

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2018:5

Triage i primärvården
Ett sätt att uppfylla behovsprincipen

Jan-Ove Alm
Mikael Öström



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Triage i primärvården – Ett sätt att uppfylla behovsprincipen
Författare:	Jan-Ove Alm & Mikael Öström
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning, GSJUK15h
Handledare:	Gabriella Norberg Boysen
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Sverige har valt att ha en första linjens sjukvård som är tänkt att fånga upp invånarna och remittera vidare i systemet om det behövs, det som idag kallar primärvården eller Närhälsan. I Sverige finns det cirka 1100 vårdcentraler varav 40% bedrivs i privat regi. Det finns även en väl utvecklad egenvårdsrådgivning och sjukvårdsupplysning via webb och telefon. Många vårdcentraler erbjuder också telefonrådgivning eller tidsbokning via telefon. Där ses ett problem då de vårdsökande kanske inte kommer fram via telefon och att det inte alltid är de med mest behov som får en tid bokad? Syftet med denna studie är att försöka hitta strategier vilka inte bryter mot behovsprincipen och som ger de vårdsökande en lättillgänglig första kontakt med vården. En litteraturstudie har genomförts och 12 artiklar har granskats och analyserats. Resultatet av denna studie visar på vissa faktorer vilka kan påverka primärvården: (1) öka patientflödet, (2) öka resurserna och tillgängligheten, samt (3) öka råd och vård via media. Det finns ett stort behov av att utveckla vårdcentralernas tillgänglighet, både från patienter och närstående men även från andra vårdinrättningar vilka blir överbelastade på grund av att första linjen inte klarar av sitt uppdrag fullt ut. Genom en ökad insikt i hur första linjens flöde kan optimeras för att tillgodose de vårdsökandes behov och hur sjukhusen kan avlastas går det att effektivisera primärvården.

Nyckelord: *triage, primärvård, behovsprincipen, telefon, rådgivning.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Fördelning av arbetsuppgifter	2
Bedömning, prioritering och triage	3
1177s och primärvårdens uppdrag	4
Telefonrådgivning	4
Sjuksköterskans upplevelse av bedömning och rådgivning via telefon	4
Patientens upplevelse av rådgivning	5
Etiska dilemman med telefonrådgivning	5
Patientsäkerhet	6
Bedömning, prioritering och triage	6
Rådgivning	6
Den vårdande relationen	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	7
Urval	8
Dataanalys	8
RESULTAT	8
Öka patientflödet	8
Öka resurserna och tillgängligheten	9
Öka vård och råd via media	10
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATSER	12
Vidare forskning	13
REFERENSER	14
Bilaga 1	17
Bilaga 2	20

INLEDNING

Under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) i termin fem upplevde vi svårigheter med prioriteringar och med tillgängligheten inom primärvården. Enligt politiska direktiv är den första linjens vård i första hand primärvården och i andra hand kommer akutmottagningen. Då primärvården kan upplevas som svårtillgänglig och patienten då istället väljer akutmottagningen för att få vård, trots att behovet bäst kan tillgodoses inom primärvården, innebär det en påfrestning och felfördelning av samhällets resurser och motverkar en hållbar utveckling.

Om primärvården har begränsad tillgänglighet och åtgärder inte vidtas, riskerar det bryta mot både människovärdesprincipen, samt behovs- och solidaritetsprincipen. En annan konsekvens är att patienter med primärvårdsbehov kanske inte får rätt vård, akutmottagningen är inte rustad för att ta hand om primärvårdens patienter utan det är i första hand distriktssjuksköterskor och distriktsläkare som skall ta hand om dessa. Vårt intresse har riktats mot vad som kan göras för att patienter med primärvårdsbehov skall få den ändamålsenliga vård de har rätt till inom rimlig tid och samtidigt lever upp till vårdgarantin, svensk lag och vårdens etiska principer.

BAKGRUND

Lagar och vårdetik

Enligt Väntetider i vården (2018) vilka registrerar de samtal som går till vårdcentralerna visar det sig att det i Västra Götaland är cirka 140 samtal per dag som aldrig kommer fram eller blir återuppringda. På de offentliga vårdcentralerna i region väst får 72 % av patienterna träffa en läkare första dagen, medan 78 % av patienterna får träffa en läkare första dagen på de privata vårdcentralerna.

Vården skall enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ha som mål en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, vidare gäller att den skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskildes värdighet, samt att den som har det största behovet ges företräde till vården.

Enligt patientlagen (SFS 2014:821) så skall hälso- och sjukvården vara lättillgänglig och patienter ska snarast få en medicinsk bedömning såvida det inte är uppenbart obehövligt. Vidare så ska patienten erbjudas en vårdgaranti att inom viss tid få kontakt med primärvård, besöka läkare inom primärvård, besöka specialistvård eller få planerad vård. I Västra Götaland har det bestämts att detta innebär kontakt med primärvård samma dag via telefon eller på vårdcentral, och besök inom sju dagar från den dagen då primärvården bedömer att patienten behöver besöka vården relaterat till nytillkommet sjukdomstillstånd eller en försämring i ett tidigare känt problem (1177 Vårdguiden, 2016).

Birkler (2012, ss.104–114) beskriver hur varje etisk konflikt har fyra komponenter, person, handling, konsekvens och mål. Dessa ställs mot varandra i Benthams handlingsutilitarism där handlingssättet ska åstadkomma så mycket nytta som möjligt för största möjliga antal. Med denna handlingsutilitarism gäller det att i varje enskild situation räkna på vad som är den mest etiska handlingen för att så många som möjligt ska få så stor nytta av den som möjligt, detta

gör det svårt att ha generella regler för en individs agerande. I Benthams teori finns dessutom tanken om att ändamålen helgar medlen, den yttersta konsekvensen av detta tänkande kan då innebära att enskilda individer kan användas som medel för att tjäna ett högre syfte, vilket naturligtvis inte går att använda i vården där grundprincipen är människovärdesprincipen. Det är dock svårt att mäta nytta och att beräkna konsekvenser med Benthams handlingsutilitarism vilket gör det svårt att använda den. Birkler (2012) beskriver vidare Mills regelutilitarism som innebär att man bör handla etiskt utifrån regler baserade på gemensamma, samlade erfarenheter av olika handlingars konsekvenser. Detta innebär att man inte i varje enskild situation måste räkna ut konsekvenserna av sitt handlande utan den utgår istället från en generell bedömning av de regler och etiska normer som finns i samhället. Enligt Mill så bedöms handlingarna indirekt mot hur de överensstämmer med rådande regler för dessa handlingar, vilka då bör ha goda konsekvenser. Dessa regler växer fram genom de erfarenheter man gör av att leva efter dem, eller genom att leva i strid med dessa. Då Mills har en kvalitativ syn på nytta gentemot Benthams kvantitativa syn, innebär det att det är svårt att göra enkla konsekvensanalyser då människor upplever lycka på så många olika vis.

Prioriteringarna i hälso- och sjukvården ska bygga på en värdegrund som riksdagen har beslutat om (1177 Vårdguiden, 2013). Värdegrunden innehåller tre principer: (1) *Människovärdesprincipen* som innebär att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning. (2) *Behovs- och solidaritetsprincipen* innebär att de som har de svåraste sjukdomarna ska få vård först. Vårdpersonalen ska särskilt tänka på de svagaste patienterna, till exempel de som inte kan tala för sig och som inte känner till sina rättigheter. (3) *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att det ska finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt av behandlingen. Om till exempel två olika behandlingar ger samma effekt så bör den som kostar mindre väljas. Enligt riksdagens beslut är de tre principerna rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Fördelning av arbetsuppgifter

Slutbetänkandet Effektiv vård (Socialdepartementet 2016) visar på studier att läkare till stor del inte anser sig använda sin kompetens fullt ut. En tredjedel av tiden går till direkt patientarbete, en tredjedel till indirekt patientarbete som till exempel journalföring samt en tredjedel till övrigt som möten, handledning med mera. Det visar sig även att flertalet professioner anser att de utför arbete som någon annan profession skulle kunna göra. Sjuksköterskor ansåg att 81 % av deras arbetsuppgifter kunde omfördelas och att cirka hälften av undersköterskornas och fysioterapeuternas uppgifter var möjliga att överlåtas. Det såg även att vissa av de uppgifter läkare utför kunde övertas av sjuksköterskor. Uppgifter som kan omfördelas inom vården är exempelvis administrativa arbeten som tidsbokningar kallelser och remisshantering. Även sårömläggningar, medicinhantering och provtagningar kan omfördelas från sjuksköterskor till undersköterskor. Att omfördelning av arbetsuppgifter inte sker i större grad anses bero på traditioner och vanor samt starka professioner som inte vill byta arbetsuppgifter snarare än att det skulle finnas juridiska hinder. Ett annat exempel i detta slutbetänkande handlar om Brahehälsan i Lödöse där patienter med besvär i rörelse-och stödjeorganen först får gå till rehabiliteringsavdelningen för att träffa fysioterapeuter som gör en första undersökning. I vissa fall hänvisas patienten till läkare för diagnosticering men vanligtvis beror patienternas problem på dåliga arbetsställningar, tunga arbetsbelastningar och en stressig arbetssituation. Detta sätt att arbeta med patienter minskar belastningen på vårdcentralens läkare och ökar samarbetet mellan de olika professionerna samt gett minskade kostnader vad gäller MR (magnetrontgen) och slätröntgen.

För vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården finns det särskilda regler om vem som får utföra dem, exempel på detta är att en utsedd fast vårdkontakt skall vara en legitimerad läkare. Men det finns många arbetsuppgifter som inte är reglerade och i dessa fall står det vårdgivaren fritt att fördela dessa uppgifter så länge som kraven på ansvar och kvalitet som finns i allmänna regler i hälso- och sjukvård är uppfyllda. Detta innebär vanligtvis att verksamhetschef eller arbetsledande chef kan fördela uppgiften till hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens (Socialstyrelsen, 2017).

Bedömning, prioritering och triage

När det gäller den medicinska prioriteringen så är det behovet som är det styrande. Som patient anses man bara ha behov av de vårdinsatser man har nytta av, här vägs sjukdomens svårighetsgrad och patientens förmåga att tillgodogöra sig en behandling in. Det är läkaren som i samråd med patienten ska bestämma vad som är en lämplig behandling när hänsyn har tagits till de prioriteringar som bygger på en rangordning av sjukdomar och effektiviteten av dess behandling. I Västra Götalandsregionen är det de medicinska sektorråden som inom sina specialiteter föreslår prioriteringar som sedan blir till rekommendationer (1177 Vårdguiden, 2013).

Enligt Krav- och kvalitetsboken skall vårdcentralerna ha mottagningsverksamhet under minst 45 timmar per vecka på vardagar året runt. De ska dessutom kunna ta emot akuta besök under hela öppethållandet. En vårdcentral kan även ha utökad öppethållande på kvällar och helger, de ska då hålla öppet till minst klockan 22.00, samt minst 6 timmar vardera på lördagar, söndagar och helgdagar (Västra Götalandsregionen 2018, ss. 9–10, 15).

The form is a structured medical triage tool. It starts with patient identification and location. The 'Triage' section is the core, where vital signs and symptoms are checked against a color-coded scale: Red (most severe), Orange, Yellow, and Green (least severe). Below this, there are sections for 'Process' (triage status), 'Övr. åtgärder' (other interventions), and 'Kontroller och läkemedelsordinationer' (controls and medication orders).

I den dagliga verksamheten måste medicinska prioriteringar göras där ju allvarigare sjukdomstillstånd och effektivare behandlingar det finns, desto högre rangordnas tillståndet och åtgärden. Vid de medicinska prioriteringarna på patientnivå ska läkaren i samråd med patienten bestämma vad som är lämplig behandling. Det är dock vanligt att patienterna rangordnas enligt olika triagesystem, ett vanligt system som används i Västra Götalandsregionen är RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System). Triage är en bedömning av patienten utifrån vissa parametrar, t. ex. symptom, anamnes och vitalparametrar. RETTS använder sig av färgkodningar vilka beskriver patientens status. Färgerna är röd, orange, gul och grön, på vissa ställen talas det även om blå och svart. Patienten får en färgkod beroende på vad dennes vitalparametrar visar. Bedömningen av patienten görs enligt ABCDE, vilket är ett bedömningssystem för att på ett strukturerat sätt prioritera olika tillstånd i rätt ordning. Systemet bygger på engelskans ord Airways (luftvägar), Breathing (andning), Circulation (cirkulation), Disability (medvetande) och Exposure (exponering). När patienten har triagerats och fått en kodning kan beslut tas om vidare åtgärder (Vårdfokus 2009).

Ett annat triagesystem är Manchester Triage System. När sjuksköterskan använder sig av Manchester Triage för att prioritera en patient har det visat sig att de känt sig klivna till

systemet. De ska å ena sidan noga följa systemets flödesscheman, å andra sidan använda sig av sin professionella kunskap och förmåga. De ansåg att triagesystemet inte alltid ställde rätt frågor. Ett exempel var om patienten svimmat, enligt triagesystemet blir då patientens prioritering gul, en sjuksköterska frågade alltid om patienten mindes vad som hänt innan hen svimmade, om patienten inte mindes något prioriterades patienten som orange, då avsaknaden av någon förvarning gör att det kan misstänkas vara hjärt-relaterat. När väl en patient blir prioriterad så måste sjuksköterskan ställa sig frågorna om väntetiden är rimlig i förhållande till sjuksköterskans egna bedömning, hens "kliniska blick", och om väntetiden är realistisk för patienten. Det har visat sig att när väntetiden avvek från vad sjuksköterskan ansåg vara rimlig eller realistisk så avvek valet av prioritering ifrån systemets. (Johannessen, 2017).

Ett annat sätt att tillvarata triagesjuksköterskan som resurs är att låta sjuksköterskan remittera misstänkta hand och handledsskador till röntgen istället för att en läkare först måste göra en bedömning. Undersökningar visar att triagesjuksköterskorna remitterade färre patienter till röntgen än vad läkare gjorde samt att sjuksköterskornas "positive hit rate" var högre än läkarnas. Detta berodde på att sjuksköterskorna remitterade patienten för att bekräfta en fraktur medan läkarna remitterade patienten för att utesluta en fraktur. För detta utarbetades en algoritm och ett träningsprogram för sjuksköterskor hur de skulle gå tillväga för att få remittera patienter. (Hunter, 2010).

1177s och primärvårdens uppdrag

Både 1177:s och vårdcentralernas uppdrag är enligt den nationella vårdgarantin att primärvården ska erbjuda kontakt via telefon eller vårdcentral samma dag som patienten söker (1177 Vårdguiden 2016). Då vårdcentralerna bara har ett begränsat antal telefontider samt vanligtvis bara ett fåtal tider för akutbesök och dessa tidigt blir uppbokade under morgontimmarna, innebär detta att den som har störst behov av vården inte alltid är den som får ta del av de få tider som finns, detta i sin tur gör att patienten istället blir tvungen att uppsöka närmaste akutmottagning för att få sitt vårdbehov tillgodosett. Både 1177 och 60 % av de offentliga vårdcentralerna erbjuder telefonrådgivning samt egenvårdsråd enligt samma samtalsstöd.

Telefonrådgivning

En undersökning visar att den vanligaste uppringaren är en kvinna (70 %) och de flesta (64 %) av dem talar dessutom flytande svenska. Män som inte pratar flytande svenska står för den minsta delen samtal (2 %). När patienten är ett barn så är 78 % av de som ringer in en kvinna. Då pappor respektive mammor ringer in om sina barn som har liknande symptom så blir dubbelt så många män som kvinnor remitterade vidare till hälsovården. Kvinnorna får istället rådgivning om egenvård av barnet. Det visar sig även att kvinnor som ringer in anses vara lättare att tala med, sjuksköterskor uppger även att deras expertis, utbildning och professionella erfarenhet inte värderades lika högt av inringande män, samt att sjuksköterskorna litade mer på inringande kvinnors kompetens än på mäns (Kaminsky, Röing, Björkman & Holmström, 2017).

Sjuksköterskans upplevelse av bedömning och rådgivning via telefon

Sjuksköterskor uppger att de känner en oro och en stress när de måste komma fram till ett korrekt beslut utan att kunna se patienten. Det händer att de får förlita sig på tredjehandsinformation som både kan vara ofullständig eller opålitlig då den som ringer, inte alltid är patienten. I Sverige handlar de flesta samtalen om infektioner som till exempel förkylning, influensa och diarré och mer än hälften av alla samtal görs av tredje person,

vanligtvis av en make eller förälder till ett barn. Sjuksköterskorna uppger att de använder sig av det datoriserade stödet mer som stöd för minnet för att inte missa viktiga frågor, än som ett rent beslutsstöd. Sjuksköterskorna anser även att datorstödet inte är designat av sjuksköterskor, för sjuksköterskor. De tycker inte att de är kompatibla med stödet då de inte alltid finner vad de behöver veta när de söker på någon speciell diagnos eller symtom. De uttrycker även en önskan om mer logiska och självklara sökvägar och vill dessutom att det finns möjlighet till fritextsökning. Sjuksköterskorna ser datorstödet som ett komplement till övriga sätt att få in information som till exempel att diskutera med sina kollegor, Googla, eller använda sig av litteraturen (Holmström, 2007).

Patientens upplevelse av rådgivning

Att patienten är nöjd med vården har flera dimensioner, det är en indikator på vårdens kvalitet och det påverkar vårdinrättningens rykte. Patientens uppfattning av servicen påverkar även vårdinrättningens fortsatta inriktning. Patienter som är nöjda med sin vård har en större följsamhet med fortsatt egenvård, även sjukvårdspersonalen blir mer nöjda med sitt jobb. Det finns en stark koppling mellan patientens belåtenhet och sjuksköterskors omsorgsförmåga. Patienterna var mer nöjda med sjuksköterskors förmåga att kommunicera jämfört med läkares. En studie visar att patienter anser att sjuksköterskor är lättare att tala med samt att patienterna var mindre oroliga över sin hälsosituation efter dessa samtal. Sjuksköterskans förmåga till rådgivning och till att informera och förklara för patienten om deras hälsosituation, skador, behandlingar och uppföljning på ett förståeligt sätt är en viktig faktor. En annan viktig faktor är sjuksköterskans förmåga att lyssna, ta sig tid till patienten samt besvara dennes frågor (Rehman, Ali, 2016).

Etiska dilemman med telefonrådgivning

Det har även framkommit etiska dilemman i samband med bedömning och rådgivning via telefon. Det gäller bland annat att diskutera patienten via tredje person och att tala om personliga och känsliga problem över telefon. En aspekt på att telefontriageringen inte är etisk är att sjuksköterskan inte vet vem hen faktiskt pratar med. En sjuksköterska sa att då den som ringer upp bara behöver ange sitt namn och personnummer så kan hen inte vara säker på att detta stämmer. Sjuksköterskan sa att detta gjorde att hen alltid gav ut så lite information från patientjournalen som möjligt när hen fick frågor om patientens tidigare sjukdomar och besök. Dessutom sa sjuksköterskan att då hen inte såg patienten ansikte mot ansikte så går det inte att avläsa patientens reaktioner. Då hälften av samtalen genomförs med någon annan än patienten så uppstår det etiska problem om samtalet sker utan patientens medgivande, det kan även handla om besvär som patienten anser vara personliga och inte vill att någon annan ska få reda på. Ett annat exempel är om en patient ringer in angående besvär som patienten tror kan skötas med egenvård och sköterskan misstänker att det är en allvarlig åkomma som cancer, sköterskan måste då försöka att få patienten att förstå det allvarliga i situationen utan att säga det rent ut. Det kan även vara ett problem då patientens autonomi måste vägas mot respekten för hans kulturella bakgrund, det kan handla om en hierarkisk kultur där mannen ringer å sin makas eller dotters vägnar. Patientsäkerheten sätts även på spel om patienten inte vågar låta sjuksköterskan ta del av känslig, viktig, information då en tredje person är inblandad (Holmström & Höglund, 2006; Kaminsky, Röing, Björkman & Holmström, 2017).

Patientsäkerhet

Bedömning, prioritering och triage

Det finns fler exempel på hur datorstödet har använts på ett felaktigt sätt. Det har visat sig att sjuksköterskor har åsidosatt stödets rekommendationer, de har ställt för få frågor enligt stödet, och det är sjuksköterskor som ”tolkat” patienternas svar eller avvikit från eller modifierat datorstödet frågor. Det har varit fall då sjuksköterskan har haft svårt att ”starta upp systemet” på grund att det har varit svårt att hitta lämpligt sökord, samt att patientens svar inte passat in i systemets flödesschema. Det har även varit att patienten inte förstått eller uppfattat hur exempelvis en numerisk smärtskala fungerat och därför inte kunnat föra in ett relevant värde i systemet (Murdoch, Barnes, Pooler, Lattimer, Fletcher & Campbell, 2014).

Rådgivning

Compliance, att följa sjuksköterskans råd, har i olika studier legat mellan 65–90 %. Detta spann kan bero på vilken typ av råd de fått från sjuksköterskan, råd om att uppsöka en akutmottagning och råd om egenvård följs oftare än råd om att boka tid hos allmänläkare. Även om sjuksköterskorna ställde de rätta medicinska frågorna, frågade de sällan om patientens åsikt om dess situation. Vanligtvis gavs råd utan att kontrollera om patienten förstått eller ansett att råden vara acceptabla. Anledningar till att patienterna inte följt givna råd har kunnat delats i fyra kategorier. Det handlar om (1) minne, där patienten inte har minns eller minns fel angående givna råd, (2) symptomförändringar, antingen att symptomen blivit bättre eller sämre, (3) tillit, där patienten ville ha en andra åsikt, eller bli undersökta eller behandlade av läkare detta speciellt då patienten fått egenvårdsråd, samt (4) tillgänglighet, när patienter som fått egenvårdsråd istället bokat tid till läkare för att det blivit en ledig tid. Enligt studier så är följsamheten högre om råden från triagesjuksköterskan motsvarar patientens förväntningar på vården (Purc-Stephenson & Thrasher, 2012).

Den vårdande relationen

Wiklund (2011, s.102–110) skriver om den lidande människan. Ett sjukdomslidande kopplat till de fysiska symtomen och begränsningar som kan kopplas till patientens sjukdom, ett vårdlidande som kopplas till vård och behandling eller brist på vård och behandling, slutligen ett livslidande som är kopplat till patientens grundläggande hållning till sin situation. Wiklund (2011, ss.156–158) beskriver vidare att relationen mellan vårdaren och patienten förutsätter en ömsesidighet från båda parter, där vårdaren är tillgänglig och till patientens förfogande, och där patienten bjuder in vårdaren för att ta emot den hjälp som erbjuds. Förutom att vara ömsesidig så är denna vårdrelation asymmetrisk, vårdaren har med sitt yrke och sin kunskap en maktposition som inte får missbrukas.

För att patienten ska kunna vara delaktig i att få en så bra vård som möjligt så måste det finnas ett samspel mellan patient och vårdare, att balansera patienten som sin egen expert och vårdarens professionella kunnande (Dahlberg & Segesten, 2013, ss. 108–111). Enligt Birkler (2012, s. 147) så är den mänskliga närvaron och mötet mellan fyra ögon en förutsättning för att autonomitet ska kunna uppstå.

PROBLEMFÖRMULERING

Patienter har enligt lag rätt till en god vård inom en rimlig tid och den som har det största behovet skall ges företräde till vården. Med en svårtillgänglig primärvård möjliggörs inte dessa lagkrav för patienter med ett primärvårdsbehov. Med det rådande prioriteringssystemet inom primärvården, där "först till kvarn" gäller, det vill säga den som lyckas komma fram via telefon och erhålla en tid får vård, medan den som inte lyckas uteblir från vård eller får söka sig till en högre vårdnivå. Därmed bryts det också mot behovsprincipen, alltså den med störst behov skall få vård först och det blir således även en etisk fråga. Frågan aktualiseras än mer med den rådande strukturförändring som sker i vården, med centralisering av sjukhusvården. Där tanken är att primärvården skall möta en allt större efterfrågan som ett centraliseringsbeslut kan innebära. En otillgänglig primärvård kommer sannolikt att bli ett samhällsproblem, när människor som är i behov av vård inte får det, vilket inte bidrar till en hållbar utveckling.

För patienten ska primärvården erbjuda kontinuitet, vara välkomnande, lättillgänglig och ha en helhetssyn på den enskildes behov. Patientens delaktighet och medbestämmande i vård och behandling skall vara en självklarhet. Det bör finnas åtgärder att vidta för att komma runt problemet med en otillgänglig primärvård, så att alla patienter med primärvårdsbehov kan erhålla vård i rimlig tid, på rimligt sätt, så att resurserna räcker åt alla och de med störst behov av vård får vård först.

SYFTE

Syftet är att undersöka hur patienter med primärvårdsbehov kan erhålla ändamålsenlig vård inom rimlig tid.

METOD

Studien är en litteraturstudie baserad på Olsson och Sörensens (2013, ss. 144 - 145) metod.

Datainsamling

Olsson och Sörensen (2013) menar att det finns exklusions- och inklusionskriterier när det gäller urvalet av artiklar. Datainsamlingen har skett i olika databaser enligt dessa kriterier. Artiklarna eller publikationerna måste vara vetenskapliga för att de ska användas i denna studie antingen genom peer review eller i specifika databaser. Alla svarar på något eller flera av sökorden som var "triage", "telephone" och "primary care". Samt att inga av artiklarna får vara äldre än 12 år.

Studiens artiklar har gjorts via datainsamling i databaserna Cinahl, PubMed, Scopus och Medline med specifika sökord och avgränsningar. Många av artiklarna återfinns i flera av databaserna. Efter att sökningarna gjorts och artiklarna har valts ut så har de analyserats grundligt innan de inkluderades i studien. Tolv kvantitativa artiklar användes i resultatet, en artikel var både kvantitativ och kvalitativ. Artiklarna kom från Kanada, USA, Australien, Frankrike, Sverige och Storbritannien. Sökvägen i de respektive databaserna finns återgiven i bilaga 1.

Urval

Författarna har läst många rubriker och en hel del abstrakt för att sedan läsa vissa resultat om artiklarna har klarat att fånga författarnas intresse och att de verkade relevant för studien. Vidare analyserades de artiklar vilka har ett resultat som kan vara ett bra evidens och underlag för att försöka svara på det författarna vill förmedla eller utreda. Artiklarnas ursprungsland spelade mindre roll bara det rörde sig om ett i-land med liknande struktur på samhället vilket gör att det bör vara enklare att applicera i författarnas hemland.

För att hålla arbetet uppdaterat ville författarna inte ha artiklar vilka var äldre än tio år. När artiklarna väl svarade upp mot inklusions- och exklusionskriterierna började författarna analysera artiklarnas innehåll genom att läsa allt material ett par gånger och stryka under samt göra stöd anteckningar till varje artikel.

Dataanalys

Artiklarna lästes ett par gånger av respektive författare och stödanteckningar samt understrykningar gjordes för att försöka hitta gemensamma nämnare för att sedan jämföras med varandra och sammanställas. Analysen av artiklarna finns presenterade och komprimerade i en översiktstabell (bilaga 2).

RESULTAT

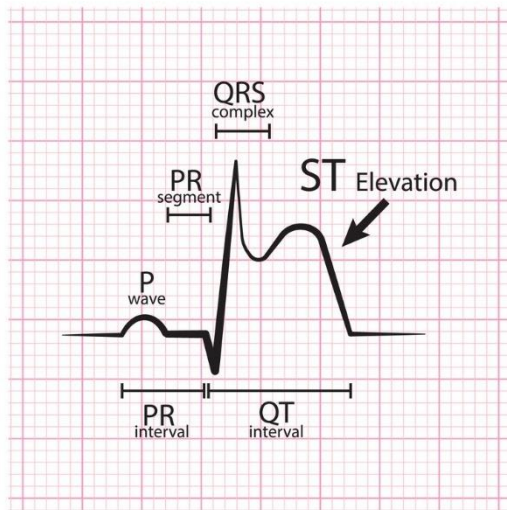
Resultatet redovisas i tre olika teman: (1) öka patientflödet, (2) öka resurserna och tillgängligheten, samt (3) öka råd och vård via media.

Öka patientflödet

En intressant studie som har gjorts i Sverige pekar på att 16 % av de patienter som erhåller ambulans har ett primärvårdsbehov och är således inte i behov av vård på akutmottagning, utan skulle kunnat erhålla likvärdig eller bättre vård inom primärvården. Flödet underlättas både för patienten och vården om patienten hänvisas till en ändamålsenlig nivå direkt (Norberg, Wireklint, Sundström, Christensson, Nyström & Herlitz, 2015).

Det har visat sig att snabba flöden är positivt för både vården och för patienterna. Att erbjuda snabba bedömningar och sedan slussa vidare i sjukvårdskedjan eller skicka hem med egenvårdsråd sparar både pengar, tid och lidande (Shea & Hoyt, 2012). Enligt flera studier (Norberg, Wireklint, Sundström, Christensson, Nyström & Herlitz, 2015; Shea & Hoyt, 2012) understryks detta, och det kan antas att patienterna inom primärvården önskar just ett minskat lidande och vård inom kortare tid. Patientens upplevelse är även något Shea och Hoyt (2012) diskuterar i sin studie. Patienter anser att deras tid är värdefull och att då behöva vänta på att få komma under vård är en stor anledning till missnöje. Med ett patientcentrerat triageteam minskade tiden från ankomst till omhändertagande, samt den totala tiden på mottagningen minskade med en tredjedel, trots detta ökade inte patienternas nöjdhet med mer än med några procent. Förutom tidsvinsten för patienterna minskade även antalet patienter som lämnade mottagningen innan de blivit undersökta (ibid).

Ett annat sätt att öka patientflödet och förkorta väntetiden är användandet av GRASP (Greets, Reassures, Assesses, Sorts, Prioritizes), det vill säga en sjuksköterska som omedelbart möter upp patienten. Denna sjuksköterskas funktion är tvådelad, genom att möta upp patienten bekräftas patientens behov av vård och patienten känner sig sedd, sjuksköterskan kan därefter göra en första bedömning och prioritering av de som är i störst behov av vården (Scrofine & Fitzsimons, 2014). Detta bekräftas av Nailon, Schwedhelm, Egan, Watson, Nuss och Morris, (2015) som menar att en sjuksköterska som möter upp och utför en första snabbtriagering även kan förkorta väntetiden med viktiga minuter för patienter med exempelvis hjärtinfarkter med ST-stegringar på EKG kurvan även kallad STEMI (ibid).



Foley och Durant (2011) ifrågasätter vilka frågor som ställs utan att tillföra kunskap som avgör hur patienten triageras. Att ställa de rätta frågorna och göra de rätta kontrollerna är nyckeln till en noggrann triagering och att inte ställa onödiga frågor eller genomföra onödiga kontroller kan korta tiden. Ett exempel på detta är att vitalparametrar inte är avgörande i den högsta och i den lägsta triagegruppen, ett fall kan vara orsaken till den uppkomna skadesituationen, men fallrisk i sig påverkar exempelvis inte triageringen. Shea och Hoyt (2012) beskriver en idé hur triageflödet kan effektiviseras genom att implementera RAPID (Rapid Assessment Plan Intervention and Disposition) team. Dessa team möter upp patienten i dörren och för den direkt till triageplats där endast tillräckligt med information tas in för att föra in patienten i datasystemet, därefter fyller patienten, om möjligt, i ett formulär med uppgifter om bland annat namn, besvär, anledning till besöket, allergier med mera. Därefter tar tillgängliga teammedlemmar över och fyller i ett formulär inriktat mot huvudåkomma samt vitalparametrar därefter sker den egentliga triageringen av en sjuksköterska eller läkare. På detta vis blev patienter triagerade av sjuksköterska eller läkare efter bara några minuter till skillnad från de 20 minuter eller mer, vilket var vanligt före genomförandet av RAPID-team.

Genom att bredda triagesjuksköterskans kompetens och att införa möjligheten att remittera patienter till röntgen enligt PM för hand- och handledsskador, har det visats en minskning med 36 % i tid till behandling jämfört med att vänta på en läkarbedömning. Dessutom remitterade dessa sjuksköterskor färre patienter till röntgen än vad en bedömande läkare skulle gjort, då sjuksköterskorna gjorde detta i syfte att konstatera en skada till skillnad från att läkaren oftare remitterade för att utesluta en skada (Hunter, 2010).

Öka resurserna och tillgängligheten

När det gäller tillgängligheten så kan den ses ur två perspektiv, det ena är rent geografiskt var den närmaste vårdcentralen finns i förhållande till var patienten bor. Det andra perspektivet är öppettiderna på vårdcentralerna och hur lätt det är att få tid och komma till vårdcentralen. Det vill säga hur resurserna ser ut på vårdcentralerna.

När det gäller det första i tillgängligheten, det rent geografiska läget i förhållande till var patienten bor och hur långt bort närmaste vårdcentral finns, så är detta en av slutsatserna i Casalino Choquet, Curac, Colosi, Kargougou, Ranaivoson, Aubier och Hellmann (2017) studie om varför patienter i större utsträckning väljer att åka till akutmottagningen, är att närmaste vårdcentral ligger längre bort än akutmottagningen. Något annat de även kommer fram till i sin studie är att akutmottagningens rykte även spelar en stor roll i om patienten istället väljer att åka dit eller till sin vårdcentral.

Enligt Osborn och Thompson (2014) kan läkare på vårdcentraler känna sig fastklämda mellan tillgång och efterfrågan på primärvård, detta mycket på grund av en ökad komplexitet i patientvården och att erbjuda en konsultation samma dag. Vilket kan tyda på att tillgängligheten av tider på primärvården har svårt att tillgodoses och att det andra perspektivet i tillgängligheten, hur lätt det är att få en tid och komma till vårdcentralen. Det behöver utöka sina öppettider och ha en större möjlighet att erbjuda tider till patienterna. Vilket gör att de både behöver mer resurser och öka tillgängligheten.

Öka vård och råd via media

Att öka tillgängligheten och att få en kostnadseffektivisering inom vården är att öka vård och råd genom media. Även den geografiska positionen skulle få en minskad betydelse vilket även det gör att samhället får en hållbarutveckling. Två av de granskade artiklarna menar att en god telefonrådgivning i många fall kan ge patienterna ett fullgott stöd i egenvård så att de inte behöver söka någon fysisk kontakt på vårdenhet (Calitri et. al., 2015; Campbell et. al., 2014).

En telefontriagering kan även spara en hel del pengar och även bespara patienterna onödiga resor, så att telefontriagering eller någon annan form av kommunikation typ Skype bör finnas tillgänglig. Själva besparingen består i att om telefontriageringen fungerar som tänkt så avlastas olika avdelningar i vårdkedjan beroende på vart patienten vänder sig (Rushton, Robertson, Taylor, Taylor & Alfred, 2017).

Förutom den etiska aspekten att inte vara säker på att patienten är den person som den uppger sig vara, så kan sjuksköterskan inte använda sig av sin "kliniska blick" rent visuellt för att tolka patientens reaktioner vid ett telefonsamtal (Holmström & Höglund, 2007).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturstudie kan vara lämplig för att kartlägga hur patienter med primärvårdsbehov kan erhålla relevant vård inom rimlig tid, då det finns en stor mängd vetenskapliga artiklar som ger en överblick av forskningsläget. Genom att använda såväl internationella som nationella undersökningar erhålls ett brett undersökningsmaterial. Det finns dock en risk att det blivit missförstånd när artiklarna översatts till svenska samt att andra länders undersökningar kan uppvisa vissa brister i överförandet på svenska förhållanden. Författarna är också medvetna om att valet av sökord avgör vilka svar som fås och att andra val av sökord än de som gjorts hade givit andra resultat. Sökorden "triage", "primary care" och "telephone" som använts enskilt och i olika kombinationer anser författarna ger ett tillfredsställande resultat för att kunna användas

som forskningsunderlag. Hela denna litteraturstudie bygger på en uppbyggnad eller modell ur Olsson och Sörensen (2013).

När författarna söker artiklarna i databaserna Cinahl, Scopus, PubMed och i Medline så görs detta på grund av att dessa är tillgängliga via biblioteket på Borås högskola och att det är dessa databaser författarna känner att de behärskar bäst av de databaser som finns tillgängliga. Detta kan i sig vara en svaghet med studien att vissa artiklar vilka kan vara relevanta har missats. En annan svaghet vilken har erfarits i arbetet med studien är det lilla material som finns att tillgå gällande forskning gjord i Sverige kring detta ämne. Ämnet i sig är lika aktuellt i de länder vilka artiklarna är hämtade ifrån, dock bör det finnas en viss restriktion till att applicera hela resultatet på svensk sjukvård utan vidare forskning.

En av styrkorna med studien är att det finns ett problem med tillgängligheten, detta bevisas kanske mest i vårdens egna publikationer om att alla inte kommer fram på telefon och således ställs nästan en fjärdedel utanför primärvården (Väntetider i vården, 2018), vilket är en klar indikation på att tillgängligheten inte finns där för den efterfrågan av vård som finns. Sen om det beror på resurser eller andra beslut det får vidare forskning avgöra. Dock ser författarna det som en stor styrka i att ämnet kommer upp till ytan för vidare forskning.

Resultatdiskussion

Under rådande vårdstruktur följs inte behovsprincipen. Resultatet visar att drop-in med "lätt-triagering" på vårdcentralerna, är en förutsättning för att öka patientflödet, vilket de flesta privata aktörer redan använder sig av.

Vidare visar resultatet vinsten med en tidig triagering redan innan patienten träffar en läkare eller sjuksköterska på vårdcentralen för att säkerställa att patienten kommit till en ändamålsenlig vårdnivå, det kan exempelvis visa sig att det bästa för patienten kan vara att träffa en fysioterapeut trots att patienten själv vill träffa en läkare (Socialdepartementet 2016). Ur etisk synvinkel och ur ett patientperspektiv kan det vid första anblicken tyckas att patienten ska få söka den vård hen vill, men för att flödet och vårdresurserna ska kunna optimeras så är det viktigt att få en professionell bedömning i form av triage för att därefter hänvisas rätt och få ändamålsenlig vård så snart som möjligt (ibid). För att öka patientflödet ytterligare visar resultatet även en möjlighet att avstå från att ta de vitala parametrarna i den lägsta triageringsgraden initialt och i stället ställa de rätta frågorna för att identifiera patientens behov och hänvisa till lämplig vårdnivå (Foley & Durant 2011).

Om tillgängligheten till primärvården är begränsad, kommer patienterna att söka andra lösningar för att få hjälp med sina problem, exempelvis såsom akutmottagning vilket inte är en hållbar utveckling om resurserna skall räcka till alla vård sökande i ett längre perspektiv. Det blir orimligt att tala om behovsprincipen när vården inte hör eller ser alla människor som söker hjälp. Det kan inte vara etiskt försvarbart att påstå att varje individ ska mötas på dennes villkor inom vården, när vården inte är tillgänglig för alla. SOU 2016:2 (Socialdepartementet 2016) föreslår att primärvården måste öka sitt ansvar och höja sin kompetens samt öka sina öppettider för att på så vis öka tillgängligheten för befolkningen.

Många gånger talas det om att vården ska försöka implementera ett mer "företagstänkande" det vill säga att försöka implementera en arbetsmetod vilken kommer från Toyota-modellen när det

gäller linjeproduktion av bilar, inom sjukvården kallas modellen lean och handlar om att standardisera vårdplaner, lösa problem och minska på slöseri vad gäller materiel, personal, transporter, det handlar även om att utveckla metoder och arbetssätt (Vårdfokus, 2017). Men det finns sannolikt inte ett företag som skulle välja bort 25 % av de som vill köpa deras produkter och att helt bortse från tillgång och efterfrågans kurvan. Toyota skulle aldrig säga nej till att öka sin försäljning med en fjärdedel men det gör primärvården i och med att 25% aldrig kommer fram via telefon (Väntetider i vården, 2018). Samtidigt kan det verka orimligt att jämföra patienter med bilar och det är inte avsikten, utan det är själva flödet som kan appliceras. Detta kan ses som att samhället måste öka tillgängligheten eller skjuta till mer resurser till primärvården eller kanske det betyder att primärvården behöver hitta nya arbetssätt, något som vidare forskning utforska. En av de stora aspekterna är att alla fordon är lika medan patienter inte går att objektifiera och vården skall individanpassas, därför är det svårt att applicera lean modellen fullt ut i vården. Att tillgängligheten behöver öka understryker även Osborn och Thompson (2014) i sin artikel där läkarkåren inom primärvården känner en stress att inte kunna erbjuda sina patienter tider inom rimlig tid. Dock kan understrykas att primärvården inte är tillräckligt tillgänglig, vilket vården själv bekräftar (Väntetider i vården, 2018) samt genom studier vilka påvisar att upptill 16% av besök på akutmottagningarna skulle kunna allokeras till vårdcentralerna (Norberg, Wireklint, Sundström, Christensson, Nyström & Herlitz, 2015) och även att personalen bekräftar att de inte räcker till (Osborn och Thompson 2014).

För ett flertal av dagens sjukdomar växlar patientens behov av vård mellan primärvård och slutenvård beroende i vilket stadium sjukdomen befinner sig samt vilka resurser och kompetenser som krävs vid det aktuella vårdtillfället. Ett sätt att öka resurserna är att tillvarata möjligheten att ta de arbetsuppgifter som, enligt Socialstyrelsen inte är särskilt reglerade i lag, och fördela dessa mellan exempelvis läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster så möjliggör detta en effektivisering av vården då flera olika yrkeskategorier kan göra mer. Som exempel på detta är att det inte måste vara en läkare som remitterar till röntgen eller ställer en diagnos, och att en sjuksköterska kan lämna ut provsvar. Jämfört med hur det varit tidigare så har sjuksköterskor tagit över arbetsuppgifter och handlägger patienter på ett mer självständigt sätt än för 20 år sedan. Tidigare fanns det även arbetsuppgifter som var läkarens men som idag har tagits över av fysioterapeuter ((Socialdepartementet 2016; Socialstyrelsen, 2017).

Resultatet visar att telefonrådgivning sker både av 1177 och primärvården med samma sorts telefonstöd och ger exakt samma råd till patienterna. Författarna föreslår att enbart en av dessa aktörer tar hand om telefontriageringen och egenvårdsrådgivning, nämligen 1177, vilket skulle frigöra resurser inom primärvården. Även tidsbokning till vårdcentral skulle kunna ske via 1177 och/eller via internet. Eftersom det visar sig att telefonrådgivning är kostnadseffektivt och att det även avlastar primärvården och akutmottagningarna från fysiska och ibland ”onödiga” besök. Gör detta att det går att skönja en hållbar utveckling och en kostnadseffektivitet i att öka vård och råd via media (Rushton, Robertson, Taylor, Taylor & Alfred, 2017).

SLUTSATSER

Studien visar att möjliga strategier för att ge patienter med primärvårdsbehov en vård utifrån behovsprincipen, är att öka flödet, öka primärvårdens resurser och tillgänglighet samt öka vård och råd via media. Förslag på förändringar är:

- Tidig bedömning genom triage, där vitala parametrar sparas till senare och fokus läggs på att ställa de rätta frågorna i stället.
- Om 1177 sköter rådgivning och tidsbokning till vårdcentralerna så kan primärvårdens yrkeskompetenser nyttjas på ett effektivt sätt
- Utökade resurser till vårdcentralen skulle ge möjlighet till ökade öppettider och således även en ökad tillgänglighet
- En god telefonrådgivning och trovärdiga sjukvårdsappar kan ge stöd inför egenvård och vårdens resurser kan nyttjas till dem som är i störst behov av dem.

Vidare forskning

Det saknas ännu forskning kring:

- Hur första linjens sjukvård ska optimeras utan att bryta mot behovsprincipen inom sjukvården.
- Hur vård via media kan optimeras och ändå vara patientsäker.

REFERENSER

1177 Vårdguiden (2013). *Prioriteringar*. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Prioriteringar-inom-varden/> [2018-04-20]

1177 Vårdguiden (2016). *Vårdgaranti*. <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Vardgarantier/> [2018-04-20]

1177 Vårdguiden (2018). <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Hittavard/?m=alings%C3%A5s&q=v%C3%A5rdcentral> [2018-05-04]

Birkler, J. (2012). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Calitri, R., Warren, F. C., Wheeler, B., Chaplin, K., Fletcher, E., Murdoch, J., Richards, S., Taylor, R. S., Varley, A. & Campbell, J. (2015). Distance from practice moderates the relationship between patient management involving nurse telephone triage consulting and patient satisfaction with care. *Health and Place*, 34, ss. 92-96. doi: 10.1016/j.healthplace.2015.04.002

Casalino, E., Choquet, C., Curac, S., Colosi, L., Karagougou, E., Ranaivoson, M., Aubier, M. & Hellman, R. (2017). An evaluation of hospital attractiveness and primary care availability leading to increasing emergency department visits. *Public Health*, 151, ss. 27-30. doi: 10.1016/j.puhe.2017.06.010

Campbell, J. L. et al. (2014). Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): A cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet*, 384(9957), ss. 1859-1868. doi:10.1016/S0140-6736(14)61058-8

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2013). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Foley, A. L. & Durant, J. (2011). Let's Ask That Out Front: Health and Safety Screenings in Triage. *Journal of Emergency Nursing*, 37(5), ss. 515-516. doi: 10.1016/j.jen.2011.06.013

Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: Not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing & Health Sciences*, 9(1), 23-28. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00299.x

Holmström, I. & Höglund, A.T (2006). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), ss. 1865-1871. doi:10.1111/j.1365-2707.2006.01839.x

Hunter, D. (2010). Triage nurse X-ray protocols for hand and wrist injuries: David Hunter sets out how a protocol and training programme in an emergency department has allowed triage nurses to request X-rays of patients with hand and wrist injuries. *Emergency Nurse*, 17(9), ss. 20-24.

Johannesson, L. E. F. (2017). Beyond guidelines: discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociology of Health & Illness*, 39(7), ss.1180-1194. doi:10.1111/1467-9566.12578

Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A. & Holmström, I. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, 19(3), ss. 278-286. doi: 10.1111/nhs.12349

Murdoch, J., Barnes, R., Pooler, J., Lattimer, V., Fletcher, E. & Campbell, J. L. (2014). The impact of using computer decision-support software in primary care nurse-led telephone triage: Interactional dilemmas and conversational consequences. *Social Science & Medicine*, 126, ss. 36-47. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.013

Nailon, R. E., Schwedhelm, S., Egan, M. J., Watson, S., Nuss, S. L. & Morris, R. (2015). ED Greeter Nurse: Transforming Triage and Improving Patient Care Outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), ss. 265-267. doi: 10.1016/j.jen.2015.01.009

Norberg, G., Wireklint Sundström, B., Christensson, L., Nyström, M. & Herlitz, J. (2015). Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(4), ss. 311-317. doi: 10.3109/02813432.2015.1114347

Olsson, H. & Sörensen, S. (2013). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Osborn, J. & Thompson, M. (2014). Management of same-day appointments in primary care. *The Lancet*, 384(9957), ss. 1828-1829. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61173-9

Purc-Stephenson, R. J. & Thrasher, C. (2012). Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 87(2), ss. 135-142. doi: 10.1016/j.pec.2011.08.019

Rehman, S. A. & Ali, P. A. (2016). A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing*, 29, ss. 38-44. doi: 10.1016/j.ienj.2015.11.002

Rushton, C., Robertson, L., Taylor, T., Taylor, P. & Alfred, A. (2017). Implementation and evaluation of a pre-assessment telephone triage system in an outpatient photopheresis service. *British Journal of Nursing*, 26(7), ss. 400-404.

Scrofine, S. & Fitzsimons, V. (2014). Triage: The Sorting of Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), ss. 289-290. doi: 10.1016/j.jen.2014.03.004

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

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

Shea, S. S. & Hoyt, K. S. (2012). "RAPID" Team Triage: One Hospital's Approach to Patient-Centered Team Triage. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(2), ss. 177-189. doi:10.1097/TME.0b013e318253e4c6

Socialdepartementet, en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (2016). *Effektiv vård* (SOU 2016:2) Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2017). *Fördela arbetsuppgifter*.

<https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/fordela-arbetsuppgifter> [2018-05-23]

Vårdfokus (2009). *Det här är triage*. <https://www.vardfokus.se/tidningen/2009/nr-6-2009-6/det-har-ar-triage/> [2018-05-02]

Vårdfokus (2017). *Lean gillas i primärvården*.

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/oktober/lean-gillas-i-primarvarden/> [2018-05-31]

Väntetider i vården (2018). *Telefontillgänglighet*.

<http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Vastra-Gotalands/PrimarvardTelefon> [2018-05-12]

Västra Götalandsregionen (2018). *Krav- och kvalitetsbok Vårdval VG Primärvård 2018*.

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/aee47619-006a-4198-a76f-06872a18abf2/Krav-och%20kvalitetsbok%20Vårdval%20Vårdcentral%202018.pdf?a=false&guest=true> [2018-03-11]

Wiklund, L. (2011). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1

Databas Cinahl	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Inkluderade i arbetet
1 "triage"	"triage"	Publication year 2005-2018 English language Peer reviewed	5655	12	3	2
2 "triage" OCH "telefon"	"triage" AND "telephone"	Publication year 2005-2018 English language Peer reviewed	360	10	2	1
3 "triage" OCH "telefon" OCH "primärvården"	"triage" AND "telephone" AND "primary care"	Publication year 2005-2018 English language Peer reviewed	84	10	1	1
Databas PubMed	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Inkluderade i arbetet
1 "triage"	"triage"	Publication year 2005-2018 English language Review	1645	8	3	1
2 "triage" OCH "telefon"	"triage" AND "telephone"	Publication year 2005-2018 English language Review	48	2	2	1

3 "triage" OCH "telefon" OCH "primärvården"	"triage" AND "telephone"AND "primary care"	Publication year 2005-2018 English language Review	18	0	0	0
Databas Scopus	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Inkluderade i arbetet
1 "triage"	"triage"	Publication year 2005-2018 English language Article	7111	0	0	0
2 "triage" OCH "telefon"	"triage" AND "telephone"	Publication year 2005-2018 English language Article	347	8	4	1
3 "triage" OCH "telefon" OCH "primärvården"	"triage" AND "telephone" AND "primary care"	Publication year 2005-2018 English language Article	179	9	6	2
Databas Medline	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa i fulltext	Inkluderade i arbetet
1 "triage"	"triage"	Publication year 2005-2018 Review Article English language	1496	10	3	1

2 "triage" OCH "telefon"	"triage" AND "telephone"	Publication year 2005-2018 Review Article English language	40	4	2	2
3 "triage" OCH "telefon" OCH "primärvården"	"triage" AND "telephone"AND "primary care"	Publication year 2005-2018 Review Article English language	14	1	1	0

Bilaga 2

Författare Årtal, Land Titel Tidskrift	Problem och syfte	Metod och mätinstrument	Urval	Resultat
<p>Författare: Calitri, R., Warren, F. C., Wheeler, B., Chaplin, K., Fletcher, E., Murdoch, J., Richards, S., Taylor, R. S., Varley, A. & Campbell, J.</p> <p>Årtal, land: 2015, Storbritannien</p> <p>Titel: Distance from practice moderates the relationship between patient management involving nurse telephone triage consulting and patient satisfaction with care.</p>	<p>Trots en växande popularitet av telefon konsultationer till patienter så finns det en brist på evidens hur detta accepteras av patienterna.</p>	<p>Kluster i randomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Frågeformulär till patienter som frågade om deras nöjdhet med vården.</p> <p>Alla analyser fick formen av hierarkisk modell.</p>	<p>42 sjukhus blev utvalda och totalt 9154 var inkluderade i studien.</p>	<p>Det fanns ingen markant skillnad mellan telefonkonsultation eller de som fick träffa en läkare eller sjuksköterska fysiskt.</p>

<p>Författare: Campbell, J. L. et al.</p> <p>Årtal, land: 2014, Storbritannien</p> <p>Titel: Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): A cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis.</p>	<p>Telefontriagering ökar för att hantera arbetsbelastningen i primärvården, men det saknas evidens för denna utveckling.</p> <p>Studien ville undersöka effektiviteten och kostnadskonsekvensen av bedömningar av allmänläkare eller sjuksköterskeledd telefon triagering jämfört med möte på en vårdcentral.</p>	<p>En pragmatisk, tre-grupps, slumpmässigt kontrollerad kluster test mellan 1 mars 2011 och 31 mars 2013 på 42 mottagningar.</p>	<p>Mottagningarna var slumpmässigt valda genom en datoriserad slumpgenerator.</p>	<p>Det finns ingen skillnad om patienten får telefonråd eller om de träffar en läkare eller sjuksköterska för en triagering eller bedömning i arbetsbördan inom vårdinrättningen, den bara skjuts i en annan riktning.</p>
<p>Författare: Casalino, E., Choquet, C., Curac, S., Colosi, L., Karagougou, E., Ranaivoson, M., Aubier, M. & Hellman, R.</p> <p>Årtal, land: 2017, Frankrike</p> <p>Titel: An evaluation of hospital attractiveness and primary care availability leading to increasing emergency department visits.</p>	<p>En undersökning om varför patienter är mer benägna att besöka ett visst sjukhus, relaterat till hur nöjd patienten är av vården och sjukhusets kvalite</p>	<p>En 5 år lång observationsstudie vid två sjukhus</p>	<p>Intervju av 100 patienter från vardera sjukhus, samt genomgång av alla besök på akutmottagningarna</p>	<p>I områden med dålig tillgång på primärvård söker si patienter i högre rad till akutmottagningarna .</p>

<p>Författare: Foley, A. & Durant, J.</p> <p>Årtal, land: 2011, USA</p> <p>Titel: Let's ask that out front: Health and safety screenings in triage</p>	<p>Genomgång av vad som är av värde att fråga vid triagering som ändå inte påverkar triagebeslutet</p>	<p>En litteraturöversikt.</p>	<p>Det står inget om varför de valt just dessa artiklarna.</p>	<p>Frågor som ställs vid triage påverkar inte alltid triagebeslutet</p>
<p>Författare: Holmström, I. & Höglund, A.T.</p> <p>Årtal, land: 2006, Sverige</p> <p>Titel: The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing</p>	<p>Beskriva etisk problematik vad gäller värderingar och normer vid telefonkontakt mellan patient och sjuksköterska</p>	<p>Intervju med triagesjuksköterskor under 2004–2005</p>	<p>12 sjuksköterskor i åldrarna 35–63 år med varierad erfarenhet av telefontriage</p>	<p>Det finns etiska problem med telefontriage, balnd annat att inte vara säker på vem man talar med och att många samtal går via tredje person.</p>
<p>Författare: Hunter, D.</p> <p>Årtal, land: 2010, Storbritannien</p> <p>Titel: Triage nurse X-ray protocols for hand and wrist injuries</p>	<p>Att tillåta triagesjuksköterskor remittera patienter till röntgen vid misstanke om hand- eller handledsskada</p>	<p>En artikel som beskriver ett protokoll och internutbildning vilket förkortar ledtiderna inom röntgen.</p>	<p>En litteraturstudie och besök på sjukhus som använder protokollen samt utbildningarna.</p>	<p>Tiden från undersökning till behandling kan kortas om sjuksköterskor kan remittera misstänkta fall till röntgen utan att invänta läkares bedömning.</p>
<p>Författare: Nailon, R. E., Schwedhelm, S., Egan, M. J., Watson, S., Nuss, S. L. & Morris, R.</p> <p>Årtal, land: 2015, USA</p> <p>Titel:</p>	<p>Ett sätt att använda sig av sjuksköterskan för att korta tiden för patient från dörr till triage</p>	<p>Tidsstudier på akutmottagning före och efter införande av "greeter nurse"</p>	<p>Ett team som kollade alla patienter mellan juli 2010 till juni 2011 som kom via akutmottagningen med STEMI på Nebraska Medical Center.</p>	<p>Genom att införa en "greeter nurse" sm tog emot patienten vid dörren kortades tiden för omhändertagande av STEMI patienter</p>

<p>ED Greeter Nurse: Transforming Triage and Improving Patient Care Outcomes.</p>				
<p>Författare: Norberg, G., Wireklint Sundström, B., Christensson, L., Nyström, M. & Herlitz, J.</p> <p>Årtal, land: 2015, Sverige</p> <p>Titel: Swedish emergency medical services' identification of potential candidates for primary healthcare: Retrospective patient record study.</p>	<p>Det finns inga tydliga direktiv för hur det ska fungera mellan primärvården och akuten. Det saknas även en definition av skillnaden mellan vad som är akut och icke akut sjukvård.</p> <p>Att undersöka patienter som kontaktade akuten med problem som kan lösas på en vårdcentral.</p>	<p>Ett retrospektiv och undersökningar av patientjournaler ur ett ambulans perspektiv.</p> <p>En gruppjämförelse mellan de som är kandidater för vårdcentralen och de som inte är det. All data är hämtad från ambulansen och sjukhuset.</p>	<p>De patienter som tillkallade ambulans under 2011. Det var 3001 patienter men data eller korrekta journaler saknades för 10%.</p>	<p>Av totalt 2703 undersökta patienter var det 426 stycken som hade kunnat söka till vårdcentralen istället för att belasta akuten. 16% av de som ringer ambulansen hamnar på fel ställe i vårdkedjan.</p>
<p>Författare: Osborn, J., & Thompson, M.</p> <p>Årtal, land: 2014, Storbritannien</p> <p>Titel: Management of same-day appointments in primary care</p>	<p>Hur kan man optimera flödet inom primärvården för att personal ska kunna användas effektivt.</p>	<p>En studie av en annan studie.</p>	<p>De har valt ut en specifik studie som passar deras påstående.</p>	<p>Att hitta nya vägar för att hjälpa patienterna samma dag och ge mer egenvårdsråd, samt triage på primärvården.</p>

<p>Författare: Rushton, C., Robertson, L., Taylor, T., Taylor, P. & Alfred, A.</p> <p>Årtal, land: 2017, Storbritannien</p> <p>Titel: Implementation and evaluation of a pre- assessment telephone triage system in an outpatient photopheresis service.</p>	<p>Avdelningen för ultraviolett blodbestrålning hade problem med att patienter inte avbokade sina möten då de var sjuka eller led av något symptom som skulle leda till att behandlingen blev inställt.</p> <p>Målet var att värdera tre faktorer: Ett telefontriage system med tillhörande blanketter på avdelningen för att minska inställda behandlings, samt effekten av dessa.</p>	<p>All data samlades in i efterhand, alla medicinska noteringar för alla patienter som skulle få blodbestrålning mellan 1 januari 2015 och 31 december 2015.</p> <p>Sammanställt i en box, två figurer och två tabeller.</p>	<p>Alla patienter under 2015 på den aktuella avdelningen. Totalt gav det 77 patienter som behandlades 828 gånger. Det visade sig att 443 behandlingar (55%) blev komplett ifyllda.</p>	<p>Ett telefon triage system där patienten kan bedömmas och snabbt avstyra det planerade besöket om något var fel. Detta ger en grund för en säkrare vård och är kostnadseffektivt.</p>
<p>Författare: Scrofine, S. & Fitzimons, V.</p> <p>Årtal, land: 2014, USA</p> <p>Titel: Triage: the sorting of patients</p>	<p>Beskrivning av olika metoder för att effektivisera triagering av patienter</p>	<p>En studie av olika processer som används runt om i USA för att minska väntetiderna från väntrummet till att patienten blir triagerad.</p>	<p>Det framgår inte i artikelns varför de har valt ut just dessa processer.</p>	<p>Det finns olika sätt att effektivisera och tiden från dörr till triage för patienter. Artikelns beskriver ett antal olika metoder. Långa väntetider har ofta en korrelation med försämrad utgång för patienterna. Processen har minskat väntetiden för triage med cirka 75%.</p>

<p>Författare: Shea, S. S. & Hoyt, K. S.</p> <p>Årtal, land: 2012, USA</p> <p>Titel: “RAPID” Team Triage: One Hospital’s Approach to Patient-Centered Team Triage.</p>	<p>Enligt artikeln menar de att en traditionell triage kan utgöra en barriär och vara en tidstjuv för att ha ett så snabbt flöde som möjligt genom akuten.</p> <p>Syftet är att implementera ett effektivare och snabbare sätt att triagera.</p>	<p>Genomförande av ett pilotprojekt på en akutavdelning i Long Beach.</p> <p>Att göra många små tester och utvärdera för att sedan omforma triageringen till att ha ett snabbare flöde för patienten.</p>	<p>Anledningen till att de valde St. Mary Medical Center var för att båda författarna är verksamma där.</p>	<p>Akutmottagningar kan dra fördelar av en direkt handläggning av icke akuta patienter för att minska trycket på avdelningen. Att ha triageteam som kan göra snabba bedömningar är en succé och innovativt sätt att närma sig en lösning.</p>
---	--	---	---	---