**Bacheloroppgave**

Prosjekt utland, fagartikkel

**Sykepleierens utførelse av triage i et akuttmottak i Nepal**

(Nurse’s Practise of Triage in an Emergency Room in Nepal)

Kandidatnummer: 10168

Antall ord: 4872

# Sammendrag

**Innledning:**

Opphopning av pasienter er en økende utfordring i akuttmottak verden over. For å unngå dette er det viktig med en god pasientflyt. Triage ha en positiv effekt på å redusere denne opphopningen av pasienter. Spesielt under mottak av mange pasienter på en gang er er triage viktig. Det er mange yrkesgrupper som jobber i akuttmottaket, men sykepleieren er ofte den første pasienten møter. Hensikten med prosjektet er å belyse hvordan sykepleierne utfører triage i et akuttmottak i Nepal og hva som påvirker avgjørelsene deres.

**Metode:**

Data er innhentet gjennom semistrukturert intervju av to sykepleiere ved et akuttmottak i Nepal. Det ble også gjort ustrukturerte observasjoner over en periode på fem dager i samme akuttmottak. Dataene er analysert ut ifra meningsbærende enheter som la grunnlag for kategoriene i resultatdelen. I tillegg til intervju og observasjoner er det også gjennomført en litteraturstudie.

**Resultat:**

Det er flere faktorer som påvirker triageringen av pasientene: triagesystem, klinisk blikk, sykepleierens erfaring og ytre faktorer. Sykepleierne er viktige i triagen i Nepal, men mente det ideelt sett skulle vært leger som triagerer pasientene. Legene hadde kortere rotasjoner innom akuttmottaket. Under mottak av masseskade hadde sykepleieren det overordnede ansvaret for triage

**Konklusjon:**

Klinisk erfaring har positiv påvirkning på triageferdighetene til helsepersonell. Dette gjør at sykepleierne er viktig i triage fordi de utgjør en viktig kontinuitet i akuttmottaket. Sykepleierne i Nepal virket ikke å ha forståelse for viktigheten av sin kompetanse og erfaring i akuttmottaket.

# Abstract

**Introduction:**

Emergency department (ED) crowding is an increasing challenge worldwide. To avoid this, it is important with a good flow of patients through the emergency room. Effective triage has a positive effect on reducing ED crowding. Triage is especially important when a lot of patients are presented to the ED at the same time. There are many health professions working in the emergency room. When contacting the ED, the patients usually meets a nurse first. The purpose of the project is to show how the nurses perform triage in an emergency room in Nepal and what factors that are influencing their decisions.

**Method:**

Data were obtained through two semi-structural interviews by two nurses in an emergency department in Nepal. Unstructured observations were also made over a five-day period in the same emergency Department. The data were then analyzed based on meaningful entities, which made the foundation for the categories found in the results part. In addition to interviews and observations, a literature study was also conducted.

**Result:**

In addition to the triage system there are several factors that affect the triage of patients amongst them Clinical intuition, the nurse’s experience, as well as a variety of external factors. The nurses were important in the triage of patients in Nepal. Still they thought that the triage of patients ideally should have been done by doctors.

**Conclusion:**

Clinical experience has a positive impact on triage skills. This means that nurses are important in triage as they often constitute an important continuity in the emergency room. The nurses in Nepal did not seem to understand the importance of their expertise and experience in the emergency room.

# 1.0 Introduksjon

Akuttmottaket er ofte en av de travleste avdelingene ved et sykehus (1). Over hele verden er opphopning av pasienter i akuttmottak en økende utfordring (2). Da er det viktig å vurdere hvilke pasienter som har behov for legetilsyn og behandling først. Dette gjøres ofte ved hjelp av triagering (3). Triage kommer fra det franske ordet trier, som betyr å sortere (4). Det antas at triage først ble tatt i bruk av en fransk kirurg under napoleonstiden på slutten av 1700 tallet (5). Triagering ble opprinnelig brukt i krigssettinger, men det har etterhvert blitt utviklet en rekke ulike triagesystemer til intrahospital bruk i akuttmottak (5). Felles for de ulike systemene er at det er et hjelpemiddel for å vurdere en pasients kliniske tilstand og i hvilken grad det haster med helsehjelp. De fleste triagesystemene baserer seg på en kombinasjon av symptomer og vitale parametere som bevissthetsnivå, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, blodtrykk og puls (6). Min personlige interesse for akuttmedisin og triage oppstod under førstegangstjenesten som sanitetssoldat. Etter året i Forsvaret begynte jeg på sykepleierutdanningen med et mål om å en gang jobbe innen akuttmedisin. Gjennom emnet «valgfri praksis utland» fikk jeg muligheten til å gjennomføre praksis ved et sykehus i Nepal. En del av dette emnet er å skrive prosjektbachelor med utgangspunkt i datasamling fra sykehuset der praksisen ble gjennomført. Grunnet min interesse for akuttmedisin valgte jeg derfor å skrive om triage i akuttmottaket.

Konsekvensene av opphopning av pasienter i akuttmottaket er mange. Blant annet fører det til lenger tid før legetilsyn og behandling av pasienten (7). Opphopning av pasienter i akuttmottaket er en utfordring også i Nepal. Her kan man se lange køer ved inngangen til akuttmottaket (8). I boken legevaktsarbeid av Holm og Hundskår (9) beskriver de triagesystem som et «klinisk risikostyrings og prioriteringssystem for å styre pasientflyt når behovene og etterspørselen overstiger kapasiteten» (9, s. 151-152). Over hele verden er triage en sykepleieroppgave(6,10–14). Det er vist at å ta i bruk et triagesystem gjør det lettere å identifisere de mest alvorlig syke pasientene (11,13). Det er gjort en rekke studier på hvilke faktorer som påvirker sykepleierens triageferdigheter. Det er bred enighet om at kunnskap og erfaring har en positiv påvirkning på ferdighetene (15–19). Ytre faktorer kan også påvirke sykepleiernes triage (13).

Min problemstilling er som følger: «Hvordan utfører sykepleiere ved et akuttmottak i Nepal triage?» Både konkret hvordan triage gjøres men også hvorfor sykepleiere er egnet i triage, samt hva som påvirker avgjørelsenes deres. Jeg har valgt å avgrense til triagering av pasienter over 16 år. Yngre pasienter triageres etter pediatriskalaer (6).

# 2.0 Metode

Oppgaven er basert på semistrukturerte intervju, observasjoner og litteraturstudie. Formålet med oppgaven er å gi innsikt i sykepleierens utførelse triagering av pasienter og hva som påvirker avgjørelsene deres. Det var ønskelig med dybdekunnskap om hvordan intervjuobjektene så på sin rolle. Dermed ble det ansett som hensiktsmessig å benytte seg av kvalitativ metode (21, s. 65)

## 2.1 Utvalg og informanter

Grunnet begrensninger fra sykehusets etiske komite ble det kun gjennomført to semistrukturelle intervjuer. Inklusjonskriteriene var at informantene måtte ha utdannelse som sykepleier, minimum ett års erfaring fra akuttmottaket samt gjennomgått triagekurs. Eksklusjonskriterier var sykepleiere med for dårlige engelskferdigheter.

## 2.2 Intervju

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervju med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuet av informantene fant sted på et bakrom i akuttmottaket. Det var ikke ønskelig å ta ansatte ut fra akuttmottaket da det var høy tilstrømming av pasienter og lav bemanning. Intervjuet ble fortløpende nedskrevet av en medstudent. Det ble ikke tatt taleopptak, da det manglet godkjenning for dette både fra Norge og sykehuset lokalt i Nepal.

## 2.3 Observasjon

Det ble etter muntlig samtykke gjennomført ustrukturerte observasjoner over en periode på fem dager i akuttmottaket. Ingen pasientdata eller triagekategori ble nedskrevet da dette ansees som å være utenfor oppgavens problemstilling. Observasjonene er nedskrevet i en loggbok etter ustrukturert metode.

## 2.4 Analyse:

Intervjuene ble transkribert og deretter lest en rekke ganger for å indentifisere meningsbærende enheter. Disse la grunnlaget for kategoriene i resultatdelen. (21) s. 92. Observasjonene ble plassert under kategoriene. Relevante sitater ble oversatt til norsk og presenteres i resultatdelen.

## 2.5 Litteraturstudie

Det ble i perioden 22.04.2020 – 10.05.2020 gjennomført strukturerte søk i databasen Medline (tabell 1). I samme periode ble det også gjennomført en rekke håndsøk i Google Scholar med søkeord som «ED crowding», «patient flow», «triage», «role of nurses», «low income countries», «ED Nurse», «Nepal», «emergency department». I bibliografien til en rekke av studiene ble primærlitteraturen det var henvist til gjennomgått. Relevante artikler publisert etter 2010 er inkludert i oppgaven.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Database | Dato | Søk | Søkeord | Avgrensing | Antall treff | Valgte artikler |
| MEDLINE | 10.05.2020 | S1 | Taiwan |  | 36818 | 2 |
| S2 | Nepal |  | 8044 |
| S3 | Asia/southeastern |  | 824749 |
| S4 | Bangladesh |  | 10812 |
| S5 | Low income countries/developing countries |  | 74424 |
| S6 | S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR s5 |  | 877323 |
| S7 | Triage |  | 11497 |
| S8 | Nurse/nurses |  | 205057 |
| S9 | Nursing |  | 252010 |
| S10 | implementation |  | 245383 |
| S11 | S8 OR S9 |  | 392822 |
| S12 | S6 AND S7 AND S10 AND S11 |  | 9 |

*Tabell 1*

## 2.6 Kontekst og setting

Republikken Nepal er et lite land i Sør-Asia. I 2018 var innbyggertallet 29,4 millioner (21). Omtrent 80% er hinduer (22). Nepal har tradisjonelt sett hatt et kastesystem bestående av fire kaster. I tillegg til disse kastene er det en gruppe som kalles daliter, kjent som de kasteløse eller uberørbare(23). Negativ diskriminering på bakgrunn av kaste ble ulovlig i 1963, men det forekommer fremdeles (23). Nepal er et lavinntekts land(24) og rangert som nummer 147 av 189 land På FN sin Human Development Index (25). Det var i 2015 to kraftige jordskjelv som gjorde store skader på bygninger og infrastruktur (26). WHO sin world health statistics rapport fra 2019 viser at lege-innbygger ratioen i Nepal er lav. De har 6,5 lege og 26,9 sykepleier per 10 000 innbygger (27). WHO anbefaler en lege per 1000 innbygger (28). Til sammenlikning har Norge 181,2 sykepleier per 10 000 innbygger (27) og her snakkes det om sykepleiemangel (29). Mange av landets innbyggere har liten eller ingen tilgang på helsevesen, selv om man ser en økning i utkantmedisin gjennom «outreach senters»(30). Pasientene søker ofte hjelp sent grunnet lang reisevei og en generell lav kunnskap om helse i befolkningen(31). De fleste kommer til sykehuset i taxi, privatbil eller med buss, da de ikke har råd til, eller tilgang på ambulanse. Dermed har pasientene som regel ikke fått prehospital behandling (6,32).

Sykehuset der min praksisperiode ble gjennomført, er et ikke statlig og «non- profit» sykehus med omtrentlig 300 senger. Det dekker et stort geografisk område. Omkring 2 millioner innbyggere sogner til sykehuset. På hver vakt er akuttmottaket er bemannet med to sykepleiere samt en «paramedic», noen «medical officers», noen «interns» og sykepleierstudenter og to overleger. På kveld og natt, er ikke studenter eller overleger på vakt. Pasientene blir sjeldent meldt inn på forhånd. Akuttmottaket er svært presset med en høy tilstrømming av pasienter, lav bemanning og lite ressurser.

## 2.7 Etiske overveielser

Det er mange sykepleiere ansatt i akuttmottaket ved sykehuset. Informantenes uttalelser kan ikke spores tilbake til informanten selv. Dette fordi det kun var kvinnelige sykepleiere ansatt på akuttmottaket, samt at engelskferdighetene er gjennomsnittlig lave. Det ble av den etiske komiteen ved sykehuset gitt tillatelse til å intervjue to sykepleiere. Samtykke til intervju og observasjon ble innhentet muntlig. Informantene fikk forklart at deltakelsen var frivillig og at intervjuene og observasjonene ville bli anonymisert. Det ble også informert om at oppgaven ikke skal publiseres.

# 3.0 Resultat

# To sykepleiere med mellom 1.-10 års erfaring i akuttmottaket ble intervjuet om hvordan de jobbet med triagering og hva de vektla i sin prioritering av pasientene. Det ble gitt tillatelse til å ta bilde av triageoversikten som står oppslått på veggen i akuttmottaket. Oversikten er oversatt til norsk i tabellen under.

|  |  |
| --- | --- |
| **Rød kategori – behandling umiddelbart** | **Oransje kategori- behandling innen 20 minutter** |
| * Ufri luftvei / puster ikke * Pågående krampeanfall * Bevisstløs / nedsatt bevissthet * Hjerteinfarkt * Brannskade i ansiktet * Kjemisk inhalasjon * Brystsmerter hvor det mistenkes hjertesykdom * Uttalt smerte forårsaket av hva som helst * Multitraume * Hypertensiv krise * Stor pågående blødning som forårsaker sjokk | * Pust: akutt kortpustet, KOLS – alvorlig pustevansker * Brystsmerter hvor det ikke mistenkes hjertesykdom * Hoster blod * Kaster opp blod * Brannskader: >20% eller sirkulær eller elektrisk * Truet ekstremitet, åpen fraktur * Ekstremitet ute av ledd. (ikke fingre eller tær) * Graviditet med traume eller abdominal smerter * PV blødning * Krampeanfall, i postictal stadium (koma og tretthetsfase) * Forgiftning/overdose * Mistenkt slag * Uttalt smerte, abdominal smerter |
| **Gul kategori- behandling innen 1 time** | **Grønn kategori – behandling innen 4 timer** |
| * Kontrollert blødning * Moderate smerter * Vedvarende oppkast * Vepsestikk | Kilde: Bilde tatt av veggen i akuttmottaket og oversatt til norsk |

*Tabell 2*

## 3.1 Akuttmottakets utforming og typiske pasientforløp

Akuttmottaket består av ett triage rom og et rødt-, gult- og grønt rom. I utgangspunktet skal pasientene triageres i triagerommet og deretter flyttes til riktig rom for sin triagekategori. Begge informantene opplyser at triage blir gjennomført i dette triagerommet. Jeg observerte at triageringen som oftest ble gjennomført i det gule rommet. Når det gule rommet var fult, ble de mest stabile pasientene forflyttet til det grønne rommet. Under mottak av mange skadde fra en bussulykke ble det satt opp et triageområde utenfor akuttmottaket. Så fremt pasienten ikke var hardt skadet skulle alle pasientene triageres og registreres ute før de fikk gå inn i akuttmottaket. Figuren fremstiller min observasjon av et vanlig pasientforløp gjennom akuttmottaket.

Pasient ankommer i bil, ambulanse eller buss til akuttmottaket

Førsteinntrykk basert på klinisk blikk. Alvorlige tilstander går rett til rødt rom. Oftest sykepleier som møter pasienten først

Det tas vitalia og Det spørres om hovedplage. Dersom få pasienter: Triage i gult rom. Masseskade: ofte triage utenfor akuttmottakets inngang.

Gjennomføres og ledes oftest av sykepleier

Legetilsyn så fort som det er mulig og innenfor kravene til triagescoren.

Lege forordner undersøkelser og medisiner

Pårørende må betale depositum til betalingskontoret før pasienten legges inn i datasystemet. Pårørende kjøper også en «startpakke» med utstyr.

Sykepleier utfører undersøkelser som kan gjøres i akuttmottaket. Pårørende følger pasient til bildeundersøkelser og kjøper medisiner.

Sykepleier følger opp pasienten videre og følger med på om tilstanden forverres eller bedres

Pasienten får tilsyn av lege fra aktuell avdeling det vurderes at pasienten evt. skal innlegges.

Pasientens legges inn eller skrives ut.

**Typisk pasientforløp i akuttmottaket**

*Figur 1*

## 3.2 Sykepleierens rolle i triage

Som det kommer frem av figur 1 er det sykepleieren pasienten møter først. De tar vitale parametere og spør om pasientens hovedplage. Ut ifra dette får pasienten en triagekategori. På spørsmål om sykepleierens rolle i triage svarte begge informantene at de synes det mest ideelle hadde vært om legene triagerte, fordi de har mer utdanning. Samtidig påpekte de at legene som regel ikke har tid. Jeg observerte at legene var opptatt med å gjennomføre en rekke andre undersøkelser. Informantene fortalte at de siste årene har det blir undervist om triage på sykepleierutdanningen. De fortalte også at det blir gjennomført internundervisning i triage for de ansatte i akuttmottaket. De mener det er riktig at de triagerer når legene ikke har tid. De fleste av legene var interns eller medical officers. Det vil si medisinstudenter på sitt siste studieår eller helt nyutdannede, med en begrenset klinisk erfaring. Informantene fortalte at det er en høy utskifting av interns og medical offisers grunnet deres rotasjon mellom sykehusets ulike avdelinger. Jeg observerte at sykepleierne som hadde erfaring opptrådde rolig og arbeidet effektivt. De virket å ha en overordnet oversikt over det meste som skjedde i akuttmottaket. Dette var tydelig i akutte situasjoner eller når det kom mange pasienter til akuttmottaket på en gang.

## 3.3 Sykepleierens rolle i triage under masseskade

Under min praksisperiode ble det meldt inn en bussulykke med 40 skadde. Umiddelbart gikk sykepleierne i gang med å forberede utstyr til å motta pasienter. Det ble satt opp et triageområde bemannet av en sykepleier og noen sykepleierstudenter. Sykepleierstudentene tok vitale parametere og noterte dette i pasientens journal. Det var sykepleieren som hadde det overordnede ansvaret for triageringen. Sykepleieren fikk se de vitale parameterne og stilte deretter pasienten noen spørsmål. Basert på dette fikk pasienten en triagekategori. Triagekategorien ble sammen med navn, fødselsdato og pårørende ble registrert i en bok for å kunne holde oversikt over alle pasienter. Sykepleierstudentene så ut til å støtte seg mye på den erfarne sykepleieren under triagering av pasientene.

En av pasientene ble fraktet til akuttmottaket på båre i en ambulanse og så ut til å være hardt skadd. Før pasienten ble trillet inn i akuttmottaket henvendte legene og annet helsepersonell seg til den triageansvarlige sykepleieren. De ønsket å høre hennes bedømmelse av triagekategori. Triage var en tydelig prioritert oppgave og det var sykepleieren som hadde det overordnede ansvaret, i tillegg til oversikten over samtlige pasienter. Da pasientstrømmen til akuttmottaket avtok, sjekket sykepleieren at alle pasientene i akuttmottaket var registrert. Det ble også gjort en retriage. Dersom en pasients tilstand hadde endret seg ble pasienten flyttet til riktig rom ut ifra den nye triagekategorien.

## 3.4 Hva påvirker sykepleierens triagering?

#### 3.4.1 Pasientens sosioøkonomiske status, kaste og tidligere sykdomshistorie

«Når pasienten kommer til akuttmottaket tar vi vitale parametere og spør om hovedårsaken til at de har kommet til sykehuset. Vi spør aldri om kaste eller religion. Vi behandler heller ikke de med alkoholavhengighet eller selvmordsforsøk annerledes enn andre pasienter» (Informant 1)

Det kom mange pasienter med alkoholavhengighet til akuttmottaket med komplikasjoner som levercirrhose og hepatisk encefalopati. De fleste av disse pasientene hadde med seg pårørende. Ut ifra hva jeg kunne observerte ble de triagert og behandlet som de øvrige pasientene. Dersom en hjemløs uten pårørende kom, var det imidlertid annerledes. Et utdrag fra min loggbok beskriver dette:

«En eim av gammel urin er det første som slår mot meg idet jeg går inn dørene til akuttmottaket. I en seng i det grønne rommet ligger det en mann. Ved første øyekast ser pasienten livløs ut. Jeg går nærmere og ser at han heldigvis puster og kjenner at det her urinlukten stammer fra. Jeg forsøker å finne ut hvem denne mannen er og hvorfor han er innlagt, men jeg finner ingen mappe med journal og innkomstnotat i. Jeg forhører meg litt rundt og blir fortalt; «han er hjemløs, de får ikke papirer»

#### 3.4.2 Erfaring og klinisk blikk

Som det kommer frem av tabell 2 er det enn rekke tilstander som tilsier at pasienten skal triageres til rød kategori.

«Utover de tilstandene som kommer frem av tabellen, triagerer jeg pasienter der jeg personlig synes det ser ut til at tilstanden er alvorlig ut som røde og de havner rett i sjokkrommet. Dersom det viser seg etter undersøkelser at det ikke er så alvorlig som først antatt triagerer vi pasienten til et lavere nivå.» (Informant 2)

Sykepleieren med lang erfaring fremstod trygge i avgjørelsene sine. Informant 2 fortalte: «Jeg synes jeg lettere kan se på en pasient om tilstanden er dårlig nå enn hva jeg gjorde da jeg var helt nyutdannet. Nå kjenner jeg igjen mange tilstander som jeg overså før jeg fikk mye klinisk erfaring»

#### 3.4.3 Pårørende

Enkelte ganger var det utfordrende å komme seg rundt i akuttmottaket grunnet mange pårørende. Jeg observerte at sykepleierne ofte ble avbrutt under arbeidet sitt fordi pårørende til andre pasienter hadde spørsmål. Informantene ble spurt om hvordan de håndter en situasjon hvor pårørende er uenige i triagekategorien pasienten har fått. Begge synes dette var krevende. Samtidig påpekte informant 2 at hun hadde forståelse for at pårørende ønsker det beste for sine nærmeste. Informant 1 sa:«Vi kan ikke la pårørendes mening påvirke hvilken triagekategori pasienten får, vi må forholde oss til triagesystemet og vår egne kliniske oppfatning».

#### 3.4.4 Prehospital behandling

Jeg ble fortalt at de færreste har råd til å betale for ambulanse og at pasientene derfor som regel ikke har fått prehospital behandling. De fleste pasientene ble transportert til sykehuset i personbiler eller taxi. Dette i kombinasjon med lang reisevei til sykehuset gjorde at mange pasienter var klinisk dårlige ved ankomst i akuttmottaket.

#### 3.4.5 Mangel på utstyr og lav bemanning

En utfordring jeg observerte var at de hadde svært lite utstyr til å ta vitale parametere. I hele akuttmottaket var det kun to pulsoksymetere som kunne brukes utenfor det røde rommet. Disse var slitte og brukte lang tid på å gi et resultat. Også blodtrykksmansjetter var det lite av. Dette medførte at sykepleierne brukte tid på å vente på at utstyr skulle bli tilgjengelig. I tillegg til utstyrsmangel er det krevende å få triagert alle pasientene ved en masseskade fordi bemanningen i akuttmottaket ofte er lav. I en slik situasjon er de ofte avhengige av hjelp fra andre avdelinger. Det var sykepleierens oppgave å ringe og spørre om bistand fra andre avdelinger ved masseskade. På natt er det lav bemanning også ved de andre avdelingene og dermed krevende å få hjelp.

#### 3.4.6 Kulturelle faktorer

Pasientene ønsket ofte ikke kle av seg. Mange manuelle blodtrykksmålinger ble tatt over tykke flecegensere og dunjakker. Grunnen til dette er jeg usikker på, men jeg ble fortalt at det tar lang tid å forklare pasienten viktigheten av for eksempel EKG eller blodtrykk. Min observasjon var at sykepleierne var flinkest til å gjøre et forsøk på å skjerme pasientene med skjermbrett under prosedyrene. Det virket også som sykepleierne i større grad enn andre profesjoner tok seg tiden til å forklare pasienten viktigheten av å gjennomføre prosedyren.

# 4.0 Diskusjon

I Forsvaret ble vi som sanitetssoldater, med rødt kors på armen, opplært til å prioritere behandling av skadde soldater etter skadens alvorlighetsgrad. Dette betyr at dersom en soldat fra egen styrke er skadet, men en fiendtlig soldat er mer skadet, skal fienden behandles først. På sengepostene opplevde jeg et tydelig stigma knyttet til enkelte pasientgrupper, blant annet pasienter med alkoholavhengighet og de som hadde forsøkt å begå selvmord. Dette gjorde det interessant å undersøke om det er andre faktorer som påvirker triagekategori enn kun pasientens kliniske tilstand. Det var også spennende å se hva som var sykepleierens rolle i triageringen av pasientene og hvordan de så på seg selv i denne rollen.

## 4.1 Hvorfor triage

I Hasni et al. (14) sin «kvasieksperimentelle studie» fra 2019, ble det sett på effekten av å implementere et triagesystem i et akuttmottak i Oman. Tiden fra pasienten ankom akuttmottaket til triage samt tiden fra triage til legetilsyn ble undersøkt. 187 pasienter før og 102 pasienter etter implementeringen ble inkludert i studien. Konklusjonen var at triagesystemet bidro til en bedre pasientflyt i akuttmottaket og dermed redusert pasientopphopning. Det var spesielt for de sykeste pasientene man så en nedgang i tiden fra ankomst til legetilsyn (14). Ved tilstander som sepsis, hjerneslag og hjerteinfarkt og en rekke andre tilstander er det avgjørende med tidlig behandling for å bedre prognosene og redusere senkomplikasjoner (33–35).

Det er ønskelig med kort tid fra ankomst til det blir satt en triagekategori (14). Chen et al. (15) sin tverrsnittstudie fra Taiwan i 2010 fant at det for korrekt og effektiv behandling av pasienter er avgjørende at de også blir kategorisert riktig. Dersom en pasient får en lavere triagegrad enn tilstanden tilsier, kan dette i verste fall få fatale konsekvenser. Det er heller ikke bra dersom man gir en for høy triagegrad. Gjør man det vil for mange pasienter med feilaktig høy grad fortrenge pasienter som virkelig trenger øyeblikkelig hjelp.

I to medisinstudenters hovedoppgave fra 2016 er implementering av triageverktøy ved et sykehus i Nepal beskrevet (6). Dette er et sykehus med omtrentlig like mange senger som sykehuset jeg gjennomførte min praksis. En rekke andre likheter gjør de to sykehusene sammenliknbare. De fleste sykepleierne i akuttmottaket mener implementeringen av et triagesystem har gjort akuttmottaket mer effektivt. De opplevde også en forbedring av arbeidsprestasjonene sine. Det gjøres som oftest en hastegradsvurdering basert på vitale parametere og pasientens hovedplage. Selv om de vitale parameterne tilsier en viss hastegrad ender pasienten ofte opp med en høyere prioritering. Dette er fordi sykepleierens kliniske oppfatning tilsier dette. Den største effekten av triagesystem ser en når det er en stor mengde pasienter på en gang, slik som under jordskjelvene i Nepal i 2015. Det er også til stor hjelp under store trafikkulykker med mange skadde som den jeg observerte. Av tallene i studien ser man at registering av triagekategori er betydelig lavere på natt og kveld grunnet lavere bemanning (6).

## 4.2 Sykepleierens rolle i Triage

Å finne forskning på sykepleierens rolle i triage har, for meg, vært utfordrende. De fleste artiklene omtaler at det er vanlig med sykepleiere i triage verden over (9,11,12,14,16,17). I en tverrsnitts studie av Basnet et al.(36) fra et akuttmottak i Nepal fra 2012 så man på tid fra ankomst til legetilsyn for pasienter i en gitt kategori. Det er ønskelig at pasienter i denne kategorien skal bli sett til av lege innen 10 minutter. Studien konkluderer med at sykepleierledet triage kan bidra til at man lykkes med legetilsyn og behandling av pasienten innen riktig tid, men at det er nødvendig med trening og tilstrekkelig utstyr.

Sykepleierens rolle i triage i akuttmottaket i Nepal var å gi pasienten en triagekategori basert på vitale parametere, hovedplage og klinisk oppfatning. Det var under mottak av mange pasienter på en gang jeg oppfattet sykepleieren sin rolle i triage som absolutt viktigst.

Enkelte studier peker på at effektiviteten i akuttmottaket økes dersom man har triageteam med sykepleiere, men ledet av leger (37,38). Samtidig er sykepleiere en del av triageteamet og har dermed fremdeles en viktig rolle i triage, selv om sykepleierens rolle i et slikt team vil være noe mindre selvstendig.

## 4.3 Sykepleierens kontinuitet og erfaring

I Kleiveland sin masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap fra 2014, beskrives sykepleierens ansvar og rolle i et akuttmottak i Norge (16). Her trekkes det frem viktigheten av sykepleiernes kontinuitet i akuttmottaket. Legene er ofte unge og uerfarne, og roterer hyppig mellom avdelingene. Studien peker på at klinisk blikk samt tidligere erfaring er viktig for god triage. En erfaren sykepleier vil på bakgrunn av klinisk erfaring fra akuttmottaket være i stand til å kjenne igjen flere tilstander hos en pasient. Selv om de vitale parameterne ikke skulle tilsi en pasient med alvorlig tilstand, vil man av erfaring kunne oppdage dette selv før det gir utslag på de vitale parameterne (16).

Viktigheten av erfaring trekkes også frem i andre studier. I Fathoni et al. (17) sin studie fra Indonesia fra 2013, svarte 266 sykepleiere ansatt ved to forskjellige sykehus på spørreskjemaet Triage Knowledge Questionaire (TSQ) for å kartlegge nivå av triageferdigheter. Her fant de at kunnskap og trening i triage, samt klinisk erfaring bidrar til en riktigere og mer effektiv triagering (17).

I en tilsvarende studie fra Ethiopia i 2018, svarte 189 akuttsykepleiere ansatt ved 10 forskjellige sykehus også på TSQ. Funnet til Kerie et al. (19) er også at triageferdighetene i stor grad ble positivt påvirket ved triagetrening, kunnskap om triage og arbeidserfaring. Mer erfaring og kunnskap gir en økt intuisjon(39) som sammen med triagetrening legger grunnlag for raskere beslutninger(40). Mine egne observasjoner viser at sykepleierne utgjør en viktig kontinuitet i akuttmottaket.

## 4.4 Sykepleierens syn på egen rolle i triage

Forskningen og egne erfaringer viser at klinisk erfaring og erfaring med triage er altså viktig for å kunne gjøre gode beslutninger i triage. Det er interessant at begge informantene var tydelige i sin uttalelse om at det ideelt sett skulle vært legene som triagerer. Allerede første semester på sykepleien i Norge lærte vi om viktigheten av sykepleierens funksjon. Gjennom hele studiet har det vært fokus på tverrfaglig samarbeid med andre helseprofesjoner. Vi har blitt lært opp til å være bevisst vår rolle som sykepleier og til å se viktigheten av denne. I Kleiveland sin masteroppgave beskriver legene sykepleieren som en viktig samarbeidspartner for å komme frem til riktig diagnose. Her pekes det spesielt på hvor viktig sykepleierens erfaring er for diagnostikken av pasientene. Legene ønsker at sykepleierne skal gjøre seg opp en selvstendig mening om målingene som blir tatt og ikke overlate dette til legen alene (16). For meg fremstod det som at profesjonshierarki var utbredt i helsevesenet i Nepal og at sykepleieren i stor grad hadde en rolle som legens assistent. Under legevisitten på sengepostene var sykepleierens rolle å gå etter legene og holde håndspriten. Jeg opplevde sjelden at sykepleierens mening ble etterspurt. For meg virket det ikke som om at sykepleierne vurderte sine egne kliniske funn i stor grad, snarere at de gjennomførte undersøkelser på vegne av legen.

I land som Nepal som allerede er presset på ressurser og med lav bemanning kan det tenkes at det er ekstra viktig å sørge for en effektiv og riktig triagering. Dette peker i retning av at sykepleieren sin rolle i triage er viktig. Sykepleierne i Nepal virket derimot ikke å se viktigheten av deres erfaring og rolle i triage. Jeg er usikker på hvorfor. I løpet av tiden jeg var i Nepal møtte jeg kun kvinnelige sykepleiere. Patriarkalske holdninger finnes fremdeles i Nepal (41). Slike holdninger og det hierarkiske forholdene mellom legene og sykepleierne kan tenkes å påvirke deres vurdering av egen rolle.

## 4.5 Kulturelle faktorer

I en kvalitativ studie fra Taiwan av Chang et al. fra 2017 ble det gjennomført dybdeintervju av 16 sykepleiere ansatt i ett akuttmottak. Her ønsket man å se på hvilke faktorer som påvirker sykepleierens beslutningstaking i triage. Igjen ble erfaring trukket frem som en viktig faktor. I tillegg pekes det på utfordringen med et åpent triageområde og et akuttmottak fult av mennesker. Dette kan påvirke informasjonen pasienten ønsker å dele om seg selv. Jeg opplevde at det var flere pasienter som ikke ønsket å kle av seg for å få tatt EKG og blodtrykk. Sykepleierne var sentrale i å forklare pasienten viktigheten av å gjennomføre undersøkelsene og de forsøkte også å skjerme pasienten med skjermbrett. I situasjoner med høy pasienttilstrømming hadde de ikke nok skjermbrett. De hadde også mindre tid til å forklare pasienten om prosedyrene. Av egen erfaring vet jeg at det på mange pasienter er krevende med blodtrykksmåling selv med stetoskopet rett på pasientens hud. Dersom målingene ikke blir riktige, pasienten ikke vil fortelle om hva som egentlig plager de, eller ikke ønsker at en prosedyre blir utført, vil dette kunne påvirke triagekategori. Som tidligere nevnt er det viktig for pasientbehandlingen at tiragekategorien som blir satt er riktig.

## 4.6 Ressursknapphet

I Basnet et al. (36) sin studie påpeker de at det er krevende med god triage i et miljø hvor det er mangel på trent personell, plass og utstyr. I tillegg trekker de frem at det tar tid å få svar på prøver og undersøkelser. Dette stemmer med observasjonene mine fra praksisperioden i Nepal. I tillegg er det utfordrende å hindre opphoping av pasienter fordi pårørende må finne ut om de har råd til behandling eller klarer å samle nok penger. Dette gjøre at overflyttingen til sengepostene ofte blir utsatt (36). Jeg opplevde at en sykepleierstudent ventilerte en pasient mens familien vurderte om de hadde råd til intensivbehandling, eller om de heller skulle ta med pasienten på en 12 timers busstur hjem. Slike forsinkelser medfører at man binder både utstyr og personell til en pasient i lenger tid enn det som egentlig er nødvendig.

Det var lite utstyr til å ta vitale parametere i akuttmottaket. Dette gjorde at det kun var et fåtall pasienter som kunne triageres på samme tid. Sykepleierne brukte mye tid på å lete etter utstyr, som medførte at triage tar lengre tid enn nødvendig. Betydningen av ressursknapphet trekkes også frem i Chang et al sin studie. Lite utstyr og apparater og eventuelt plasseringen av disse i akuttmottakene påvirker triageringen (13). Alle disse faktorene vil påvirke hvor effektivt triagering kan gjennomføres.

## 4.7 Pårørende

I Chang et al.(13) sin studie forteller informantene at det er krevende når pasientene begynner å bli utålmodige. Dette gjør at sykepleierne føler de må triagere raskere for å ikke få klager fra pasienter og pårørende. Informantene jeg intervjuet sa de synes det var krevende når pårørende ikke var enige i avgjørelsen, men at de ikke lot seg påvirke av dette. Av erfaring fra praksis i Norge vet jeg at det er krevende når pårørende ikke er enig behandlingen som blir gitt. Min opplevelse er at man da har forsøkt å imøtekomme pårørende til en viss grad. Det kan ikke utelukkes at sykepleierne i Nepal også blir påvirket i større grad enn de de ga utrykk for i intervjuet.

## 4.8 Sosiale faktorer

En delegasjon fra Amnesty International besøkte Nepal etter jordskjelvet i april 2015. De fant at grupper som allerede diskrimineres, er ekstra utsatt under slike katastrofer. Grupper som ble trukket frem var kvinner, daliter, urfolk og personer med funksjonsnedsettelser. Disse opplevde en økt utfordring i å få tilgang til nødvendige ressurser (42). Min opplevelse i Nepal var at det så ut til å være en objektiv holdning til de fleste pasienter, så lenge de ikke var hjemløse og uten pårørende. Begge informantene sa at de triagerte uavhengig av kaste, religion eller tidligere sykdommer. Det er vanskelig å avgjøre hvorvidt dette stemmer fordi kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell var på nepali, et språk jeg selv ikke forstår.

Under legevisitten på sengepostene opplevde jeg en noe nedverdigende holdning til pasienter som var innlagt med komplikasjoner relatert til alkohol eller selvmordsforsøk. Jeg overhørte kommentarer på engelsk som: «han er bare en alkoholiker» og et oppgitt tonefall når det ble snakket om pasienter innlagt med organofosfat forgiftning etter selvmordsforsøk.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i Nepal sier at sykepleieren skal tilrettelegge for at akuttbehandling skal gis så raskt som mulig og at sykepleieren skal ha en ikke-dømmende holdning til alle pasienter (43). Dette tyder på at det arbeides for å forhindre disse holdningene, men at man nok ikke har lyktes helt enda.

## 4.9 Studiens begrensinger

Grunnet begrensninger fra sykehusledelsen og forsinkelser i tillatelsen til gjennomføring av datainnsamling foregikk denne under et stort tidspress. Det ble gitt tillatelse til å gjennomføre intervju av to sykepleiere. Det kreves tillatelse for å få lov til å være i akuttmottaket som utenlandsk student. Dette medførte at data kun ble innhentet over en periode på fem dager.

Begrensningen på antall intervjuobjekt gjorde det ble liten bredde i intervjuene. Samtidig er det i kvalitative studier viktigere å finne gode intervjuobjekter enn en stor kvantitet (44). Grunnet språkutfordringer ble ikke svarene under intervjuene utfyllende. Derfor ville det vært hensiktsmessig å intervjue flere sykepleiere, eller informanter med enda bedre engelskferdigheter. Som nevnt er det lav bemanning i akuttmottaket. Derfor er det vanskelig å holde noen borte fra akuttmottaket over lengere tid, dette kan også ha påvirket resultatene da informantene ønsket å bli fort ferdig med samtalen.

Sykepleierne fremstod som svært sterke teoretisk. I en studie fra Nepal setter flere av sykepleierne ord på hva slags sykepleie de burde og ønsker å utøve, men at de ikke strekker til ressurs- og tidsmessig (31). Dette antar jeg kan ha påvirket svarene som ble gitt under intervjuene. Det kan tenkes at informantene besvarte spørsmålene ut ifra hva de tenker er det riktige teoretisk, men som ikke er det som faktisk gjøres i akuttmottaket. Kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient samt pårørende gikk på nepali. Dette la en begrensning på observasjonene, da kommunikasjonen med pasienter er viktig i triage (16).

# 5.0 Konklusjon

# Jeg har funnet en rekke artikler på hva som påvirker sykepleierens avgjørelser i triage. Klinisk erfaring og erfaring med triage har en positiv påvirkning på triageferdigheter og beslutningstaking. Andre faktorer som ser ut til å påvirke sykepleierens triage er mangel på ressurser, pårørende samt kulturelle faktorer. Både forskning og egen erfaring peker i retning av at sykepleieren har en viktig rolle i triage av pasientene. I tillegg utgjør sykepleierne en uvurderlig kontinuitet i et akuttmottak med høy utbytting av leger. Sykepleiere som har gode triageferdigheter kan bidra til en bedre pasientflyt og til å oppdage tilstander som helsepersonell med lite klinisk erfaring kanskje ville oversett, Ikke minst kan sykepleierne sørge for at de pasientene som trenger hjelp først, får dette. Likevel tyder intervjuene av sykepleierne fra akuttmottaket i Nepal på at de ikke ser viktigheten av sin rolle og kompetanse i akuttmottaket. Bibliografi

1. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. PLOS ONE. 30. august 2018;13(8):e0203316.

2. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Shabanah HA, Anderson PD, mfl. International Perspectives on Emergency Department Crowding. Academic Emergency Medicine. 2011;18(12):1358–70.

3. Aacharya RP, Gastmans C, Denier Y. Emergency department triage: an ethical analysis. BMC Emergency Medicine. 7. oktober 2011;11(1):16.

4. Scrofine S, Fitzsimons V. Triage: The Sorting of Patients. Journal of Emergency Nursing. 1. mai 2014;40(3):289–90.

5. Robertson‐Steel I. Evolution of triage systems. Emerg Med J. februar 2006;23(2):154–5.

6. Dønnem M, Eid K. Introduction of systematic triage in the emergency room at Dhulikhel Hospital, Nepal: Evaluation of a quality improvement project [Hovedoppgave]. [Trondheim]: Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet; 2016.

7. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, mfl. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. Annals of Emergency Medicine. 1. juni 2013;61(6):605-611.e6.

8. Pandey NR. Emergency medicine in Nepal: present practice and direction for future. Int J Emerg Med. desember 2016;9(1):20.

9. Holm Hansen E. Legevaktarbeid: en innføringsbok for leger og sykepleiere. 1. utg. Hunskår S, redaktør. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.

10. Wangara AA, Hunold KM, Leeper S, Ndiawo F, Mweu J, Harty S, mfl. Implementation and performance of the South African Triage Scale at Kenyatta National Hospital in Nairobi, Kenya. Int J Emerg Med. desember 2019;12(1):5.

11. Dalwai MK, Tayler-Smith K, Trelles M, Jemmy J-P, Maikéré J, Twomey M, mfl. Implementation of a triage score system in an emergency room in Timergara, Pakistan. Public Health Action. 21. mars 2013;3(1):43–5.

12. Khanal B, Lewis O, Lewis M, Newbury J, Malla G. The Australasian Triage Scale applied in a tertiary care hospital in Nepal. Emergency Medicine Australasia. 2005;17(1):88–9.

13. Chang W, Liu H-E, Goopy S, Chen L-C, Chen H-J, Han C-Y. Using the Five-Level Taiwan Triage and Acuity Scale Computerized System: Factors in Decision Making by Emergency Department Triage Nurses. Clin Nurs Res. 1. oktober 2017;26(5):651–66.

14. Al Hasni AK, AL-Rawajfah OM. Effectiveness of Implementing Emergency Severity Index Triage System in a Selected Primary Health Care Center in Oman: A Quasi-Experimental Study. Journal of Emergency Nursing. 1. november 2019;45(6):717.e1-717.e11.

15. Chen S-S, Chen J-C, Ng C-J, Chen P-L, Lee P-H, Chang W-Y. Factors that influence the accuracy of triage nurses’ judgement in emergency departments. Emergency Medicine Journal. 1. juni 2010;27(6):451–5.

16. Kristin Kleiveland, Høgskolen i Oslo og Akershus Institutt for sykepleie. Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.

17. Fathoni M, Sangchan H, Songwathana P. Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia. Nurse Media Journal of Nursing. 5. februar 2013;3(1):511–25.

18. Smith A, Cone K. Triage decision-making skills: a necessity for all nurses. Journal for nurses in staff development : JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization. 1. januar 2010;26:E14-9.

19. Kerie S, Tilahun A, Mandesh A. Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross-sectional study. BMC Res Notes. desember 2018;11(1):658.

20. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.

21. Landinfo | Nepal [Internett]. Landinfo.no. [sitert 11. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://landinfo.no/land/nepal/

22. Haugan S. Nepal. I: Store norske leksikon [Internett]. 2019 [sitert 10. mai 2020]. Tilgjengelig på: http://snl.no/Nepal

23. Kilane K. Hva er kastesystemet? - Strømmestiftelsen [Internett]. [sitert 19. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://strommestiftelsen.no/en-kjapp-innforing-i-kastesystemet

24. Nepal [Internett]. 2018 [sitert 19. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.fn.no/Land/Nepal

25. Human Development Data (1990-2018) | Human Development Reports [Internett]. [sitert 11. mai 2020]. Tilgjengelig på: http://hdr.undp.org/en/data

26. Utenriksdepartementet. Nepal - reiseinformasjon [Internett]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2020 [sitert 19. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\_nepal/id2416354/

27. WORLD HEALTH ORGANIZATION - 2019 - WORLD HEALTH STATISTICS 2019 monitoring health fo.pdf [Internett]. [sitert 20. april 2020]. Tilgjengelig på: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf

28. WHO | Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) [Internett]. WHO. World Health Organization; [sitert 25. mai 2020]. Tilgjengelig på: http://www.who.int/gho/health\_workforce/physicians\_density\_text/en/

29. SSB: Norge vil mangle 28 000 sykepleiere i 2035 [Internett]. 2019 [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://sykepleien.no/2019/05/ssb-norge-vil-mangle-28-000-sykepleiere-i-2035

30. 18 Outreach Centers to Serve Nepal’s Population [Internett]. 2018 [sitert 13. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.siemens-healthineers.com/news/mso-hub-and-spoke.html

31. Sharma M, Shrestha S. Nurses’ Lived Experience with Ethical Problems: A Phenomenological Approach. International Journal of Health Sciences. 2015;(6):10.

32. Gongal R, Dhungana B, Regmi S, Nakarmi M, Yadav B. Need of Improvement in Emergency Medical Service in Urban Cities. Journal of Nepal Medical Association. 1. april 2009;48(174):139–43.

33. Blodforgiftning (sepsis) [Internett]. NHI.no. 2018 [sitert 22. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/blodforgiftning-sepsis/

34. Hjerteinfarkt [Internett]. NHI.no. 2018 [sitert 22. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/

35. Hjerneslag [Internett]. NHI.no. 2019 [sitert 22. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hjerneslag-og-blodninger/hjerneslag/

36. Basnet B, Bhandari R, Moore M. Initial resuscitation for Australasian Triage Scale 2 patients in a Nepalese emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2012;24(4):430–4.

37. Burström L, Engström M-L, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. Ups J Med Sci. mars 2016;121(1):38–44.

38. Imperato J, Morris DS, Binder D, Fischer C, Patrick J, Sanchez LD, mfl. Physician in triage improves emergency department patient throughput. Intern Emerg Med. 1. oktober 2012;7(5):457–62.

39. Melin-Johansson C, Palmqvist R, Rönnberg L. Clinical intuition in the nursing process and decision-making-A mixed-studies review. J Clin Nurs. desember 2017;26(23–24):3936–49.

40. Smith J, Cone J. Triage Decision-Making Skills: A Necessity for all Nurses. Journal for Nurses in Staff Development (JNSD). 2010;26(1):E14–E19.

41. Nepal [Internett]. NoradDev. 2017 [sitert 28. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://norad.no/landsider/asia-og-oseania/nepal/

42. Nepal: End discrimination in earthquake relief effort [Internett]. 2015 [sitert 13. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://www.amnesty.org/en/latest/news/2015/06/nepal-end-discrimination-in-earthquake-relief-effort/

43. The-code-of-ethics-programme.pdf [Internett]. [sitert 12. mai 2020]. Tilgjengelig på: http://nnc.org.np/web-content/upload/The-code-of-ethics-programme.pdf

44. Norsk - Valg av informanter - NDLA [Internett]. ndla.no. 2019 [sitert 22. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://ndla.no/subjects/subject:19/topic:1:195989/topic:1:195829/resource:1:56943

# Vedlegg 1:

intervjuguide:

1. How many years have you worked in the ER?
2. Are there any triage system in use here? Etc. RETTS, SATS?
3. If there is a mass causality, how do you prioritize which patients to triage first?
4. Does your personal clinical impression affect which “room” the patient is assigned to or is it just the vital signs?
5. Are there any conditions that will make you send a patient directly into the red room?
6. How do you prioritize when you have a lot of procedures to be done and also a lot of patients to triage?
7. What does the disaster management say something about?
8. How much does the patients illness history affect which room you will triage the patient in?
9. Are there other things you take into consideration when triaging patients? Etc. Gender, religion, alcoholic abuse, age, cast.
10. Is the triage the nurses’ job, or are there other professions involved?
11. Do you have to have a triage course to do the triage?
12. Do you think your role as a nurse is important in the triage of patients and why?
13. How do you think your personal clinical experience affect your triage decision making?
14. Are there any nurses who have the coordinating role when the ER is full?
15. How is it to do the triage when all the family members are around. (maybe not happy with the triage etc.) will that affect which room you will send the patients in to?