-kanal att patient är på inkommande och till vilken säng patienten kommer. Detta kvitteras av mottagande skötare.

I VCS ekonomi- och verksamhetsplan för 2015-2018 vill man bland annat effektivisera vården samt hålla kostnaderna nere. Några av åtgärderna för detta är att använda sig av *Lean* och de datasystem som stöder *Lean* samt att utöva en god triage och erbjuda rätt vårdplats. Detta innebär att jourpoliklinikens satsning på det datoriserade triagesystemet följer de mål som sjukhuset ställt för de närmaste åren. (Vasa Centralsjukhus, 2014) *Lean* är en metod för att strömlinjeforma processer och diskuteras mera ingående under rubriken Teoretisk referensram.

Vi som skriver detta examensarbete har själva måttlig erfarenhet av systemet från våra sommararbeten. Den bild vi fått av systemet är att användarvänligheten kunde ökas med tydligare information. Är detta något som övrig vårdpersonal också anser?

Detta system är väldigt nytt, inte enbart för oss men också i hela landet. Liknande finns i Kuopio och Jyväskylä. En utvidgning till andra delar av landet kommer sannolikt ske under de närmsta åren. Strömlinjeformningen och samarbetet mellan olika enheter gör ämnet ytterst aktuellt i utvecklingen av nutida triagesystem.

Genom denna studie försöker vi skapa oss en djupare inblick och förståelse av systemet. Vi anser att ett nytt system inte är felfritt och kan förmodligen förbättras. För att kartlägga om det finns problem eller brister i systemet gör vi en kvalitativ intervjustudie med representanter både från förstavården och akutmottagningens personal. Genom vår analys

av intervjuerna hoppas vi VCS få en bättre insikt i arbetstagarnas syn på systemet och detta i slutändan kan leda till praktiska förbättringar. Detta tema passar bra in i vårt utbildningsprogram och intresserar oss båda.

2 BAKGRUND

Vasa Centralsjukhus jourpoliklinik tog i bruk patientlogistikprogrammet CCL 4 Anywherium 12.12.2013. Man flyttade till helt nya utrymmen 26.3.2014 och man tog också i bruk programmet på samjouren 01.10.2014. Systemet valdes eftersom det var det ända systemet som uppfyllde alla de kriterier man hade ställt under offertrundan. Det elektroniska triagesystemet möjliggjorde att man klarade sig utan en av triageskötarna på akutmottagningen, detta genom att förstavårdarna utför triageringen av de patienter man anländer till akutmottagningen med. Fortsättningsvis krävs en sekreterare vid mottagningen för att skriva in patienten i datasystemet. Systemet baserar sig på femstegsmodellen och är utvecklat av ett danskt bolag. (se bilaga 3)

I samtal med projektansvariga för patientlogistikprogrammet (VCS, 19.10.2015) fick vi reda på att systemet togs i bruk för att möjliggöra ett EU-projekt som gjordes mellan Vasa och Umeå sjukhus. EU gav ekonomiskt stöd genom att betala för 50 % av systemet och VCS betalade resterande delen av summan. Projektets huvudsakliga syfte var att få fram statistik av olika patientgrupper som sedan kunde tillämpas till simuleringsövningar. Efter att projektet blev klart fortsatte man att använda systemet på VCS jourpoliklinik.

Systemet är mångsidigt och kan lätt anpassas efter sjukhusets egna ändamål. Vid VCS har läkarna utformat vitalparametrarna och de formulär som gjorts upp enligt olika patientgrupper i enlighet med tidigare system och andra kvalificerade källor (se bilaga 3 och 5). Man har dessutom gjort egna vitala gränsvärden för barnpatienter i olika åldrar (se bilaga 4 och 6). När det gäller patienter som förs rakt till chockrummet (Ensihoituhuone), som är ett rum för intensiv övervakning av högriskpatienter, behöver förstavårdarna inte göra någon triagering på jourpolikliniken, denna inleds av sjukskötare i samband med förhandsanmälan. Personalen vid VCS har fått utbildning i att använda systemet och man har också hållit utbildning för förstavårdarna i sjukhusdistriktet. Triageringen måste vara baserad på patientens tillstånd och vitalvärden men är det oklarheter i denna fråga så kan man också skriva tilläggstext i fri form.

Systemet möjliggör att man inte längre behöver använda sig av olika typer av manuella patientlogistiksystem, till exempel olika tavelsystem. Istället kommer all data på stora TV-skärmar som finns vid bland annat övervaket. Detta möjliggör att man snabbt och effektivt får direkt information om patientens status. Triageringen kan också snabbt ändras på jourpolikliniken vid behov. Genom programmet kan man också ge uppdrag till olika yrkesgrupper på sjukhuset, till exempel patienttransportörer och farmaceuter.

Vid triagepunkten vid VCS jourpoliklinik finns en snabbhjälp (se bilaga 2) för att utföra triage, en kodblankett över olika sjukdomar och tillstånd och en blankett över de olika platserna på övervaket. Nästa steg i utvecklingen är att Anywherium ska utvidgas till jourpolikliniska avdelningen, men målet är att hela sjukhuset skall använda sig av systemet. Detta förutsätter dock att det finns pengar för att genomföra detta. (projektansvariga 19.10.2015)

3 CENTRALA BEGREPP OCH ORDLISTA

Triage är ett franskt ord och betyder ”sortera” eller ”välja”. Triage innebär alltså att man kategoriserar patienter enligt medicinsk angelägenhetsgrad. Denna typ av patientkategorisering fick sin början under Första Världskriget. Triage har alltså utvecklats militärt och sedan implementerats i förstavården och senare även inhospitalt. Triage används på de flesta jourpolikliniker i Finland, dock i väldigt varierande form. (Funderburke, 2008)

Patientsäkerhet är vårdens strävan efter ett så säkert vårdarbete som möjligt, samt skydda patienter från skada. Denna strävan sträcker sig från organisatorisk nivå ner till den vårdgivande individen. Ur patientens synvinkel är patientsäkerhet det att patienten får rätt vård i rätt tid, på rätt sätt och att vården förorsakar så små nackdelar som möjligt. I patientsäkerhetsbegreppet ingår alltså en strävan efter processer och säkra arbetssätt som förebygger risken för misstag, glömska samt övriga mänskliga faktorer som negativt inverkar på patientsäkerheten. Själva vårdens, läkemedelsbehandlings och medicinska apparaturens säkerhet är grundpelare i patientsäkerheten. Skador eller nära-på tillbud observeras och bokförs för att förhindra framtida liknande incidenter. (THL, 2014)

SWOT står för Strengths (Styrkor), Weaknesses (Svagheter), Opportunities (Möjligheter) och Threats (Hot). Uppdelningen används för att identifiera hjälpfulla samt

skadliga element av internt och externt ursprung vid undersökning av produkter, processer eller tjänster. SWOT analysen togs fram av Albert S. Humphrey på 1960-talet. Metoden var baserad på undersökningar av de 500 största företagen i USA och deras framgångskoncept. (Van Vliet, 2010)

3.1 Ordlista

Virve är ett radiokommunikationssystem som används av bland annat räddningsväsendet, polisen, social- och hälsovårdssektorn, försvarsmakten, gränsbevakningen, tullen, Finavia och nödcentralverket. Förutom dessa använder också energi-, tele- och säkerhetsfirmor systemet. Också instanser som ansvarar för den kommunala och statliga säkerheten samt av olika typer av organisationer som underhåller den kritiska infrastrukturen. (Suomen Virveverkko Oy, u.d.)

Vitaler (även **vitala tecken**, **vitalparametrar**) är de livstecken som kan mätas och monitoreras. Till dessa hör till exempel puls, blodtryck, andningsfrekvens och kroppstemperatur. (Karolinska Institutet, 2016)

Chockrummet även kallat **Ensihoitohuone** är ett rum på VCS jourpoliklinik med platser och utrustning för att vårda de mest akuta patienter.

Övervakningen (**Valvomo** på finska) är platsen där man vårdar de inremedicinska, kirurgiska samt hälsovårdscentralpatienter som är i behov av en sängplats.

Femstegsmodellen är en typ av triagemodell. Modellen innebär att patienterna delas in i fem olika klasser av medicinsk brådskandegrad. Detta görs för att undvika allt för stor riskspridning inom de olika triageklasserna. Femstegsmodellen används i bland annat MTS- och ESI-systemen. (Funderburke, 2008)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med vår studie är att kartlägga förstavårdarnas och jourpoliklinikpersonalens åsikter om och erfarenheter av det nya elektroniska triagesystemets funktion vid VCS. Kartläggningens mål är att belysa de upplevda positiva och potentiellt negativa aspekterna av systemet för att ge VCS medel att vidare kunna effektivisera och utveckla denna process, vilket är ett delmål i VCS verksamhets- och ekonomiplan 2015-2018. Studien koncentrerar sig enbart på de patienter som kommer med ambulans till jourpolikliniken.

Frågeställning:

Hur upplevs triageringen med det nya systemet fungera enligt användarna?

Har triageprocessen effektiviserats för de båda arbetsgrupperna?

Syftet och frågeställningen avser att begränsa denna studie till att kartlägga processens funktion enligt arbetstagarna. Studien kommer inte ta upp konkreta utvecklingsförslag för att förbättra processen.

5 TEORETISK REFERENSRAM

Som grund till detta examensarbete används Lean-principen som den förklaras av Chiarini (2013) och Holden (2011). *Lean* eller *Lean thinking* är en strävan att genom olika metoder samt redskap kunna effektivisera och strömlinjeforma en process. Lean utvecklades ur *Toyota production system*, som är ett effektiviseringskoncept som *Toyota Motor Company* utvecklat. Lean har vidareutvecklats i olika företag världen över. Från att ha varit ett redskap för endast tillverkningsprocesser används nu Lean inom serviceindustrin samt hälsovården (Holden).

Huvudkonceptet bakom *Lean* är avlägsnandet av så kallat *Waste* det vill säga något som inte tillför värde. I detta arbete benämns *Waste* även som slaggprodukt. Detta gäller inte enbart fysiska slaggprodukter utan även administrativt, strategiskt samt

marknadsföringsmässigt värde. (Holden, 2011) Enligt den Japanska Lean-principen *The 4 M* av Ishikawa, delar man upp *waste* i fyra kategorier. De fyra M:en är: *man*, *material*, *machine* och *method*. (Chiarini, 2013)

Man står för människa och inom denna kategori räknas väntetid, söktid, långa gångavstånd och oergonomiskt arbetssätt till slaggprodukter. *Material* är transporten av olika saker, fysiskt skräp samt slaggprodukter och oändamålsenlig lagring. Till kategorin *Machine* räknas söndring utrustning eller störning i maskineri, lång inställningstid, onödiga produktionsstopp och reducerad hastighet. Den sista är *Method* och dit hör alla de metoder som tillför slaggprodukter. Exempel på detta är till exempel felaktiga instruktioner, schemaläggning, inställningar och felaktig lagerkoordination. (Chiarini, 2013)

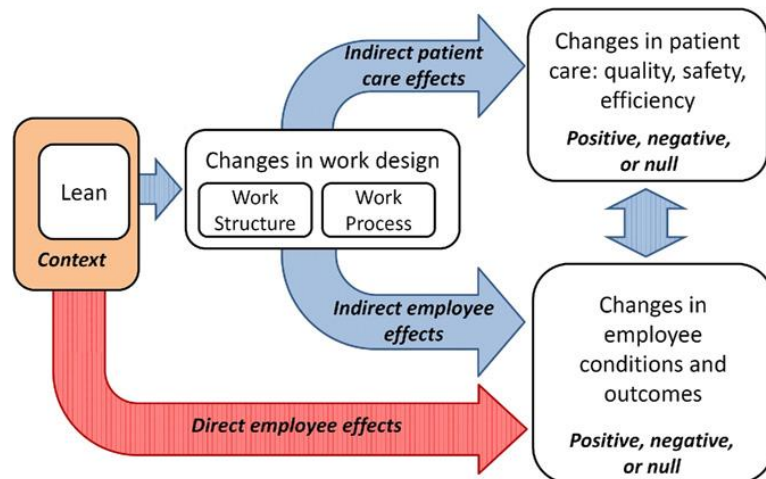
Andra nyckelfaktorer inom Lean är enligt Holden (2011) kontinuerligt arbetsflöde med så få avbrott som möjligt, undvikande av att arbetet hopar sig på enskilda arbetsstationer, involvering av arbetstagare i Lean processen, samt berättigandet att utveckla sitt eget arbete, automation i mån av möjlighet, problemlösning direkt ifall sådana uppmärksammas och en strävan efter kontinuerlig utveckling.

För att uppnå huvudmålen med Lean behövs olika redskap och metoder. Redskap som används är till exempel *Kaizen* som är en form av strategisk planering där fokus ligger på kontinuerlig förbättring och utveckling genom en konstant analys av alla delprocesser, standardisering av arbete, multiprofessionella arbetsteam samt tydliga informationssystem för att hålla koll på processfaserna. (Holden, 2011)

5.1 Implementering i sjukhusvärlden

Lean används också inom sjukhus, Lean kan i detta fall betyda att man effektiviserar verksamheten så mycket som möjligt för att minska på patientköerna, personalens arbetsbörda och sjukhusets utgifter samt optimerar miljöerna var vårdarbete utförs. Detta påverkar inte bara på processerna utan även på patienternas och arbetstagarnas tillvaro, detta visualiseras i *figur 1*. (Holden, 2011)

Figur 1, Lean inom sjukhus påverkar arbetaren indirekt samt direkt. (Holden, 2011)



I Holdens litteraturstudie (2011) granskas *Lean* som hjälpmedel för akutmottagningar. Här räknar man upp de delområden och processer som man kan förbättra med *Lean* och ger exempel på åtgärder som gjorts på sjukhus som deltagit i ursprungsstudierna. Det framkom att många sjukhus började *Lean*-processen med en kartläggning av verksamheten, tidmätning av olika delprocesser samt analys av problemområden. Brainstorming och skapandet av nya processer samt utvärdering av dessa var följande steg. Dessa följde i många fall *Kaizen* modellen.

Många av de åtgärder som nämns stöder ibrukttagandet av ett datoriserat triagesystem som inkorporerar förstavården. Exempel på detta är involvering av andra tjänster som deltagit i tidigare skede av processen, kombinerande av processteg, utbildning vid ibrukttagning av nya processer standardiserade arbetssätt samt utvecklandet av kommunikationsredskap. I diskussionen kommer man fram till att det är svårt att mäta resultatet av *Lean*-implementering, men man har sett att vården förbättrats tack vare de process- och strukturomvandlingar man gjort genom *Lean*. Som tidigare nämnt så är en av grundpelarna bakom *Lean* att få aktiverat arbetstagarna i utvecklingsarbetet och det är viktigt att inse att det inte bara är vården som man förbättrar utan också arbetstagarnas arbetsvillkor, -miljö och -processer. (Holden, 2011)

6 TIDIGARE FORSKNING

En sökning i databaserna Science Direct, PubMed, Ebsco samt Google Scholar användes för att undersöka om liknande forskning gjorts förut. Sökningen kom framförallt att kretsa kring ämnena processutveckling, triage, förstavård samt jourpoliklinik. De artiklar som bäst motsvarade vårt intresseområde användes till detta arbete. Artiklarna är listade enligt databas, titel, sökord och eventuella begränsningar i Bilaga 1. Från PubMed och Google Scholar hittades ingen relevant artikel till denna studie. Studier som inte specifikt handlade om triage, *Lean*, patientöverlämning, jämförelse mellan triagesystem eller om förstavårdares och sjukskötares möjligheter att utföra triage uteslöts från vår studie. Till exempel studier som handlade om samarbete mellan läkare och sjukskötare i triageskedet samt studier som fokuserade på nationella (utländska) triagedirektiv lämnades bort på grund av bristande relevans i förhållande till vårt syfte.

Artiklarna vi använt som teoretisk utgångspunkt i detta arbete tangerar alla triage eller processen då triage görs på ett eller annat sätt. Vi har genom dessa artiklar fördjupat oss i vårt forskningsområde och vi har fått fram relevant information som vi använt i vår studie. Den viktigaste kunskapen och hur vi tillämpat den redogörs för nedan.

6.1 Effektiv triagering

Funderburke (2008) och Gloster (2011) nämner båda särdrag och metoder som med stark evidens gör triageringen mera effektivt och konsekvent. Båda poängterar vikten av en standardiserad 5-stegsmodell som förstås av läkare, sjukskötare och förstavårdare. Till en början användes 3- och 4-stegssystem men man har nu kommit fram till att riskspridningen i de olika triageklasserna blir för stor och därför används 5-stegssystem allt mera nuförtiden. System som Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Manchester triage Scale (MTS) och Adaptivt processtriage (ADAPT) baserar sig på femstegsmodellen.

En fokuserad triageprocess med klara direktiv ger ett bättre resultat. På många sjukhus används ett tvåstegssystem var sjukskötare först sällar de mest akuta fallen för direkt vård medan en läkare sedan gör en noggrannare bedömning. En annan variant är att ha en läkare som gör initiala triagen och samtidigt ger vidare ordinationer samt utskriver de som inte är i behov av vård.

Elektroniska system som understöder beslutsfattandet vid triageringen nämns i båda studierna. Det man ska eftersträva är ett system var den som utför triagen på ett användarvänligt sätt kan mata in ankomstorsak, vitalparametrar och genom detta få stöd i beslutsfattandet som kan leda till en mer konsekvent triagering. Ett patientdatasystem ska helst fungera så att information lätt kan delas och uppdateras med alla som är involverade i vården.

Utbildning för de som utför triage anses vara en av grundpelarna när det kommer till att göra ett säkert och effektivt triagesystem. Att triagera patienter rätt kräver kompetens och erfarenhet inom området. Emergency Nurse Association (ENA) rekommenderar att för att utföra triage ska man vara utexaminerad sjuksköterska och ha minst 6 månaders arbetserfarenhet från en jourpoliklinik. I en studie som Funderburke hänvisar till undersökte man en 6 veckors onlinekurs om CTAS modellen. I kursen lärde man sig genom olika interaktiva övningsfall som understöddes med scenariobilder. Dessutom ingick diskussioner om de olika patientfallen. Resultaten i slutet av kursen visade att sjukskötarna med 99 % reliabilitet kunde triagera till rätt nivå när de jämfördes mot experter. Detta var dessutom ett kostnadseffektivt sätt att ordna utbildningen.

Studierna nämner också att en port in för alla patienter är att föredra. Detta för att alla ska genomgå en identisk bedömningsprocess vid intagningen. Ändamålsenliga utrymmen för triage är en annan faktor som borde beaktas och detta gäller framförallt patienter som tagit sig på egen hand till jourpolikliniken.

Båda studierna är alltså överens om att triagering ska utföras av en ändamålsenligt utbildad person med tillräcklig erfarenhet av vårdarbetet. Var gränsen går för vad som är tillräckligt lämnar oklart. Det råder även konsensus över att en lättförståelig standardiserad triagemodell enligt femstegsmodellen gör ett triagesystem effektivare. Australian Government Department of Health and Ageing använder kriterierna *tydlighet*, *validitet*, *reliabilitet* och *säkerhet* för att utvärdera triagesystem (Gloster, 2011).

6.2 Triagering utförd av olika yrkesgrupper

Jönsson & Fridlund (2013) har jämfört graden av korrekt satt triageklass mellan förstavårdare och sjukskötare på jourpolikliniker. Resultatet visade tydligt att sjukskötarna överlag var bättre på att ange rätt nivå (64 % korrekt triageklass jämfört med förstavårdarnas 43 %). Förstavårdare var bättre på att triagera mer akuta patienter än lindrigt sjuka medan sjukskötare kunde triagera korrekt jämnare över de olika nivåerna.

Ett av de vanligaste felen var att triagören valde att avsiktligt ange en annan nivå än den som triagemodellen angav. Varför detta gjordes fastställdes inte i studien, dock kom man fram till att detta påverkar patientsäkerheten negativt. Författarna ansåg att genom att mera konsekvent följa angiven triagemodell skulle man få större andel korrekta triageklasser och en mindre skillnad mellan förstavårdare och sjukskötare.

6.3 Datasystemens utveckling

I ”Evolution and challenges in the design of computational systems for triage assistance” (2008) har man studerat hur olika funktioner eller avsaknad av funktioner påverkar prestandan i de elektroniska triagesystemen. Problemet med att utveckla ett elektroniskt triagesystem är att systemen ofta blir för enkla eller alltför detaljerade. Man har till exempel noterat att vid patienter med triageklass 1 (högsta riskklassen) kan man inte använda det elektroniska triagesystemet initialt på grund av tidsgränser.

De flesta system som redan används på akutmottagningarna är huvudsakligen till för att hjälpa utföra triageringen genom att ställa relevanta frågor, systemen tar alltså inte det slutgiltiga beslutet. Forskning visar att de nuvarande elektroniska triagesystemen har en tvivelaktig noggrannhet. Det största problemet är att det är svårt att bygga upp en fungerande, exakt modell med den mängd variabler som används. Det finns alltså en stor utvecklingspotential i de system som artikeln beskriver. Fördelarna med dessa elektroniska system är att man lättare kan samla information om patienten och lättare få tag på informationen. (Abad-Grau et al. 2008)

6.4 Överlämning

Överlämning av patient mellan till exempel förstavårdare till jourpoliklinik är en situation som utgör en hög risk för patientsäkerheten. Artikeln ”Optimizing the patient handoff between emergency medical services and the emergency department” (2015) samt ”Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions” (2008) utforskar omfattande hur överlämningen sker mellan dessa olika parter med syftet att skapa en bild av överlämningen och göra eventuella förbättringar för att få en säkrare och effektivare överlämning. Båda studierna kom fram till att överlämningen skall ske snabbt men den skall vara klar, effektiv och till den person på jourpolikliniken som skall vårda patienten.

En del problemområden framkom i studierna. Förstavårdarna ansåg att det inte fanns någon standardiserad modell som de kunde följa vid en överlämning samtidigt som överlämningen skedde väldigt snabbt och man upplevde brist på uppmärksamhet vid stressiga situationer. Ett annat problem som respondenterna tog upp var att inte hitta rätt diagnos i de förvalda menyerna i datasystemen och detta ansågs vara en standardiseringsmiss.

Triageskötaren frågade i 72 % av fallen efter tilläggsinformation som inte kom fram i rapporteringen och 67 % av jourpoliklinikens sjuksköterskor ansåg att det huvudsakliga problemet oftast inte kom fram när förstavårdarna gav rapporteringen muntligt. Dock ansåg man att i 80 % av fallen var informationen precis och användbar. (Yong et al. 2008)

I studierna nämndes även tydliga utvecklingsmöjligheter. Man borde uppnå en tvärvetenskaplig feedback, det vill säga att informationsutbyte mellan förstavården och sjukhusen borde utvecklas eftersom nivån på den oftast är väldigt låg. Man kom också fram till att genom att standardisera flera olika aspekter vid överlämningen och införandet av ett elektroniskt system skulle förbättra överlämningen genom att stänga luckor vid informationsutbytet.

6.5 Återknytning till eget arbete

De punkter som vi sammanställt utgående från Funderburke (2008) och Gloster (2011) använde vi oss av som grund i intervjun. Samma sak gällde Jönsson & Fridlunds studie från 2013. Att ha en artikel som uttryckligen säger att det finns en mätbar skillnad mellan förstavårdares och jourpolikliniksjukskötares triage är väldigt intressant med tanke på vår studie, Vid VCS utför alltså både sjukhusets egen personal och prehospital personal triage, man har även en möjlighet att manuellt ändra triageklassen vilket också anses vara en faktor som kan sänka patientsäkerheten. Eftersom vi inte har haft tillgång till statistik angående manuell ändring av triageklassen från VCS fokuserade vi på orsakerna till dessa skillnader samt beslut och diskutera dem i vår intervju.

Det som gör begreppet *Lean* relevant i vår studie är att en av dess viktigaste grundprinciper är standardisering. Triage är en metod att få patienterna kategoriserade på ett standardiserat sätt. Det som man gjort på VCS jourpoliklinik är att enligt sin verksamhetsplan effektivisera verksamheten med hjälp av Lean-metoden och en av satsningarna är just den datoriserade triageringen.

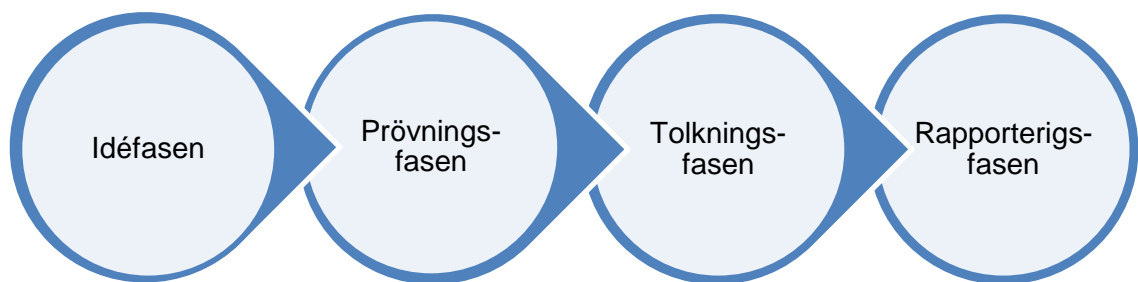
Majoriteten av de datoriserade systemen som undersökts av Abad-Grau et al. (2008) är sådana att de ger hjälp åt triagören i form av tilläggsfrågor och rekommendationer. Denna funktion anses ha tvivelaktiga resultat. Funktionen i fråga finns i VCS system men kommer inte i användning automatiskt utan måste aktiveras.

Eftersom systemen i studien inte är helt likadana VCS system var det intressant att se om man via intervjuerna kunde hitta kopplingar och liknande problem. Som vi tidigare nämnt är variablerna i VCS modell sammanställda av läkare vid sjukhuset baserat på tidigare litteratur och modeller. En av källorna som använts är *Käypä Hoito*.

Meisel et al. (2015) samt Yong et al. (2008) artiklar beskriver överlämningen av patienter och faktorer som påverkar den. Med VCS system är triageringen en väsentlig del av överlämningen. Med detta försöker man eliminera extra steg i överlämnandet. I studien kom det fram att i 72 % av fallen frågade triageskötaren efter tilläggsinformation som inte kom fram i rapporten. Faller viss information bort när det inte finns någon triageskötare som frågar eller räcker stödet som systemet ger till? Är de tilläggsuppgifter som fylls i vid triageringen till stöd för den muntliga rapporten?

7 DESIGN OCH METOD

Enligt Carlsson (1990) kan en fullständig undersökning innehålla fyra stycken huvudetapper. Den första är idéfasen. Där ingår probleminventering och -analys, litteraturgenomgång, problemformulering samt -precisering och undersökningsplan. Som följande steg kommer prövningsfasen. Denna omfattar en undersökningsmetod, datainsamling och -bearbetning. Den tredje fasen är tolkningsfasen och i den ingår en slutsats av undersökningen, relaterade undersökningsresultat av tidigare forskning och att konstruera eller relatera till tidigare teorier. Den fjärde och sista fasen är rapportering. Den innebär att man redovisar undersökningen i form av en undersökningsrapport, avhandling, tidskriftartikel eller på något annat sätt. (Carlsson, 1990, ss. 27-28)



Figur 2 Huvudetapperna i en undersökning enligt Carlsson (1990, s. 27-28)

Vi valde att använda oss av Carlssons (1990) modell i vår kvalitativa studie eftersom den har visat sig vara mycket användbar när det kommer till empiriska studier. De faser som tas upp i figur 2 är en modell som hjälper skribenterna att hålla sig till en systematisk ordning i genomförandet av undersökningen. Att följa dessa faser i exakt ordning lyckas inte alltid utan man kan hamna att arbeta med flera av faserna samtidigt. Detta är dock inget hinder utan det mest väsentliga är att börja från rätt fas i detta fall idéfasen och noggrant gå igenom fasens olika områden. (Carlsson, 1990, s. 27-28)

7.1 Metod

Så som studiens syfte visar på så har vi i detta arbete fokuserat på användarnas åsikter och erfarenheter. På grund av att vi endast har lite erfarenhet av systemet i fråga och för att samplet med möjliga enkätsvarande är relativt litet kom vi fram till att en kvalitativ infallsvinkel ger mera än en kvantitativ.

”När det gäller kvalitativa studier är gränserna mellan de olika momenten i en forskningssekvens mycket mer flytande och de olika delarna glider in i varandra. Detta innebär att resultatanalysen ofta sker parallellt under hela tiden som datainsamlingen pågår.” (Carlsson, 1991, s. 60)

Så som Carlsson (1991) och Jacobsen (2007) nämner vid flera tillfällen så är intervjustudier ganska flytande. För att få en tydligare struktur i arbetet så gäller det att göra en tydlig beskrivning av den process eller situation man undersöker. Redan under materialinsamlingen ändrades många av våra tankar om arbetet och vad det kommer innefatta upprepade gånger, frågorna som vi begrundade specificerades allt eftersom insamlingen fortskred. Det är den del av processen som sker utanför pappret, en del av mognadsprocessen. Revideringen av våra egna hypoteser var till hjälp vid specificeringen av intervjufrågorna.

Enligt Jacobsen (2007, s. 48-49) står kvalitativa data för öppenhet, förståelse och utforskan. Det specificerade området som undersöktes är relativt outforskat och därmed lämpade sig detta öppna trevande angreppssätt för vårt arbete.

Det är viktigt att inse att forskningsmetoden avser att låta deltagarna formulera sina svar fritt för att den yttre påverkan ska vara så liten som möjligt. På samma gång som man vill kontrollera intervjun så ska man inte styra den för kraftigt, intervjuledarens förutfattade meningar kan påverka svarandena.

Processen vi undersökt är en väldigt avgränsad del av jourpoliklinikens verksamhet. Efter fördjupning i litteraturen kom vi fram till slutsatsen att gruppintervju är den form av datainsamling som kommer användas i detta examensarbete. Förhoppningen var att deltagarna även ställer frågor åt varandra och inte enbart diskuterar de förutbestämda frågorna. Denna intervjutyp kallas fokusgrupp.

"I stället för en kommunikationssituation mellan forskare och en individ kommer vi här att få en diskussion mellan människor som i ett socialt samspel med likasinnade formar och utvecklar uppfattningar och åsikter." (Holme & Solvang, 1997, s. 108)

Gruppintervjuer är särskilt lämpliga för situationer var man undersöker en specifik företeelse, om området är för stort så finns risken att diskussionen far i fel riktning. Gruppintervjun är effektiv på att få svar på frågan *Varför* någon är av en viss åsikt. (Bell, 2006, s. 163)

Det som man strävar efter är att sätta igång en tankeprocess hos deltagarna, genom att få ta del av andras åsikter så kan det man diskuterar öppna sig mer för deltagarna och de kan gemensamt lättare sätta ord på vad de känner och har upplevt. Man uppnår förhoppningsvis gemensam förståelse. (Jacobsen, 2007, ss. 93-95)

I studien undersöks två olika yrkesgruppers åsikter och erfarenheter av samma process och den första frågan man hamnar grubbla på efter valet av gruppintervju är om man ska kombinera de olika yrkesgrupperna i samma gruppintervju eller göra åtskilda gruppintervjuer. Valet är svårt av flera orsaker; En homogen grupp kan ge en djup inblick i ett fenomen, intervjun flyter smidigare eftersom intervjuobjekten är bekanta med varandra, är insatta i samma ämne eller är av samma natur. Dock kan man gå miste om viktiga meningsskiljaktigheter och problemställningar jämfört med en mer heterogen grupp. (Jacobsen, 2007, ss. 125-126) Ett problem man stöter på vid en potentiell sammanslagning av grupperna är att det är rent praktiskt krävande att utföra. Förstavårdarnas och sjukskötarens egentliga arbetsplats är på olika ställen med flera kilometers avstånd. För att lättare få samlat objekt till intervjun utförs den vid skiftesbytet, då är de intervjuade naturligt samlade på samma ställe. Ett annat problem är tidpunkten. Sjukskötare jobbar treskiftet medan förstavårdarna 24-timmars skiftet så att hitta en gemensam tid utanför arbetstiden är en stor utmaning. Jacobsen (2007) nämner också att miljön var intervjun sker är av vikt. En obekant miljö leder ofta till onaturliga svar. Detta förespråkar att intervjuerna borde ske på yrkesgruppernas respektive arbetsplatser.

För att göra materialinsamlingen lättare använde vi oss av bandspelare för upptagning av intervjuerna. Jacobsen (2007, ss. 99-100) och (Bell, 2006, ss. 165-167) tar upp de för- och nackdelar med denna typ av insamlingsmetod. De fördelar som var utslagsgivande vid vårt val var att man med bandspelare har lättare att hålla en god kontakt till objektet,

man blir inte tvungen att hela tiden vända bort blicken för att anteckna. Förhoppningen var att intervjun på detta sätt blir mera sammanhängande. Till nackdelarna hör bland annat att objektet kan känna press av att bli inspelad. Detta försöker man kringgå med att inte sätta fokus på själva ljudupptagningen och skapandet av en lättstämd men trygg miljö. Det är också viktigt att komma ihåg att respondenterna har full rätt att veta vad som skall göras med det inspelade materialet och vilka personer som har tillgång till det.

Vad gäller urval av intervjuobjekt så bestämdes direkt att intervjun ska göras på svenska. Både VCS och Österbottens Räddningsverk är arbetsplatser var svenskan och finskan är jämnstarka. Detta bör därför inte i allt för stor utsträckning påverka resultatet av studien. I vårt arbete består valet dels av slumpmässigt urval men även riktat val för att få en större bredd på samplet. Valet av intervjuobjekt, respondenter, baserades således på språktillhörighet, slumpmässighet baserat på skiftespersonalen vid intervjutillfället, ett riktat val bland skiftespersonalen för att uppnå de kontrollegenskaper som krävs, det vill säga ett minimum av gemensamma erfarenheter av processen i fråga samt en vilja att delta i studien (Jacobsen, 2007, ss. 122-126). Förmännen vid båda arbetsplatserna bestämde datum och tidpunkt för intervjuerna så att det inte störde det dagliga arbetet.

Enligt Jacobsen (2007 ss. 122-124) styr forskningssyftet valet av intervjuobjekt och man kan välja objekt på flera olika sätt. Vår urvalsprocess är därmed i linje med Jacobsens läror. Intervjugrupperna består enligt Jacobsen (2007, s. 126) av 5-8 personer. Eftersom detta slutarbete har begränsat med resurser i fråga om tid samt naturen av respondenternas tillgänglighet var målet grupper på 2-4 personer. Intervjulängden bör tas i beaktande innan själva intervjufrågorna framställs. En optimering av längden gör att man får fram all väsentlig information utan att intervjun blir utdragen och deltagarna tappar fokus. Den optimala längden är en till en och en halv timme. (Jacobsen, 2007, s. 99)

Intervjun i vår studie är delvis öppen. Detta innebär att intervjun guidades i form av teman och öppna frågor som togs upp i bestämd ordning. Intervjuledaren fungerade som moderator med rätten att avbryta diskussionen när den ledde bort från ämnet. Intervjufrågorna framställdes baserat på arbetes syfte och frågeställning samt de frågor som väcktes i samband med fördjupningen i tidigare forskning. Huvudfrågorna tillsammans med informantbrev delades ut på förhand till anställda på båda arbetsplatserna. Underfrågor gjordes som stöd för intervjumoderatorn så att ingenting

skulle bli obehandlat. Moderatoren styrde in gruppdiskussionen på underfrågorna om de inte uppkom naturligt i diskussionen mellan respondenterna.

Vi gjorde alltså två skilda halvöppna gruppintervjuer, en med sjukskötare från VCS jourpoliklinik och en med förstavårdare från Österbottens Räddningsverk. Personerna som valdes har erfarenhet av systemet. Intervjuerna ägde rum på respektive grupps arbetsplats avskilt från det dagliga arbetet. Ett antal citat från intervjuerna valdes att användas i resultatupställningen. Citaten konkretiserar resultaten vilket är en viktig del av analysen. De citat som använts har ändrats till standardsvenska för att försäkra respondenternas anonymitet. (Jacobsen, 2007)

8 FORSKNINGSETIK

Genom att följa en god vetenskaplig praxis får man en bra kvalitet på den studie man gör. Som hjälp för att förebygga att vi gör avvikelser från detta har vi använt oss av den kunskap vi fått genom vårt utbildningsprogram och Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis (Arcada, 2014).

Tillstånd om forskningslov söktes från Vasa Centralsjukhus. Dessutom söktes lov från Österbottens Räddningsverk för att få intervjua förstavårdspersonalen. (bilaga 7)

Alla deltagare skall ha en klar uppfattning och kunskap om vad forskningen handlar om innan dessa gör sitt beslut om att delta. Detta betyder att personerna skall få all relevant information och förstå denna på ett kompetent sätt. Detta gjordes genom ett informantbrev. Genom att godkänna informantbrevet auktoriserar personen beslutet. Personerna som deltar har rätt att i vilket skede som helst avbryta sin medverkan i studien och genom anonymitet tas alla deltagares integritet i beaktande för att inte utsätta någon individ för skada (Arcada, 2014). Skribenterna som utför intervjuerna skall visa professionalitet genom ärlighet, opartiskhet, god respekt för deltagarnas synpunkter och argument och genom ett gott och jämställt bemötande av alla deltagare (Helgesson, 2015). Intervjuerna transkriberades för att påvisa att resultatet inte blivit manipulerat.

9 ANALYS MED SWOT

För att spjälka upp det transkriberade materialet till analyserbart stoff användes första delen av innehållsanalysen beskriven av Wibeck (2000, ss. 87-89). Ett systematiskt tillvägagångssätt är kritiskt vid analys av intervjumaterial. Därför bestämdes redan på förhand ett mönster för hur materialet skulle behandlas. Materialet från de två arbetsgrupperna behandlades skilt från varandra och jämfördes först i diskussionen.

”... det finns inte några bestämda analysmetoder som absolut måste användas, utan varje forskare har frihet att upptäcka, utprova och förbättra metoder på egen hand.” (Wibeck, 2000, s. 87)

SWOT står som tidigare nämnt för styrkor (strengths), svagheter (weaknesses), möjligheter (opportunities) och hot (threats). Uppdelningen används för att identifiera hjälpfulla samt skadliga element av internt och externt ursprung. SWOT tillämpas ofta med hjälp av rutmodeller för att synliggöra de olika påverkande faktorerna. (Van Vliet, 2010)

Figur 3 SWOT analysmall

	Goda faktorer	Skadliga faktorer
Interna egenskaper	Styrkor	Svagheter
Externa egenskaper	Möjligheter	Hot

Vid sökning på Academic Search Elite med sökorden "Qualitative study" AND "interview" AND "SWOT" fick vi 5 träffar. I en av träffarna hade man använt SWOT för att triangulera data från en litteraturstudie samt en intervjudel av samma studie (Busch et al. 2013). I en annan studie hade forskarna gjort separata intervjuer med 17 informanter och en SWOT-analys hade sedan utförts för att sälla ut huvudteman ur intervjuerna (Macpherson et al. 2013). SWOT är en beprövad metod inom företagsvärlden och används framförallt inom strategisk planering, men kan också användas för att utvärdera produkter eller processer. (OK-opintokeskus, u.d.)

Vi ville experimentellt tillämpa SWOT i detta sammanhang. I och med att denna metod blivit använd, dock inte många gånger, på detta sätt ansåg vi att vi kan använda SWOT för analys av det transkriberade intervjumaterialet. Med SWOT får man på ett visuellt sätt uppställt svarsresultaten av intervjuerna. Andra fördelar med SWOT-metoden är att den är lättanvänd, flexibel och kräver lite resurser, dock ger den inte alltid självklara resultat. *Figur 2* visar ett exempel på hur SWOT-metoden kan tillämpas genom en rutmodell. (OK-opintokeskus, u.d.)

9.1 Tillämpning av SWOT

Transkriptbehandlingen började med att olika ämnesdiskussioner separerades från varandra och diskussionerna förenklades till enskilda, sammanfattande meningar. Syftet med sammanfattningen var att få fram kärnan i ämnena som diskuterades. Ämnen som inte innefattades i studiens syfte och frågeställning lämnades bort. De sammanfattande meningarna, huvudmeningarna, skrevs ut och varje enskild mening klipptes ut för att sedan kunna grupperas i SWOT-rutnätet, vilket beskrivs nedan.

Innan själva kategoriseringen skedde definierades de olika rutorna. Inom företagsvärlden står interna egenskaper oftast för sådant som företaget själva kan påverka medan externa egenskaper står för påverkan från den yttre världen (OK-opintokeskus, u.d.). Denna indelning skulle inte tillföra värde i vår analys eftersom den del av processen vi undersökt inte påverkas av någonting utanför sjukhuset och ambulansverksamheten. På grund av detta valde vi att göra en individcentrering. Detta betyder att i vår modell är de interna egenskaperna sådant som man som enskild individ kan åstadkomma och påverka medan de externa egenskaperna är på en organisatorisk och administrativ nivå. Goda faktorer

definierades som positiva och framåtsträvande faktorer och skadliga faktorer som negativa och tillbakahållande faktorer. Från detta utgår alltså styrkor, svagheter, möjligheter och hot i vår SWOT.

De utklippta huvudmeningarna av de olika ämnesdiskussionerna sattes in i SWOT rutmodellen. Varje mening diskuterades genom och tillsammans bestämde vi till vilken ruta alla huvudmeningarna skulle höra. När genomgången av transkripten var klar hade vi 67 huvudmeningar och detta antal ansågs tillräckligt stort för att täcka vårt forskningsområde men samtidigt tillräckligt litet för att vara greppbart. Från de 67 huvudmeningarna utformades sammanhängande stycken, genom att slå ihop de meningar som behandlade samma ämnen, vilka blev grunden för resultat- och diskussionsdelen. För att lättare åskådliggöra resultatet av intervjuerna gjorde vi två SWOT-mallar med ytterligare förenklad text. Slutprodukten var 29 stycken fusionerade och områdesvis avgränsade meningar som vi presenterat bilagor sist i studien. (bilaga 9 och 10).

I diskussionsdelen triangulerades de huvudmeningar vi fått med tidigare forskning och teoretiska referensramen. Innehållsanalysen vi gjort har varit induktiv vilket betyder att vi har dragit slutsatser utgående från analysen vi gjort på det material vi samlat in genom intervjuerna. Ursprungsmaterialet sorterades, kodades och slogs sedan samman i mån av möjlighet. Den induktiva metoden användes för att vi var mest intresserade av erfarenheter och åsikter och ville inte styra deras svar med allt för probleminriktade intervjufrågor. (Hsieh & Shannon, 2005)

10 RESULTAT

Från de intervjusvar vi fått presenteras alla de huvudmeningar som anknyter till studiens syfte och frågeställningar. Resultatet presenteras färdigt uppdelat enligt SWOT-

modellen. De två arbetsgruppernas svar presenteras skilt för sig. Fråga ett i intervjuguiden (Bilaga 8) har inte redogjorts i resultatet eftersom den endast beskrev processen utan att framför någonting nytt. Båda grupperna var lika insatta i hur triageprocessen i praktiken fungerar. Baserat på resultatet sammanställdes som tidigare nämnt två separata och SWOT-mallar för de olika arbetsgrupperna. (Bilaga 9 och 10). I citaten benämns respondenterna med bokstäverna A, B och C samt övriga namn med XX. Bokstäverna är till för att tydliggöra när taltur byter och följer ingen enskild respondent.

10.1 Förstavårdarnas intervju

Styrkor

Förstavårdarna ansåg sig vara mer lämpade än mottagande sjukskötare att utföra triage av ambulanspatienter eftersom de vårdat patienter från första början och därför är mera insatta i situationen.

Rapporteringen till vårdande skötare prioriterades högt och ansågs viktigare än att fylla i andra uppgifter än de obligatoriska fälten i triageprogrammet.

Svagheter

Förstavårdarna var av åsikten att systemet är svårare att använda desto mer sällan man använder det, ett exempel på detta var förstavårdare från landsbygdsstationer eller övriga områden.

En annan svaghet som kom fram var att information om systemet och förändringar i detta ofta kommit som text i ett mail. Detta har lätt inte noterats eller fallit i glömska.

A: ... och om det är något sånt som ska meddelas hit så meddelar de från jourpolikliniken till XX, alltså till förstavårdscentralen och så skickar han vidare hit till XX som sen skickar ut det till oss. Så det far som genom tre förmedlare innan det kommer till oss...

B: ... och så är det kanske inte nån som riktigt orkar göra något, som tar tag i saken till sist...

Möjligheter

Förstavårdarna ansåg att arbetsbördan inte stigit nämnvärt i och med det nya systemets ibruktagande och därtill tyckte alla intervjuade att patientflödet försnabbats. Ett exempel på detta som nämndes är att förstavårdarna bara

behöver ge rapport en gång vilket upplevs fungera bättre och göra processen tydligare. Tack vare det elektroniska triageprogrammet är läkarna nu snabbare medvetna om högriskpatienter som kommit till akuten, detta har medfört att läkare oftare är på plats vid rapportering.

Förstavårdarna anser att de kan säkrare triagera högriskpatienter medan de upplevde större osäkerhet i oklara och icke brådskande situationer. Grunden till detta är bristande kunskap om akutens alla olika vårdprocesser. Triageprogrammets barnflikar ansågs vara en nyttig stödfunktion eftersom barnens vitalparametrar skiljer sig från vuxna.

Förstavårdarna ansåg att skolningstillfällen där man kan utbyta åsikter och förslag skulle vara bra för båda arbetsplatserna.

Förstavårdarna har oftast fått information om man har gjort förändringar i triagesystemet.

Vad gäller logistiken vid jourpolikliniken är förstavårdarna nöjda, den ibland förekommande rusningen vid triagepunkten anses inte vara ett problem eftersom patienterna där är i sådant skick att de kan vänta. Dessutom har sjukhuset möjlighet att öka triagepunkternas mängd vid behov.

Hot

Förstavårdarna har blivit visade hur man använder systemet när de anlant med en patient medan skilda skolningstillfällen inte har hållits för förstavårdarna.

Förstavårdarna har heller inte fått tydlig utbildning i sjukhusets triageklasser, vilka skiljer sig från förstavårdens klassificering.

A: "vi har ju ändå skolningsdagar två gånger i året så då skulle man ju kunna, jag menar man går igenom allt annat, aseptik vid mätning av blodsocker till exempel, så det här skulle man ju lika bra kunna gå igenom istället, vilket kanske är lite mera väsentligt..."

Det största problemet i triageprocessen ansågs av alla vara valet av specialområde. Förstavårdarna har inte tillräcklig kunskap om den fortsatta vården för att kunna göra ett tillförlitligt val i oklara situationer. Förstavårdarna ansåg att de är i behov av mera utbildning och direktiv eftersom dessa är bristfälliga. Förstavårdarna tror att specialområdesvalet ofta går fel och det finns ingen möjlighet att få feedback om så är fallet.

A: *"Det värsta eller svåraste som vi anser är att bestämma till vilken sida lägger man och varför, varför till exempel om det är någon feberpatient som vi skulle behöva lägga till inremedicinska sidan för att de skulle kunna ta blododling, de är sådana saker som vi inte vet..."*

[...]

A: *"Mmm... och sen har de ju sina egna direktiv på vilka patienter som skall vart och varför, som vi inte kan veta om..."*

B: *"Vi tar ju det här lite på känsla vi..."*

[...]

C: *"Ja! Det har ju ingen haft om, de skulle ju faktiskt, eller inte har det ju så stor skillnad för oss ifall vi lägger någon till medicinska sidan så gör vi det och sen för vi patienten till övervaket och så flyttar de patienten i så fall... Men de skulle ju vara enklare för dem... Inte vet jag hur mycket vi lägger fel heller?"*

B: *"Jag tror nog ganska ofta..."*

C: *"Ja..."*

A: *"Det tror jag också"*

Förstavårdarna har fått olika anvisningar angående ifyllandet av triagen, särskilt fritextfältets användning varierar mycket bland användarna. En del av informationen kommer inte åt alla förstavårdare via officiella vägar utan muntligt åt några.

A: *"Ja, och sedan då man skall skriva den där fritexten så har ju bara någon sagt åt vissa att det bara ska vara tre ord, att man bara så kort som möjligt skall skriva. Men dom kopierar ju vissa gånger till exempel hela fritexten man skrivit i triagen. Så det ju såna där saker man inte vet, hur skulle man kunna veta om ingen har berättat?"*

B: *"Nä, jag gör som jag gör och vissa skriver ingenting, de bara lägger den där koden och så vidare..."*

Anvisningar finns vid triagepunkten (Bilaga 2) men dessa borde även finnas tillgängliga annanstans för förstavårdarna. Även en förklaring om varför, och på vilka grunder och inte bara hur triagen görs borde finnas.

Förstavårdarna ansåg att valet av åtgärds kod, det vill säga sjukhusets egna koder för olika åkommor, är svårt. Eftersom åtgärds koderna i ambulansvärlden är annorlunda så det har varit svårt att använda sjukhusets. Ibland upplever förstavårdarna att det inte finns en rätt

kod för en patient eller åkomma.

Flikarna med tilläggsfrågor används sällan eftersom förstavårdarna anser att de inte fått förklarat nyttan med frågorna och eftersom användningen av dessa upplevs ta lång tid vilket tar bort nyttan med systemet.

Förstavårdarna har inte varit delaktiga i utvecklingen av triageprogrammet, de är inte heller säkra på hur de kan ge feedback åt utvecklarna.

10.2 Sjukskötarens intervju

Styrkor

Sjuksköterna var av den åsikten att eftersom förstavårdarna nu är medvetna om att de ska utföra triage vid sjukhuset är de därmed bättre förberedda när de anländer med en patient. Detta betyder att triage och överlämning flyter mycket smidigare med det nya systemet. Sjuksköterna upplever också att förstavårdarna även har börjat lägga mera energi på att presentera en genomtänkt anamnes och mäta vital parametrarna på ett standardiserat sätt. Förstavårdarnas rapportering upplevs som mera saklig och genomtänkt med det nya systemet. Även dokumenteringen som förstavårdarna gör är nu till större nytta för mottagande sjukskötare i dennes egen dokumentering.

A: "Då de kommer så har de blodtrycket mätt, de har pulsen mätt, de har saturationen, de har en tydlig bild av ankomstorsak och de har funderat färdigt kring dessa saker, så på det viset har de en kort och saklig anamnes på patienten, det är inte så diffust och alla vitalfunktioner är tagna. Så var det inte tidigare som du sa så fick man riva det ur dem"

B: "Ja de stod bara R+... mycket R+!"

Sjuksköterna ansåg att förstavårdarnas triage oftast stämmer bra överens med deras. Förstavårdarnas specialområdesval har förbättrats i takt med att förstavårdarnas vana med triagen ökat.

I det stora hela ansåg sjuksköterna att samarbetet med förstavårdarna förbättrats, dialogen och informationsutbytet mellan arbetsgrupperna har blivit mer givande och personlig. Förstavårdarna sköter om och har ansvaret över patienten ända tills det att rapporten är given till vårdande skötare. Detta upplevs som en positiv förändring och har

även lett till att förstavårdarnas arbete nu värdesätts mera av skötarna.

Förstavårdarna frågar överlag lättare om hjälp ifall de är i behov, dock finns det individuella skillnader.

Svagheter

Fritexten som förstavårdarna skriver i triageprogrammet anses många gånger vara för kort och ofullständig. Mera information om händelseförloppet önskas av sjukskötarna.

A: "Det som jag skulle önska är att de skulle göra oftare så att de skulle skriva där i den där rutan (Fritextrutan) där man får... inte att de bara sätter de där två eller tre orden, utan där kan man skriva mera utförlig text bakom triageringsbokstaven. Att de skulle skriva lite mera utförligt vad som har hänt och inte bara med några enstaka ord... för de är ju den som då blir dokumenterad att på vilket sätt det har börjat och som läkarna också läser. Om där då står bara buksmärter så berättar det ju inte så mycket utan man skulle kunna berätta lite mer. Vissa gör det riktigt bra men detta tycker jag man skulle kunna förbättra."

Möjligheter

Med det nya systemet behöver inte triageskötaren närvara vid inskrivningen av ambulanspatienter eftersom förstavårdarna sköter dokumenteringen. Detta har underlättat triageskötarens arbetsbörda.

Eftersom triageprogramansvariga sjukskötaren arbetar vid akuten har sjukskötarna möjlighet att ge direkt feedback angående triage- och patientlogistikprogrammet gällande problem och utvecklingsförslag. Ansvariga finns vid behov som stöd åt sjukskötarna i det dagliga arbetet. Förbättring av programmet sker ständigt och personalen har fått delta i utvecklingen direkt och indirekt. Information om uppdateringar i triageprogrammet meddelas kontinuerligt åt personalen via mail och på avdelningsmöten. Triageringen diskuteras också regelbundet på dessa möten.

Sjukskötarna har alla fått en grundutbildning i användandet av triageprogrammet. Utbildningen är av både praktisk och teoretisk natur. Sjukskötarna anser att triageprogrammet är mycket användarvänligt.

En annan aspekt som diskuterades under intervjun är att ansvaret för triagen nu är delat mellan två arbetsgrupper och detta upplevs vara säkrare.

A: "Och sen har de ju inte ensamt ansvar för triageringen utan också den som tar emot. [...] Så den som tar emot kan ändra om den personen upptäcker något annat eller nya symptom. så oftast går det bra men mänskliga misstag händer, så är det alltid och kommer alltid att vara..."

Patientsäkerheten upplevs ha ökat eftersom det nya systemet möjliggör att man lättare kan hålla koll på patienterna och information ifall anhöriga är närvarande på jourpolikliniken är lättåtkomligt. Patienterna dirigeras nu direkt till rätt plats, även isoleringspatienter förs direkt till sina separata rum.

Sjukskötarna upplever att patientflödet förbättrats märkbart, särskilt när det är mycket "gående" patienter som triageskötaren är fast med att triagera.

Information om problem med dokumentering och handläggning av vissa patientgrupper har gått till räddningsverket och detta har oftast lett till en upplevd förbättring av problemet eller situationen.

Med det nya systemet gör endast en rapportering och då till vårdande skötare och detta upplevs som mycket lyckat, sjukskötarna säger sig ha märkt att förstavårdarna uppskattat detta.

Vid rusningstoppar hamnar förstavårdare ibland köa med patienter, detta anses inte som ett problem av sjukskötarna eftersom de patienter som är akut sjuka förmodligen förhandsanmälda och slipper direkt till vård. "C-" och "D-klass" patienter klarar i allmänhet att vänta så detta upplevs inte som något problem.

Endast en dator används vid inskrivning men vid beredskapshöjning finns flera att ta i bruk. Dagens system känns tryggt enligt sjukskötarna och en av respondenterna hade svårt att förstå hur de klarat sig utan det tidigare.

Hot

Nattetid sköter triageskötaren sekreterarens uppgifter vilket betyder att triageskötaren då arbetar vid två olika triagepunkter på olika ställen och detta betyder att förstavårdare eller "gående" patienter (patienter som kommit till akuten för egen maskin) hamnar vänta om triageskötaren är fast vid andra punkten.

I en diskussion som uppstod så ansåg sjukskötarna att förstavårdarna kanske inte har den expertis som krävs för att alltid välja rätt specialområde för patienterna.

A: "...Vi har ju så mycket "tysta regler" här, så mycket som står mellan raderna att vilken

läkare som skall undersöka i vilket skede och det här kan ju inte ambulansen alltid veta..."
[...]

B: "Men det där är så väldigt personbundet... jag kan inte säga att det skulle vara så överlag utan där är kompetensen väldigt olika..."

Man kom fram till att tydliga instruktioner till förstavårdarna för att göra detta val saknas eller är bristfälliga.

Ett annat faktum som togs upp är att ännu behövs det en sekreterare för inskrivning av patienter i sjukhusets datasystem vid ambulansens triagepunkt. De "gående" patienterna skriver triageskötaren själv in.

10.3 Sammanfattning av resultatet

Resultatet visar att användarna överlag har en positiv bild av förändringen som uppkommit genom implementeringen av det nya triage- och patientlogistiksystemet. Förstavårdarna utför oftast en bra och riktig triage och hela överlämningsprocessen har standardiserats och försnabbats på samma gång som patientsäkerheten upplevs ha höjts. Arbetsbördan har minskat för triageskötarna medan den inte stigit nämnvärt för akutvårdarna. Som de största problemen ses utbildningen och tillgången till direktiv för förstavårdarna. Förstavårdarna har blivit visade hur man fyller i triagen men inte alltid vad och varför man fyller i viss information. Direktiv för specialområdesval och ifyllning av fritextfältet är det som eftertraktas mest och nämns i båda arbetsgrupperna. Förstavårdarna önskar bättre möjligheter till feedback angående ifyllningen av triagen för att kunna förbättras.

11 DISKUSSION

Syftet med denna studie är att kartlägga förstavårdarnas och jourpoliklinik personalens åsikter om och erfarenheter av det nya elektroniska triagesystemets funktion. Vi anser att syftet har förverkligats och att vi genom frågeställningen och intervjuerna fått en djupare inblick i ämnet och att avsikten med studien uppfyllts. Vi har också fått en bild av hur systemet påverkat patientflödet på jourpolikliniken. I diskussionen jämförs forskningsfrågorna med teoretiska referensramen, tidigare forskning och resultatet. Genom denna syntes vill vi styrka de resultat vi fått av respondenterna. Genom våra två

fokusgruppintervjuer har vi fått svar på forskningsfrågorna. Genom hela studien har vi haft ett öppet och induktivt arbetssätt trots våra tidigare arbetserfarenheter. Diskussionen är uppdelad enligt forskningsfrågorna. Själva triagen och processen behandlas separat och arbetsgruppernas åsikter jämförs med varandra.

11.1 Triage

Sjukhuset använder en standardiserad 5-stegsmodell i sitt triageprogram. Användarna upplever att systemet är lättanvänt och triageringen inte upplevs vara en börda. Enligt både Funderburke (2008) och Gloster (2011) ger ett lättanvänt elektroniskt system där man kan skriva in ankomstorsak och vitalparametrar en mer konsekvent triagering genom att stöda användaren i beslutsfattandet. Dessutom borde det vara lätt att dela samt uppdatera information om patienterna. VCS system uppfyller dessa kriterier. Man har genom detta system försökt standardisera triageringen. Målet har varit att effektivera triagen utan att påverka patientsäkerheten negativt.

Abad-Grau et al. (2008) kommer fram till att system med många variabler och allt för styrd triage har påvisat tvivelaktig noggrannhet. Särskilt förstavårdarna ansåg att tilläggsflikarna var röriga och tidskrävande. Detta stöds därmed av tidigare forskning.

Förstavårdarna ansåg sig mer lämpade att utföra triageringen på grund av att de vårdat patienten från början. Dock upplevde förstavårdarna en större osäkerhet för triageringen av icke brådskande patienter. Sjukskötarna upplevde att båda parternas triagering oftast stämde bra överens. Enligt Jönsson & Frilund (2013) är förstavårdarna överlag sämre än sjukskötarna när det kommer till triage. Dock stämmer förstavårdarnas uppfattning över att de bättre klarar av att triagera akut sjuka patienter.

Funderburke (2008) och Gloster (2011) poängterar vikten av triageutbildning. Det krävs också kompetens och som tidigare nämnts rekommenderar Emergency Nurse Association (ENA) att den som utför triage skall vara utexaminerad sjukskötare och ha minst 6 månaders arbetserfarenhet från jourpolikliniken. Dessa krav fylls inte vid VCS eftersom många av förstavårdarna inte arbetat på jourpoliklinik och alla har inte sjukskötarbehörighet. Att kontinuerlig utbildning saknas är en stor nackdel, speciellt för förstavårdarna. Alla har informerats om grunderna i triagesystemet men få av förstavårdarna har en djupare förståelse och de önskar mera utbildning i ämnet. Många av de äldre sjukskötarna har fått en extensiv utbildning i triage.

11.2 Processen

Överlag anses processen fungera bra enligt båda parterna. Tack vare detta system så undviks onödiga steg i vårdprocessen. Också arbetsbördan för jourpoliklinikens triageskötare har minskat märkbart. Detta är i enlighet med Ishkawas 4M och Lean. (Chiarini, 2013) Direktiv och informationsanvisningar finns till förfogande vid triagepunkten. Separata utbildningstillfällen för förstavårdarna har inte hållits. Enda situationen när förstavårdarna bekantat sig med direktiven är när de haft en patient med sig. Detta anser vi att inte är ett optimalt inlärningsstillfälle. Största skillnaden mellan förstavårdare och sjukskötare är mängden och kvaliteten på utbildningen av systemet i fråga.

Enligt Meisel et al. (2015) är ett av problemen med standardisering att hitta rätt diagnos i de förvalda menyerna. Alla åkommor kan inte kategoriseras och detta tog även förstavårdarna upp i intervjun. De åtgärds-koder som används vid VCS är allmänt använda och dessa kan man inte ändra på.

I Meisel et al. studie ville deltagarna ha en feedbackmöjlighet mellan arbetsgrupperna. Samma önskan ses bland de förstavårdare som intervjuades i denna studie. Feedback är också ett hjälpmedel för processeffektivering enligt Lean-principen.

Ett problem som båda parterna uppmärksammade var valet av specialområde. Detta styrs av de direktiv sjukhuset har för olika patientgrupper. Dessa direktiv finns inte tillgängliga för förstavårdspersonalen. Detta tog också en av sjuksköterna upp i intervjun och kallade detta för "tysta regler". Varken förstavårdare eller sjukskötare har tillgång till skriftliga anvisningar angående detta, vilket vi anser är ett problem och en patientsäkerhetsfråga. Denna del av triageprocessen har tydligt inte analyserats enligt Lean av administrationen. Detta är ett problem som definitivt borde åtgärdas. Med tydliga direktiv skulle valet förenklas och patientsäkerheten ökas. Detta stöds också i Funderburkes och Glosters studier. Det råder redan en "Kaizen anda" bland användarna och förhoppningen är att utveckling sker även på detta område. Det borde ordnas mera utbildning för val av specialområde, detta begärde också förstavårdarna. Även Holden (2011) poängterar utbildningens vikt som ett verktyg inom Lean.

I triageprogrammet finns ett fritextfält där det är meningen att man skall fylla i viktig och mer specifik information om sjukdomsförloppet. Förstavårdarna saknar klara direktiv för

hur detta skall fyllas i. Ett problem är att olika utbildare har gett olika instruktioner. Sjuksköterna önskar ett mera utförligt och standardiserat svar.

Båda parterna är överens om att förflyttningen till sängplatser förbättrats vilket är en märkbar förbättring sen Lean implementeringen.

Det framkom i intervjuerna att läkare nu lättare har tillgång till förstavårdarnas uppgifter och att de mer ofta är på plats vid överlämning av patient. Detta diskuteras även i Yong et al. studie och man kom fram till att det näst intill alltid fanns viktig information i förstavårdens skriftliga blankett. Dock visades denna blankett bara hälften av gångerna till läkare. Man antog att detta berodde på att förstavårdens blankett var det enda som inte var elektroniskt. Triagesystemet vid VCS har förmodligen medfört att en större del av förstavårdarnas information faktiskt når läkarna.

11.3 Sammanfattning

Meningen med denna studie var att få en insikt i och åsikter om det nya triagesystemet och hur detta har påverkat patientflödet och arbetsprocessen. Vårt mål var inte att komma med konkreta utvecklingsförslag, utan poängtera fördelar och nackdelar i processen.

Överlag upplevs triageprocessen vid VCS jourpoliklinik vara fungerande och effektiv samt ha en gynnsam påverkan på patientsäkerheten, patientflödet och samarbetet mellan yrkesgrupperna. Daugaard Kristensen et al. (2011) har gjort en djupare analys av hela patientlogistikprogrammet och i den kommer man fram till samma positiva aspekter av systemimplementeringen som framkommit i våra intervjuer. De största problemen vid VCS gäller bristen på direktiv och inskolningen för förstavårdarna. Systemet är användarvänligt och utbildning i användning finns men anvisningarna för framför allt specialområdesvalet och fritextfältet är bristfälliga. För att förstavårdarna skall ha större möjligheter att utvecklas behövs ett fungerande utbyte av feedback.

Vår förhoppning är att dessa problemområden uppmärksammas och att nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra dessa aspekter. Studien är en kartläggning av situationen vid VCS jourpoliklinik och för att kunna utforska möjligheten om implementering av detta system på andra ställen behövs en kvantitativ studie för att få fram statistik.

12 KRITISK GRANSKNING

Med kritisk granskning menas att man förhåller sig kritiskt till det material man har samlat in och sedan analyserat. (Jacobsen, 2007) Vi kommer i detta kapitel göra en bedömning av resultatets giltighet och om validiteten och reliabiliteten säkerställts. Validitet är en granskning av vad som mäts medan reliabilitet är pålitligheten vid en mätning. Validitet indelas i intern och extern validitet. Intern validitet beskriver riktigheten av det resultat/fenomen man undersökt. ”Ju fler som är överens, desto större är sannolikheten för att den är riktig” (Jacobsen 2007, s. 157). Man kan också granska de slutsatser man själva kommit fram till i sin studie med andra forskares slutsatser. Med en sådan jämförelse kan man påstå att validiteten styrkts, dock betyder inte detta att den egna slutsatsen eller undersökningen är sann. (Jacobsen, 2007 ss. 158-159)

Med extern validitet eller överförbarhet menas i vilken utsträckning man kan generalisera resultatet från ett fåtal enheter till övriga som inte undersökts. En kvalitativ metod har dock inte som syfte att generalisera utan målet man strävar till med denna typ av studie är att få en djupare uppfattning och förståelse i olika fenomen. (Jacobsen, 2007)

Reliabiliteten i studien kan påverkas av olika stimuli både på undersökaren och informanterna. Det viktigt att kunna erkänna ifall man märker att t.ex. undersökningsmetoden kan ha haft en inverkan på resultatet. (Jacobsen 2007, ss.169-170)

I den kritiska granskningen har vi valt att systematiskt följa forskningsprocessen och granska alla de delmoment i studien. Syftet och frågeställningarna anser vi motsvarar inriktningen på ämnet vi undersökt. Vi anser också att Lean och standardisering var en god bas för studien och har fungerat som en röd tråd genom processen vid sjukhuset och detta arbete. Vi har haft nytta av alla våra tidigare forskningar. Fastän de behandlar olika områden har vi lyckats sammanknyta dem i denna studie. Forskningssökningen var tillräckligt omfattande för att få fram de mest relevanta artiklarna. Största delen av denna process är inte noterad i slutprodukten.

Både designen och metoden är uppställda enligt ansedda metodikers läror. Dessa har varit tydliga och välanpassade till vårt syfte. Eftersom forskningsområdet är snävt och nytt var

ett kvalitativt angreppssätt det mest lämpliga. Eftersom vår ämneskunskap är begränsad så passade en halvöppen intervju bra.

Nästa steg är granskningen av intervjun. Första granskningen görs mot valet av enheter. Informanternas duglighet att ge rätt information är också viktigt att granska. Är det som personen berättar förstahandskällor, till exempel vad denne upplevt, eller är det andrahandskällor, till exempel vad personen i fråga hört av andra personer. Därför är det mycket viktigt att de personer man intervjuar har goda kunskaper och erfarenheter av det fenomen man beskriver. (Jacobsen, 2007)

Informanternas vilja att ge korrekt information spelar också en stor roll. Därför behöver man hålla sig kritisk till sanningen bakom den information som ges och därför behöver forskaren alltid bedöma ifall personen eller personerna har ett motiv eller intresse för att inte ge ut riktig information. Man skall också komma ihåg att informationen kan ändra ifall det finns andra personer på plats. För att få en stor intern validitet är det bra att använda sig av flera källor som är oberoende av varandra och har skilda intressen. Detta är bra för att hitta olikheter mellan dessa källor. Kvaliteten av de olika källorna behöver också komma fram i forskningen. (Jacobsen, 2007)

Informanterna valdes ut slumpmässigt av respektive grupps förman. Vi har endast styrt valet genom att välja svenska som intervjuspråk. Eftersom båda inhemska språken är jämnstarka anser vi inte att detta val påverkat validiteten av studien. Eftersom vi använde oss av två separata arbetsgrupper har vi fått en mer objektiv blick av processen. Alla respondenter är vana användare av triageprogrammet och därför lämpade att delta i undersökningen. Respondenternas låga antal (3+3) påverkar överförbarheten. Detta betyder att resultatet inte kan generaliseras till andra enheter, vilket inte heller är meningen.

Jacobsen beskriver i sin bok om olika effekter som kan påverka informanterna i en kvalitativ studie. Den första effekten han beskriver är undersökareffekten. Denna effekt är inte möjlig att kontrollera helt. Eftersom denna effekt har påverkan på informanterna genom t.ex. forskarens kroppsspråk, beteende, klädsel, intresse och sinnesstämning. Informanterna kan dessutom uppträda på ett onaturligt sätt på grund av att de blir iakttagna vid intervju tillfället. Dessa faktorer kan påverka resultatet. Om dock två

intervjuare kommer fram till identiska resultat kan man oftast förmoda att slutsatsen går att lita på (Jacobsen 2007, ss. 170-171).

Den andra effekten som beskrivs är kontexteffekten. Med detta menas effekten som uppstår beroende på var intervjun utförs, alltså är platsen naturlig eller onaturlig (Jacobsen 2007 s.171). Ett exempel på en naturlig plats är informantens arbetsplats, eftersom denne ofta befinner sig där. Detta är en bra plats för att inte informantens beteende skall påverkas. Man behöver också vara i en lugn miljö och ha gott om tid med så få störande moment som möjligt. Att informanterna får bekanta sig med frågorna på förhand och att man har en bestämd tid då intervjun utförs passar bra ifall man vill få synpunkter som är väl genomtänkta. Det är viktigt att man skapar tillit, att samspelet mellan de olika parterna fungerar bra och att man i efterhand kan reflektera över hur de olika kontexterna kan ha påverkat resultatet. (Jacobsen 2007, ss. 171-172)

Eftersom respondenterna kände varandra och intervjuerna utfördes på respektive grupps arbetsplats var stämningen avslappnad. Till en början upplevdes intervjusituationen som nervös på grund av inspelningen och undersökareffekten. Stämningen lättade dock snabbt. Undersökarna försökte inge en lättsam stämning och samtidigt förehålla sig neutrala till undersökningsämnet. Vi har ytterst begränsad erfarenhet av intervjusituationer och detta kan ha haft en inverkan på reliabiliteten. Vi följde intervjuguiden så noga som möjligt för att få intervjuerna standardiserade. Förstavårdarnas intervju utfördes efter ett 24 timmars skift. Respondenterna var trötta men lyckades hålla fokus och delta aktivt i diskussionen. Båda yrkesgrupperna hade möjlighet att bekanta sig med intervjufrågorna på förhand. Dock hade inte alla gjort detta vilket kan ha haft en negativ effekt på reliabiliteten i studien.

Analysfasen granskas därefter och där man bedömer kategorierna, berättelserna och metaforerna ifall dessa återspeglar slutgiltig data. En fara som kan påverka tillförlitligheten på forskningen är slarv vid analysen och nedtecknandet av data. (Jacobsen 2007, s.172) Därför är det mycket bra att, så som i vår forskning, använda sig av en ljudbandspelar under intervjun. Detta gör att undersökarens intresse finns i intervjun och inte i nedtecknandet av data. Det väsentligaste med ljudinspelning är att data som samlats in finns tillgängligt för utomstående personer som kan kontrollera resultatet. (Jacobsen 2007, s.173) Rådata är en mycket viktig del av den kvalitativa

undersökningsmetoden. När det sedan kommer till analysen är det mycket bra att utnyttja olika citat från intervjun. Problemet här är om man använt adekvata citat. Detta kan lösas med att en undersökare som är helt neutral går igenom det en gång till och väljer ut de citat denne anser vara väsentliga. (Jacobsen 2007, ss. 173-174) Tack vare bandningen av intervjuerna kunde fokus sättas på att följa med och moderera diskussionen. Ett par gånger blev intervjuledaren tvungen att styra diskussionen i rätt riktning. All insamlad data transkriberades och granskades av den andra skribenten för att undvika slarv. Valet av SWOT som analysmetod gjordes för att experimentellt tillämpa den och den verkade lättanvänd. Vi blev tvungna att modifiera SWOT-modellen för att kunna tillämpas i vårt arbete. Vi kan inte bedöma om detta påverkat reliabiliteten negativt. Det transkriberade materialet sammanfattades till huvudmeningar som var grunden för resultatframställningen. Huvudmeningarna skapades utgående från vår uppfattning av vad respondenterna sagt. Det är inte säkert att vi alltid uppfattat situationen rätt. I resultatdelen valdes citat ut enligt hur relevanta vi upplevde dem vara. En utomstående person har läst genom de utvalda citaten för att bekräfta deras relevans.

Vi anser att vi i diskussionen lyckades triangulera syftet med hjälp av resultatet, tidigare forskning samt teoretiska referensramen. Eftersom denna process är ny för oss kan vi inte bedöma ifall något utelämnats eller fått för liten prioritet.

Forskningsetiken har tagits i beaktande genom hela forskningsprocessen och anonymitet har säkerställts och ansökningsloven har gjorts på ett korrekt sätt. Vi har strävat efter noggrannhet och ärlighet genom hela studien.

13 SLUTSATSER

Vi har fått svar på forskningsfrågorna och kan konstatera att triageringen med det nya systemet upplevs i det stora hela fungera bra. Likaså upplevs triageprocessen ha

effektiverats för båda arbetsgrupperna. De fördelar och brister som upptäckts avhandlas ingående i resultat- och diskussionskapitlen. Effektiveringen av patientflödet och den upplevda höjda patientsäkerheten ses som de främsta tillgångarna medan tillgång till direktiv, utbildning samt möjlighet till feedback är i störst behov av utveckling.

Vi anser att VCS kommer ha nytta av de synpunkter vi lyft fram i denna studie i den fortsatta processutvecklingen. Systemet är redan nu välfungerande men vi tror att genom att beakta och åtgärda de brister vi här uppmärksammat kommer man få en mer standardiserad triageprocess och samtidigt ännu höja patientsäkerheten och nöjdheten bland användarna.

Vi har undersökt det vi från början avsåg att undersöka och vi har fått ett resultat. Vår studie är kvalitativ och för att få validerat denna process krävs statistisk forskning. Kvalitativ forskning som behandlar korrektheten av triageklass, patientens väntetider och skötarnas tidsanvändning vid triagering skulle med förmån kunna utföras.

LITTERATURFÖRTECKNING

Abad-Grau, M. M., Ierache, J., Cervino, C., & Sebastiani, P. (2008). Evolution and challenges in the design of computational systems for triage assistance. *Journal of Biomedical Informatics*, 432-441.

- Arcada. (2014). Hämtat från Arcada: https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf den 12 12 2015
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Studentlitteratur.
- Busch, V., Van Stel, H. F., De Leeuw, J. R., Melhuish, E., & Schrijvers, A. J. (2013). Multidisciplinary integrated Parent and Child Centres in Amsterdam: a qualitative study. *International Journal of Integrated Care*, 1-10.
- Carlsson, B. (1990). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag.
- Chiarini, A. (2013). *Lean Organization: from the Tools of the Toyota Production System to Lean Office*. Bologna, Italien: Springer .
- Daugaard Kristensen, S., Rønsholdt Hansen, S., & Kjeldsen, G. (2011). *Demonstration project at Emergency Department, Regional Hospital of Horsens & Brædstrup IT support as a means to improve efficiency and quality of patient treatment*. Cetrea.
- Funderburke, P. (2008). Exploring Best Practice for Triage. *Journal of Emergency Nursing*, 180-183.
- Gloster, G. L. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 49-56.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Holden, R. J. (2011). Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review. *The Practice of Emergency Medicine*, 265-278.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik - Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Health Research*, 1277-1288.

- Jacobsen, D. I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring - Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Danmark: Studentlitteratur.
- Jönsson, K., & Fridlund, B. (2013). A comparison of adherence to correctly documented triage level of critically ill patients between emergency department and the ambulance service nurses. *International Emergency Nursing*, 204-209.
- Karolinska Institutet. (den 15 1 2016). Hämtat från Karolinska Institutet: http://mesh.kib.ki.se/swemesh/show.swemesh-tree.cfm?Mesh_No=E01.370.600.875&tool=karolinska den 20 1 2016
- Macpherson, M. M., Macarthur, L., Jadan, P., Glassman, L., Bouzubar, F. F., Hamdan, E., & Landry, M. D. (2013). A SWOT Analysis of the Physiotherapy Profession in Kuwait. *Physiotherapy Research International*, 37-46.
- Meisel, Z. F., Shea, J. A., Peacock, N. J., Dickinson, E. T., Paciotti, B., Bhatia, R., . . . Cannuscio, C. C. (2015). Optimizing the Patient Handoff Between Emergency Medical Services and the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 310-316.
- OK-opintokeskus. (u.d.). *Swot-analyysi*. Hämtat från OK-opintokeskus: <http://ok-opintokeskus.fi/node/125> den 22 11 2015
- Suomen Virveverkko Oy. (u.d.). *Asiakkaat*. Hämtat från Virveverkko: <http://www.virveverkko.fi/sv/virveverkko/kunder/> den 1 11 2015
- THL. (den 26 08 2014). *Terveysten ja Hyvinvoinnin Laitos*. Hämtat från <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus> den 22 11 2015
- Van Vliet, V. (den 15 11 2010). *SWOT Analysis*. Hämtat från ToolsHero: <http://www.toolshero.com/swot-analysis>
- Vasa Centralsjukhus. (2014). *Verksamhets och ekonomiplan 2015-2018*. Hämtat från https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnontiedostot/forvaltning_hallinto/verksamhets--och-ekonomiplan-2015-2018.pdf den 19 9 2015

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper - Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.

Yong, G., Dent, A. W., & Weiland, T. J. (2008). Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine Australasia*, 149-155.

BILAGOR

Bilaga 1

Sammanställning av sökning av tidigare forskning

Science Direct

Exploring Best Practice for Triage

Sökord: triage AND Electronic. Begränsat >2004

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.arcada.fi:2048/science/article/pii/S0099176707006836>

A comparison of adherence to correctly documented triage level of critically ill patients between emergency department and the ambulance service nurses

Sökord: Triage AND Ambulance AND ED. Begränsat >2012

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.arcada.fi:2048/science/article/pii/S1755599X12000894>

Optimizing the Patient Handoff Between Emergency Medical Services and the Emergency Department

Sökord: Triage AND Paramedic AND ED AND Handoff. Begränsat >2012

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.arcada.fi:2048/science/article/pii/S0196064414005976>

Lean Thinking in Emergency Departments: A Critical Review

Sökord: Emergency Department AND Lean. Begränsat >2008

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.arcada.fi:2048/science/article/pii/S0196064410013223>

Evolution and challenges in the design of computational systems for triage assistance

Sökord: Triage AND Computer system. Begränsat >2004

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.arcada.fi:2048/science/article/pii/S1532046408000130>

Ebsco

An overview of triage in the emergency department.

Sökord: Triage AND Emergency Department. Begränsat heltext och >2004

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=4&sid=b46f6b5a-30fa-45bc-a1b8-e2e85f8176c5%40sessionmgr112&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=67716020&db=afh>

Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions.

Sökord: Triage AND Emergency Department AND Ambulance. Begränsat heltext och >2004

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=17&sid=76ed9f60-659c-4dc3-afc5-41ed78b8db2b%40sessionmgr4004&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=31439253>

Bilaga 2

Anvisningar för Triage

- Klicka på **Cetrea Anywhere** ikonen för att öppna programmet.

- **Käyttäjätunnus: xxxxxxxx**
- **Salasana: xxxxxxxx**

- **Välj från listan Saapuvat potilaat.**
- **Klicka på patientens namn**
- **Klicka på Tehtävät -> Tänään, symbolerna till höger, klicka i mitten på paketet -> Hoitopaketti -> Aloituspaketti -> OK ->OK**
(*veckosluten kl. 12.00-22.00 fråga skötaren om det blir till 3-päivystäjän Aloituspaketti*)

- **Klicka Triage stället gråa ?-markeringen.**
- **Fyll i mätta vitalvärden ?-frågeteckenlådor**
- **Sök vid behov olika symptom från symptomlistan på vänster sida TA**
(*öppna från pilen nere ->)*)
- **Klicka OK**
- **Skriv tilläggsuppgifter om patienten i rutan som öppnar sig. -> klicka OK**

- **Skriv Tulosyy (kort med 1-2 ord, max. en mening) -> OK**

- **Välj Erikoisala (Sisätaudit, Kirurgia, Lastentaudit eller Yleislääketiede).**

- **Flytta patienten till en ledig plats med pilen till höger ->**

- **Välj den vårdplats patienten behöver. A-Käytävä, Valv 1, Valv 2, jne Eris-tyshuone 1, tms.**
(*endast lediga plats syns*)

Ropa med **Virve** till vilken plats patienten flyttas.

För patienten till platsen du väljer. -> **Ge rapport.**

-19.09.2014 Mika

puh 4316-

Bilaga 3

TRIAGE VAASAN KESKUSSAIRAALASSA

Aikuispotilaiden Triage:

- Aikuispotilaiden triage tehdään vastaanottohoitajan / Ambulanssin ensihoitajan toimesta, heti potilaan saapuessa päivystykseen.
- Aikuispotilaiden triagen tekemisen helpottamiseksi olemme kehittäneet oirelistauksen (**liite 2**) lisäksi ns Triage-työkalun (**liite 3**) johon syöttämällä potilaalta mitatut vitaaliarvot, ohjelma antaa automaattisesti triagen. (aikuisten vitaaliarvot **liite 4**)

Lapsipotilaiden Triage:

- Lapsipotilaiden triagen tekemiseen on VKS:n lastenlääkärit kehittäneet oman triage-taulukon ikäryhmittäin vitaaliarvoineen ja oireineen. (**liite 5**) (seloste **liite 6**)
- Tämä lasten triage-taulukko lienee ainoa laatuaan Suomessa.
- Helpottaa PALJON lasten triagen tekemisessä, kun vitaalitkin määritelty ikäryhmittäin.

Ensihoitajien tekemä Triage:

- Ambulanssin ensihoitajat tekevät/kirjaavat/valitsevat potilaslogistiikkaohjelmassa potilaalle Triagen, tulosityn, erikoisalan ja potilaan hoitopaikan päivystyksessä, kun sihteeri/triage-hoitaja on ensin potilaan ns sisäänkirjannut potilashallintojärjestelmään (Oberon). (Ohje **liite 7**)
- Tämä nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä kun ei tarvitse enää odottaa triage-hoitajaa paikalle.
- Myös ensihoitohenkilöstö tuntee/tietää potilaan tilanteen paremmin, jolloin triagen tekeminen on heiltä helpompaa ja sen vuoksi tehty triage on luotettavampi.

Potilaslogistiikkaohjelma:

- Potilaslogistiikkaohjelma CCL/Anywherium joka VKS:n päivystyksessä on otettu käyttöön 12.12.13 ja nyt 01.10.14 uudessa yhteispäivystyksessä on mahdollistanut tämän sähköisen triagen tekemisen.
- Ilman logistiikkaohjelmaa olisimme edelleen pelkästään manuaalisen triage-ohjeen ja hoitajien oman kokemuksen varassa.
- Nyt potilaslogistiikkaohjelmasta löytyvät triage-ohjeet ja vitaalitaulukot auttavat/tukevat triage-hoitajaa/ensihoitajaa tekemään oikean triagen. (**liite 8**)
- Potilaslogistiikkaohjelma mahdollistaa myös muiden luokitusten/pisteysten käytön.

- Lainaus Systematicin Kaisa Lemmetyn lähettämästä sähköpostista:

”Columna Clinical Logistics Anywhere mahdollistaa triagen käytön osana potilaan hoidon tarpeen arviointia. Triage työkalu tarjoaa eri potilasryhmille suunnitellut pohjat erilaisten vitaaliarvojen tallentamiseen ja näiden pohjalta sovellus ehdottaa triage luokkaa, jonka käyttäjä hyväksyy tai muokkaa. Triage luokittelu tallentuu järjestelmään ja historia tieto on näytettävissä.

Triage sovellus on geneerinen ja konfiguroitavissa käyttäjien tarpeiden mukaan. Triage taulukot on mahdollista tehdä erilaisten luokitustenja/tai mallien pohjalle. Esimerkiksi Emergency Severity Index, Early Warning Score, Trauma scoring ja Manchester malleja on käytetty. Tanskassa on myös käytössä triage malli (DEPT 2.0 model). Myös muita luokituksia on mahdollista käyttää triage sovelluksen konfigurointiin.”

Lisätietoja triagen tekemisestä ja triage-taulukoista allekirjoittaneelta.

Mika.Kangasmaki@vshp.fi

Aikuisten vaitaalitaulukosta päivystyksen ylilääkäri Hannu Paloniemeltä.
Hannu.Paloniemi@vshp.fi
Lasten triage-taulukosta Lastenlääkäri Olli Turtalta. Olli.Turta@vshp.fi

Mika Kangasmäki
Sairaanhoitaja
VKS Päivystys
puh 06-2134316

Triage på barnpatienter vid Akuten

Bilaga 4

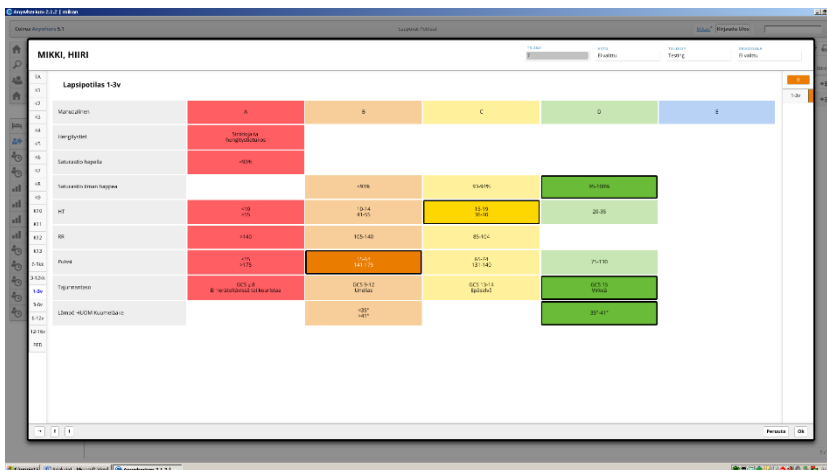
På barn som är i dåligt skick görs förhandsanmälan från ambulansen som vanligt och då görs triagen av mottagnings-skötaren. I övriga fall görs barntriagen enligt följande:

Öppna triageverktyget

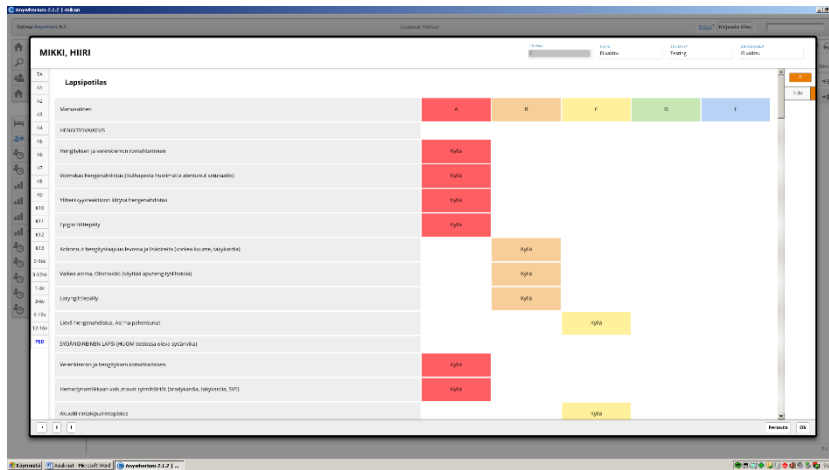


Välj rätt triagebotten från den vänstra balken enligt barnets ålder.
(Barnets vitala värden införs ej den vuxnes triagetabell)

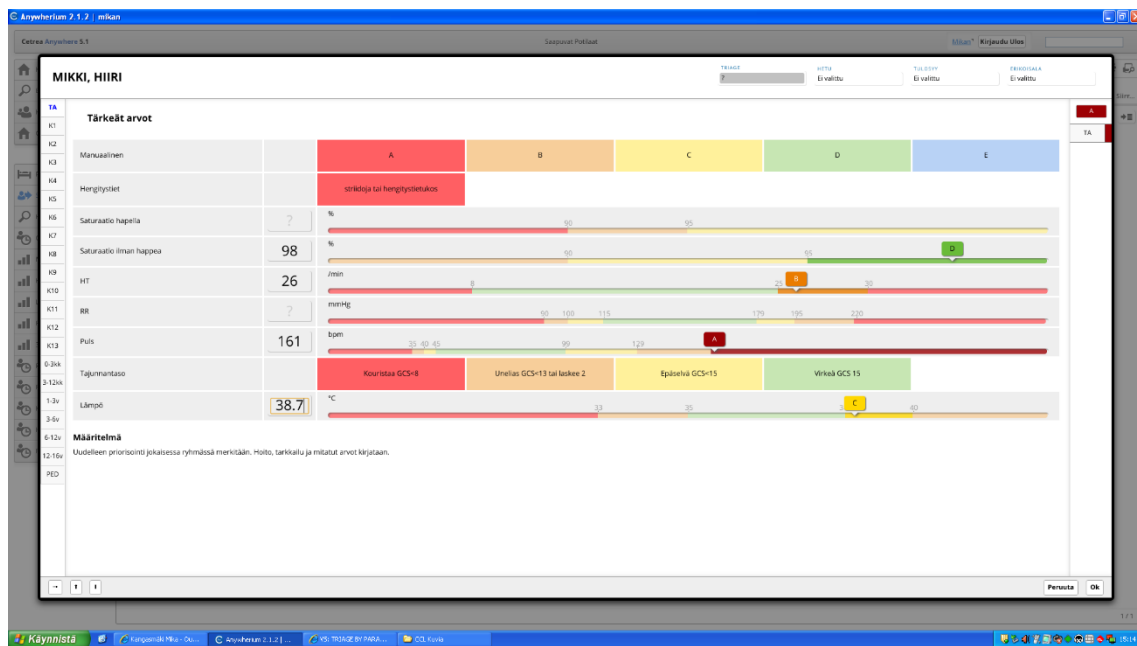
Fyll i barnets vitala parametrar genom att klicka på rätt box.



Välj PED längst ner i den vänstra balken



**Välj barnets symptom och klicka på motsvarande triage (listan kan skrollas neråt)
Klicka Ok (Om passande symptom inte finns på listan, klicka Ok)**



Lapsipotilaiden triageluokittelun pohjana on käytetty useita lähteitä. Anywherium-ohjelmaan sisällytetty lasten triageluokittelu pohjautuu muodollisesti VKS:ssa jo aiemmin käyttöön tulleeseen aikuispotilaiden triagejärjestelmään, jossa triageluokka voidaan määrittellä joko vitaaliarvojen tai suoraan sairaudenmerkkien/-oireiden perusteella. Sama luokittelumalli säilytettiin lasten kohdalla, ja triageluokat määriteltiin viisiportaisesti (A-B-C-D-E) eri ikäryhmille.

Vitaaliarvojen normaaliarvot eri ikäisille lapsille on kerätty, yhdistetty ja muokattu valtakunnallisiin ja paikallisiin päivystysoppaisiin (Duodecim, Tyks, Karolinska, NIH) perustuen. Yksittäisten sairauksien, sairaudenmerkkien ja oireiden perusteella tehtävää luokittelua on muokattu VKS:n aiemmasta kirjallisesta ohjeistuksesta, ja sen muokkauksen apuna ja teoreettisena pohjana on käytetty kansainvälisiä triage-luokitteluja ja -ohjeistuksia (Manchester Triage System, ESI, OLCHC, Skåne Region Triagehandbok).

Lapsipotilaiden triage tehdään kaikille lapsipotilaille yhtenäisellä tavalla. Triagehoitajan tekemä 'ensitriage' määrittää nopeasti mitattavissa olevien vitaaliarvojen (saturaatio, lämpö, pulssi, tajunnantaso) ja erillisten oireiden perusteella. Myös triagehoitajan kliinisen kokemuksen perusteella tekemä arvio on edelleen kiistattoman tärkeä.

Triageluokan ja hoidon kiireellisyyden määrittely lasten kohdalla ei voi perustua ainoastaan näihin vitaaliarvojen kertamittauksiin, koska etenkin kuumeisten lasten kohdalla syketason ja verenpaineen luotettavuus ei ole tällöin riittävä. **Lapsipotilaiden kohdalla korostuukin voimakkaasti sairaanhoitajan tekemä uusi arvio, 'kakkos-triage'**; tällöin vitaaliarvot mitataan uudelleen luotettavasti ja rauhallisessa tilanteessa mittaustilanteesta johtuvien virheiden välttämiseksi. Lähtökohtaisesti A-triageluokan potilaat kuuluvat erikoissairaanhoidon ja D-triageluokan potilaat perusterveydenhuoltoon, kun taas B- ja C-triageluokan potilaita voi olla sekä esh:n että pth:n hoidettavana.

Ensimmäisten kahden kuukauden kokemukset triagetyökalun käytöstä ovat myönteisiä, mutta toiminnan optimoimiseksi tarvitaan jatkoseurantaa ja -arviointia. Alkuvaiheen tavoitteena on ollut potilaiden hoidon kiireellisyyden aliarvioimisen välttäminen. Etenkin potilailla, joilla hoito on arvioitu kiireelliseksi syke- tai verenpaineen perusteella, triagetyökalu vaikuttaa ennemminkin yliarvioivan hoidon kiireellisyyden tason.

22.12.2014 Lastenlääkäri Olli Turta

20 / 1 2016

Hakemuksen täyttöpäivä

Anomuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Vaasan sairaanhoitopiirissä tehtäviä ammatti-korkeakoulujen opinnäytetöitä varten". Hakemukseen liitetään tutkimussuunnitelma aineistonkeruulomakkeineen ja saatekirjeineen (empiirinen tutkimus) tai työsuunnitelma (toiminnallinen opinnäytetyö).

Opiskelija	
Alexander Pähls Nimi	Daniel Holmstedt Nimi
Rautalampivägen 5 C 26 0409642647 pahlskar@arcada.fi Osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoite	Romgatan 5 C 148 0407573554 holmsted@arcada.fi Osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoite
Opiskelupaikka	
<input type="checkbox"/> NOVIA <input type="checkbox"/> VAMK <input checked="" type="checkbox"/> Muu AMK	
Koulutusohjelma: Utbildningsprogrammet inom akutvård, ARCADA	

Opinnäytetyö

Opinnäytetyön nimi: Prehospitala patienters triageprocess vid Vasa Centralsjukhus
jourpoliklinik - En processinriktad intervjustudie

Detta arbete undersöker triageprocessen av ambulanspatienter vid VCS jourmottagning. Studien grundar sig i lean thinking och process strömlinjeförning, vilket ingår i VCS ekonomi och verksamhetsplan år 2015-2018. Studien avser kartlägga triageprocessen genom gruppintervjuer med jourpoliklinikens personal samt ambulansens personal vid Österbottens Räddningsverk. Orsaken till studien är att för lite över ett år sedan togs ett elektroniskt triagesystem i bruk vid VCS jourpkl. Detta system används inte på andra ställen i Finland. Detta gör att ämnet är aktuellt och intressant i ett nationellt perspektiv. Kartläggningens mål är att belysa de positiva och potentiellt negativa aspekterna av det nya systemet för att ge VCS medel att kunna vidareutveckla denna process. Som teoretisk referensram för examensarbetet används lean-thinking.

Opinnäytetyön ohjaajat oppilaitoksessa

Heikki Paakkonen
Nimi

Paakkonh@arcada.fi, 0207 699 588

Puhelinnumero, sähköpostiosoite

yhteisesti sovittu opiskelijan ja ohjaajan välillä

20/ 01 2016

Yhteyshenkilö Pohjanmaan Pelastuslaitoksessa

Tom Smedlund
Nimi

Tom.smedlund@vasasa.fi, 040 021 8666

Puhelinnumero, sähköpostiosoite

yhteisesti sovittu opiskelijan ja yhteyshenkilön kanssa

23 / 1 / 2016

Yhteyshenkilö Vaasan keskussairaalassa

Nimi: Marjo-Riitta Himanen

Yksikkö: Primärvårdsenheten

Puhelinnumero, sähköpostiosoite 06-213 1303

Päätös

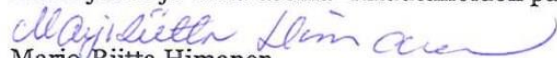


- Opinnäytetyön lupa myönnetty anomuksen mukaan
- Opinnäytetyön lupa hylätty
- Opinnäytetyön luvan myöntäminen vaatii:
- Vaasan keskussairaala -nimen saa mainita opinnäytetyössä
- Vaasan keskussairaala -nimeä ei saa mainita opinnäytetyössä

AKUT ylihoitaja
Päätöksentekijä § 2/2016

8 / 2 2016
Päivämäärä

Allekirjoitus ja virka-asema Akuutinhoidon palvelualueen johtaja/ylihoitaja


Marjo-Riitta Himanen
Nimenselvennys

LIITTEET

- Tutkimussuunnitelma liitteinen (mm. kyselyn saatekirje) 34 sivua (sivumäärä yhteensä).

Jourpoliklinikens intervju

1. Ge en kort beskrivning av hur triageringsprocessen av en prehospital patient fungerar?
 - Hur har det nya triageringssystemet påverkat er arbetsprocess jämfört med det tidigare?
 - Vilka positiva och/eller negativa upplevelser har ni av systemet?
2. Vilka upplevelser har ni av utvecklingen och skolningen av systemet?
 - Brister i skolningen? Utvecklingsalternativ?
 - Har arbetstagarna haft möjlighet att ge feedback om systemet?
 - Har det gjorts modifieringar i systemet sedan det togs i bruk och har ni varit medvetna om eventuella förändringar?
 - Hur mycket har personalen varit involverade i utvecklingen av systemet?
3. Hur har samarbetet mellan jourpoliklinikens och räddningsverkets personal fungerat? (Processen)
 - Har förstavårdspersonalens triagering varit tillfredsställande?
 - Hur har rapporteringen påverkats?
 - Finns det skillnader mellan förstavårdens och sjukskötarens triagering?
 - Om problem: Praktiska exempel...
4. Hur har systemet påverkat patientflödet?
 - Beskriv de positiva och/eller negativa effekternas orsak(er)
 - Tidsanvändning?
 - Stockning vid triagepunkten?
5. Vilken inverkan har systemet haft på arbetsbördan?
 - Beskriv hur systemet påverkat arbetet?
6. Vilka praktiska stöd funktioner har systemet tillfört till arbetet?
 - Tillägsfrågorna och barnflikarnas användning?
 - Användarvänlighet av dessa?
 - Finns det andra funktioner med systemet?

Förstavårdarnas intervju

1. Beskriv hur ni upplever triageringsprocessen av en prehospital patient fungerar?
 - Hur har det nya triageringssystemet påverkat er arbetsprocess jämfört med det tidigare?
 - Vilka positiva och/eller negativa upplevelser har ni av systemet?
2. Vilka upplevelser har ni av utvecklingen och skolningen av systemet?
 - Brister i skolningen? Utvecklingsalternativ?
 - Har arbetstagarna haft möjlighet att ge feedback om systemet?
 - Har det gjorts modifieringar i systemet sedan det togs i bruk och har ni varit medvetna om eventuella förändringar?
 - Hur mycket har personalen varit involverade i utvecklingen av systemet?
3. Hur har samarbetet mellan jourpoliklinikens och räddningsverkets personal fungerat? (Processen)
 - Vilka upplevelser har ni av att utföra triageringen?
 - Hur har rapporteringen påverkats?
 - Tror ni det finns skillnader mellan förstavårdens och sjukskötarens triagering?
 - Problemsituationer, praktiska exempel?
4. Hur har systemet påverkat patientflödet?
 - Beskriv de positiva och/eller negativa effekternas orsak(er)
 - Tidsanvändning?
 - Flödet vid triageringspunkten?
5. Vilken inverkan har systemet haft på arbetsbördan?
 - Beskriv hur systemet påverkat arbetet?
6. Vilka praktiska stöd funktioner har systemet tillfört till arbetet?
 - Tillägsfrågorna och barnflikarnas användning?
 - Användarvänlighet av dessa?
 - Apparatur, utrymmen och tillgänglighet

Sjukskötarens SWOT

<p>Styrkor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Förstavårdarna bättre förberedda vid ankomst <input type="checkbox"/> Triage samt överlämning utförs smidigt <input type="checkbox"/> Förstavårdarnas arbete mera standardiserat <input type="checkbox"/> Förstavårdarna lämpliga att utföra triage <input type="checkbox"/> Förbättrad relation och samarbete mellanparterna. 	<p>Svagheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ifyllning av fritextfältet.
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Triage-skötarens arbetsbörda minskat <input type="checkbox"/> Sjuksköterna har möjlighet till att ge utvecklingsförslag och feedback, effektivt informationsutbyte <input type="checkbox"/> Kontinuerlig förbättring av triageprogrammet <input type="checkbox"/> Sjuksköterna fått god skolning i triageprogrammet. <input type="checkbox"/> Ökad patientsäkerhet <input type="checkbox"/> Patienflödet för snabbats <input type="checkbox"/> Möjlighet till beredskapshöjning. 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ännu behov av sekreterare vid ambulansens triagepunkt <input type="checkbox"/> Ingen sekreterare nattetid <input type="checkbox"/> Direktiv för specialområdesval fattas.

Förstavårdarnas SWOT

<p>Styrkor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lämpade att utföra triage <input type="checkbox"/> Rapporteringen prioriterad. 	<p>Svagheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Upplevelsen av triageprocessen fast i användningsgraden <input type="checkbox"/> Tillräckligt med energi sätts inte på att bekanta sig med med systemförändringar.
<p>Möjligheter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbetsbördan inte stigit <input type="checkbox"/> Försnabbat patientflöde <input type="checkbox"/> Efterfrågan på vidare utbildning finns <input type="checkbox"/> Barnflikarna anses nyttiga. 	<p>Hot</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bristande och oenhetlig inskolning <input type="checkbox"/> Specialområdesvalsdirektiv saknas <input type="checkbox"/> Osäker tillgång till feedback <input type="checkbox"/> Ibland svårt att välja åtgärdskod <input type="checkbox"/> Tilläggsfrågeflikarna icke uppskattade