

# MASTEROPPGAVE

Hva ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage?

---

Utarbeidet av:  
Merete M. Jansen og Linda Abelsen

Fag:  
Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling:  
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2012



## **Forord**

Denne masteroppgaven er for oss avslutningen på et fire års langt deltidsstudie innen feltet organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold, avdeling Halden.

Vi har begge hatt likt utdanningsløp og tatt årene forløpende uten pauser mellom studieårene.

Å skrive denne masteroppgaven har bestått av hele spekteret av følelser underveis og kan beskrives som en lang og emosjonell berg- og dalbanetur.

Vi har sittet i den første vognen og hatt full oversikt.

Vi har sittet i den midterste vognen og ikke visst bak eller frem.

Vi har sittet i den bakerste vognen og trodd at dette går ikke.

Det fine med denne reisen er at vi har ikke vært alene. Vi har hatt med oss familie, venner og arbeidskollegaer. En stor takk for all støtte og oppbakking.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Kjeld Qvortrup. Takk for dine konstruktive tilbakemeldinger og for at du under hele denne prosessen har hatt stor tro på oss og valg av tema.

Vår takk går også til alle de som tok seg tid til å delta på våre intervjuer på tross av en travel hverdag. Tusen takk!

Til slutt vil vi takke vår arbeidsgiver, som har gitt oss denne muligheten til å videreutvikle oss faglig og personlig.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterne regning.

*Linda Abelsen og Merete Magnussen Jansen*

Sarpsborg, 1.mai 2012

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>I</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>II</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	4
1.2.1 AVGRENSNINGER.....	4
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	4
<b>2.0 EN BESKRIVELSE AV ORGANISASJONEN OG AVDELINGEN HVOR UNDERSØKELSEN SKAL FINNE STED</b> .....	<b>6</b>
2.1 SYKEHUSET ØSTFOLD (SØ).....	6
2.2 AKUTTMOTTAKET FREDRIKSTAD.....	7
2.3 PLIKT TIL Å YTE ØYEBLIKKELIG HJELP OG BESKRIVELSE AV AKUTTBEGREPET.....	8
2.4 TRIAGE.....	9
2.4.1 Historisk tilbakeblikk.....	10
2.4.2 Beskrivelse av triagesystemer.....	11
2.4.2.1 Manchester Triage Scala (MTS).....	11
2.4.2.2 Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) og Adaptiv processtraige (ADAPT).....	12
2.4.2.3 Østfold Triage Modell (ØTM).....	12
2.4.3 Triagemetoden.....	13
<b>3.0 TEORETISK RAMME</b> .....	<b>15</b>
3.1 BESLUTNINGSMODELLER OG - TEORIER.....	15
3.2 BESLUTNINGSMODELLER.....	15
3.2.1 Politiske beslutningsmodeller.....	15
3.2.2 Anarkistiske beslutningsmodellene.....	16
3.2.3 Rasjonelle beslutningsmodeller.....	17
3.2.3.1 Konsekvensorienterte beslutningsmodeller.....	17
3.2.3.2 Den regelorienterte modellen.....	19
3.3 RASJONALITETSBEGREPET.....	20
3.3.1 Normativ teori.....	21
3.3.2 Deskriptiv teori.....	24
3.3.2.1 Begrenset rasjonalitet.....	25
3.3.2.2 Praktisk-konkrete grenser for rasjonalitet.....	26
3.3.2.3 Prinsipielle grenser for rasjonalitet.....	27
3.4 BESLUTNINGSFASER.....	28
3.5 BESLUTNINGER UNDER USIKKERHET (FEILKILDER).....	30
3.5.1 Kognitiv kapasitet.....	31
3.5.2 Forenklingsstrategier.....	32
3.5.3 Kognitive skjemaer.....	33
3.5.4 Å forstå og beherske omgivelsene.....	34
3.6 SYKEPLEIE – KUNNSKAP OG KOMPETANSE.....	35
3.6.1 Kompetanse.....	35
3.6.2 Personlig kompetanse.....	38
3.6.3 Etisk kunnskap.....	38
3.6.4 Utvikling av klinisk kompetanse.....	39
3.6.5 Kjennetegn på høy klinisk kompetanse.....	41
<b>4.0 FORSKNING OG PRESENTASJON AV EMPIRISKE STUDIER</b> .....	<b>42</b>
<b>5.0 METODE</b> .....	<b>45</b>
5.1 FORSKNINGSDESIGN.....	45
5.2 UTVALG AV RESPONDENTER.....	46
5.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE.....	47
5.4 ANALYSE OG KATEGORISERING AV FUNN.....	48
5.5 ETISKE OVERVEIELSER.....	50

5.5.1 Personvern.....	50
5.5.2 Bias – om å forske på eget arbeidssted .....	50
5.6 METODEKRITIKK .....	51
5.7 DRØFTING AV VALIDITET OG RELIABILITET .....	52
5.7.1 Pålitelighet .....	52
5.7.2 Intern gyldighet.....	53
5.7.3 Ekstern gyldighet .....	53
<b>6.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN .....</b>	<b>54</b>
6.1 HVA KJENNETEGNER BESLUTNINGSPROSESSEN I TRIAGE, OG HVILKE BESLUTNINGSSTRATEGIER BENYTTET SYKEPLEIERNE SEG AV I TRIAGE? .....	56
6.1.1 Kritisk tenkning .....	57
6.1.1.1 Innhenting av informasjon .....	57
6.1.1.2 Observasjon og kartlegging av pasienten.....	59
6.1.1.3 Identifisering av risiko .....	62
6.1.1.4 Symptomer og tegn .....	62
6.1.1.5 Smertevurdering.....	63
6.1.2 Kognitive ferdigheter.....	64
6.1.2.1 Beslutninger basert på konsekvenser .....	65
6.1.2.2 Beslutninger basert på usikkerhet .....	67
6.1.2.3 Tidsfaktoren i triage.....	70
6.1.3 Refleksjon og rekognisjon .....	71
6.1.3.1 Mønstergjenkjenning og bruk av resonnement .....	71
6.1.3.2 Refleksjon .....	74
6.1.4 Intuitive tankeprosesser.....	77
6.1.4.1 Vurderingsevne og klinisk blick .....	80
6.1.5 Triageverktøyet som beslutningsstøtteverktøy .....	81
6.1.5.1 Beskrivelse av triageprosessen.....	84
6.1.5.2 Kasusgjennomgang og begrunnelse for valg av flytskjema.....	85
6.2 HVILKE FAKTORER PÅVIRKER VALG AV HASTEGRAD? .....	86
6.2.1 Rammer i organisasjonen som påvirker hastegradvurderingen.....	87
6.2.1.1 Pasienttilstrømming .....	87
6.2.1.2 Kollegialt samarbeid .....	89
6.2.2 Pasientens kontaktårsak og grad av alvorlighet .....	90
6.2.3 Kunnskap og kompetanse .....	91
6.2.3.1 Taus kunnskap og intuisjon.....	93
6.2.3.2 Erfaringskunnskap .....	94
6.2.3.3 Etisk kunnskap – holdinger og verdier.....	95
6.3 HVA LIGGER SÅ TIL GRUNN SYKEPLEIERES PRIORITERINGSBESLUTNINGER I TRIAGE – KONKLUSJON...	97
7.0 FORSLAG TIL VIDERE STUDIER .....	101
<b>8.0 REFERANSER.....</b>	<b>102</b>
<b>9.0 VEDLEGG .....</b>	<b>106</b>
1. Brukermanual for triage og re-triage, Sykehuset Østfold	
2. Eksempler på flytskjemaer fra ØTM	
3. Søknad om gjennomføring av undersøkelsen i Sykehuset Østfold	
4. Godkjenning, personvernombud – NSD	
5. Intervjuguide	
6. Informasjonsskriv til respondenten	
7. Samtykkeskjema	
8. Eksempel på kodeskjema (dataanalyse)	



## 1.0 Innledning

Et akuttmottaks oppgave er å ta i mot *alle*<sup>1</sup> pasienter med akutte lidelser for undersøkelse, observasjon og behandling. Avhengig av pasientens tilstand og behov skal pasienten kanaliseres til rett pleie- og omsorgsnivå. Alle pasienter og deres pårørende skal møtes med respekt, og gis pleie og behandling av god kvalitet. I akuttmottaket skal det også tilstrebes å prioritere riktig, sikre at pasienten er trygg og at pasienten får god behandling på rett nivå.

Etter at Helsetilsynet i 2007 gikk ut og ga akuttmottak over hele landet massiv kritikk for manglende oversikt og dårlig styring og ledelse av mottak og sortering av pasienter, har flere helseforetak, inkludert Sykehuset Østfold (akuttmottaket i Fredrikstad), innført triage. Triage<sup>2</sup> er et sorterings - og prioriteringssystem som skal sikre at pasienter med størst behov får medisinsk behandling og tilsyn av lege, kommer foran pasienter med mindre behov.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har begge sykepleiefaglig bakgrunn, og har til sammen godt og vel førti års erfaring fra helsevesenet i ulike funksjoner, primært i Sykehuset Østfold. I dag jobber vi som henholdsvis rådgiver i stabsavdeling og seksjonsleder i akuttmottaket - Fredrikstad. Vi er begge opptatt av at Sykehuset Østfold (SØ) skal yte den beste mulige behandlingen til pasientene, og vi tror at arbeidet med å hastegradsvurdere og å prioritere pasientene er en viktig oppgave for å sikre at pasientene får rett behandling til rett tid.

Akuttmottaket i Fredrikstad innførte triage januar 2008. Det finnes ingen felles standard for triage i Norge, slik at akuttmottaket - Fredrikstad valgte å utarbeide sin egen triagemodell.<sup>3</sup> Over store deler av verden, der triage er innført, er denne oppgaven

---

<sup>1</sup> *ALLE* er her et uttrykk for pasienter som henvender seg til spesialisthelsetjenesten for å få hjelp (via nødnummer 113, direkte oppmøte med mer) eller pasienter som henvises fra eksempelvis legevakt/fastlege. Viser til kapittel 2.3 som omhandler *plikt til å yte øyeblikkelig - hjelp*

<sup>2</sup> Se kapittel 2.4 for forklaring av hva triage er.

<sup>3</sup> I denne oppgaven velger vi å kalle modellen - **Østfold Triage modell (ØTM)**.

Mer om prinsipper for triage og en beskrivelse av Østfold Triage modell blir gjort rede for i kapittel 2.4.

delegert til sykepleietjenesten. Sykehuset Østfold valgte derfor å gi denne oppgaven til sykepleierne som arbeider i akuttmottaket. Det ble gjennomført opplæring før oppstart, slik at alle skulle kunne metodikken i forkant av innføringen av systemet. Opplæringen ble gitt av akuttmottakets egne fagsykepleiere, samt medisinskfaglig ansvarlig lege. Legetjenesten, ble gitt en innføring i systemet – men ikke i det omfanget som sykepleierne fikk.

Høsten 2010 ble vi begge involvert i et mindre evalueringsoppdrag der vi skulle vurdere effekten av innføringen av denne triagemodellen. Fokusområder for evalueringsoppdraget var knyttet til erfaringer ledere, sykepleiere og leger hadde gjort seg med modellen i de to årene den hadde vært i bruk. Fortsatt opplevde akuttmottaket at det var vanskelig å overholde tidsfrister for legetilsyn. Det kunne til tider hope seg opp med pasienter, grunnet lang ventetid på legetilsyn. Flere av legene ga uttrykk for at alvorlige tilstander kunne overses som følge av feil triagering. Ledelsen var usikre på om triagemetoden faktisk ga den forventede nytteeffekten, for både pasientflyt og pasientsikkerhet som var en del av effektmålene ved innføringen.

Funn fra evalueringen viste at hastegradsvurderingen i triage er personavhengig, og at flertallet av sykepleierne baserer sine faglige beslutninger på vitale parametre, kommunikasjon med pasienten, klinisk blikk og erfaring. Enkelte nevnte også legens henvisning, kommunikasjon med pårørende, samt rapport fra ambulanspersonell. Flertallet av sykepleierne opplevde triage som et nyttig verktøy for hastegradsvurdering og prioritering av pasienter.

Som en del av evalueringen fikk sykepleierne (55 stk.) triagere ulike pasientkasus. I alt 77 % av triageringene var vurdert med konklusjon lik ”fasit”, 14 % ble under-triagert og 9 % over-triagert i forhold til ”fasit”<sup>4</sup>. Vi sammenlignet resultatene ved å la sykepleiere fra et annet akuttmottak, som også benyttet et triagesystem, triagere de samme pasientkasusene. Også her fant vi variasjon i treffprosent hos sykepleierne som

---

<sup>4</sup> Når man gir pasienten en hastegrad i triage er det tre mulige utfall av hastegraden: (1) pasienten triageres til riktig triagenivå: rett tilsyn og behandling til rett tid. (2) under-triage: pasienter får en lavere hastegrad enn hva kliniske parametre skulle tilsi - pasienten må vente selv om behovet er tilstede og (3) over-triage: pasienten får en høyre hastegrad enn hva kliniske parametre skulle tilsi – pasienten går foran andre i køen uten at det er faktisk behov

deltok. Men et interessant funn var at når vi så på resultatene over ett, var det ulike oppfatninger om hva som var *rett* hastegrad mellom de to akuttmottakene. Et pasientkasus som av de fleste sykepleierne ved akuttmottaket i Fredrikstad ble hastegradsvurdert til Hastegrad: Rød 2, ble av sykepleierne ved det andre akuttmottaket vurdert til Hastegrad: Grønn 5<sup>5</sup>.

I forhold til bruk av triageverktøyet fremkom det at sykepleierne sjeldent eller aldri følte seg usikre på hvilken prioritet de skulle gi pasienten (86 %), og at det sjeldent var problematisk å finne rett flytskjema (78 %). I forhold til over-triage så svarer sykepleierne at de kan over-triagere pasienter dersom de er usikre på hvilken hastegrad de skal gi (Evalueringsrapport, triage i akuttmottaket Fredrikstad, 2011).

Etter gjennomføringen av evalueringen satt vi igjen med en del spørsmål. Hva er årsaken til at sykepleiere vurderer et pasientkasus så ulikt? Hva ligger til grunn for beslutninger og valg man tar i triage? Hvilke egenskaper og ferdigheter er av betydning når man skal hastegradsvurdere en pasient i triage? Hvilke beslutningsprosesser benytter sykepleiere seg av i triage, og hvilke faktorer er avgjørende for valg av hastegrad? Beslutningstaking (decision-making) og klinisk vurdering (clinical judgement) er temaer det er forsket mye på de senere årene. Det foreligger en rekke studier (både validerte og ikke-validerte) som omhandler sykepleie og beslutninger i triage. Triagemetoden, sykepleiefaget og beslutningsprosesser er noe som interesserer oss og som vi ønsker å få mer kunnskap og innsikt i.

Vår undersøkelse vil også gi sykehuset Østfold verdifull informasjon når det gjelder videreutvikling av Østfold Triage modell etter sammenslåing av akuttfunksjonene<sup>6</sup> i fylket samt prosjekt - nytt Østfold Sykehus.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Angivelse av nivåinndeling for hastegrad i henhold til Østfold Triage modell er gjengitt i kapittel 2.4.3.

<sup>6</sup> Sammenslåing av akuttfunksjonene i fylket trådte i kraft 24.04.12 – endringen omfattet blant annet nedlegging av akuttfunksjoner i Moss og en utvidelse av akuttmottaket i Fredrikstad.

<sup>7</sup> Prosjekt – Nytt Østfoldsykehus innebærer at all akuttvirksomhet vil bli samlet på Kalnes. Sykehuset skal etter planen stå ferdig i 2015.



## 1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i innledningen over, så har vi utformet følgende problemstilling:

### **Hva ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage?**

Dette vil vi studere ved å lete etter svar på to delspørsmål:

1. Hva kjennetegner beslutningsprosessen i triage, og hvilke beslutningsstrategier benytter sykepleierne seg av i triage?
2. Hvilke faktorer påvirker valg av hastegrad?

### 1.2.1 Avgrensninger

Triagemetodikken har også spredd seg til andre deler av helsevesenet. Legevakter og akuttmedisinske senter har i den senere tid tatt i bruk triagemetodikk. Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK) har i en rekke år benyttet *Medisinsk Index* som er et forenklet triagesystem. Internasjonal forskning fremmer også økt bruk av legeressurser i triagesammenheng, samt teamtriage der lege og sykepleier sammen tar i mot pasienten ved ankomst. Flere akuttmottak har innført triagesystemer. Denne undersøkelsen kunne fanget opp alle disse leddene, men allikevel begrenser vi denne undersøkelsen til kun å omfavne sykepleiere som arbeider med triage i et akuttmottak. Vårt undersøkelsescase er akuttmottaket ved sykehuset i Fredrikstad.

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Vi har startet denne oppgaven med å forklare bakgrunn for valg av tema, samt presentasjon av problemstilling med tilhørende forskerspørsmål.

Videre i kapittel 2 vil vi gi en beskrivelse av organisasjonen og avdelingen der undersøkelsen skal finne sted. I dette kapittelet vil vi også presentere *TRIAGE - begrepet* og bruk av triage i fortid og nåtid. Vi vil beskrive noen av de ulike triagesystemer som benyttes på verdensbasis, inkludert Norge, og Østfold Triage modell.

I kapittel 3 redegjør vi for oppgavens teoretiske rammeverk. Her vil vi belyse ulike beslutningsmodeller og – teorier, med spesielt fokus på rasjonelle beslutningsmodeller. Videre vil vi også presentere ulike beslutningsstrategier. Sykepleiernes særegne funksjon sees i lys av kompetansekomponentene: kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger.

I kapittel 4, viser vi til emiriske studier og forskningsresultater knyttet til sykepleie, triage og beslutningsprosesser.

Kapittel 5 vil omhandle og ta for seg den metodiske tilnærmingen vi har benyttet for å svare på problemstillingen, gjennomføring av undersøkelsen samt metodekritikk. Vi presenterer og drøfter også undersøkelsens totale gyldighet.

I kapittel 6 drøftes hovedfunn fra undersøkelsen opp mot det teoretiske og empiriske rammeverket som oppgaven bygger på. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

## **2.0 En beskrivelse av organisasjonen og avdelingen hvor undersøkelsen skal finne sted**

### **2.1 Sykehuset Østfold (SØ)**

Sykehuset Østfold (SØ) så dagens lys i 1998, da de fem opprinnelige, somatiske sykehusene i Østfold ble slått sammen på bakgrunn av en endring av organisasjonsstrukturen. I 2002 overtok staten eierskapet av sykehuset, og det ble dannet eget helseforetak (HF) i Helseregionen Øst. Det offisielle navnet ble Sykehuset Østfold HF. I løpet av 2003 og 2004 ble også psykisk helsevern og rusomsorgen en del av Sykehuset Østfold. I 2007 ble Helseregionen Øst og Sør slått sammen til Helse Sør-Øst. Sykehuset Østfold er inndelt i klinikker, og per 2012 er det seks klinikker og en divisjon for intern service og eiendom.

Sykehuset Østfold er et områdesykehus for Østfold med ca. 270 000 innbyggere, og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Sykehuset Østfold har 4900 medarbeidere. I dag er tjenestene lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Askim, Eidsberg og Sarpsborg. Etter avtale med Västra Götaland Läns landsting mottas også akutt syke og fødende fra nordre del av denne regionen i Sverige.

Kjernevirksomheten til Sykehuset Østfold er å utrede, diagnostisere og behandle pasienter på spesialisthelsetjenestenivå.

Sykehuset Østfold har spesialisttjenester innen:

- kirurgiske fagområder (ortopedi, bløtdelskirurgi inkludert gren - og subspecialiteter, gynekologi, fødselsomsorg, øye og øre – nese - hals)
- medisinske fagområder (indremedisin med gren - og subspecialiteter, nevrologi, pediatri (barn), revmatologi og kreftsykdommer)
- psykiatri (barne- ungdoms- og voksenpsykiatri)
- spesialisttjenester til rusmisbrukere
- habilitering
- prehospital akuttmedisin, inkludert ambulanse- og nødmeldetjeneste
- anestesi, operasjon - intensiv- og smertebehandling
- radiologi og laboratoriefag (patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi, blodbank og transfusjon)

Sykehuset skal dekke det behovet for helsetjenester som befolkningen har, eventuelt i samarbeid med kommunehelsetjenesten, fastlegene eller andre helseforetak.

Pasienttilbudet gis til pasienter som er innlagt til dagpasienter, poliklinisk eller ambulant.<sup>8</sup> Sykehusets oppgaver er regulert av en rekke lover og forskrifter, i tillegg kommer krav fra eier (Helse Sør-Øst RHF), samarbeidende kommuner (gjennom samhandlingsreformen) samt andre interesseparter (pasient- og brukerorganisasjoner).

Sykehuset Østfolds verdier er en rettesnor for ledere og medarbeidere, og de skal komme til uttrykk i daglig atferd. Verdierne forteller hvordan virksomheten ønsker å bli oppfattet. Sykehuset Østfolds verdier er: *Kvalitet – trygghet - respekt*. I tillegg har sykehuset fem leveregler som blant annet sier at vi skal omgås pasienter med høflighet og respekt, delta i prosesser og være lojale til beslutninger, skape resultater gjennom samhandling med mer.<sup>9</sup>

## 2.2 Akuttmottaket Fredrikstad

Akuttmottaket - Fredrikstad er sammen med ambulansetjenesten og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) en del av den akuttmedisinske avdeling. Det jobber 85 sykepleiere/spesialsykepleiere og 12 helsesekretærer i avdelingen, inkludert avdelingens lederteam som består av en seksjonsleder og tre enhetsledere.

Avdelingen skal til enhver tid yte service innen medisinsk diagnostikk, behandling og sykepleie basert på de eksterne og interne krav som gjelder for klinikken. Dette er i samsvar på SØs primæroppgaver som er beskrevet tidligere i oppgaven, og på bakgrunn av det har avdelingen utarbeidet et kvalitetsmål som bygger opp om dette:

*”Riktig behandling og pleienivå til riktig pasient til rett tid”*

Akuttmottaket tar i mot pasienter i alle aldersgrupper, primært med medisinske, nevrologiske, kirurgiske, ortopediske og gynekologiske sykdomstilstander. Pasientene

---

<sup>8</sup> Informasjon hentet fra <http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/Sider/side.aspx> ( lesedato 28.03.12)

<sup>9</sup> Hente fra Årlig melding – 2011; <http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/styret/Documents/Styredokumenter/2012/2012-02-27/Sak%2003-12%20Vedlegg01%20C3%85rlig%20melding%202011%20Sykehuset%20C3%98stfold.pdf> ( lesedato 13.04.12)

som ligger i avdelingen pleies av akuttmottakets sykepleiere. Det medisinske ansvaret ivaretas av leger i vakt fra de forskjellige spesialitetene.

Omlag 25 000 pasienter oppsøker akuttmottaket årlig. Den gjennomsnittlige liggetiden er 4,4 timer.

Akuttmottakets hovedoppgave er å sikre at pasienter som ankommer akuttmottaket får rask og adekvat vurdering, behandling, pleie og overvåkning. Dette innebærer å sikre rask og kompetent avgjørelse om:

- Innleggelse
- Overføring direkte til intensivseksjon eller hjerteovervåkingen
- Observasjon på akuttmottakets observasjonspost
- Poliklinisk behandling
- Henvvisning til annet nivå i helsevesenet
- Hjemsendelse

Dessuten skal ledere og medarbeidere til en hver tid ha god oversikt over alle pasienter som oppholder seg i akuttmottaket, inkludert grad av alvorlighet og klinisk prioritet. Akuttmottakets målsetting er at akuttpasienter skal mottas av kompetent personell for raskest mulig vurdering, diagnostisering og behandling. Det er kritisk viktig for pasienten og pasientflyten at de møtes med høyest tilgjengelig kompetanse i denne fasen.<sup>10</sup>

### **2.3 Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp og beskrivelse av akuttbegrepet**

Sykehuset Østfold er i likhet med andre helseforetak forpliktet, i følge lov om spesialisthelsetjenesten § 3-1, til å yte øyeblikkelig hjelp. Store medisinske leksikon, beskriver øyeblikkelig hjelp som, *det å yte hjelp snarest mulig når dette er påtrengende nødvendig*. Av pasient - og brukerrettighetslovens § 2-1 følger det at pasientene har en korresponderende rett til å få slik hjelp.

Akuttbegrepet i medisinsk sammenheng er ikke entydig. "Akutt" brukes ofte om tilstander som oppstår plutselig og/eller uventet. Slike akuttoppståtte tilstander kan

---

<sup>10</sup> Hentet fra internprosedyre F/6.2-12: Akuttmottaket Fredrikstad - mottak, triage og behandling av pasienter (lesedato 15.04.12).

være fra svært alvorlige til ufarlige. Blant gruppen med de ufarlige tilstandene tilhører både de som ikke krever medisinsk behandling og de som krever relativt rask behandling for ikke å gi komplikasjoner. Det varierer dermed om, og eventuelt hvor raskt, en akutt oppstått tilstand krever medisinsk undersøkelse og behandling for at pasienten ikke skal få en dårligere prognose. For pasientene kan det viktigste være nettopp å få avklart om, og eventuelt hvor raskt de trenger å oppsøke lege eller annen tjenesteyter. Ofte vil det kunne være slik at pasienten ønsker en rask undersøkelse og behandling, selv om det ikke er medisinsk nødvendig at pasienten blir behandlet før for eksempel dagen etter. Det er imidlertid også slik at mange, kanskje de fleste lidelser, vil kunne utvikle seg til akutte tilstander dersom de ikke behandles adekvat på et tidlig nok tidspunkt. Det betyr at omfanget av akutte medisinske tilstander er avhengig av både behandlingsapparatets utforming og kapasitet, tjenesteyternes kompetanse og av pasientenes ønsker.

Akuttbegrepet brukes også om hastegrad. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som er et hjelpemiddel for medisinsk veiledning av innringer og for håndtering av nødmeldinger for alle som betjener AMK- og legevaktssentraler, deler tilstander inn i de tre hastegradene akutt, haster og vanlig. Bare en mindre andel av de pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp i sykehus, har en tilstand som vil kunne klassifiseres som hastegrad akutt. En stor andel av pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp, har først og fremst behov for å få sin tilstand avklart, og kunne klart seg uten innleggelse dersom slik avklaring kunne skjedd for eksempel på en observasjonspost.

I vår oppgave vil begge disse teoretiske forståelsene ligge til grunn når vi omtaler alvorlighetsgrad, grad av akutt inntreden og prioritet ut fra hastegrad.

## **2.4 Triage**

Triage kommer fra det franske ordet "trier" som betyr å prioritere og å sortere. Systemet blir brukt til å prioritere og å ivareta pasienter ut fra deres helsetilstand, og å fordele ressurser i akuttmottaket. Dette er pasientens første møte med akuttmottaket, og det er derfor av avgjørende betydning hvordan dette blir utført (Jonebrant og Sveberg, 2010). Hensikten med systemet er at den som har størst behov for helsehjelp skal få det først. I et akuttmottak betyr det at hver eneste pasients helsebehov må bedømmes, og

finnes det mer enn en pasient så må det også finnes en form for prioriteringsordning (Göransson, Eldh, og Jansson, 2008).

#### **2.4.1 Historisk tilbakeblikk**

Triage ble første gang beskrevet av Napoleons generallege Dominique Jean-Larrey på begynnelsen av 1800-tallet. Han innførte et system hvor skadde etter et slag ble samlet på en samlingsplass hvor de ble prioritert. Prioriteringen gikk ut på at de minst skadde og som det kunne være mulig å få ut i krig igjen, ble prioritert først. De med liten mulighet for overlevelse ble prioritert lavest. Hensikten med dette var ikke humanitær, men militærstrategisk. Jo flere som overlevde, desto flere soldater og befal hadde de tilgjengelig til å benytte videre i strid (ibid).

I følge Göransson et al (2008) tok det sivile helsevesenet etter det militære, og innførte på 1950-tallet prioriteringssystemer ved katastrofer. På samme måte som innenfor den militære triage, så ble pasientene vurdert og prioritert ut fra at de som hadde størst mulighet til å overleve med hensyn til de begrensede ressursene som var tilgjengelig under katastrofen. Det betydde at en pasient som hadde store og alvorlig skader og som krevde mye ressurser fikk en lav prioritet. Etter hvert ble organiseringen snudd den andre veien, slik at de som var dårligst ble prioritert høyest.

Det overordnede målet med triage i et akuttmottak er å sikre at alle pasienter som på grunn av sin medisinske tilstand ikke kan eller bør vente får helsehjelp i rett tid. Samtidig betyr det at for de pasientene som det ikke er noen fare for at skal bli dårligere, kan vente. Prioriteringssystemet er behovsbasert, og prinsippene bygger på hvor akutt syk pasienten er. USA var først ute med å innføre triage i sykehus på 1950-tallet (Göransson et al, 2008). Det var likevel først på 1970-tallet at sykepleierne i akuttmottak i USA fikk en egen rolle i forholdt til triage. Det var på bakgrunn av en formalisering av triagesystemet som da krevde eget helsepersonell som kunne utføre triagen. Deretter fulgte England etter, og på 1980-tallet fikk de sine egne triagesykepleiere. I løpet av 1989 var triage som systemet etablert og innført i så å si alle sykehus i England. Australia begynte å organisere triage i slutten av 1980-tallet, og i følge Kolltveit (2007) så de raskt viktigheten av en standardisert triageskala, som ble den første av sitt slag. I Sverige har de i følge Göransson et al (2008) hatt en form for

triage siden midten av 1990-tallet, men det var først etter 2000 års skiftet at de startet med å bruke spesielle triageskalaer for å vurdere pasientene.

I Norge har triage vært benyttet innen det militæret og prehospitale tjenester for å kunne gjøre prioriteringer på et skadested. Det har eksistert en form for triage på AMK-sentraler og legevakter gjennom bruk av Medisinsk Index, men det er i utgangspunktet et oppslagsverk som blir benyttet i nødmeldetjenesten. Innenfor spesialisthelsetjenesten har triage som arbeidsform nesten ikke vært omtalt i Norge, men etter Helsetilsynets tilsyn i 2007 har flere akuttmottak tatt i bruk systemet. Universitetssykehuset i Stavanger startet opp med triage allerede i 2004, og er det akuttmottak som har lengst erfaring med bruk av et intrahospitalt triagesystem i Norge (Kolltveit, 2007).

#### **2.4.2 Beskrivelse av triagesystemer**

Over hele verden anvendes det flere ulike triagesystemer. Generelt for alle systemene er at den prinsipielle organiseringen er lik, se figuren under om pasientflyt i et akuttmottak. Pasienten ankommer akuttmottaket, vurderes av helsepersonell og tildeles en prioritet som vil fungere som en veileder for hvor lang ventetid en pasients tilstand tillater. Pasienten kan ankomme akuttmottaket i ambulanse (liggende) eller ved egen hjelp (gående) i form av egen bil, taxi eller å bli kjørt av pårørende<sup>11</sup>. I følge Göransson et al (2008) så går man i dag ut fra en femtrinnskala. Pasientsikkerheten er viktig når man tar en triageprioritering, siden den styrer hvor lenge en pasient kan vente før han eller hun blir undersøkt av en lege. I Norge er det primært to triagesystemer som benyttes i akuttmottak, i tillegg til modellen som SØ har utarbeidet selv. Vi velger å gi en kort innføring i disse modellene:

##### **2.4.2.1 Manchester Triage Scala (MTS)**

For å oppnå en felles og lik organisert prioritering av pasientene ble det i 1994 dannet en gruppe som heter Manchester Triage Group i England som bestod av både leger og sykepleiere. De ønsket å utvikle felles definisjoner, en heldekkende metode for triage, opplæringsmateriale og en brukermanual for brukerne av systemet. MTS baseres på at triagesykepleieren spør pasienten om hvorfor han eller hun har kommet til avdelingen,

---

<sup>11</sup> Se flytskjema under kapittel 2.4.2.3



og på bakgrunn av pasientens svar så velger sykepleieren et spesielt skjema. Sykepleieren har 50 forskjellige skjemaer til hjelp, der hvert skjema tar utgangspunkt i et symptom. De pasientene som på grunn av sin helsetilstand ikke kan svare, vil likevel få tilsyn på bakgrunn av sine symptomer. Det som skiller MTS fra andre triagesystemer er at pasientens vitale parametre ikke automatisk kontrolleres, men kun tas der spesielle skjemaer sier at man skal det. Resultatet av det er at triagen med MTS systemet er noe tidsbesparende og kan gjennomføres raskere (Göransson et al, 2008).

#### **2.4.2.2 Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS) og Adaptiv processtraige (ADAPT)**

I Sverige brukes det flere forskjellige systemer, men det finnes to femgradssystemer som er utviklet i Sverige og som heter METTS og ADAPT. METTS er utviklet ved Sahlgrenska universitetssykehus i Göteborg og består av to systemer som hver og en resulterer i en prioritet. Det ene systemet består av vitale parametre (blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur og SaO<sub>2</sub><sup>12</sup>), og det andre tar utgangspunkt i pasientens symptomer. Den høyeste prioriteringen av disse to systemene blir det som blir pasientens prioritet. Under 2006 ble METTS tilpasset til andre lokale forhold som i Stockholm og Skåne, og fikk da navnet ADAPT. I stedet for å ha fokus på flyten i akuttmottaket, så skulle det heller arbeides ut fra et spørsmål - svarprinsipp. Triageskjemaene til ADAPT har derfor forhåndsbestemte spørsmål som er relevante ved de forskjellige pasientsymptomene (Jonebrant og Sveberg, 2010). Begge systemene har en maksimal ventetid som pasienten kan vente på legevurdering.

#### **2.4.2.3 Østfold Triage Modell (ØTM)**

SØ valgte som vi skrev innledningsvis å utarbeide sitt eget triagesystem som bygger på grunnprinsippene til MTS og METTS, men systemet er utarbeidet og oppbygd etter prinsippene i Medisinsk Index. Pasientene vurderes både ut i fra vitale parameter og et spesielt femtrinnskjema som tar utgangspunkt i pasientens symptomer. På lik linje med METTS så blir det pasienten skårer høyest på, det som til slutt blir pasientens prioritet. Dette systemet inneholder maksimal ventetid på hvor lenge en pasient kan vente på en legevurdering, og det beskrives også at en sykepleier skal gjøre en ny

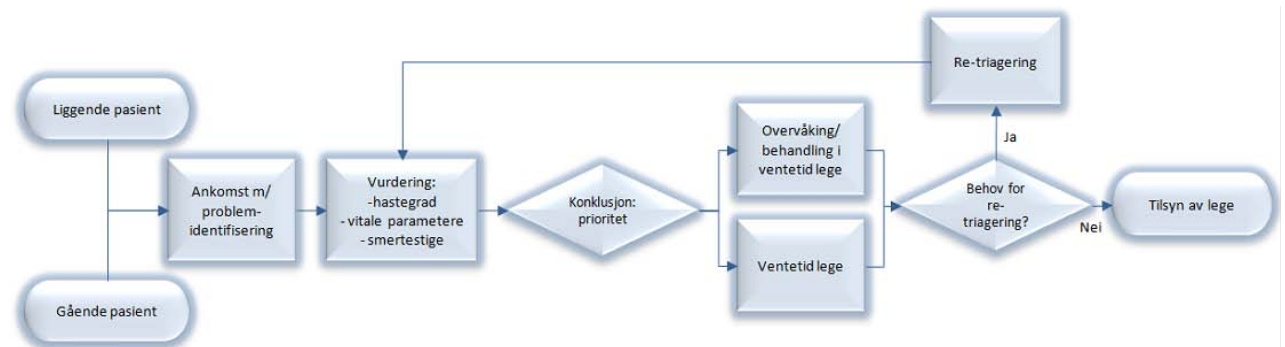
---

<sup>12</sup> SaO<sub>2</sub> er en måleverdi for oksygen metningen i arterielt blod, målt i %. Anbefalt verdi er > 90 %.

Hentet fra Anestesi. no (<http://www.anestesi.no/monitorering/37-pulsoksymetri>) (Lesedato 20.04.12)

vurdering dersom legetilsynet ikke har funnet sted innenfor tidsgrensen. Denne vurderingen kalles for re-triage, og skal være en hjelp for å kunne oppdage eventuelt en forandring i pasientens helsetilstand. Sykepleieren kan ved re-triage ikke prioritere pasienten til en lavere prioritet, men kun prioritere pasienten til en høyere prioritet hvis det er aktuelt<sup>13</sup>.

Flytprosessen kan beskrives ved hjelp av følgende figur:



### 2.4.3 Triagemetoden

Triagemetoden som beskrives i denne oppgaven har vi som tidligere nevnt valgt å kalle ØTM<sup>14</sup>. Metoden tar sikte på at en triagesykepleier raskt skal kunne gi en klinisk hastegrad til den enkelte pasient. Systemet velger pasienter med høyest hastegrad først og fungerer uten at det gjøres noen antakelser om diagnose. Hastegradsvurderingen er i stor grad basert på hvilke tegn og symptomer pasienten har. Pasientens kontaktårsak, herunder symptomer og tegn vil i stor grad avgjøre hvilket flytskjema som blir valgt. Den første delen av triagemetoden krever at utøveren velger en kontaktårsak, som deretter leder utøveren til et flytskjema. Etter at dette valget er tatt, så må informasjon samles inn og analyseres for at den faktiske hastegraden skal kunne bestemmes. Informasjon som samles inn er eksempelvis; spesielle symptomer og tegn, vitale parametre<sup>15</sup> smertevurdering og hendelsesforløp.

<sup>13</sup> Se Vedlegg 1:Brukermanual for triage og re-triage, sykehuset Østfold og Vedlegg 2: Eksempler på flytskjemaene som benyttes for vurdering av pasientens symptomer og et verktøy for å kunne sette en prioritering.

<sup>14</sup> Se kapittel 2.4.2

<sup>15</sup> Vitale parametre kan for eksempel være puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens, bevissthetsnivå, oksygenopptak (SaO2) med mer.

ØTM er bygd opp rundt 39 ulike kontaktårsaker (flytskjemaer).

ØTM opererer med fem triagekonklusjoner (klinisk prioritet). Innenfor de forskjellige triagekonklusjonene er det definert tidskrav for tilsyn av lege (TTL), grad av monitorering og tilsyn av sykepleier. Trinnene er vist i figur under:

<b>Rød 1</b>	<b>TTL: Umiddelbart tilsyn av erfaren assistentlege / spesialist.</b> Full monitorering (BT, Ekg, O2-måling og respirasjonsfrekvens) Sykepleier kontinuerlig tilstede.
<b>Rød 2</b>	TTL: 10 min til tilsyn av assistentlege. Full monitorering (BT, Ekg, O2-metning, respirasjonsfrekvens) med dokumentering hvert 10.min. Sykepleier tilgjengelig i rommet
<b>Gul 3</b>	TTL: 30 min til tilsyn av assistentlege Monitorering av unormale parametre Sykepleiertilsyn hvert 15. min
<b>Gul 4</b>	TTL: 60 min til tilsyn av assistentlege Ingen monitorering Tilsyn av sykepleier hvert 20. min
<b>Grønn 5</b>	TTL: 90 min til tilsyn av lege Ingen monitorering Venter på angitt plass (en av avdelingens ventesoner)

Som det fremgår av tabellen over er det angitt mellom 0 og 90 minutters ventetid på legetilsyn. Dersom legen har kapasitet vil pasientene i mange tilfeller få tilsyn før angitt ventetid, men noen ganger kan det også hende at ventetiden blir lenger. Det er en stor utfordring for akuttmottakene å skille ut de kritisk syke pasientene med behov for akutt intervensjon fra de med mindre kritisk sykdom.<sup>16</sup> Vi vil komme mer tilbake til bruk av triagemetoden i klinisk praksis under kapittel 6.0; analyse og drøfting av funn.

---

<sup>16</sup> Se også kapittel 2.2.

### **3.0 Teoretisk ramme**

I dette kapitlet vil vi presentere aktuell teori som berører vår problemstilling

#### **3.1 Beslutningsmodeller og - teorier**

Sentralt i organisasjonsteorien står teorier om hvordan valg treffes i en organisasjon (Flaa et al ,1995). Alle organisasjoner foretar fortløpende en rekke små og/eller store beslutninger som har til hensikt å løse forskjellige problemer og å realisere organisasjonens målsetninger. March (2005) sier at livet kan forstås som en serie med valg, og at valg ikke er bare noe vi mennesker gjør. Uansett hvilken prosess som er involvert, så vil det alltid finnes flere valgmuligheter. Flaa et al (1995) beskriver dette som beslutningstaking. Det vil si å treffe valg på bakgrunn av forskjellige alternative måter å utføre aktiviteter på.

#### **3.2 Beslutningsmodeller**

Uten et analytisk verktøy vil det bli vanskelig å kunne plukke ut relevant informasjon, og å kunne forstå og analysere en beslutningsprosess. I følge Flaa et al (1995) skiller man mellom tre hovedtyper av beslutningsmodeller. Det er den rasjonelle, politiske og anarkistiske.

Til tross for store ulikheter når det gjelder forutsetninger, så mener likevel Flaa et al (1995) at modellene vil kunne utfylle hverandre som forklaringer av faktiske beslutningssituasjoner. Mange komplekse beslutningssituasjoner vil kunne inneholde både rasjonelle, politiske og kanskje også visse anarkistiske elementer.

Vi ønsker videre i denne oppgaven å se nærmere på de rasjonelle aspektene ved en beslutningstaking, da vi mener det er mest relevant ut i fra vår problemstilling. Derfor vil politiske - og anarkistiske modeller kun bli nevnt med få ord her innledningsvis i dette kapitlet.

##### **3.2.1 Politiske beslutningsmodeller**

Flaa et al (1995) mener at disse modellene har fokus på en beslutningsprosess som har et forløp som ligner mye på de egenskapene som finnes i det politiske livet, og politiske

beslutninger kan ofte være preget av følgende forhold:

- Få eller begrenset antall aktører som kan inndeles i interessegrupper.
- Målene er relativt klare, aktørene vet hva de vil.
- Delvis, men ikke helt fullstendig motstridende mål og verdier.
- Forhandlingsmuligheter på grunn av at interessene ikke er helt uforenlige.

(Flaa et al, 1995, s. 182).

Problemet er ofte ikke gitt på forhånd, og en må søke seg frem for å finne en form for enighet om hva problemet egentlig består av. Beslutningstakerne har her ikke full oversikt over alle løsningene og deres konsekvenser, og aktuelle løsninger blir da gjenstand for forhandlinger. Selv om beslutningstakerne har relativt klare mål, så kan likevel valg av alternativer og analyser av de ulike konsekvensene også være gjenstand for forhandlinger. Å nå den beste løsningen vil i følge Flaa et al (1995) her være direkte knyttet opp til de ulike involvertes preferanser.

Man kan skille mellom to typer politiske beslutningsmodeller: (1) Målkompromiss - modellen og (2) Middelkompromiss - modellen. De vil som vi har tidligere nevnt ikke bli forklart ytterligere i denne oppgaven.

### **3.2.2 Anarkistiske beslutningsmodellene**

De anarkistiske beslutningsmodellene ser ikke i samme grad som de rasjonelle og politiske modellene på beslutninger som et tilsiktet og ønsket utfall. Flaa et al (1995) sier at her legges det vekt på at beslutninger ofte er et resultat av mer eller mindre tilfeldige og usammenhengende hendelser og handlinger som beslutningstakeren reagerer på. Anarkistisk forstås relativt, og denne modellen omhandler beslutningssituasjoner som er uoversiktlige og lite forutsigbare. Forholdet mellom mål og midler er ofte uklare på grunn av mangelfull kunnskap om sammenhengene mellom årsak og virkning. Det blir i slike beslutningssituasjoner vanskelig å kunne vurdere konsekvensene av ulike mulige alternative handlingsmåter. De forskjellige fasene i denne modellen blir problematisert da det ikke er klart hva som egentlig er problemet, hvilke løsninger som finnes og deres konsekvenser, hvordan det skal velges og tilslutt iverksetningen og evalueringen av beslutningen. De to mest kjente anarkistiske modeller er: (1) Muddling through modellen og (2) Garbage-can modellen, men som vi

skriver innledningsvis så velger vi å ikke utdype disse videre da vi mener at de rasjonelle beslutningsmodellene egner seg bedre for å besvare vår problemstilling.

### **3.2.3 Rasjonelle beslutningsmodeller**

I disse modellene så blir beslutningsadferden i følge Flaa et al (1995) kjennetegnet ved at den er målrettet og rasjonell. Beslutningstakeren handler etter tanke - og beslutningsmodeller for å treffe beslutninger som skal kunne bidra til å realisere og å oppnå fastsatte mål og målsetninger. Selv om dette gjøres innenfor varierende kunnskap og strukturelle grenser, så er det likevel en logisk sammenheng mellom valg av midler (beslutninger) og den måloppnåelsen som er ønsket oppnådd. Modellene inneholder et perspektiv på beslutningsadferd som berører de mer analytiske og intellektuelle sidene ved en beslutningsprosess. Dette på grunn av rasjonelle overveielser hos den enkelte beslutningstaker.

I litteraturen skilles det ofte mellom to typer av rasjonelle modeller: (1) konsekvensorienterte og (2) regelorienterte. De blir ofte fremstilt som idealtypiske, og vil nok neppe forekomme i rendyrket form.

#### **3.2.3.1 Konsekvensorienterte beslutningsmodeller**

Her vil, som navnet sier, beslutningstakeren ha fokus på konsekvensene av en beslutning. To konsekvensorientert beslutningsmodeller er "economic man" og "administrative man". Ved full rasjonalitet ("economic man") er problemet i følge Flaa et al (1995) gitt. Det forventes da at man har full oversikt over de forskjellige handlingsalternativene og konsekvensene av disse alternativene. Når det velges et av alternativene blir det tatt for gitt at det finnes helt klare og stabile målsetninger. Iverksettings – og evalueringsfasen problematiseres ikke, og beslutningstakeren er derfor i stand til å finne den optimale løsningen på sitt problem. Ved "administrative man" (begrenset rasjonalitet) er ikke problemet gitt. Beslutningstakeren har ikke full oversikt over de forskjellige alternativenes konsekvenser, og derfor er det usikkert hvor mange og hvilke handlingsalternativer som blir undersøkt.

Vi regner likevel med at svært mange søkeprosesser påvirkes av knapphet på tid, energi og oppmerksomhet. Flaa et al (1995) har oppsummert søkeprosesser i foretak i tre punkter på bakgrunn av sine studier:

**1. Søkeprosessen er problemorientert:** Det vil si at søkerprosessen settes i gang av et problem og fortsetter inntil det aktuelle problemet er løst.

**2. Søkeprosessen er enkel:** Dette kommer til uttrykk ved at a) søkingen finner sted i nærheten av et problem, og b) søkingen starter med en gjennomgang av tidligere brukte løsninger. Derfor gis denne prosessen et konservativt press på grunn av at aktørene vil ha større kunnskap om konsekvensene av gamle enn mulige nye løsninger.

**3. Søkeprosessen er skjev:** Aktørene er ikke objektive i sin behandling av alternativene. Søkingen bærer preg av aktørens erfaringer, utdanning og avdelingstilknytting.

Alle disse søkeprosessene vil påvirke letingen etter en problemdefinisjon, alternative løsninger og konsekvenser. Iverksettingsfasen og evalueringsfasen blir som vi tidligere har nevnt i liten grad problematisert gjennom denne modellen. Konsekvensvurderinger vil i følge Flaa et al (1995) være nær koblet til søkeprosessen. I ”administrativ man” – modellen skjer det en begrenset sammenligning med hendelser og situasjoner som er preget av full rasjonalitet. Det vanlige er at en konsentrerer seg om få konsekvensdimensjoner, og gjerne der hvor beslutningstakeren finner dokumentasjon for de begrensningene som blir gjort. Dette kan for eksempel sees i en type av konsekvensorienterte beslutninger, nemlig planlegging. Her foretas konsekvensorienterte analyser i stor grad ut fra økonomiske hensyn, og mindre utstrekning ut fra sosiale, kulturelle og organisatoriske hensyn.

Vi vil senere i dette kapitlet komme tilbake til economic man og administrativ man under avsnittene om normativ – og deskriptiv teori.

### 3.2.3.2 Den regelorienterte modellen

Modellen blir i følge Flaa et al (1995) også kalt subsumpsjonsmodellen<sup>17</sup>. Denne beslutningsprosessen mener March (1994) tar utgangspunkt i bruk av regler og prosedyrer som organisasjonen selv synes er passende for de ulike situasjonene, og at den har en korrekt klassifisering under gitte regler.

March (1994) sier at det er hensiktsmessig for beslutningstakeren å spørre seg selv om tre spørsmål:

- The question of recognition: What kind of situation is this?
- The question of identity: What kind of person am I? Or what kind of organization is this?
- The question of rules: What does a person such as I, or an organization such as this, do in a situation such as this?

(March, 1994, s. 58).

Beslutningens konsekvenser har i denne modellen liten eller ingen betydning for beslutningstakeren, da konsekvensene skal være kalkulert på forhånd av dem som har gitt reglene. Målene som skal oppnås skal være innebygget i reglene. Det vil si at når reglene følges og brukes riktig, så skal målene som er satt realiseres. Flaa et al (1995) mener at beslutningstakerens viktigste oppgave blir her å anvende reglene korrekt. Problemene er beskrevet ut fra gitte kriterier som beskriver hvilke løsninger som skal iverksettes, og hvordan han eller hun skal handle i bestemte situasjoner. Den viktigste oppgaven blir da å tolke reglens innhold og å granske virkeligheten for å fastslå om tilfellet er av en slik karakter at den kan klassifiseres under reglene, og å anvende reglene korrekt. Beslutningstakerens oppgave blir da å fortolke både regelens innhold og å granske "virkeligheten" for at det skal bli mulig å fastslå om det aktuelle tilfellet er av en slik karakter at den kan klassifiseres under reglene. Prosedyrer eller regler kan i ulik grad være detaljert beskrevet, og en snakker da om at programmerte beslutninger også kan inneholde forskjellige grader av variasjon.

---

<sup>17</sup> Subsumpsjon beskrives i forbindelse med jus: Å henføre en handling eller en unnlattelse under en bestemt lovregel, dvs. å anvende loven på et bestemt faktum. (Hentet fra Store norske leksikon) <http://www.snl.no/subsumpsjon>, (Lestedato 15.04.11)



Det stilles strenge krav til beslutningstakeren om at vedkommende kan sammenholde abstrakte regler med de faktiske forholdene, og i tillegg ha evnen til å kategorisere og generalisere. Ved en regelorientert modell så vil beslutningstakeren ikke kunne bli kritisert for konsekvensene av beslutningen. Dersom reglene er fulgte så sier Flaa et al (1995) at en kritikk må rettes mot de som har laget reglene. Lundquist (1998) mener at lojalitet er helt avgjørende her, men hvordan skal en beslutningstaker opptre lojalt hvis han eller hun oppfatter regelverket som uetisk? Aksepterer beslutningstakeren lojalitet overfor sine overordnede som en etisk grunnregel, så vil ikke han eller hun ikke ha noen moralske problemer så lenge de adlyder. En ekstrem versjon av dette er kadaverdisiplin, hvor beslutningstakeren adlyder blindt, uten selv å reflektere over handlinger og konsekvensene av handlingene. Det kreves at beslutningstakeren selv gjør en ansvarsfull og etisk vurdering, og det moralske ansvaret kan i følge Lundquist (1998) ikke overføres til andre beslutningstakere. De etiske aspektene blir ofte inndelt i to hovedgrupper som omhandler det å være god eller å gjøre det som er rett.

Beslutningstakeren vil også være ansvarlig for at regelverket anvendes riktig og at saksbehandlingen er utført korrekt. Likevel skal man være oppmerksom på at regler sjeldent er så detaljert utformet at de ikke gir beslutningstakeren rom for bruk at skjønn. De viktigste forholdene som kan tenkes å begrense mulighetene for å treffe rasjonelle beslutninger ved bruk av denne modellen, er at beslutningstakeren kan mangle kunnskap om både reglene, de faktiske forhold og regelgiverens intensjoner.

### **3.3 Rasjonalitetsbegrepet**

Som vi tidligere har skrevet så kaller March (1994) teorien om rasjonelle valg for "Rational Theories of Choices" som betyr at valg gjennom en rasjonell prosess er avhengig av hvilke alternativer som finnes og om to antagelser om fremtiden. Den første er en antagelse om hva valg vil bety for den fremtidige verdenen. Den andre antagelsen er hvordan beslutningstakeren vil føle om den fremtidige verdenen når den har blitt opplevd.

Lai (2007) sier at det finnes mange definisjoner av rasjonalitet, men at den formelle definisjonen er: *"Evnen til å maksimere forventet nytte i en beslutningssituasjon der man står ovenfor flere handlingsalternativer"* (Lai, 2007, s. 20).

For å få en innsikt i hvordan beslutninger tas, så benyttes ofte forskjellige analytiske modeller. Modellene skiller seg fra hverandre på flere måter. Flaa et al (1995) mener at modellene kan rette søkelyset mot ulike sider ved beslutningstaking. På den måten kan en settes i stand til å vurdere og å tolke situasjoner fra forskjellige ståsteder, eller med forskjellige ”briller” på. Noe som også vil vise modellenes begrensninger.

Et viktig skille er blant annet mellom normative og deskriptive teorier. Normativ teori er opptatt av hvordan beslutninger bør fattes, mens deskriptiv teori beskriver hvordan beslutninger faktisk tas. Et sentralt skille mellom disse to teoriene ligger i følge Flaa et al (1995) i synet på rasjonalitetsbegrepet. I praksis kan skillet bli noe diffust da en beskrivelse av hvordan forholdene faktisk er, fort også kan inneholde noe om hvordan forholdene bør være.

### **3.3.1 Normativ teori**

Denne teorien bygger som tidligere nevnt på prinsippene om hvordan man ideelt bør ta beslutninger (”economic-man”). Rasjonelle handlinger vil da være handlinger som står i forhold til personens mål og ønsker, men det forutsetter imidlertid at målene og målsetningene er bakgrunnen og selve årsaken til handlingen. I tillegg må målene og ønskene medvirke til at de handlingene som skjer, skjer på den riktige måten.

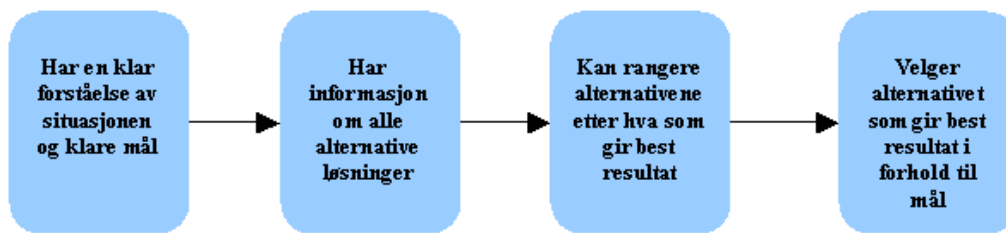
Den normative teorien blir i følge Kaufmann og Kaufmann (2003) ofte kalt den klassiske beslutningsteorien. Teorien inneholder to hovedpremisser:

1. De som skal fatte beslutningen har all informasjon de behøver
2. De velger det beste løsningsalternativet for et problem eller mulighet ut fra det såkalte nyttemaksimeringsprinsippet

Elementene i denne teorien kan forklares med figur på neste side<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Figuren er laget etter inspirasjon fra E. Eriksens artikkel om organisasjonsteori og handlingsrasjonalitet i Statsvetenskaplig tidskrift, 1986



Økonomisk teori bygger da på antagelser om det rasjonelle individet eller economic-man. Som Kaufmann og Kaufmann (2003) beskriver så har aktørene en klar forståelse av situasjonen sin og hva han eller hun ønsker å oppnå. Målet er allerede fastlagt. Videre har aktøren all tilgjengelig informasjon om mulige løsningsalternativer, i tillegg til at beslutningstakeren har fullt innblikk i alle mulige utfall ved å velge ut ulike alternativer. Alternativene kan rangeres etter hva aktøren mener blir best mulig utfall ut i fra de målene som er satt. På bakgrunn av dette kan aktøren velge det alternativet som gir best resultat i forhold til det forhåndsbestemte målet eller målene.

Kaufmann og Kaufmann (2003) mener at rasjonell-analytisk tenkning følger logiske slutningsregler, og som har et forløp som er preget av en systematisk tenkningsmåte, trinn for trinn. Det går ut på at dersom A blir foretrukket fremfor B, og B blir foretrukket før C, så må nødvendigvis også A bli foretrukket fremfor C. I et valg mellom to goder vil en beslutningstaker videre velger det godet som gir størst nytte eller forventet nytte.

I følge Aakvaag (2008) så mener Elster (1940-) at menneskers handlinger kan forklares som et resultat av to filterprosesser. 1) Mange alternativer faller bort på grunn av rent *objektive* fysiske, kognitive, økonomiske, juridiske eller politiske grunner. Mennesker kan for eksempel ikke fly, lese hverandres tanker eller begå et lovbrudd uten å måtte regne med å bli straffet for det. 2) Blant de gjenværende alternativene så vil beslutningstakeren velge det alternativet som gir det *beste utfallet* gitt hans eller hennes ønsker, oppfatninger eller mål. Best må da i følge Aakvaag (2008) forstås som det alternativet som beslutningstakeren tror er det mest effektive middelet for å oppnå det som er ønsket.

Mennesker handler instrumentelt rasjonelt. Det vil si at vi fatter bevisste handlingsvalg hvor vi velger det alternativet som vi mener eller oppfatter som mest nyttig med tanke på å realisere våre ønsker og mål.



*Teorien om rasjonelle valg (Aakvaag, 2008, s. 102).*

Som vi ser av figuren over så inneholder teorien om rasjonelle valg tre hovedelementer: ønsker, oppfatninger og selve valget:

**Ønsker** kan defineres som fremtidige tilstander som en beslutningstaker ønsker å realisere. Det kommer til uttrykk gjennom evnen til å rangere ulike handlingsalternativer etter hva som ønskes oppnådd. Et ønske motiverer en beslutningstaker til handling, og er da den primære drivkraften bak våre handlinger. Ønsker kan både være egoistiske og altruistiske<sup>19</sup>. En beslutningstakers **oppfatninger** er hans eller hennes kunnskap om verden, og særlig da om den foreliggende situasjons handlingsalternativer og deres konsekvenser. Oppfatninger er viktige for menneskets handlinger fordi mennesker ikke handler på bakgrunn av hvordan verden objektivt er, men hvordan de subjektivt oppfatter den. Den objektive og subjektive oppfatningen trenger ikke å samsvare, men den rasjonelle oppfatningen er basert på all tilgjengelig informasjon. En oppfatning trenger ikke å være virkelig eller sann for at den skal være rasjonell. Den må være basert på all den informasjon som beslutningstakeren besitter, og denne informasjonen må også være grunnen til at beslutningstakeren har oppfatningen. Å se bort fra relevant informasjon når man handler vil bli oppfattet som å være irrasjonell. Handlingsvalget er det som utløser **handlingen**. Handlingsvalget består i en bevisst og overveid beslutning om å iverksette det beste eller mest effektive av de tilgjengelige alternativer med tanke på å realisere ønsker i lys av oppfatninger.

---

<sup>19</sup> Altruistisk kan beskrives som en uselvisk og offervillig holdning og handling overfor andre. Altruismens motpol er egoisme. (Hentet fra Stor norske leksikon), ([snl.no/search?gueri=altruisme&search](http://snl.no/search?gueri=altruisme&search)), (Lesedato 30.03.12).

For at en handling skal beskrives som rasjonell, så er det ikke nok at ønsker og oppfatninger er rasjonelle. Selve handlingen må også være rasjonell. Det krever at beslutningstakeren velger det beste alternativet som fremstår som det beste middelet for å oppnå et mål. Det er heller ikke nok at beslutningstakeren velger det alternativet han eller hun oppfatter som det beste alternative, men velger det fordi det er det beste alternativet (Aakvaag, 2008).

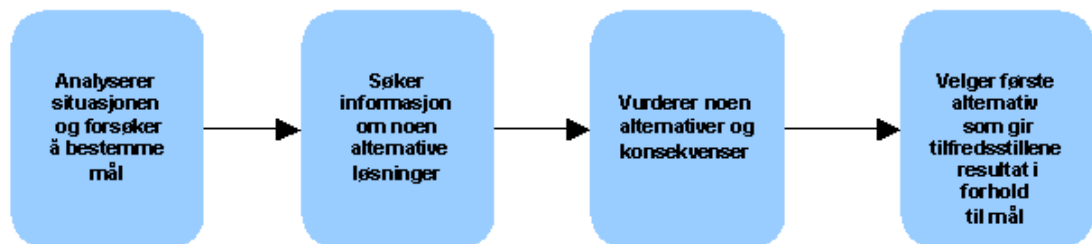
Den ideelle beslutningsprosessen høres bra ut i teorien, men hva gjør beslutningstakeren egentlig i praksis? Vi skal bevege oss inn i det som kalles en deskriptiv beslutningsprosess, og som "administrative man" har individet som beslutningstaker både tidspres og en ukjent fremtid. Beslutningene må fattes med begrenset rasjonalitet og individet har derfor vanskeligere for å ta optimale valg. Beslutningstakeren kan ofte ende opp med å velge det første og beste alternativet som gir et tilfredsstillende resultat i forhold til det målet som er satt.

### **3.3.2 Deskriptiv teori**

Denne teorien er som nevnt i forrige avsnitt interessert i hvordan beslutningstakeren faktisk tar sine beslutninger i det daglige arbeidet. Kaufmann og Kaufmann (2003) mener at det kan konstanteres at det er så store avvik fra idealnормen, at det blir vanskelig å snakke om tilnæringer til den idealrasjonelle modellen. Kaufmann og Kaufmann (2003) forklarer dette med at en beslutningstaker som regel ikke har tilgang til all relevant informasjon, men at han eller hun må nøye seg med et utsnitt. Uten av de egentlig vet om denne informasjonen er representativ eller ikke. Det er vanskelig å skille relevant informasjon fra irrelevant informasjon. I tillegg har ikke beslutningstakeren ubegrenset av tid for å skaffe seg denne informasjonen. Selv om beslutningstakeren hadde hatt tilgang til perfekt informasjon og hadde hatt nødvendig tid til rådighet, så vil det likevel oppstå flere problemer. Mennesker har nemlig svært begrenset informasjonsbehandlingskapasitet, særlig i arbeidsminnet i følge Kaufmann og Kaufmann (2003). Vi må derfor ta i bruk forskjellige hjelpemidler for å fatte beslutninger for å oppnå målene.

### 3.3.2.1 Begrenset rasjonalitet

Flaa et al (1995) hevder at Simons er den organisasjonsteoretikeren som oftest forbindes med begrepet begrenset rasjonalitet ("limited rationality"). I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) brukte Simons begrepet begrenset rasjonalitet når han skulle beskrive de begrensningene som gjør seg gjeldene når mennesker skal ta beslutninger. Dette på grunn av at alle alternativene er ofte ikke kjent, alle konsekvensene er ikke blitt vurdert og heller ikke alle preferansene er klare. Det er heller ikke sikkert at relevant informasjon om konsekvensene alltid søkes eller at den tilgjengelige informasjonen blir brukt. Beslutningstakeren kan mangle komplette og presise mål. Kaufmann og Kaufmann (2003) mener at kriteriet for valg av beslutning ikke er tilfredsstillende og tilstrekkelig for den optimale beslutningen, men at man må finne frem til et alternativ som både er tilfredsstillende og tilstrekkelig. Det vil si at handlingen er "god nok" i forhold til det sett av kriterier som er satt for kvaliteten i beslutningen. Prinsippene i administrativ man kan vises med hjelp av figuren under<sup>20</sup>:



Det er gjort flere studier som viser hvordan flere prosesser i en organisasjon begrenser, eller til og med kan virke ødeleggende for den rasjonelle beslutningsprosessen. Vi skal gå nærmere inn på to: (1) praktisk-konkrete grenser for rasjonalitet og (2) enkle prinsipielle grenser.

---

<sup>20</sup> Figuren er laget på bakgrunn av E. Eriksen sin beskrivelse av H. Simons teori om begrensninger i rasjonalitet i Stats vetenskaplig tidskrift, 1986.

### 3.3.2.2 Praktisk-konkrete grenser for rasjonalitet

Disse grensene kan studeres på tre nivåer: individ -, organisasjons - og omgivelses nivå. Flaa et al (1995) sier at det er en rekke trekk ved **individet** som gjør seg gjeldende for hvor nær opp til "economic man"- modellen man kan komme. Det dreier seg først og fremst om mer eller mindre ubevisste faktorer som iherdighet, følelsesmessig styrke, frustrasjonsnivå, selvstendighet og ambisjoner og så videre. I tillegg kommer individets grunnleggende verdier og forestillinger om organisasjonen og verden. Individets informasjon om målsetninger, lojalitet, aksept og følelse av legitimitet i organisasjonsvedtakene spiller også inn. Videre vil i følge Flaa et al (1995) individets kunnskaper og ferdigheter som utdanning, erfaring, trening og tilgang til informasjon i de enkelte sakene være av avgjørende betydning for den beslutningen som skal fattes.

**Organisasjonsstrukturen** legger i følge Flaa et al (1995) også begrensninger på rasjonalitet i avgjørelsene. Han begrunner dette med at spesialisering og arbeidsdeling i en organisasjon kan føre til oppsetting av delmål for de ulike deltagerne, og til forskjellig utvelgning av alternativer og konsekvenser på grunn av ulike relevansdefinerer. Hvor detaljert en organisasjon utformer sine regler og prosedyrer (programmeringsgrad), har betydning for deltageres valgfrihet og muligheter til å utøve skjønn. Organisasjonens kommunikasjonssystemer vil avgjøre hvem som snakker med hvem, og hvem som holdes utenfor. Det påvirker også hvordan informasjon innhentes, filtreres, oppsummeres og til slutt fordeles. Dette mener Flaa et al (1995) igjen får innvirkning på hvordan deltagerne oppfatter og vurderer problemer og løsninger. Det viser at det finnes en sammenheng mellom en organisasjonsstruktur og hvordan de oppfatter og løser problemer på. Det tredje nivået er å se **omgivelsene** som en begrenset faktor i en beslutningsprosess. I følge Flaa et al (1995) retter en organisasjon seg mot kun utvalgte deler av omgivelsene, etter hva den selv mener det er viktig å ta hensyn til. I tillegg vil omgivelsene på mange måter trenge seg på organisasjonen, uavhengig av hva organisasjonen selv vil og ønsker. Det gjelder hvilke deler av omgivelsen som slår inn i beslutningsprosessene, noe som helt klart har konsekvenser for vedtaksproduksjonen.

### 3.3.2.3 Prinsipielle grenser for rasjonalitet

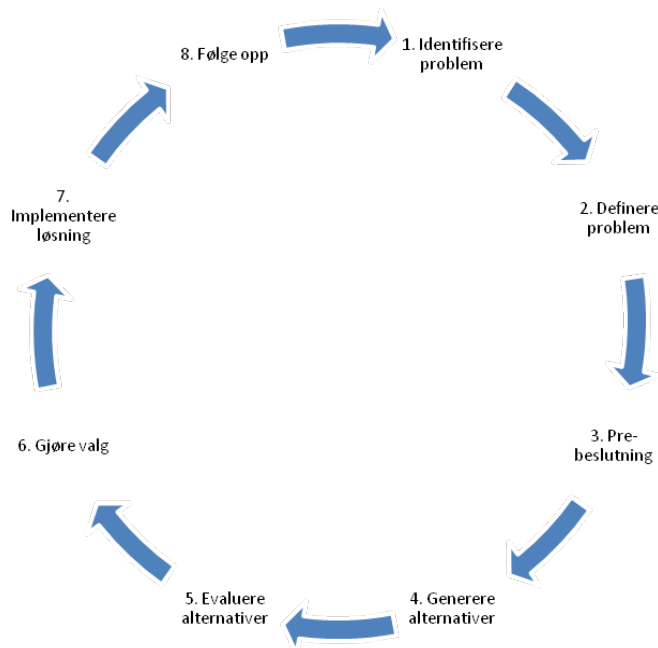
Flaa et al (1995) sier at grensene for rasjonell problemløsning ikke må oppfattes slik at forhold som for eksempel vitenskapelig fremskritt med tiden vil kunne fjernes. Han mener at det er prinsipielle og logiske hindringer for en fullstendig rasjonalitetsprosess, og at en perfekt rasjonalitet alltid vil være en fiksjon. All meningsfull handling vil i følge Flaa et al (1995) forutsette orden og orientering, og at organisasjonen har foretatt en grunnleggende strukturering av den mengden med impulser den mottar fra verden rundt seg. Det kan være en særlig strukturering av virkeligheten, en slags utdyping av deler av det som foregår gjennom dagligspråket. Det vil si den alminnelige begrepssettingen som omhandler det folk tenker og hva de handler ut fra. Ettersom vår forståelse av virkeligheten ikke er konstant og gitt en gang for alle, men blir bygget opp av mennesker, kan den også tenkes annerledes. Organisasjonen og dens problemer og vurderinger av problemløsningsforslag kan dermed bli omdefinert. I følge Flaa et al (1995) så ligger mulighetene for rasjonell adferd innenfor vår konstituering av verden, og denne konstitueringen bygger på våre mer eller mindre frie valg. Den særlige virkelighetskonstitueringen bygger på det Flaa et al (1995) kaller en organisasjons virkelighetsmodell. Denne modellen har to funksjoner: Den **forenkler** **impulsmangfoldet** som kommer til organisasjonsdeltagerne, slik at han eller hun kan ha en oversikt over problemene. I tillegg **standardiserer** den impulsene slik at de involverte beslutningstakerne kan dra nytte av tidligere erfaringer, og at de derfor slipper å vurdere hver sak fra grunnen av.

For å kunne dra nytte av tidligere erfaringer så mener Flaa et al (1995) at det må være tillatt å kunne si: ”Denne saken ligner mye på den vi behandlet i går”, og derfor behandler vi den på samme måte. Problemene kan ikke alltid behandles slik de virkelig er, men de blir i stedet behandlet ut i fra en forenklet og standardisert utgave av de som skal behandle dem. Alle lignende saker behandles likt. På grunn av sammenhengen mellom organisasjonens struktur og problemsammensetning så kan man si at eksistensen av struktur fører til begrenset rasjonalitet. Flaa et al (1995) sier at det er en forutsetning for rasjonalitet.



### 3.4 Beslutningsfaser

Den problemløsende metoden beskriver en framgangsmåte for systematisk tenking som går i faser. Fasene bygger logisk på hverandre uten at tankeprosessene kan beskrives som lineære, da fasene både går over i hverandre og påvirker hverandre gjensidig. For å kunne beskrive hvordan en slik typisk beslutningsprosess foregår, så mener Kaufmann og Kaufmann (2003) at vi har en tendens til å se på den som rasjonell, analytisk og velorganisert slik som figuren her:



*Rasjonell-analytisk problemløsningsprosess, (Kaufmann og Kaufmann, 2003, s. 15).*

I følge modellen velger man beslutningsalternativ etter å ha gått igjennom fire trinn:

1. Vi lister opp alle beslutningsalternativer som finnes
2. Vi utreder alle konsekvenser som følge av hvert alternativ
3. Vi vurderer vår preferanse for hvert alternativ med tilhørende konsekvenser og rangerer alternativene
4. Vi velger det beste alternativet

(Kaufmann og Kaufmann, 2003, s. 155).

Trinnene i den rasjonell-analytiske problemløsningsprosessen finner vi igjen under vår beskrivelse av den konsekvensorienterte tankegangen. I nyere beslutningsteori er det blitt vanlig å legge inn en femte fase som tar for seg iverksetting – og oppfølgingsdelen av en beslutning. Olsen (1980) har derfor valgt å dele beslutningsprosessen inn i fem

faser: *Initiativfasen, utredningsfasen, vedtaksfasen, iverksettingsfasen og tilbakeføringsfasen*. Selv om metodene er inndelt i faser, så mener Flaa et al (1995) at det nødvendigvis ikke betyr at prosessen følger et fastlagt hendelsesforløp og at metoden er et redskap som i seg selv ikke gir noe resultat. Det er den enkelte beslutningstakers verdier, holdninger, kunnskaper, erfaringer og ferdigheter som til syvende og sist avgjør resultatet. Disse faktorene bestemmer hva man ser etter, hva man oppfatter som viktig å gjøre noe med, hvilke handlingsalternativ som finnes og iverksetter nødvendige tiltak:

### **1. Initiativfasen:** Hva er problemet?

Det første man gjør i en beslutningsprosess er å prøve å finne ut hva som egentlig er problemet. Flaa et al (1995) kaller denne fasen for å komme frem til en problemdefinisjon. Dette er en viktig og sentral del av beslutningsprosessen, da den legger store føringer om hva som siden skal vedtas. Det kan være vanskelig å enes om kun en problemdefinisjon, og uenigheten trenger ikke å gå mellom de ulike nivåene i en organisasjon.

### **2. Utredningsfasen:** Hvilke løsninger finnes?

Flaa et al (1995) sier at en forutsetning for at det skal være snakk om en beslutning er at en beslutningstaker står overfor valg mellom minst to ulike alternativer. Hvilke løsninger som kommer frem er ofte knyttet til hvem som får muligheten til å delta i den aktuelle prosessen. I denne fasen kan det være viktig at ulike aktører får muligheten til å delta, da de ulike aktørenes ståsted i organisasjonen og deres utdannings – og erfaringsbakgrunn kan bidra til at mange løsningsforslag kommer opp. Det vil ikke være mulig å ta for seg og gå igjennom alle de ulike løsningene som er foreslått i en beslutningsprosess, og det vil derfor alltid foregå en siling av løsninger som blir vurdert som realistiske. I følge Flaa et al (1995) kan det ofte være slik at enkeltpersoner kan være opptatt av bestemte løsninger, og legger vekt på å både markedsføre og få gjennomslag for disse.

### **3. Vedtaksfasen:** Valg av alternativ.

Først må man ta for seg de ulike løsningene og se på deres konsekvenser. Dette kan være en svært tidskrevende og nøye prosess. Hvor langt den enkelte beslutningstaker går i arbeidet med å analysere konsekvensene, henger i følge Flaa et al (1995) ofte

sammen med hvor viktig beslutningen er. Det er i denne fasen beslutningstakeren legger grunnlaget for valget mellom de ulike alternativene. Hvilke konsekvenser som er fokusert på vil som regel være preget av aktørens utdanning, erfaring og organisasjonsmessige plassering. Etter å ha funnet ut hva som er problemet, hvilke løsninger som finnes og deres konsekvenser, kan man ta et valg. Flaa et al (1995) mener at læring er viktig i denne fasen. Det er nå man bruker erfaringer fra lignende situasjoner og gjentar gode beslutninger. Uten dette vil man mangle en pekepinn og en målestokk for hvilke alternativer som bringer den enkle beslutningstaker nærmere målet. Flaa et al (1995) sier at det også er viktig å presisere at hvis man ikke tar noen beslutning mellom noen alternativer, så er det også et valg. Da er det et valg som kalles en ikke-beslutning.

#### **4. Iverksettingsfasen:**

En beslutning skal ikke bare vedtas. Den skal også settes ut i livet. I følge Flaa et al (1995) så vil realiseringen av målene utebli hvis vedtaket ikke blir iverksatt. Mange vedtak blir aldri satt ut i livet. Det kan skyldes at uforutsette ting skjer eller fordi det kun er snakk om symbolske vedtak.

#### **5. Tilbakeføringsfasen:**

Et vedtak skal ikke bare iverksettes, men det må også kontrolleres og evalueres om vedtaket ga de konsekvensene som man på forhånd hadde antatt. Uten kunnskap om hvilke konsekvenser et vedtak har hatt etter at det ble iverksatt, vil i følge Flaa et al (1995) ikke føre til læring. Det er bare gjennom systematisk evaluering man kan lære hvilke vedtak som hadde forventet effekt og hvilke som ikke hadde det. Uteblir denne kontrollen, så mener Flaa et al (1995) at lærings sirkelen brytes.

### **3.5 Beslutninger under usikkerhet (feilkilder)**

Lai (2007) mener at det er fire grunnleggende og fundamentale egenskaper ved vår måte å tenke på som er avgjørende for hvor god dømmekraft det er mulig å ha. De fire egenskapene er: kognitiv kapasitet, forenklingsstrategier, kognitive skjema og å forstå og beherske omgivelsene.

### 3.5.1 Kognitiv kapasitet

I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) kommer ordet kognitiv fra det latinske ordet *cognitio* som betyr kunnskap og erkjennelse. I denne sammenhengen gjelder det mennesket som en informasjonsbehandler og menneskets evne til registrering, læring, lagring og bruk av kunnskap i tolkning av det som skjer i omgivelsene. I tillegg spiller menneskets evne til å tilpasse seg det som skjer i omgivelsene i form av problemløsning, beslutninger og kreativitet.

Lai (2007) mener at det finnes visse begrensninger i vår kognitive kapasitet når det gjelder vår oppmerksomhet, resonnering og hukommelse. Noen mennesker er flinke til å gjøre mange ting på en gang, mens andre har mer enn nok med å gjøre bare en ting av gangen. Lai (2007) stiller spørsmålsteget om hvor mye informasjon vi kan forholde oss til på en gang (oppmerksomhet), hvor mange krevende oppgaver kan vi utføre samtidig (resonnering), og hvor mye vil et menneske til enhver tid klare å huske (hukommelse)?

Her strides forskere, men i følge Lai (2007) så er de likevel enige om at det finnes klare begrensninger i vår oppmerksomhetskapasitet, og at **oppmerksomheten** derfor blir selektiv. Siden vi ikke vil greie å fange opp alle deler av omgivelsen til enhver tid, så må vi fokusere på noen elementer og se bort i fra andre. Denne sileprosessen skjer automatisk, men visse typer informasjon slipper lettere igjennom dette filteret enn andre. Lai (2007) sier at vi er mentalt innrettet på å registrere avvikende og fremtredende informasjon, bevegelse og informasjon som er personlig og konkret. Slik informasjon kan ofte vektlegges mer enn for eksempel statistikker og oversikter. Selektiv oppmerksomhet ligger til grunn for en rekke feilkilder på grunn av vår bekeftelsesfelle, det vil si at vi vier størst oppmerksomhet til informasjon som støtter våre egne antagelser og oppfatninger. På den andre siden toner vi ned motstridende og negativ informasjon, noe som kan bidra til at vi feiltolker sammenhenger. I følge Lai (2007) så viser flere undersøkelser gjort av Stein og Salomon at det er vanskelig å utføre flere krevende oppgaver samtidig (**resonnering**), men at trening kan gi overraskende gode resultater. Det ble tolket som et bevis på at hjernen hadde en mengde kapasitet og kunne automatisere krevende oppgaver som man tidligere normalt hadde trodd ville kreve bevisst oppmerksomhet. Debatten om resonneringskapasiteten pågår i følge Lai (2007) fremdeles, men det er likevel en dominerende antagelse blant kognitive psykologer om at hjernen kan behandle flere strømmer med informasjon

parallelt, og at en stor del av den informasjonen vi mottar behandles ubevisst og automatisk. Det vil si at kognitiv kapasitet først og fremst ser ut til å være mest knyttet til bevisst oppmerksomhet. Oppgaver som velkjente og godt innlært kan lett automatiseres, mens nye oppgaver og problemer krever bevisst mental innsats. Mange har opplevd at tilfeldige sanseintrykk som lukt eller et musikkstykke, kan få oss til å **huske** ting vi trodde vi hadde glemt. Lai (2007) mener at mye tyder på at vår kapasitet til å lære og å lagre informasjon i langtidsminne er nærmest uendelig. Dette kan ha sammenheng med at en så stor del av vår samlede kunnskap er lagret i form av såkalt taus kunnskap. Taus kunnskap vil si kunnskap som ikke uten videre er bevisst eller erkjent. Det er mange faktorer som derfor er med på å bestemme hva vi til enhver tid greier å trekke frem fra hukommelsen, blant annet motivasjon, entusiasme og relevans. Noe av det som er avgjørende er at vi greier å ha egnede "knagger" å henge minnene på, slik at vi ved å trykke på disse knappene kan få erindringene frem igjen. Likevel er det mange vurderinger og beslutninger som ikke krever at vi bevisst husker noe. Resonneringen kan skje på et helt ubevisst nivå, og at vi da tar i bruk taus kunnskap uten å være klar over det.

### **3.5.2 Forenklingsstrategier**

Vi tenker ikke alltid logisk og systematisk, men vi bruker forenklingsstrategier eller heuristisk - intuitiv tenkning. Kaufmann og Kaufmann (2003) beskriver heuristisk - intuitiv tenkning som at vi ikke søker i alle områdene av et problem, men vi tar snarveier som er basert på skjønn, tommelfingerregler og magefølelse (intuitiv) av hva som er den beste retningen å forfølge. Denne prosessen kan ofte oppleves som springende og usystematisk. De mest utbredte heuristikkene kalles i følge Lai (2007) forankring, tilgjengelighets - heuristikken og representativitets - heuristikken:

**Forankring** innebærer at vi tar utgangspunkt i en størrelse eller verdi (mentalt anker) som vi justerer ut i fra om vi skal gjøre et anslag eller en vurdering. Lai (2007) sier at et mentalt anker av denne typen kan virke både styrende og begrensende ut i fra hvordan vi skal fatte beslutninger. Kan benyttes ved vurderinger innen nærmest alle mulige områder, og effekten er i følge Lai (2007) stor. Vi er likevel sjeldent bevisst på denne bruken og hvilken effekt den har på våre beslutninger. I enkelte tilfeller kan derfor helt tilfeldige og irrelevante faktorer blir brukt som et mentalt anker. Forankring er en av

mange viktige feilkilder ved vurderinger og beslutninger. De ankrene vi bruker er ofte sterkt motstandsdyktige, og vi kan lett bli ensidige, snevre og til og med forutinntatte i måten vi vurderer en situasjon på. Den kan også øke sannsynligheten for overkonfidens, det vil si vår skråsikkerhet, og at vi lett kan bli fanget i en spesifikk beslutningsstrategi. Når vi skal vurdere sannsynligheten for at noe skal inntreffe, tyr vi i følge Lai (2007) sjeldent til statistisk teori eller logisk resonnering. Derimot baserer vi oss gjerne på eksempler som er lett **tilgjengelige** fra hukommelsen. Dersom en lignende situasjon nylig har inntruffet eller gjort stort inntrykk på oss, så øker også tilgjengeligheten fra hukommelsen. Følelsesladd og ny informasjon huskes lettere enn nøytral og gammel informasjon. Lai (2007) sier at denne hovedtendensen ikke er helt absolutt, men at også en rekke andre mekanismer som ønsketenkning og fortrenkning kan bidra til å påvirke våre vurderinger om sannsynlighet og hyppighet. Lai (2007) mener at tilgjengelighets - heuristikken utgjør en sterk feilkilde når vi skal vurdere hyppighet av en hendelse eller forutsi fremtidige begivenheter. De mest effektive virkemidlene mot dette fenomenet er å ta notater eller på annen måte holde oversikt over hvor ofte en bestemt hendelse faktisk skjer ved hjelp av for eksempel statistikk. Mange vurderinger av sannsynlighet baserer seg på intuitive eller skjønnsmessige resonneringer. **Representativitets - heuristikken** innebærer i følge Lai (2007) at vi anslår sannsynlighet og foretar siling av informasjon basert på likhet mellom hendelser. Det sterke fokuset på likhet kan gjøre at vi ofte glemmer å ta hensyn til såkalte a priori<sup>21</sup> sannsynlighet eller hvor stort utvalg vi baserer våre anslag på. Et av de viktigste virkemidlene mot representativitets - heuristikken er å ta hensyn til de såkalte a priori sannsynlighetene. Det er viktig når vi skal vurdere hendelser, egenskaper eller kategorier som er svært sjeldne eller svært vanlige. For jo mer ekstrem en basisrate er, desto større er sannsynligheten for feilvurderinger.

### 3.5.3 Kognitive skjemaer

Lai (2007) sier at alle våre vurderinger og beslutninger bygger på mentale modeller av den situasjonen den enkelte befinner seg i. Disse modellene kalles med en fellesbetegnelse for kognitive skjemaer, og de er de kunnskapsstrukturene og "brillene" vi ser virkeligheten gjennom. Gjennom livet danner vi oss mange slike kognitive

---

<sup>21</sup> A priori er viten om noe ut fra dets årsak og som er uavhengig av erfaring. (Hentet fra Det Store Norske leksikon) ([http://snl.no/a\\_priori/filosofi](http://snl.no/a_priori/filosofi)) (lestedato 30.03.12)

strukturer som er basert på sanseinntrykk, erfaringer og problemløsning. Sammen danner alle disse skjemaene vi har utviklet et komplisert og omfattende nett som inneholder all den informasjonen, kunnskapen, holdningen og antagelsen vi har ervervet oss. Et viktig aspekt ved kognitive skjemaer er at bruken av de i all hovedsak skjer automatisk og ubevisst. De spesifikke skjemaene som velges for en gitt situasjon er avgjørende for hvor vi retter vår oppmerksomhet, hvordan vi tolker omgivelsene og hvilke handlinger vi til slutt velger.

Kognitive skjemaer kan i følge Lai (2007) ha innvirkning på vurderinger i både positiv og negativ retning. En av de viktigste fordelene er at de reduserer behovet for mental innsats og anstrengelser, men de reduserer også behovet for krevende resonnering og hukommelse da de fungerer automatiske, ubevisste og på en selvregulerende måte. Nettopp det automatiske aspektet ved kognitive skjemaer er også en utslagsgivende feilkilde i forbindelse med vurderinger, og utgjør hovedmekanismen bak den såkalte bekreftelsesfellen. Den automatiske sileprosessen bidrar til at kognitive skjemaer kan bli svært robuste og motstandsdyktige mot endringer. Antagelser og oppfatninger blir derfor lett selvoppfyllende og selvforsterkende, og det kan være vanskelig å innse at man tar feil eller har en mangelfull oppfatning av virkeligheten. Denne egenskapen mener Lai (2007) utgjør et hovedhinder mot læring.

### **3.5.4 Å forstå og beherske omgivelsene**

En av de viktigste forklaringene til at vi har en tendens til å fortolke det meste i vår egen favør og å se strukturer og sammenhenger som kanskje ikke finnes, er at vi alle generelt har et grunnleggende psykologisk behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll. Lai (2007) mener at vi også har et behov for å beskytte vårt eget selvbilde og selvaktelse, slik at vi kan opprettholde troen på at vi kan mestre de utfordringene som livet måtte by på, både privat og i arbeidslivet. Et godt selvbilde og en stor mestringstro kan da virke positivt inn på motivasjon og ytelse som livskvalitet. Dersom dette trues svekkes funksjonsevnen og trivsel, og problemer med stress, angst og depresjon kan melde seg. For de fleste av oss ville det være vanskelig å forsones seg med en virkelighet som kun var styrt av tilfeldigheter eller av andre, og at man selv ikke hadde noen form for påvirkningskraft.

For å opprettholde mestringstro og høyest mulig selvbilde er vi utstyrt med et stort sett med forsvarsmekanismer som fortrengning og benektelse. Men også med en evne til å selvfavorisere vurderinger som for eksempel ønsketenkning, overmot, kontrollillusjoner og ansvarsfraskrivelse. I følge Lai (2007) utgjør vårt fundamentale behov for oversikt og mestring derfor en kilde til et vell av selvbedrag og feilkilder. Noen er vi tjent med, mens andre kan ha store negative konsekvenser både for en selv men også for omgivelsene rundt oss.

### **3.6 Sykepleie – kunnskap og kompetanse**

Som praktisk virksomhet er pleie av syke og lidende mennesker like gammel som menneskeheten selv, og som fag kan sykepleie føres tilbake til midten av 1800-tallet. I dag er sykepleie både et vitenskapelig fag og en oppgave som en yrkesgruppe har fått mandat av samfunnet til å ivareta. Sykepleiefaget er omgitt av flere fagfelt som tilhører ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner, eksempelvis medisin, sosiologi, psykologi, filosofi og pedagogikk. Et av sykepleiefagets særtrekk er nok allikevel de normene og det verdigrunnlaget som gjelder for yrkesutøvelsen. I dette kapittelet vil vi gjøre rede for sykepleiens kunnskapsgrunnlag og hva som ligger i begrepet klinisk sykepleiekompetanse, herunder beskrive Dreyfusbrødrenes kompetansestige.

#### **3.6.1 Kompetanse**

Kompetansebegrepet er sammensatt og flerdimensjonert, og det benyttes ofte og med varierende meningsinnhold. "Kompetanse" stammer fra det latinske ordet *competere* som betyr å være passende, og ordet *compententia* som betyr skikkethet.

Fenomenområdet som begrepet skal omfatte, er altså passende og skikkethet. Det finnes en lang rekke ulike definisjoner av kompetanse. Vi vil i vår oppgave benytte følgende definisjon på kompetanse: "*Kompetanse er de samlende kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål*" (Lai, 1997 s.32).

Kompetanse kan også inkludere kreativitet, evnen til å se nye muligheter utover det som allerede er etablert og å kunne handle deretter. Motivasjonsaspektet kan også inkluderes, da det i stor grad kan forme personens mulighet til å løse oppgaver. Uansett



er det viktig å understreke at kompetanse skal være formålstjenelig. Det vil si være at det skal være knyttet til mål, oppgave eller funksjon og være uløselig knyttet til organisasjonen. Kompetansen må ha bruksverdi for organisasjonen, og den må være relevant til de oppgaver som skal løses. Den må anvendes for at organisasjonen kan dra nytte av den.

Kompetansekomponeenter som kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger regnes som kjernekomponenter i kompetanse på individnivå. Kort sagt handler kunnskaper om ”å vite”, ferdigheter om ”å gjøre”, mens evner viser til grunnleggende egenskaper og forutsetninger i form av personlighet og mentale ressurser (Lai, 1997).

**Kunnskap** handler som nevnt om det ”å vite” eller det man ”tror at man vet”.

Kunnskap kan deles inn i deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap *Deklarativ* kunnskap er av rent beskrivende karakter, og kalles faktakunnskap *Kausal* kunnskap er antagelser om årsakssammenhenger og relasjoner, mens *prosedyrisk* kunnskap knytter seg til kunnskap om hvordan løse problemer eller kunnskap om aktuelle fremgangsmåter eller problemløsningsmetoder (Lai, 2004).

I følge Lai (2004) så er en stor del av en persons kunnskap ikke bevisst og eksplisitt, men derimot implisitt, også kalt *taus kunnskap*. Som vi tidligere har beskrevet så kan dette forklares ved at læring ofte skjer gjennom ubevisste, automatiserte mekanismer. Man er derfor ofte ikke helt bevisst på hva man har lært, eller hva man selv kan. Det at kunnskapen er taus betyr ikke at den ikke er anvendbar, men det er først når den blir anvendt at den kommer til uttrykk. Graden av taus kunnskap øker med innlæringsnivå og ekspertnivå, noe som kan være en utfordring i praksis ved at eksperten kan ha vanskeligere med å formidle og uttrykke sin kunnskap direkte til en annen. Med det mener vi at prosedyrisk kunnskap som man på grunn av lang erfaring nærmest gjør automatisk, til slutt ikke kan forklares hvorfor det utføres akkurat slik. Man handler på ”autopilot” (Lai, 2004). Taus kunnskap blir også ofte definert som intuisjon eller magefølelse.

**Ferdigheter** henspeiler seg til det ”å kunne gjøre” og er knyttet til oppgaveutførelse som er nødvendig for å nå definerte mål. Ferdigheter innlæres først og fremst gjennom øvelse, og er vesentlig enklere å observere og å måle enn de andre

kompetansekomponeentene. Lai (2004) mener at ferdigheter ofte kommer indirekte til uttrykk ved at det i etterkant kommer en praktisk handling. Ferdigheter kan også utvikles gjennom erfaring og trening over tid, i tillegg til observasjon og imitering av andres adferd. Disse læringsformene vil i følge Lai (2004) bidra til utvikling av nettopp taus kunnskap

**Evner** er den komponenten som representerer individets potensiale i form av stabile egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å kunne utføre en oppgave, og for å tilegne seg nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. (Lai, 2004). Eksempler på dette kan være graden av kreative, analytiske, intuitive eller verbale evner, temperament og mentale ressurser. I tillegg kan det omfatte grunnleggende personlige trekk som omgjengelighet, åpenhet og samvittighetsfullhet.

Evnekomponenten påvirker de andre komponentene, men det gjelder ikke den motsatte veien. Det er fordi at evner er en stabil og grunnleggende karakter som i liten grad lar seg påvirke gjennom tilegnelse av nye kunnskaper, ferdigheter eller holdninger. I følge Lai (2004) kan evner ikke utvikles eller modifiseres, men evner kan danne en grunnleggende ballast og en premissgivende komponent i kompetanse.

**Holdninger** anses som en faktor som direkte påvirker hvordan en oppgave utføres. Håkonsen (1994) gjengitt i Lai (2004) beskriver holdninger som en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser vi opplever.

Lai (2004) antyder at holdninger danner grunnlaget for om en person er kompetent eller ikke. Særlig er dette åpenbart i forbindelse med de oppgaver som er knyttet til menneskelig behandling. Her vil holdninger spille en stor rolle når man skal vurdere om en person reelt sett er kompetent til å kunne utføre denne type oppgaver. Lai (2004) sier at holdninger også har betydning for kompetanse i en videre forstand, da holdninger påvirker tilegnelse så vel som utnyttelse av kompetanse. Dette gjør det hensiktsmessig å skille mellom *jobbrelaterte* holdninger som omhandler meninger, oppfatninger og verdier, og *selvreflekterende* holdninger som innebærer subjektiv mestringsstro og selvfølelse i tillegg til motivasjon og vilje. I følge Lai (2004) så påvirker holdninger også mulighetene for å tilegne seg kunnskap gjennom ulike former for læring. Hun mener derfor at holdninger utgjør en sentral kompetansekomponeent,

særlig når det gjelder anskaffelse, utvikling og mobilisering av kunnskap Holdninger kan knyttes opp til det som i etisk teori kalles moralske dyder og etiske grunnprinsipper som velgjørenhet, det å ikke - skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet.

### **3.6.2 Personlig kompetanse**

Klinisk sykepleie er i hovedsak sammensatt kompetanse som består av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap Kompetansen betegnes også som handlingskompetanse eller personlig kompetanse i sykepleie. Evnen til å observere pasienters tilstand er en viktig side ved denne kompetansen. Evnen til å reagere og handle hensiktsmessig er også en viktig bit av personlig kompetanse. Intuisjon, erfaring og refleksjon er andre komponenter som inngår i begrepet personlig kompetanse (Kristoffersen, 2006).

Teoretisk kunnskap handler om det som Lai (1997) beskriver som deklarativ, kausal og prosedyrisk kunnskap. Praktisk kunnskap knyttes til spesifikke ferdigheter i sykepleie, herunder praktiske ferdigheter som innleggelse og stell av venekanyler, ernæringssonder, EKG - taking, avansert hjerte - og lungeredning med mer. Videre kan det også knyttes til kognitive ferdigheter som observasjon, klinisk vurdering og beslutninger. Etisk kunnskap i sykepleie kan knyttes til holdningskomponenten i kompetansebegrepet (Lai, 1997). Etisk kunnskap knyttes av Almås, Stubberud og Grønseth (2010) til sykepleiens etiske grunnverdier og omsorgsdimensjoner.

### **3.6.3 Etisk kunnskap**

Etisk kunnskap i klinisk sykepleie er regulert gjennom yrkesetiske retningslinjer for sykepleietjenesten, der det blant annet slås fast at grunnlaget for all sykepleie skal bygge på respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal videre baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleierens mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være. Sykepleieren må erkjenne pasientens sårbarhet, og ivareta hans eller hennes integritet og verdighet med utgangspunkt i den enkeltes opplevde situasjon. Sykepleierens yrkesetiske ansvar omfatter mennesker i alle stadier, fra livets begynnelse til livets slutt. Det omfatter

individ og samfunn, pasient, pårørende, medarbeidere og forholdet til egen profesjon og praksis.<sup>22</sup>

Almås et al (2010) vektlegger etiske grunnprinsipper som velgjørenhet, ikke - skade, autonomi, barmhjertighet og rettferdighet i sin beskrivelse av sykepleiens etiske kunnskapsgrunnlag. Her kommer også sykepleiens omsorgsdimensjon til uttrykk. Etisk kunnskap blir i Kristoffersen (2008) betegnet som moralsk kompetanse. Her blir sykepleierens omsorgskomponent knyttet opp til langt mer enn sentrale verdier og normer for yrkesutførelsen. Moralsk kompetanse tar utgangspunkt i evnen til å oppfatte og kjenne igjen etiske utfordringer i kliniske situasjoner, og til å handle riktig og godt i den enkelte situasjon. Å handle riktig og godt betyr å handle på en måte som ivaretar viktige menneskelige verdier og etiske prinsipper.

Vetlesen og Nordtvedt (1994) deler moralsk kompetanse inn i tre sekvenser; (1) persepsjon<sup>23</sup>, (2) vurdering og (3) handling. Vetlesen og Nordtvedt (ibid) argumenterer at det er en logisk sammenheng mellom de tre sekvensene. Moralsk vurdering og handling forutsetter at moralsk persepsjon har funnet sted. Den moralske vurderingen leder til en beslutning om å handle, eller en beslutning om ikke å handle. Moralsk persepsjon er i følge Vetlesen og Nordtvedt (2000) avgjørende for moralsk handling, der sykepleierens følelser og tanker danner grunnlaget for vurderinger og valg i gitte situasjoner.

### **3.6.4 Utvikling av klinisk kompetanse**

For å forklare en yrkesutøvers utvikling som fagperson har brødrene Dreyfus utviklet en femtrinns modell, *model of skill acquisition*. I følge denne modellen vil alle yrkesutøvere i sin tilegnelse og utvikling av ferdigheter passere fem ferdighetsnivåer: novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (Kristoffersen, 2006).

---

<sup>22</sup> Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler / Norsk sykepleierforbund. Norsk sykepleierforbund: 2011

<sup>23</sup> Innenfor kognitiv psykologi betyr persepsjon i korte trekk, hvordan mennesker oppfatter og tolker sansinntrykk og informasjon for å gi en situasjon eller hendelse meningsinnhold. Persepsjon er en individuell og subjektiv prosess, noe som innebærer at ett og samme fenomen kan oppfattes helt forskjellig alt etter hvem som betrakter fenomenet (Kristoffersen, 2008, s.201).

Patricia Benner anvender Dreyfusbrødrenes modell i sin bok *Fra novise til ekspert* (1984) for å forklare utvikling av klinisk sykepleiekompetanse (Kristoffersen, 2006).

Benners beskrivelse, slik det er gjengitt i Kristoffersen (2008), lyder:

- **Novisen** har ingen sykepleieerfaring og er avhengig av prosedyrer og retningslinjer for å fungere i kliniske situasjoner. Novisen følger prosedyrene slavisk og mangler dessuten evnen til å individualisere og nyansere sin utførelse av sykepleieoppgavene. De oppfatter detaljer, uten evne til å kunne se dem i sammenheng. Novisen benytter enkle analytiske tankemodeller under beslutningstaking.
- **Den avansert nybegynner** er til en viss grad i stand til å modifisere og individualisere sin yrkesutøvelse. Den avanserte nybegynneren kan dessuten gjenkjenne en del relevante likheter fra tidligere situasjoner, men mangler evnen til å foreta helhetsvurderinger. Utøverne kan til en viss grad kjenne igjen karakteristiske trekk ved situasjoner og dra veksel på dette i andre sammenhenger. Fortsatt er det enkle analytiske tankemodeller som er mest fremtredende på dette nivået.
- **Den kompetente utøver** mestrer i større grad komplekse situasjoner, og følger ikke alltid regler/prosedyrer punkt for punkt. Evnen til analytisk problemløsning medfører at den kompetente utøver kan avvike fra rekkefølgen i en gitt innlært tankemodell og prioritere oppgaver og handlingsvalg basert på egne vurderinger, mer enn hva reglene/prosedyrene skulle tilsi. Den kompetente utøver mestrer komplekse situasjoner og føler i stor grad trygghet i sin rolle som sykepleie.
- **Den kyndige utøver** kjennetegnes ved sin grundige helhetsforståelse av kliniske situasjoner, og oppfatter raskt helheten og hva som er problemets kjerne. Sykepleierens erfaringsgrunnlag bidrar til at den kyndige utøver i noen grad kan forutsi endringer i pasientens tilstand før de inntreffer. Yrkesutførelsen styres i stor grad av overordnede prinsipper. Bruk av regler/prosedyrer benyttes i mindre grad. Tankeprosessen er i hovedsak fremdeles analytisk rettet, selv om sykepleieren til en viss grad har opparbeidet seg intuitiv forståelse innenfor enkelte områder.
- **Eksperten** kjennetegnes ved den umiddelbare helhetsoppfatningen av de fleste situasjoner, og har samtidig handlingsberedskap for de fleste situasjoner. Et bredt erfaringsgrunnlag bidrar til at ekspertsykepleieren er i stand til å

gjenkjenne særtrekk ved en situasjon med ett eneste blikk. Eksperten handler raskt og intuitivt i de fleste situasjoner. Eksperten benytter i høy grad intuisjon og faglig skjønn i sin yrkesutøvelse. Analytiske tankeprosesser benyttes når nye og ukjente situasjoner dukker opp.

Benner opererer med antall år med yrkeserfaring når hun beskriver disse trinnene, der eksperten har mer en fem års erfaring fra samme arbeidssted (Kristoffersen, 2006). Vi mener imidlertid at overgangene mellom de ulike nivåene er glidende og at ”eksperten” også vil oppleve å være ”nybegynner” når han/hun blir stilt overfor ukjente situasjoner. Omvendt kan nybegynnere og den kyndige utøveren ha opparbeidet seg ”ekspertkompetanse” innen enkelte områder og enkeltsituasjoner. I praksis betyr dette at en kyndig sykepleier med mange års erfaring fra praksis kan oppleve nye og uvante situasjoner som vil kreve prosedyrisk og analytisk tilnærming. Et variert erfaringsgrunnlag bidrar på denne måten til utvikling av personlig kompetanse, der møstergjenkjenning og resonnement i stor grad påvirker handlingsvalg.

### **3.6.5 Kjennetegn på høy klinisk kompetanse**

Som tidligere nevnt er kunnskapsgrunnlaget i sykepleie basert på kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som sammen med erfaring, intuisjon og refleksjon danner grunnlaget for yrkesutøverens personlige kompetanse.<sup>24</sup>

Høy klinisk sykepleiekompetanse forutsetter at sykepleieren mestrer de fleste situasjoner, har et bredt erfaringsgrunnlag og handler intuitivt i de fleste situasjoner. Denne sykepleiekompetansen vil da kunne plasseres på ”ekspertnivå” i Dreyfusbrødrenes kompetansestige. Høy klinisk kompetanse kjennetegnes i følge Almås et al (2010) ved at sykepleieren: (1) integrerer fagkunnskaper og moralske aspekter i klinisk praksis og tilpasser sykepleien individuelt til den enkelte pasient og situasjon, (2) ivaretar sitt faglige ansvar og funksjon i møte med pasienten og (3) observerer og foretar kliniske vurderinger og beslutninger basert på relevante og pålitelige data.

---

<sup>24</sup> Se kapittel 3.6.2 som omhandler personlig kompetanse

## 4.0 Forskning og presentasjon av empiriske studier

I dette kapittelet vil vi vise til forskning og empiriske studier knyttet til beslutningsprosesser og prioriteringer i triage. Forskningsartiklene er hentet fra databasene: PubMed og Chinal som ansees som anerkjente databaser i medisinske og kliniske fagmiljøer. Søkeord som er benyttet for å finne relevante artikler er; ”triage”, ”desicion-making”, ”emergency-medisin” og ”nurse”. Artiklene er hentet fra Canada, Sverige, Australia og Hong Kong (Andersson, Omberg og Svelund, 2006, Chong, 2005; Cioffi, 1998, 2001; Gerdtz og Bucknall, 2001; Göransson, Ehnfors, Fontyen og Ehrenberg, 2008; Hicks, Meritt og Elstein, 2003; Patel, Gutnik, Karlin og Puscii, 2008; Tippins, 2005).

Tippins (2005) identifiserte at sykepleiere ofte benytter mønstergjenkjenningmetoder og intuisjon i beslutningsprosesser knyttet til triage. Erfaringsgrunnlaget ble også vektet som en betydningsfull faktor.

Hicks et al (2003) gjennomførte en studie der de ønsket å kartlegge om kunnskapsnivå (utdanningsgrad) og erfaringsgrunnlag (antall år med arbeidserfaring) hadde betydning for prioritering av pasienter i akutte situasjoner. Funnene fra denne undersøkelsen viste at utdanningsnivå hadde liten betydning i triage. Sykepleieres erfaring og ”mengdetrening” ble sett på som mest betydningsfullt.

Andersson et al (2006) har gjennom en kvalitativ studie kartlagt hvilke faktorer sykepleiere legger til grunn for prioriteringsbeslutninger i triage. Flere faktorer ble ansett som viktige for hastegradsvurderingen og prioritering av pasienter ved ankomst i akuttmottaket. Funnene ble delt inn i to hovedkategorier; interne faktorer og eksterne faktorer. De interne faktorene gjenspeiler sykepleiernes personlige evner og ferdigheter, mens de eksterne faktorene henviser til utenforliggende forhold som arbeidsmiljø og arbeidsbelastning. Forhold ved pasienters sykdomsbilde og sykdomsforløp ble vektlagt høyt av samtlige respondenter. Ethiske overveielser og rasjonelle handlingsvalg kommer særlig til uttrykk når arbeidsbelastningen er høy.

Gerdtz og Bucknall (2001) har sett på sykepleieres prioriteringsferdigheter gjennom en observasjonsstudie ved et sykehus i Melbourne, Australia. Funn fra denne

undersøkelsen viser at hastegradsvurdering av pasientene i stor grad var basert på subjektive data, enten ut i fra samtale med aktuell pasient eller ut i fra egne forutsetninger (her uttrykt som erfaring, kunnskapsnivå og bruk av klinisk skjønn). Et viktig funn var at målinger og kartlegging av pasientens vitale parametre og fysiologiske tilstand i liten grad ble gjennomført og vektlagt av sykepleierne.

Chung (2005) foretok dybdeintervjuer med syv sykepleiere for å utforske beslutningsprosesser relatert til hastegradsvurderinger. Chung la særlig vekt på kilder til informasjonsinnhenting, samt faktorer som påvirker beslutningsprosessen. Funn fra denne undersøkelsen viser, som nevnt av andre, at erfaring og bruk av intuisjon betegnes som betydningsfulle faktorer i beslutningsprosessen. Andre faktorer som påvirker beslutningsprosessen er: tidspress, forstyrrelser, frustrasjon og usikkerhet. Kilder til informasjonsinnhenting inkluderte i tillegg til kompetanse (kunnskapsgrunnlaget), bruk av prosedyrer og rutinebeskrivelser for ulike kliniske tilstander/symptomer.

Cioffi (1998, 2001) har i sine undersøkelser hatt spesielt fokus på hva som ligger til grunn for prioriteringsbeslutninger knytte til usikkerhetsfaktorer (judgement under uncertainty). Funnene viser at sykepleiere gjør vurderinger ut fra sannsynlighetsmessige (probabilistiske) sammenhenger og fortolker disse inn i aktuell situasjon for å sette pasientens prioriteringsgrad. Evnen til probabilistisk vurderingsevne er mer uttalt hos erfarne sykepleiere, enn sykepleiere med liten erfaring. Videre viser disse undersøkelsene at bruk av heuristikk (forenklingsstrategier) og intuisjon utgjør en stor del av beslutningsgrunnlaget.

Göransson et al (2008) ønsket å beskrive mer inngående de kognitive tankeprosesser som ligger bak en hastegradsvurdering. Ingen entydige funn kom frem i denne undersøkelsen. Sykepleierne benyttet flere ulike kognitive tankeprosesser, fra abstrakt tenkning til intuitive tankeprosesser samt hypotesetesting. Forskerne konkluderer med at det er behov for mer forskning for å identifisere hvilke spesifikke ferdigheter og evner som er nødvendige "hjelpemidler" for hastegradsvurdering. En liknende undersøkelse ble utført av Patel et al (2008). Funnene fra denne undersøkelsen indikerer at erfarne sykepleiere benyttet seg av intuisjon mer en analytiske tankeprosesser.



En studie gjennomført av Edwards og Sines (2008) konkluderer med at sykepleieres triage i stor grad var påvirket av pasienters oppførsel og troverdighet. Sykepleiernes vurderinger var påvirket av troverdigheten de tilla både pasientene og deres pårørende. Påvirkning fra problemrelaterte faktorer (sammenfallende med tegn på stress, egenomsorg og tidligere behandling, tid fra de fikk symptomer til de søkte hjelp, om det var riktig å oppsøke akuttmottak), pasientens generelle framturen samt sykepleierens egen oppfatning av hva akuttmottaket skulle brukes til var av betydning for hvilken hastegrad pasienten fikk i triage. Sykepleierne ga også uttrykk for at vurderingen startet, så snart sykepleieren så pasientene, noe som indikerer at vurderingen til en viss grad er subjektiv. Hvordan sykepleiernes subjektive inntrykk påvirker objektiv triage kom ikke frem i denne studien.

## 5.0 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for den metodiske tilnærmingen vi har valgt for å belyse oppgavens problemstilling. Hensikten med å gjøre denne undersøkelsen er å beskrive og få innsikt i hva som ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage. Vi ønsker å få svar på hva som kjennetegner sykepleierens beslutninger i triage, samt hvilke faktorer som påvirker disse beslutningene. Ut fra problemstillingens karakter er det derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming til undersøkelsesopplegget.

### 5.1 Forskningsdesign

Undersøkelsen ble gjennomført som en deskriptiv studie der vi benyttet oss av en semistrukturert intervjuguide. Undersøkelsesdesignet er blant annet inspirert av Cioffi (1998,2001), Chung (2005), Edwards og Sines (2008) og Andersson et al (2006). Fokusområder knyttet til vår undersøkelse bygger på funn fra empiriske studier, samt funn fra evalueringen av Sykehuset Østfolds Triage modell - ØTM (juni 2011). Intervjuguiden ble innledet med et pasientkasus<sup>25</sup> der respondentene ble bedt om å gi pasienten en hastegrad (prioritet). I tilknytning til gjennomgangen av kasuset, ble det stilt et åpent spørsmål der respondenten selv fikk begrunne hvilken hastegrad som ble gitt og hvorfor.

Intervjuguiden er inndelt i fire fokusområder og inneholdt 28 spørsmål med åpne svaralternativ (se vedlegg 5). Enkelte av spørsmålene er koblet mot aktuelle oppfølgingsspørsmål der respondentene blir bedt om å begrunne, utdype eller forklare utsagn og meninger som kommer frem gjennom samtalen.

Intervjuguiden ble testet ut på en informant med spesielt god innsikt og kjennskap til triageverktøyet. Informanten ga konstruktive tilbakemeldinger på fokusområdene, spørsmålsformuleringen (meningsinnholdet) og eventuelle mangler. På bakgrunn av tilbakemeldingene fra informanten ble intervjuguiden justert før selve undersøkelsen startet opp.

---

<sup>25</sup> Se kapittel 6.0 for beskrivelse av pasientkasuset.

## 5.2 Utvalg av respondenter

Triage er et prioriterings- og sorteringsverktøy som benyttes av sykepleiere både i akuttmottaket og på akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Forutsetningen for å bli tatt med som aktuell kandidat er at aktuell sykepleier har erfaring med bruk av triageverktøyet i praksis. Arbeidsfordelingen i akuttmottaket er slik at på dagtid og aftenvakter er man kun på triagerom, mens på nattevakter og på helger blir triagerommene fordelt mellom ansatte på akuttrommene (liggende triage) og poliklinikk (gående triage). For å få et så nyansert og bredt bilde på problemstillingen og forskerspørsmålene som mulig ønsket vi intervjuer sykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn og utdanning.

Følgende kriterier ble lagt til grunn:

- ansatt i stillingsbrøk 50 % eller mer (fast eller vikariat, ikke sporadiske vakter)
- erfaring som sykepleier > 5 år
- erfaring som sykepleier < 5 år
- treårig grunnutdanning i sykepleie
- treårig grunnutdanning i sykepleie med tilleggsutdanning i akutt-sykepleie/intensivsykepleie/anestesisykepleie
- erfaring fra AMK
- ikke erfaring fra AMK

Alle sykepleiere som oppfylte de overnevnte kriterier fikk informasjon om undersøkelsen og en åpen invitasjon til å delta. Flere sykepleiere meldte sin interesse. Syv sykepleiere med ulik erfaringsbakgrunn og utdanning ble så valgt ut til å delta i henhold til utvalgs-kriteriene. En invitasjon ble sendt på e-post, med et informasjonsskriv og oppmøtetid for intervjuet. Underveis i prosessen falt to av respondentene ut av ulike årsaker. Vi valgte å ikke innhente to nye respondenter da vi allerede var forsinket i forhold til oppsatt tidsplan. Totalt ble fem respondenter inkludert i undersøkelsen. Ifølge Ryen (2002) er ikke det viktigste antall intervjuer, men den informasjonen de gir. Vi hadde notert oss at flere forskere opplever at man etter hvert oppnår et metningspunkt, der nye intervjuer ikke genererer ny innsikt. Vi ønsket derfor å ikke inkludere flere sykepleier før de fem første intervjuene var gjennomført. Erfaringen underveis var imidlertid den at de tre siste respondentene i stor

grad bekreftet dataene fra intervju 1 og 2. Vi så da ikke noe behov for å inkludere flere respondenter i undersøkelsen.

Respondenttuttrekket ble som følger:

<b>Respondent nummer</b>	<b>Erfaring: antall år i akuttmottak</b>	<b>Erfaring fra AMK</b>	<b>Utdanning</b>
1	16: 12 år i akuttmottak	Ja	Akuttsykepleier
2	4: 3 år i akuttmottak	Nei	Grunnutdanning
3	4: 3 år i akuttmottak	Nei	Grunnutdanning
4	10: 7 år i akuttmottak	Ja	Akuttsykepleier
5	20: 11 år i akuttmottak	Ja	Akuttsykepleier

### 5.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 1. november til 1. desember 2011. Da vi er to studenter som har valgt å gjøre denne undersøkelsen i felleskap, var kun en av studentene tilstede under intervjuene.<sup>26</sup> Hvert intervju tok omtrent 45 minutter. En båndopptaker ble benyttet for å fange opp alt som ble sagt under intervjuet. Intervjuet ble innledet med en gjennomgang av hensikten med undersøkelsen, og hvilke fokusområder som skulle berøres. I tillegg ble informasjonsskrivet gjennomgått, og respondenten ble bedt om å skriftlig samtykke til at vi kunne benytte data fra intervjuet i masteravhandlingen.

Første halvdel av intervjuet ble brukt til gjennomgang av et pasientkasus.

Respondentene ble bedt om å gi *pasienten* en hastegrad. Her hadde respondentene mulighet til å benytte seg av prosedyreverktøyet (triageskjema og flytskjemaer). Deretter innledet vi en samtale omkring kasuset; hvilken hastegrad som ble valgt, begrunnelser for valget og hvilke faktorer som var avgjørende for den valgte hastegraden. I andre halvdel av intervjuet la vi opp til å sjekke ut temaområdene som inngikk i intervjuguiden. Ikke alle spørsmålene i intervjuguiden ble berørt i like stor

---

<sup>26</sup> Se videre begrunnelse under etiske overveielser kapittel 5.5.

grad, da vi valgte å tilpasse vektleggingen etter respondentens utsagn og refleksjoner. Intervjuene fant sted i akuttmottakets lokaler, og ble gjennomført i ”normalarbeidstiden” til intervjuobjektet. Dette var med på å sikre en smidigere gjennomføring, da ingen av intervjuobjektene trengte å bruke tid av sin egen fritid for å delta i undersøkelsen.

## 5.4 Analyse og kategorisering av funn

Analysen av intervju - og observasjonsdata er en viktig del av det videre arbeidet, og det skal hjelpe oss til å finne ut av hva intervjuet har å fortelle oss (Dalland, 2007). Analyse er en metode som går ut på å dele opp intervjuteksten i mindre enheter eller deler (temaer). Når vi analyserer teksten, vil oppdelingen i mindre enheter hjelpe oss til å få tak i de enkelte sidene ved det intervjupersonene har sagt. Det analysearbeidet som ligger til grunn for vår undersøkelse er modifisert etter Dallands metodebeskrivelse (ibid). Dalland (2007) beskriver analysearbeidet som en ”drøfting”, som innebærer at man fortløpende systematiserer, analyserer, vurderer og tolker det datamaterialet man har innhentet. Metodisk er dette forenelig med hvordan vi senere ønsker å presentere funnene våre.<sup>27</sup>

Analysearbeidet startet med at en uavhengig tredjeperson transkriberte all korrespondanse mellom forsker og respondent fra båndopptaker til tekst. Transkriberingen ble gjennomført ordrett med tenkepauser og mellomrom. Der transkribenten ikke fant riktig ord/var usikker på riktig ord ble det satt inn et åpent mellomrom som i etterkant ble fylt ut av forskeren selv (den studenten som gjennomførte intervjuet) eller respondenten. Misforståelser og utfyllende kommentarer ble innhentet fra respondentene i etterkant der det var nødvendig.

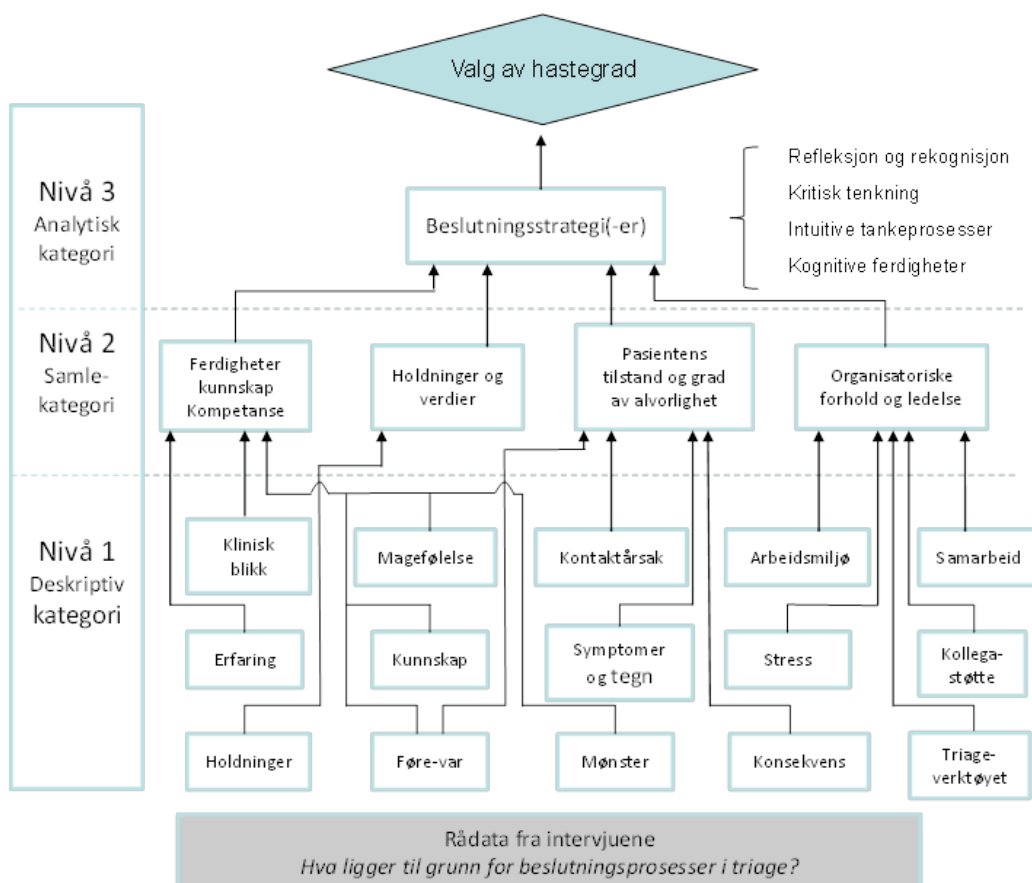
Etter transkriberingen ble alle intervjuene gjennomgått, opptil flere ganger, av oss begge. Vi lyttet også til lydopptakene for å fange opp eventuelle nyanser i tonefall, tenkepauser med videre. Vi utarbeidet kodesystemer og matriser knyttet til problemstillingens innhold. Samtidig var vi beviste på manglende informasjon. Hva var det intervjuene ikke ga svar på. Hvert enkelt intervju ble gjennomgått systematisk. Vi

---

<sup>27</sup> jf. kapittel 6.0 som omhandler presentasjon og analyse av funn

så etter meningsinnhold som kunne si oss noe om hvordan beslutninger blir fattet, hvilke faktorer som er betydningsfulle og begrunnelser for valg man gjør. Meningsinnholdet ble så brutt ned til deskriptive kategorier eller nøkkelord. Nøkkelordene ble videre samlet i et overordnet system (nøkkelord som naturlig hører sammen), der vi valgte å tematisere nøkkelordene i større samlebetegnelser. Enkelte nøkkelord kan ha tilhørighet i to eller flere slike samlebetegnelser og ble da plassert i flere samlebetegnelser. Temaer knyttet til beslutninger i triage er som vi senere kommer tilbake til sammenvevd, slik at det er naturlig at flere temaer og områder griper over i hverandre.<sup>28</sup>

Til slutt satt vi oss ned i fellesskap for å søke etter et mer overordnet analytisk innhold til de funn vi hadde gjort, og vi plasserte samlebetegnelsene i kategorier/båser som henviser til den teoretiske og empiriske referanserammen denne undersøkelsen bygger på.<sup>29</sup> Vi viser hvordan analysearbeidet er kategorisert og systematisert i figuren under.



<sup>28</sup> Vi viser til vedlegg 8: eksempel på codeskjema

<sup>29</sup> Se kapittel 6.0 som omhandler presentasjon og analyse av funn

## **5.5 Etiske overveielser**

En rekke etiske overveielser må tas ved gjennomføring av større eller mindre forskningsprosjekter. Vi må følge det norske lovverket og forskningsetiske retningslinjer ved gjennomføring av undersøkelsen. Hensikten er blant annet å sikre personvern og konfidensialitet for deltakerne, samt å styrke undersøkelsens validitet og reliabilitet (Jakobsen, 2005). Vi vil i dette avsnittet gjøre rede for hvordan vi har håndtert de etiske aspektene ved gjennomføring av vår undersøkelse.

### **5.5.1 Personvern**

Sykehuset Østfold har egne retningslinjer for å gjennomføre studier internt i foretaket. Det var derfor nødvendig å få godkjenning av forskningssjef og ansvarlige ledere (avdelingssjef og klinikkdirektør) før undersøkelsen kunne gjennomføres. Da denne godkjenningen var innhentet, sendte vi søknad til personvernombudet for forskning i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i tråd med gjeldende rutiner ved henholdsvis Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold. NSD godkjente prosjektet. Videre fikk respondentene utdelt et informasjonsskriv med informasjon om undersøkelsen, og hvordan dataene skulle behandles og oppbevares. Som nevnt tidligere ble også alle respondenter bedt om å undertegne en samtykkeerklæring<sup>30</sup>. Samtykkeerklæringen ga oss mulighet til fritt å benytte sitater og rådata fra intervjuet til gjengivelse i denne oppgaven. Respondentene ble sikret full anonymitet og konfidensialitet i behandling av dataene.

### **5.5.2 Bias – om å forske på eget arbeidssted**

Å forske på eget arbeidssted innebærer både fordeler og ulemper. At vi begge er utdannet sykepleiere og har erfaring med arbeid i akuttmottak, oppleves umiddelbart som en fordel. Samtidig kan feltblindhet gjøre at nærheten til stoffet gjør at vi som forskere mister evnen til å se alternative tolkninger eller negative konklusjoner (Malterud, 2002). Vi kan ikke se bort i fra at en eventuell feltblindhet var til stede underveis i intervjuene og analysearbeidet. Samtidig har vi gjennom hele prosessen vært oss selv bevisste på hvilke eventuelle bias (skjevheter) dette kan ha for sluttresultatet. Vi har også forsøkt å redusere eventuelle intervjubiaser ved at den av

---

<sup>30</sup> Se kapittel 5.3 som omhandler gjennomføring av intervjuene

mastergradsstudentene som ikke har direkte tilknytning til avdelingen, gjennomførte intervjuene uten den andres tilstedeværelse.

## 5.6 Metodekritikk

Vi var i utgangspunktet klar over at bruk av intervju alene hadde sine begrensninger. Problemstillingen kunne blitt bedre og grundigere belyst dersom vi hadde brukt andre metoder parallelt (metodetriangulering). Eksempel på dette kunne vært deltakende observasjon, samt å undersøke det samme fenomenet på andre akuttmottak. Vi valgte å gjennomføre studien med gjennomgang av et fiktivt pasientkasus som innledning til intervjuene. Fiktive pasientkasus har alltid den begrensningen at sykepleieren ikke har mulighet til å interagere med pasienten i en reel setting. Vi kan derfor ikke utelukke at hastegrad og begrunnelser for valg kunne ha blitt annerledes dersom respondentene fikk triagert pasienter i en reel kontekst. Funnene våre viser også at respondentene til en viss grad selv ga kasuset innhold/egenskaper som bidro til valg av hastegrad.

Spørsmålene i intervjuguiden er designet med den hensikten å belyse problemstillingen for denne oppgaven. Spørsmålene er ikke validerte, noe som kan gi usikkerhet i henhold til resultatenes gyldighet.<sup>31</sup> Spørsmålet; *Hvilke muligheter gir triageverktøyet deg i ditt arbeid?* måtte forklares/uttypes av forskeren for at respondentene skulle forstå meningsinnholdet. Videre måtte også spørsmålet; - *Er det tilfeller der triageverktøyet virker hemmende i ditt arbeid?* forklares/uttypes for enkelte av respondentene.

Ved transkribering av materialet valgte vi at en uavhengig tredjeperson skulle gjøre dette arbeidet. Selv om intervjuene ble ordrett avskrevet, med alle tenkepauser, vil ikke denne uavhengige tredjepersonen fange opp alt som skjer i en intervjusituasjon. Det være seg stemningsleie, kroppsholdning, ansiktsuttrykk med mer. Dette innbar at forskeren som deltok aktivt i intervjuene i etterkant måtte gå igjennom intervjuene, for å eventuelt nedtegne spesielle hendelser i møtet med den enkelte respondent. Vi kan ikke utelukke at informasjon av betydning er gått tapt som følge av dette valget.

Utvalgets representativitet kunne vært utvidet. Vi intervjuet fem sykepleiere i avdelingen, med tre til tolv års erfaring fra akuttmottak. Det ville vært nyttig å intervju sykepleiere med kortere ansettelsestid og erfaring fra akuttmottak, får å eventuelt kunne fange opp

---

<sup>31</sup> Se kapittel 5.7 som omhandler validitet og reliabilitet



nyanser i bruk av triageverktøyet hos nyansatte (noviser) kontra sykepleiere med lang fartstid i avdelingen (ekspertsykepleieren). Vi argumenterer allikevel med at vi til tross for disse påpekte manglene har fått et tilstrekkelig datamateriale til å kunne vise til funn og argumentasjoner som bidrar til å belyse vår problemstilling. I tillegg ser vi at våre funn kan benyttes til videreutvikling av triageverktøyet i klinisk praksis.

## **5.7 Drøfting av validitet og reliabilitet**

Som beskrevet i Jakobsen (2005) er hovedhensikten med empiriske undersøkelser å fremskaffe eller utvikle ny kunnskap. Metodevalg og det totale undersøkelsesopplegget bør i følge Jakobsen (ibid) tilfredsstillende to krav:

1. Empirien må være gyldig og relevant (valid)
2. Empirien må være pålitelig og troverdig (reliabel)

Kort sagt: Det vi ønsker, er resultater som er riktige, og som vi kan stole på. For å oppnå dette må vi gjennomføre undersøkelsen på riktig måte.

### **5.7.1 Pålitelighet**

Pålitelighet (reliabilitet) handler om hvorvidt vi kan stole på resultatene, eller om det kan være trekk ved selve undersøkelsen som har skapt de resultatene vi er kommet frem til. Vi valgte å intervju sykepleiere i det sykehuset hvor vi selv jobber. I tillegg er en av oss seksjonsleder i den enheten der undersøkelsen fant sted. Det kan tenkes at resultatet kan ha blitt påvirket av vår egen forforståelse eller tanker omkring beslutningsprosesser i utøvelse av sykepleie. Det at vi også kjenner de som skal intervjues kan tenkes å påvirke resultatene i den forstand at respondentene kan ha innrette svarene sine etter hva de tror vi er interessert i eller ønsker å høre. At den studenten som ikke har direkte tilknytning til avdelingen gjennomførte intervjuene, reduserer sannsynligheten for en slik undersøkelseeffekt. Ut fra respondentenes respons på intervjuene kan det være grunnlag for å tro at de for egen del oppfattet det som positivt å reflektere rundt temaet, og vi kan ikke se at de skulle ha grunn til å ”tilpasse” sin informasjon verken i forhold til oss som forskere eller i forhold til konteksten. Ut fra samtalenes form og forløp mener vi at det er grunn til å tro at respondentene snakket fritt ut fra sine egne assosiasjoner.

Ved å ha en åpen og reflektert holdning til funnene vi samlet inn og å se disse i forhold til tidligere forskningsresultater og mer generell teori, mener vi at vår forforståelse ikke i nevneverdig grad har påvirket resultatene i denne undersøkelsen. Samlet sett anser vi påliteligheten til å være tilfredsstillende i henhold til undersøkelsens formål.

### **5.7.2 Intern gyldighet**

Intern gyldighet (validitet) handler om hvorvidt vi undersøker det vi planla å undersøke. Formålet med en intervjuundersøkelse basert på åpne samtaler er å få frem mest mulig av respondentenes tolkning og erfaring, og resultatene ved en slik metode vil være sensitive for forskerens behandling av et rikholdig materiale. Materialet kan ikke gjengis i sin helhet, men må deles opp og settes sammen i meningsfulle sammenhenger. Da kan temaet om gyldighet bli et spørsmål om hvorvidt forskerens presentasjon av materialet gir et riktig bilde av det respondentene har formidlet.

Det er mange måter å teste ut en undersøkelses interne gyldighet på. Vi vurderte å gjennomføre gruppesamtaler i etterkant av gjennomføringen av de individuelle intervjuene for å presentere de foreløpige resultatene og korrigere eventuelle faktafeil. Tidsmessig fant vi ikke tid til å gjennomføre dette. Det at vi hadde resultater fra en nylig gjennomført evaluering av triagemodellen i akuttmottaket, som også denne undersøkelsen bygger på, bidrar til å styrke den interne gyldigheten på denne undersøkelsen.

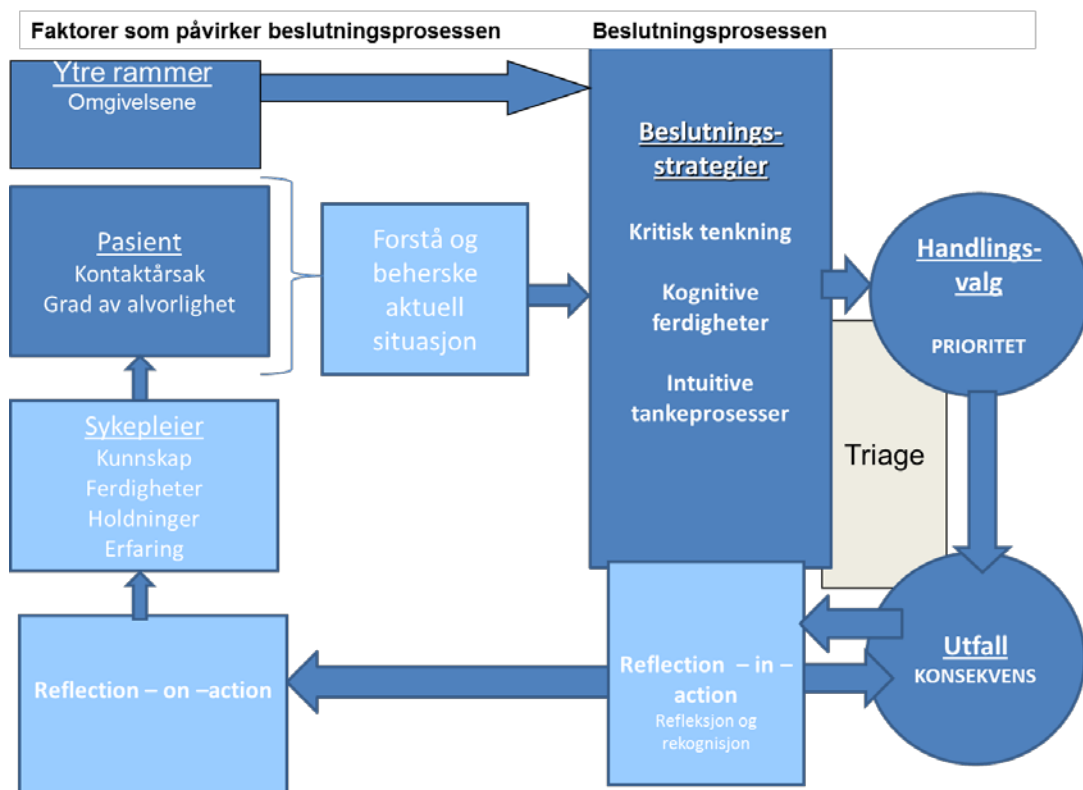
### **5.7.3 Ekstern gyldighet**

Ekstern gyldighet (validitet) handler om hvorvidt resultatene er overførbare, og om de kan generaliseres. Med få respondenter i en kvalitativ tilnærming er ikke formålet primært å generalisere, men å få frem det særegne hos respondentene. Det at våre funn samsvarer med funn fra lignende undersøkelser, bidrar til å styrke den eksterne gyldigheten. Men totalt sett er vi usikre på om dataene vi har samlet er pålitelige nok i en ekstern sammenheng.

## 6.0 Presentasjon og drøfting av funn

I dette kapittelet vil vi presentere og drøfte funn fra vår undersøkelse. Vi vil ha fokus på å trekke ut hovedelementer fra undersøkelsen og drøfte disse opp mot tidligere forskningsresultater og mer generell teori. I denne delen velger vi å ta inn nye teoretiske rammeverk knyttet til læringsteori og organisasjonslære.

Vi har etter inspirasjon av Tanner (2006) utarbeidet en modell for kliniske beslutninger i triage, som viser at kliniske beslutningsprosesser er avhenging av en rekke forhold utover selve triageverktøyet for å sikre at pasienter prioriteres og hastegradsvurderes riktig i henhold til akuttmottakets målsetting og visjon.



Denne modellen skal illustrere og vise hvordan sykepleiere vurderer, reflekterer og resonnerer i en beslutningssituasjon, generelt og ved bruk av triage spesielt. Modellen vil benyttes som grunnlag gjennom presentasjon og drøfting av funnene.

Vår problemstilling som presentert i kapittel 1.2 lyder:

**Hva ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage?**

Dette skulle vi undersøke ved å svare på ved følgende delspørsmål:

1. Hva kjennetegner beslutningsprosessen i triage, og hvilke beslutningsstrategier benytter sykepleierne seg av i triage?
2. Hvilke faktorer påvirker valg av hastegrad?

For å svare på problemstillingen besvares de to delspørsmålene hver for seg, i henholdsvis kapittel 6.1 og 6.2. I kapittel 6.3 vil vi gi svar på hva som ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage som en generell oppsummering av denne undersøkelsen.

Ved gjennomføring av intervjuene ble som vi tidligere har skrevet alle respondentene bedt om å hastegradsvurdere et fiktivt pasientkasus. De ble bedt om å beskrive og forklare med egen ord hvordan de kom frem til den valgte hastegraden. Etter nøye overveielse har vi valgt å bruke et kasus som tidligere er brukt under evalueringen av ØTM for å se om det er noen forskjeller fra funnene der, eller om vi fikk mer eller andre opplysninger om de valgene som ble gjort gjennom våre intervjuer.

For at du som leser lettere skal forstå respondentenes svar og deres begrunnelser, så velger vi å gjengi kasuset her:

**Gutt 15 år, kommer til akuttmottaket via legevakten.**

Pasienten har blitt slått, skallet og sparket over hele kroppen. Har hatt blødning fra høyre øret og nese. Dette ble gjort grunnet sjalusi, og ble utført av fire voksne menn. Han har smerter i venstre underarm og høyre side av rygg, thorax og hofte. Har sterk hodepine, noe kvalm, husker alt som har skjedd. Han har også smerter over cervicalcolumna, lokalisert C2/C3. Hendelsen skjedde for 3 timer siden.

Vitale parametre:

Respirasjonsfrekvens: 13

SpO<sub>2</sub>: 100

Blodtrykk: 160/93

Puls: 104

Temperatur: 38.4

## **6.1 Hva kjennetegner beslutningsprosessen i triage, og hvilke beslutningsstrategier benytter sykepleierne seg av i triage?**

Ordet triage er som tidligere nevnt relatert til en utvelgelsesprosess<sup>32</sup>, noe som medfører at sykepleierne må ta utfordrende beslutninger. Denne beslutningsprosessen er en viktig ferdighet for sykepleiere som er med på å påvirke direkte pasientbehandling eller de er med på å påvirke den akutte behandlingen. Triage er som vi tidligere har skrevet et redskap for å prioritere omsorg, og å ta beslutninger om det neste trinnet i den aktuelle pasients behandlingsforløp. Triagesykepleiere møter pasienter med behov for akutt hjelp i forhold til spesifikke helseproblemer. Det stilles spesielle krav til at sykepleieren ut ifra situasjonens kompleksitet kan skille de ulike situasjonene fra hverandre, beslutte hvilke situasjoner som skal prioriteres fremfor andre, samt iverksette adekvate handlinger.

Det å ta beslutninger er et grunnleggende element innen medisinsk og sykepleiefaglig praksis. Gode kliniske avgjørelser om hvordan en pasient skal ivaretas, krever både omtanke og intuisjon. Begge disse elementene må være basert på kunnskap og dyktighet. Flere klinikere hevder at klinisk beslutningskompetanse handler om kunnskaper, ferdigheter og sunn fornuft (Sandvik, 2011). Klinisk beslutningskompetanse krever et bestemt ferdighetsnivå der sykepleierne forventes å tolke, differensiere og evaluere den informasjonen de innhenter om pasientene. Informasjonen må så vurderes opp mot en referanseramme. Denne referanserammen er avgjørende for hvor god beslutningen blir.

Ved gjennomgang og analyse av funn fra vår undersøkelse har vi kategorisert beslutningsstrategiene inn i fire temaområder. Disse er: kritisk tenkning, kognitive ferdigheter, refleksjon og rekognisjon samt intuitive tankeprosesser. Et felles kjennetegn på disse beslutningsstrategiene er at de alle kan betraktes som beslutningsmodeller som tilhører de klassiske teoriene om begrenset rasjonalitet.<sup>33</sup>

Flere forskningsmiljøer knytter kliniske beslutningsprosesser opp mot teorier om begrenset rasjonalitet (Thompson og Dowding, 2001). Klinisk praksis vil alltid ha et

---

<sup>32</sup> Se kapittel 2.4 som omhandler triage

<sup>33</sup> Se kapittel 3.3

snev av usikkerhet ved seg, og det er kun i ytterst få tilfeller der man kan angi at beslutninger som fattes er fullkommet rasjonelle. Fullkommet rasjonelle beslutningsprosesser kan forekomme når problemet som skal løses er enkelt og få aktører er involverte. Mer komplekse kliniske situasjoner, der flere aktører er involvert, vil kreve mer omfattende beslutningsprosesser og det er ikke alltid gitt hva utfallet av valg og handlinger blir.

Medisinsk og helsefaglig praksis har alltid noe risiko og usikkerhet knyttet til seg, til tross for veldokumenterte og utprøvde metoder og behandlingsregimer. Pasienter viser ikke alltid samme tegn og symptomer på sykdom/skade. Enkelte pasienter kan sågar være asymptomatiske. Likefremt kan pasienter reagere ulikt på tiltak som iverksettes.

### **6.1.1 Kritisk tenkning**

Kritisk tenkning i denne sammenhengen innebærer å kunne innhente informasjon for å ta en avgjørelse. Informasjonen kan fås gjennom bruk av triageverktøyet, men for raskt å kunne gi pasienten rett hastegrad trenger sykepleieren i tillegg å innhente informasjon gjennom flere kanaler (kilder). Respondentene beskriver at de aktivt innhenter opplysninger gjennom henvisningsskriv, AMK<sup>34</sup> - meldinger, samtale med pasient/pårørende, vitale parametre, kliniske observasjoner og refleksjon.

#### **6.1.1.1 Innhenting av informasjon**

Flertallet av respondentene i vår undersøkelse gir uttrykk for at de har en klar plan for hvordan de innhenter informasjon fra pasienten. Med unntak av en respondent, så har de øvrige respondentene en lik utspørringsteknikk for datainnhenting; - *Det er viktig å spørre pasientene de rette spørsmålene. Hva har skjedd, når skjedde det og hvordan har du det akkurat nå?* Dette bekreftes også av en av de andre respondentene; - *Jeg vektlegger at man må spør de riktige spørsmålene. Hva er problemet, når oppsto det og har du blitt verre nå?*

Denne metoden samstemmer med prosedyren som heter brukermanual til triage/re-triage.<sup>35</sup> Dette blir også bekreftet i Andersson et al (2006) sin studie der sykepleierne

---

<sup>34</sup> AMK står for Akuttmedisinsk kommandosentral (113)

<sup>35</sup> Se vedlegg 1: Brukermanual for triage og re-triage, sykehuset Østfold

spurte systematisk pasienten eller pårørende om sykdommer og symptomer eller problemer.

En av respondentene hadde ingen klar plan for å innhente informasjon fra pasienten, og ga tydelig uttrykk for at han/hun synes at det er vanskelig å innhente rett informasjon; - *Jeg prøver å stille spørsmål om hvorfor en pasient har vondt eller ubehag, men det er ikke så lett hvis man har lite erfaring med enkelte pasientgrupper. Da er det jo ikke så lett å stille de rette spørsmålene, og man kan heller ikke få med seg all informasjon hvis pasienten sier mye.*

Kommunikasjon og samhandling med pasienten er av betydning for å fange opp hva som er pasientens problem her og nå; - *Kommunikasjon er viktig. Det er kjempeviktig at man klarer å stille de riktige spørsmålene, lytte til pasienten og vite at man har forstått pasienten.* Respondentene gir uttrykk for at det er en kunst å kunne kommunisere med en pasient, og at dette er noe som kommer med erfaring. Sykepleiere med erfaring fra AMK- sentral blir oppfattet som spesielt gode når det gjelder det å stille de rette spørsmålene.

Dette blir bekreftet med følgende utsagn fra en av de mindre erfarne sykepleierne; - *Tror nok at de som sitter på AMK er veldig gode til å triagere/sette hastegrad, og ikke minst stille de rette spørsmålene. De ”øver” jo hver gang de er på AMK.* En av de erfarne sykepleierne sier; - *Jeg tror det er å kunne stille de riktige spørsmålene til en pasient kommer med erfaring.*

Triageverktøyet og aktuelle flytskjema er bygget opp med henstilling til en rekke underliggende spørsmål som triagesykepleieren må vurdere i sitt møte med pasienten.<sup>36</sup>

Kommunikasjonsferdigheter hos en sykepleier omfatter evnen til å formidle et meningsinnhold på en tydelig måte, tilpasset ulike situasjoner og personer, stille klargjørende spørsmål samt evnen til aktiv lytting (Kristoffersen, 2008).

Kommunikative ferdigheter sees ofte i sammenheng med samhandling, og kalles da gjerne relasjonelle ferdigheter.

---

<sup>36</sup> Se eksempel i vedlegg 2: Eksempel på flytskjema - ØTM

Flere studier viser at kommunikasjon påvirker hastegradsvurdering i triage (Andersson et al, 2006, Gerdtz og Bucknall, 2000). Disse studiene legger vekt på at kommunikasjonen påvirkes av ulike forhold som sykepleiernes språkbruk, pasientens evne til å uttrykke seg og hvordan spørsmålsformulering som er av betydning for informasjonsinnhenting blir brukt.

Respondentene peker på flere utfordringer når det gjelder kommunikasjon med pasientene i triage. Språkbarriere er et slikt element. Dersom pasienten snakker dårlig norsk vil kommunikasjonen og utspørringen bli vanskeligere. Tolketjenesten er veldig sjeldent tilgjengelig i akutte situasjoner, og det er ikke alltid like lett eller anbefalt å benytte en nær pårørende som oversetter; - *Hvis vedkommende (pasienten) snakker veldig dårlig norsk, så kan det bli vanskelig i forhold til den biten med å få rett informasjon. Da må man jo gjøre det "beste" ut av det. Det kan være utfordrende.*

En annen utfordring er situasjoner der pasienter av ulike årsaker er uklare (dement, ruspåvirket, psykisk syk med mer), og at de derfor ikke kan redegjøre for hendelsesforløpet og forklare hvordan de har det. Det gjør kommunikasjonen med disse pasientene vanskelig; - *Psykiatriske pasienter som er utagerende er jo en utfordring. Jeg prøver så langt det er mulig å innhente de opplysningene jeg trenger for å kunne sette en hastegrad. Men får jeg det ikke til, så går jeg alltid til legen og informerer om det.*

Flere studier viser at kommunikasjon med pasient er en betydningsfull faktor i triage. (Andersson et al, 2006, Gerdtz og Bucknall, 2000).

#### **6.1.1.2 Observasjon og kartlegging av pasienten**

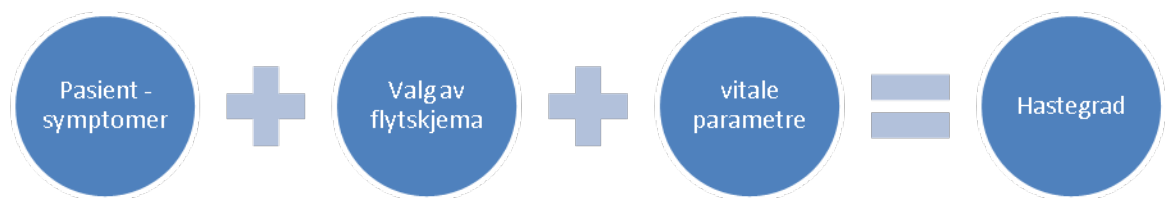
Når respondentene skal innhente ytterligere informasjon så bruker de triageverktøyet med utgangspunkt i de symptomene pasienten har for å finne rett flytskjema. Våre funn viser at her er respondentene samstemte, og de beskriver at de velger et flytskjema på bakgrunn av pasientens symptomer og at de i tillegg tar vitale parametre. Kombinasjonen av disse elementene blir det som avgjør hastegraden.



Lignende funn finner vi igjen i studien av Göransson et al (2008). En av respondentene beskriver prosessen slik; - *Man må gjøre seg opp en mening på bakgrunn av pasientens svar, flytskjema og vitale parametre. Det utgjør fasitsvaret.*

Dette blir også bekreftet av en av de andre respondentene; - *Jeg tenker at det viktigste jeg gjør er at jeg danner meg et bilde av hva pasientens problem er, at jeg tar de vitale parametrene og samler inn resultatene, og så gjør jeg meg opp en mening til slutt.*

Denne kartleggingen kan beskrives med denne figuren:



Den systematiske fremgangsmåten som respondentene bruker for å sette en hastegrad kan vi finne igjen i den normative teorien og i det som Kaufmann og Kaufmann (2003) kaller den rasjonell-analytiske tenkningen<sup>37</sup>. Gjennom utsagnene over så gir sykepleierne uttrykke for at de jobber systematisk trinn for trinn, og som til slutt fører frem til en beslutning om en hastegrad. Denne formen for rasjonell – analytisk tenkning kan sammenlignes med *Den problemløsende metoden i sykepleie* som beskriver en fremgangsmåte for systematisk tenkning i sykepleie. Metoden ble introdusert for norske sykepleiere på 1960 - tallet da under navnet sykepleieprosessen. I følge Fagermoen (1980) gjengitt i Kristoffersen (2008) ble begrepet først brukt av den amerikanske sykepleieren Hildegard Peplau. Peplau beskrev prosessen som ”*alt det som skjer mellom pasient og sykepleier*” og la særlig vekt på det relasjonelle aspektet. Den problemløsende metoden beskriver en framgangsmåte for systematisk tenking som går i faser. Fasene bygger logisk på hverandre uten at tankeprosessene kan beskrives som lineære, da fasene både går over i hverandre og påvirker hverandre gjensidig. Det relasjonelle aspektet ble vektlagt som avgjørende for kvaliteten på problemløsningen.

<sup>37</sup> Se kapittel 2.2.1 om normativ teori

Denne metoden blir også i dag viet mye oppmerksomhet, spesielt på utdanningsinstitusjoner verden over. Tanner (2002) hevder imidlertid at denne prosessen ikke gir nyutdannede sykepleiere tilstrekkelig kunnskap om hvordan man skal løse kompliserte kliniske problemer i praksis.

Det flertallet av respondentene vektlegger for å kunne sette en hastegradsvurdering stemmer godt overrens med resultatet fra evalueringsrapporten - ØTM (2011). Som vi skriver innledningsvis så svarte flertallet av sykepleierne som deltok i evalueringen av ØTM at kommunikasjon med pasienten, vitale parametre, klinisk blikk og erfaring var det de baserte sine faglige vurderinger på for å kunne gi en pasient en hastegrad.

Alle respondentene har som nevnt tidligere brukt pasientens symptomer som utgangspunkt for valg av flytskjema, men de har valgt å vektlegge de forskjellige symptomene noe forskjellig. På bakgrunn av det, så har de derfor valgt forskjellig flytskjemaer.

Flertallet av respondentene valgte et flytskjema som omhandler sterke smerter, mens de øvrige to respondentene valgte skjema for hodepine og uavklart problem. Valg av flytskjema ble begrunnet slik; - *Valgte skjema for sterke smerter pga at pasienten er en ung gutt som har vært utsatt for kraftig vold med spark mot rygg, bryst og hofter. I tillegg har pasienten smerter i cervicalcolumna*<sup>38</sup>. En annen respondent sier: - *Jeg valgte skjema for hodepine, og jeg valgte å bruke et underpunkt der som heter økende hodepine og kvalme.*

Flere av respondentene mener også at de kunne ha valgt et annet skjema enn det de hadde valgte i utgangspunktet, da det er flere skjemaer som kan fange opp de samme symptomene. Det blir forklart med følgende utsagn; - *Jeg valgte skjema med sterke smerter, men jeg kunne også ha valgt skjema for hodepine. Selv om jeg hadde valgt et annet skjema så hadde jeg likevel valgt å hastegradsvurdere pasienten til rød 2, uansett.*

---

<sup>38</sup> Cervicalcolumna er latinsk og betyr nakkevirvler i dagligtale

En av de andre respondentene begrunner det slik; - *Jeg valgte å bruke et skjema som heter hodepine, men et annet alternativt skjema hadde vært å bruke skjema som heter utsatt for vold. Her kunne jeg brukt et underpunkt som heter sterke smerter.*

Vi ønsker å utdype noen forhold nærmere. De aktuelle forholdene er identifisering av risiko, symptomer og tegn og til slutt smerter.

### **6.1.1.3 Identifisering av risiko**

Funn fra vår undersøkelse viser at beslutningsprosessen starter allerede før det første møtet med pasienten. De fleste pasienter som ankommer akuttmottaket har i de aller fleste tilfeller vært i kontakt med andre aktører i helsetjenesten før ankomst. De har eksempelvis blitt henvist fra fastlege, legevakt eller ringt AMK.

Hensvisningsskrivet og/eller meldingen fra AMK påvirker hva respondentene ”ser” etter og hva de spør pasienten om i mottakssitasjonen. En av respondent sier; - *For å sette en så korrekt hastegrad som mulig trenger jeg helst en henvisning fra en lege som har undersøkt pasienten, det er viktig.* En annen respondent svarer slik; - *Har pasienten vært hos en lege og har med seg et henvisningsskriv, så leser jeg også det.*

Respondentene gir imidlertid uttrykk for at de kun i begrenset grad lar seg påvirke av pasientens antatte diagnose, og de argumenterer med at man lett kan bli forutinntatt og overse viktige momenter dersom man legger for stor vekt på innholdet i henvisningsskrivet. En av respondent forklarer; - *Jeg lar meg påvirke av antatt diagnose, men man gjøre seg stadig erfaringer med at det kan være noe helt annet pasienten kommer inn med enn det som er forventet, så det har ikke så ”stor” betydning.* En annen begrunner det slik; - *Jeg kan forberede meg på den pasienten som kommer, men jeg føler ikke at det har noe å si for hvilken triage (hastegrad) pasienten får. Så sant pasienten er våken og kan redegjøre for hva som har skjedd.*

### **6.1.1.4 Symptomer og tegn**

Pasientens symptomer vektlegges av samtlige respondenter som en betydningsfull faktor når beslutning om hastegrad skal fattes. Den første vurderingen starter straks

man ser pasienten for første gang, og dette møtet er med på å starte de søkeprosessene<sup>39</sup> som er nødvendige for å kunne sette en hastegrad. Sykepleieren legger merket til eventuelle visuelle tegn som kan omfatte tegn på sykdom, tegn på åpenbare skader, alvorlighetsgrad, mobilitetsnivå og pasientens alder. En av respondentene forklarer det slik; - *Det er viktig å tenke ABC<sup>40</sup>, og man får mye informasjon om en pasient bare ved å "se" på dem.*

Graden av alvorlighet har betydning for hvilken hastegrad pasienten får. Trusselen mot vitale funksjoner plasserer alltid pasienten i høyeste hastegrad. Ofte må det iverksettes strakstiltak for å bedre situasjonen. I slike hastesituasjoner kreves en høy grad av beslutningsevne. Respondentene beskriver at man ofte må handle på bakgrunn av antakelser, og at de må stole på egen vurderingsevne.

Tid fra symptomdebut til pasienten søker hjelp (tidsfaktoren) beskrives også som en betydningsfull faktor i triage; - *Hadde han kommet rett inn til akuttmottaket fra skadestedet så ville jeg kanskje ha vurdert det opp. Men nå har det gått tre timer før han kommer hit.* En annen respondent forklarer det slik; - *Hvordan pasienten kommer til sykehus er en viktig informasjon, direkte til sykehus eller via legevakten. Om pasienten kommer i ambulanse eller ikke er også av betydning.*

#### **6.1.1.5 Smertevurdering**

Smerteopplevelse og smertevurdering trekkes også frem som en betydningsfull faktor. Det finnes lite tilgjengelig informasjon om de smertene pasienter som oppsøker akuttmottak opplever. Men den informasjonen som finnes antyder at moderate til sterke smerter ofte er hovedanliggende for pasientene, og at personalet er dårlige til å vurdere smerte. Smertevurdering og smertebehandling er viktig i triage av flere grunner. De aller fleste pasientene som oppsøker et akuttmottak opplever smerte i større eller mindre grad. Dersom pasientens smerte blir tatt hånd om på et så tidlig tidspunkt som

---

<sup>39</sup> Se kapittel 2.2.1 om konsekvensorienterte beslutningsmodeller.

<sup>40</sup> ABC står for airway, breathing og circulation. Når det gjelder akuttmedisinske tilstander generelt så har luftveier og ventilering høyere prioritet enn sirkulasjon.

(<http://www.akuttmedisin.uib.no/kurspakke/gjenoppliving/teori/gjenoppliving/09-luftvei.htm>) (Lesedato 15.04.12)

mulig, vil det kunne være mulig å omkategorisere dem til lavere hastegrad. Pasientene blir mindre engstelige og kommunikasjonen enklere (Sandvik, 2011).

Våre respondenter antyder at smertevurderingen som gjøres blir i stor grad basert på pasientenes egne subjektive smerteopplevelse. Ingen av respondentene gir en klar indikasjon på en objektiv vurdering av pasientens smerteopplevelse. En av respondentene sier; - *Ville nok her ha stilt noen tilleggsspørsmål og undersøkt litt mer angående forhold som smerter i thorax (brystet).*

I litteraturen beskrives en rekke objektive tegn på smerte, og akuttmottaket har tatt i bruk en smertevurderingsskala som skal hjelpe sykepleierne i dette arbeidet. En gjennomgang av triageskjemaer viser at dette verktøyet i liten grad benyttes i praksis. Smertevurderingsskalaen blir heller ikke nevnt av noen av våre respondenter, noe som kan bekrefte at skalaen blir lite brukt. En annen viktig faktor er at vi ikke har fulgt dette opp ytterligere med flere tilleggsspørsmål under intervjuene for å få mer kjennskap til hvorfor og/eller hvorfor ikke dette blir brukt aktivt.

### **6.1.2 Kognitive ferdigheter**

I klinisk praksis vil og skal man kontinuerlig fatte beslutninger. Det kan i følge Uhrenfeldt og Sørensen (2011) være alt fra små, ubetydelige avgjørelser til avgjørelser som kan ha store konsekvenser for den enkelte pasient. Som også svarene fra våre respondenter gir uttrykk for, så er prosessen om å fatte en hastegrad kompliserte. Det er ofte snakk om både kognitive og etiske prosesser som den enkelte sykepleier må håndtere, systematisere, fortolke og anvende.

Kaufmann og Kaufmann (2003) beskriver kognitiv teori som en handling som ofte er et resultat av bevisste og rasjonelle valg. Sagt med andre ord så handler det om forholdet mellom tanke/kunnskap og handlinger.

Som nevnt over så sier alle respondentene at de bruker triageverktøyet når de skal hastegradsvurdere pasienter, og at de har stor tiltro til systemet. Likevel så viser funn fra vår undersøkelse at respondentene har opplevd usikkerhet i bruk av triageverktøyet. Bruk av systemet i praksis kan i enkelte situasjoner oppleves som om at det ikke dekker

alle pasienters behov, og sykepleierne må supplere med bruk av et rasjonelt verktøy med å bruke tidligere erfaringer<sup>41</sup>. Dette kommer vi mer tilbake til under delen om refleksjon og rekognisjon.

#### **6.1.2.1 Beslutninger basert på konsekvenser**

Når vi velger å se på om respondentene har fokus på konsekvensene av de beslutningene de tar, så gir flertallet av respondentene klart uttrykk for at de tenker over hvilke konsekvenser deres beslutninger kan ha for den enkelte pasient. Selv om flertallet av respondentene sier at de tenker på konsekvensene av egne beslutninger, så viser funn fra vår undersøkelse at svarene fra de mer erfarne sykepleierne skiller seg noe fra svarene til de mindre erfarne sykepleierne.

De mer erfarne sykepleierne sier at de ser på hastegradsbeslutningen i triage i sammenheng med pasientens videre behandlingsforløp i avdelingen, og ikke avgrenset til bare triagesonen. De begrunner det med at økt faglig kompetanse har bidratt til å se mer helhetlig på beslutningene, og at de lettere vil kunne se og fange opp tegn hos pasienten. En av de erfarne sykepleierne sier; - *Det er ikke så lenge siden jeg tok videreutdanning. Jeg hadde nok vært mer usikker som ny. Nå vet jeg mer om flere ting, og om konsekvensene som kan skje ved forskjellige symptomer. Derfor er jeg opptatt av at pasientene skal få riktig triage og rett ventetid på legetilsyn.*

En annen av de andre erfarne sykepleierne begrunner svaret sitt slikt; - *Det er jo ofte slik at når man er i triage så har man ikke ansvar for pasienten etterpå. Derfor er det et stort ansvar å være triagesykepleier, og det er en av de "viktigste" funksjonene i akuttmottaket synes jeg. Derfor er det med kompetanse så viktig i triage.*

Svarene til de mindre erfarne sykepleierne viser at de har mer fokus på tiden pasienten er i triagesonen og ikke så mye på hva som skjer etter at hastegraden er satt. Den ene respondenten forklarte det på denne måten; - *Når man er i triage så har man bare ansvar for pasienten en svært kort stund, så det spiller jo ingen rolle for meg om det går ti minutter eller en time før en lege ser på pasienten. Jeg har ikke ansvar for den pasienten lenger.*

---

<sup>41</sup> Se kapittel 3.3.2.3 som omhandler prinsipielle grenser for rasjonalitet

Forskjellene mellom de mer erfarne – og de mindre erfarne sykepleierne kan forklares ved hjelp av sykepleiernes forskjellige personlige kompetanse, og at de kan befinne seg på forskjellige stader i utviklingen av sin kliniske kompetanse.<sup>42</sup>

I følge March (1994) så er det helt vanlig at ansatte og organisasjonen følger de nedfelte posedyrene som er godkjente og vedtatte for den situasjonen de står i. Den tradisjonelle forskningen på beslutningstaking kan kritiseres fordi den har hatt stort fokus på beslutningstaking i kunstige situasjoner. Noe som Kobbeltvedt og Brun (2005) mener kan egne seg mindre for å si noe om hvordan beslutninger fattes i det virkelige livet, som her er å sette en hastegrad ved hjelp av et triageverktøy.

Beslutninger som skal fattes i akuttsituasjoner vil derfor kreve høy grad av erfaringslære og sannsynlighetsberegning. Det at den profesjonelle gjenkjenner mønster og sammenhenger i situasjonen på en måte som ligner tidligere hendelser preger en beslutningsprosess. Det kan kanskje i tillegg til forskjellig utvikling av klinisk kompetanse, være med på å forklare noe om hvorfor de mindre erfarne sykepleierne i vår undersøkelse har hovedfokus sitt på selve hastegradsvurderingen og mindre på hele pasientforløpet i akuttmottaket. De står oftere i helt nye og ukjente situasjoner, og i følge Lai (2007) har de da ikke alltid egnede kognitive skjemaer å trekke veksler på.<sup>43</sup> Bruk av beslutninger basert på regel – og konsekvensorienterte teorier er beskrevet under teorikapitlet.<sup>44</sup> I følge Flaa et al (2005) så har sykepleieren i den normative beslutningsprosessen<sup>45</sup> tilgang til all den informasjon han/hun trenger for å ta en beslutning, og han eller hun vil velge det beste løsningsalternativet for et problem basert på det så kalte nyttemaksimeringsprinsippet.

Vi har ikke gjort funn som viser at de hastegradsbeslutningene våre respondenter gjør i triagesonen blir gjort på bakgrunn av economic man (full rasjonalitet), men funnene peker mer i retning av den deskriptive<sup>46</sup> beslutningsteorien og begrenset rasjonalitet. Det kan skyldes at en sykepleier i triagesonen ikke vil ha mulighet til å innhente all

---

<sup>42</sup> Se kapittel 3.6.4 som omhandler utvikling av klinisk kompetanse

<sup>43</sup> Se kapittel 2.5 om beslutninger under usikkerhet.

<sup>44</sup> Se kapittel 3.2 om rasjonelle beslutningsmodeller

<sup>45</sup> Se kapittel 3.3.1 om normativ beslutningsteori

<sup>46</sup> Se kapittel 3.3.2 om deskriptiv beslutningsteori

informasjon og vurdere alle alternativer før en hastegrad må settes. De blir derfor tvunget til å ta beslutninger som representerer tilfredsstillende resultater og som ikke alltid er optimale. Det vil med andre ord si at sykepleierne er fornøyde når de oppnår en tilfredsstillende løsning som er god nok, men som ikke nødvendigvis er den beste løsningen. Noe som også kan gi rom for usikkerhet.

#### **6.1.2.2 Beslutninger basert på usikkerhet**

Beslutninger angår fremtiden. I følge Kobbeltvedt og Brun (2005) så vil det innebære usikkerhet både om hvordan fremtiden vil bli, og hvordan vi velger å evaluere de fremtidige hendelsene når de oppstår. I dagliglivet kan usikkerhet komme til uttrykk på flere måter. Det kan være vanskelig å vite om det vi oppfatter som nesten helt sikkert som sikrere enn ganske helt sikkert eller svært sannsynlig.

Når respondentene blir spurt om hva de gjør hvis de er usikre på om den hastegraden de har satt er riktig eller er usikker på hvilken hastegrad de skal sette, så viser funn fra vår undersøkelse at her er respondentenes svar samstemte. Alle beskriver at hvis de er usikre på om hastegraden de har satt er rett, så velger de å rådføre seg med annen kollega. Annen kollega kan her være både annen sykepleier eller lege. Selv om alle svarer at de søker råd hos andre når de er usikre, så er hva de er usikre på forskjellig hos respondentene. Det som likevel er et fellestrekk hos alle respondentene er at hvis de mener at pasienten er dårligere enn det han eller hun skårer til, så velger de å søke råd hos annen kollega. En av respondentene sier; - *Hvis jeg er usikker på om hastegraden jeg har satt er rett, så konfererer jeg med vaktansvarlig sykepleier og sier at jeg er usikker.* En annen begrunnet det slik; - *Hvis jeg er usikker på om den triagegraden pasienten har skåret til er for høy eller for lav ut i fra det jeg selv synes stemmer, så konfererer jeg med en lege.*

Det vi ser av funnene er at hvem respondentene velger å rådføre seg med er forskjellig om du er mer erfaren eller mindre erfaren.

De mer erfarne sykepleierne sier at de søker råd og konferere oftest med en lege, mens de mindre erfarne sykepleierne velger å søke råd hos en annen sykepleier som de selv



mener er mer erfaren enn de selv. Dette blir bekreftet med følgende utsagn; - *Hvis jeg er usikker på hastegraden jeg skal sette, så tar jeg rett og slett kontakt med legen.*

En av de mindre erfarne sykepleierne sier; - *Jeg spør andre kollegaer (sykepleier) som er mer erfarne enn meg selv hvis jeg er usikker på hvilken triagegrad jeg skal sette. Av og til må jeg bare "sats på" at det jeg har vurdert er det rette, men så lenge pasienten ikke er blek og klam i huden så bruker det å gå greit.*

En av respondentene gir også uttrykk for at han/hun ønsker at legene var med på å triagerte pasientene for å kutte ned på ventetiden i akuttmottaket. Statens beredning för medicinsk utvärdering i Stockholm (SUB) utarbeidet i 2010 en rapport som blant annet viser at innføring av teamtriage (der lege, sykepleier og eventuelt annet helsepersonell inngår) trolig reduserer samlet tid på akuttmottak og gir raskere medisinsk avklaring. Funn fra en undersøkelse gjennomført av Subash, Dunn, McNicholl og Marlow (2009) viste at teamtriage førte til redusert ventetid, raskere avklaring og mer effektiv pasientbehandling i akuttmottak.

Det vil være, som antydnet i refererte kilde, behov for mer forskning vedrørende bruk av teamtriage på akuttmottak for å videreutvikle metoden.

Det er lett å anta at sannsynligheten for å komme frem til en god beslutning er større i en gruppe enn hos enkeltindivider. Ved å være flere kan en sak eksempelvis belyses fra flere vinkler, og flere interesser kan bli representert. Sannsynligheten for feiltolkninger blir redusert og samlet kompetanse øker. Flere aktører deltar sammen i beslutningsprosessen for å finne den beste løsningen for aktuelt problem. Vi finner igjen elementer av dette i det Flaa et al (1995) beskriver under vedtaksfasen i den rasjonell-analytiske problemløsningsprosessen.<sup>47</sup> Forutsetninger for dette skal fungere i praksis er avhengig av en rekke faktorer. Gruppen må være sammensatt på en homogen måte, roller og ansvarsavklaringer må være tydelig kommunisert og forstått, gruppens medlemmer må kunne knytte oppgaven som skal løses mot felles mål og verdier med mer (Lai, 2010).

---

<sup>47</sup> Se kapittel 3.4 som omhandler beslutningsfaser

At flertallet av respondentene gir uttrykk for at de har vært i situasjoner hvor de har vært usikre på hastegraden, stemmer ikke helt med våre forventninger etter evaluering – rapport - ØTM (2011). Som vi viser til i innledningskapittelet så sier 86 % av sykepleierne av de sjeldent er usikre på hvilken hastegrad som skal settes. Her kan valg av undersøkelsesmetode ha betydning, da det under evalueringen av ØTM ble brukt et spørreskjema, mens vi i vår undersøkelse har valgt å gjennomføre utdypende intervjuer med de enkelte respondentene.

Opplevelse av usikkerhet hos sykepleiere som skal sette en hastegrad på pasienter ved hjelp av triage er også avdekket i andre undersøkelser, der i blant Chung (2005) som gjorde en undersøkelse på beslutningsprosessen blant sykepleiere i akuttmottaket i Hong Kong.

Vi ser også at flertallet av respondentene gir uttrykk for at de søker råd hos annen kollega og/eller hastegradsvurderer pasienten opp når de er i tvil, for å være på den sikre siden. En av respondentene forklarer det slik; - *Med bruk av tidligere erfaringer og mitt kliniske blikk så mener jeg at man skal triagere opp hvis man er i tvil.* En annen sier; - *Jeg vet jo at hvis jeg har triagert en pasient til grønn 5, så vil ikke denne pasienten bli ”prioritert” av legen. Det er klart at det gjør noe med pasientforløpet og påvirker det.* Faren med å hastegradsvurdere pasienten høyere på grunn av tvil/usikkerhet er at det kan bli mange pasienter med høyere og lik hastegrad, slik at man må begynne å gjøre en ny prioritering blant de med lik hastegrad. Dette blir bekreftet med følgende utsagn; - *Gule flyter ofte litt ut og legene føler kanskje at tiden til legetilsyn blir litt for kort, men sann er jo systemet laget. Jeg får ikke gjort noe med det, og da får heller legene komme innom, skrive under og vurdere om pasienten kan vente.*

Å prioritere pasienter innenfor samme hastegrad når det er mange pasienter som venter, kom også frem i studien til Andersson et al (2006). Der måtte man se om det var noen av pasienter med samme hastegrad som trengte hurtigere tilsyn enn andre, og det ble gjort ved hjelp av en status rapport.

Cioffi (1998) har utforsket beslutningsprosesser i nødssituasjoner. Bruk av sannsynlighet og for sikkerhets skyld ble i denne undersøkelsen avdekket å bli brukt hyppigere av mindre erfarne sykepleiere enn mer erfarne sykepleiere.

I vår undersøkelse har vi ikke kunne se noen forskjell mellom de mer erfarne sykepleierne og de mindre erfarne sykepleierne på dette området. Det kan skyldes at ingen av våre respondenter er helt nyutdannet eller helt nyansatt.

I tillegg til at respondentene opplever at det kan være vanskelig å sette rett hastegrad ut i fra hva de selv oppfatter og mener er rett for den enkelte pasient, så sier også 4 av respondentene at det av og til kan være vanskelig å finne rett flytskjema. Det blir forklart med følgende sitat; - *Av og til kan det føles ut som om det mangler noe, og jeg finner ikke det "rette" skjema. Det er noe som ikke stemmer eller passer.* En annen sier; - *Hvis jeg først ikke finner et skjema som passer, så finner man alltid noe annet som passer. På en eller annen måte får vi det avklart.* Det indikerer at kan man ikke bruke en regel, så kan man bruke en annen.

At 4 av respondenter synes at det kan være vanskelig å finne rett flytskjema stemmer heller ikke med våre forventninger på bakgrunn av resultatet fra evalueringsrapport – ØTM (2001). Der sier 82 % av sykepleierne at de sjeldent eller aldri synes det var vanskelig å finne rett flytskjema på bakgrunn av pasientenes symptomer, mens 18 % synes det ofte er vanskelig å finne rett skjema. Her kan også valg av undersøkelsesmetoden ha betydning, da det under evalueringen av ØTM ble brukt et spørreskjema, mens vi i vår undersøkelse har valgt å gjennomføre intervjuer.

### **6.1.2.3 Tidsfaktoren i triage**

I triageverktøyets retningslinjer er det nedfelt tidsfrister for både ventetid før en pasient blir hastegradsvurdert etter at vedkommende har ankommet akuttmottaket, og hvor lenge en triagesykepleier kan bruke for å sette den rette hastegradsgraden på den aktuelle pasienten. Begge tidsfristene er på 10 minutter.

Flertallet av respondentene sier at de prøver å holde tidsfristene, men at det av og til kan være vanskelig; - *Å innhente informasjon på 10 minutter om en pasient mener jeg*

*er greit så lenge du ikke må ut på venterommet å hente inn pasienten og ta av de mye klær. En annen respondent sier; - Svaret her er både ja og nei. Noen pasienttilfeller er veldig enkle og hvor du ikke finner noen ting, det går fort. Mens i andre tilfeller vil man ikke klare det innenfor tidsfristen på 10 minutter. Da tenker jeg at slik er det.*

En av respondentene sier at han/hun nå ikke jobber ut i fra de tidsfristene som er satt, men bruker den tiden vedkommende mener det er behov for; - *Da jeg var ny i akuttmottaket så påvirket nok tidsfaktoren meg, men nå "driter" jeg i det. Grensen på 10 minutter er vanskelig å holde, særlig på gående triage. Det kan ta alt fra 5 til 20 minutter.*

At flertallet av respondentene mener at tidsfristene kan være vanskelig å overholde i perioder stemmer også med de svarene som kom frem under evalueringsrapport – ØTM (2011). Der mente kun 50 % av sykepleierne at tidsfristen for ventetiden til triage var realistisk, og kun 54 % av sykepleierne mente at tidsfristen for tiden som skal brukes på å hastegradsvurdere (triagere) enn pasient var mulig å oppnå.

### **6.1.3 Refleksjon og rekognisjon**

All læring tar i følge Kristoffersen (2008) utgangspunkt i erfaringer. Når det gjelder å bruke egne og tidligere erfaringer i prosessen for å fatte en beslutning, så mener også respondentene at det er viktige elementer. Selv om respondentene har uttrykt noe usikkerhet i beslutningsprosessen, så finner vi stor motivasjon og et ønske hos sykepleierne om å gjøre en god jobb. I tillegg mener flertallet av respondentene at de behersker triageverktøyet godt og har stor mestringstro.

#### **6.1.3.1 Mønstergjenkjenning og bruk av resonnement**

Funn fra vår undersøkelse viser at respondentene mener at erfaring og kompetanse er viktig for å kunne sette en så riktig hastegradsvurdering som mulig, og at de bruker tidligere pasientsituasjoner når de gjør en vurdering av pasienten i triagesonen.<sup>48</sup> Mønstergjenkjenning beskrives av Sandvik (2011) som den metoden klinikere oftest benytter i praksis. Metoden er viktig når det skal fattes raske beslutninger med

---

<sup>48</sup> Se kapittel 6.2.3 om kunnskap og intuisjon

begrenset tilgang på informasjon. Lai (2007) kaller dette for bruk av forenklingsstrategier<sup>49</sup>, og vi tar snarveier som er basert på tommelfingerregler og magefølelsen.

Mønstergjenkjenning kan også beskrives som en metode for å sette sammen informasjon på en analytisk måte. Sykepleierne tolker mønsteret i pasientens tegn og symptomer ved å sammenligne med forhold og tilstander fra tidligere erfarte tilfeller. Denne måten å analysere situasjonen på leder ofte sykepleieren frem til en beslutning basert på en antatt diagnose eller behandling av pasientens symptomer. Her finner vi også igjen elementer fra teorien om rasjonelle valg. Som Aakvaag (2008) beskriver så består denne prosessen av tre elementer: ønsker, oppfatning og selve valget.<sup>50</sup>

Selv om alle respondentene bekrefter viktighet av dette, så viser funn ved nærmere undersøkelser at svarene fra de mer erfarne sykepleierne likevel skiller seg noe fra svarene til de mindre erfarne sykepleierne.

De mer erfarne sykepleierne gir tydelig uttrykk for at de bruker tidligere pasienthendelser når de skal resonnerer seg frem til rett hastegrad. De bruker også tidligere erfaringer aktivt for å lære og å videreutvikle seg selv hvis de selv mener at de kunne ha håndtert en pasientsituasjon bedre eller annerledes. De kombinerer det å bruke tidligere erfaringer med avdelingens regelverk og triageprosedyre. Følgende sitater underbygger det de erfarne sykepleierne sier; - *Jeg er veldig bevisst på og bruker mye tid på å bruke pasientsituasjoner til å lese meg opp. Det gjør noe med meg, og man lærer jo av de "feil" eller ting du kunne ha gjort bedre. Det er saker du husker som man lærer av.*

Et annet sitat er; - *Det er personavhengig hvor flink du er til å reflektere over tidligere hendelser. Det at jeg har tatt en videreutdanning tror jeg har hjulpet meg en del med å være mer reflekterende.*

---

<sup>49</sup> Se kapittel 2.5.2 om forenklingsstrategier.

<sup>50</sup> Se kapittel 2.2.1 om normativ teori.

De mindre erfarne sykepleierne sier også at de bruker tidligere erfaringer og mønstergjenkjenning når de gjør sine beslutninger i triage, men greier ikke å forklare noe mer utdypende angående dette. De kjenner igjen situasjoner og hendelser uten at de under vår undersøkelsen har gjort seg noen mer utdypende refleksjoner om hvorfor. En av respondentene sier; - *Har ingen konkrete eksempler, men en kan alltid komme bort i tilfeller hvor en pasient virker "friskere" enn han/hun er i virkeligheten, og da kan man få seg en overraskelse.*

Begrepet resonnering beskrives som tenking som innebærer at man trekker slutninger, enten i form av logiske slutninger fra premisser til konklusjon (deduktiv tenkning), eller som generaliseringer fra enkeltobservasjoner til mer generelle prinsipper (induktiv tenkning). Psykologiske studier om resonnering viser at slik tenkning både kan foregå analytisk og overlagt (bevisst) og mer spontant og «intuitivt» på måter som lett kan komme i konflikt med normene for korrekte slutninger.<sup>51</sup>

Induktiv resonnering krever evne til å vurdere alle muligheter og er en tidkrevende prosess, der man tar sikte på å komme frem til en velbegrunnet beslutning om den behandling som en pasient trenger. Sandvik (2011) beskriver at induktiv resonnering ofte benyttes av de mindre erfarne sykepleierne.

Deduktiv resonnering derimot består i å finne frem til mulige løsninger mens man aktivt samler inn pasientinformasjon. Deduktiv resonnering beskrives ofte som ubevisst eller ikke eksplisitt, og blir gradvis en del av ekspertens fremgangsmåte. Aktøren vil raskt og effektivt skille mellom relevant og irrelevant informasjon, som grunnlag for den beslutning som skal fattes (Sandvik, 2011).

I følge Sandvik (2011) så vil evnen til å benytte denne metoden som bakgrunn for beslutningstaking utvikler seg i takt med økt erfaringsgrunnlag og beskrives som intuitiv. Nybegynnere eller bare litt øvede sykepleiere vil måtte bruke problemløsningsmetoden mer bevisst for å fatte en beslutning. Mer erfarne eller øvede sykepleiere vil i større grad kunne anvende denne metoden. Det kan være årsaken til at vi har funnet forskjeller hos de mer erfarne og de mindre erfarne sykepleierne.

---

<sup>51</sup> Hentet fra Store Norske Leksikon, <http://snl.no/resonnering> (lesedato 10.11.11)

Lignede funn er også gjort i Cioffi (2001) sin undersøkelse blant sykepleiere på et sykehus i Australia, og at tidligere pasienthendelser spiller en viktig rolle i beslutningsprosesser. Bruk av tidligere hendelser var også i denne undersøkelsen mest utbredt blant de erfarne sykepleierne.

### **6.1.3.2 Refleksjon**

Kristoffersen (2008) mener at refleksjon kan betraktes som en nøkkel i erfaringslære fordi den bidrar til å omdanne erfaring til den enkelte sykepleiers personlig mening og kunnskap. Refleksjon er en mental prosess som gjerne blir forbundet med å tenke grundig og rolig gjennom tidligere episoder uten at man blir forstyrret.

Kristoffersen (2008) sier at refleksjon betyr ”å kaste tilbake” eller ”å vende tilbake til” noe. Det bekreftes også av de erfarne sykepleierne i vår undersøkelse; - *Etter at jeg tok videreutdanning så har jeg fått en bedre evne til å reflektere over det jeg gjør. De bruker tidligere pasienthendelser til å vende tilbake til den erfaringen de gjorde seg, situasjonen de var i eller opplevelsen de har hatt.*

Under intervjuene ble respondentene spurt om de kunne beskrive en hastegradsvurdering de hadde gjort på en av sine vakter. For å se om det var noen forskjeller hos de erfarne sykepleierne og de mindre erfarne sykepleierne, så ønsket vi at de skulle fortelle om en pasienthistorie i triagesonen som de mente de kunne ha håndtert annerledes. Vi ønsket å ha fokus på en situasjon som de nå i ettertid mente at de hadde hastegradsvurdert for lavt eller for høyt i forhold til pasientens reelle tilstand.

Våre funn viser at også her er det forskjeller mellom de mer erfarne sykepleierne og de mindre erfarne sykepleierne. Alle de erfarne sykepleierne kunne fortelle om pasienthistorier i triagesonen som de selv mente at de kunne ha håndtert annerledes, og som de nå i ettertid mente at pasienten hadde blitt hastegradsvurdert for lavt i forhold til pasientens reelle tilstand. Et av eksemplene er; - *Jeg har et eksempel fra i går. En pasient som kom fra legevakten i ambulanse og som hadde hatt brystmerter over tid. Pasienten virket hjertesyk, men hadde fått behandling på legevakten og var smertefri og klinisk kjekk da han kom. Triagerte han til gul 3, men var veldig usikker. Etter at jeg fikk sett på EKG så snakket jeg med legen med en gang. Har i ettertid tenkt at her*

*kunne jeg ha brukt et rødt kriterie selv om pasienten var smertefri. Pasienten hadde et hjerteinfarkt.*

En av de andre erfarne sykepleierne sier; - *Jeg hadde en pasient for en stund siden som kom med mistanke om en infeksjon (betennelse) og hvor det utviklet seg til sepsis<sup>52</sup> etter hvert. Tidlig i forløpet kan disse symptomene være vanskelig å ta, og det gjorde jeg ikke der og da. Det er slike ting jeg lærer av. Ser nå i ettertid at hadde pasienten blitt triagert med mistanke om sepsis, så ville han ha blitt faget opp på en annen måte. Det gjør jeg ofte nå.*

De mindre erfarne sykepleierne kom ikke på noen spesielle pasientepisoder som de hadde reflektert noe over i ettertid og som de mente at de kunne ha håndtert annerledes; - *Jeg har sikkert feilvurdert en pasient, men det må vel være lov. Kan ikke komme på noen situasjon som jeg mener at jeg burde ha håndtert annerledes.* En av de andre mindre erfarne sykepleierne forklarer; - *Man kan vel alltid i ettertid vurdere at man kunne gjort det annerledes, men jeg har ikke hatt noen spesielle tilfeller. Kommer ikke på noen eksempler nå, men det er ofte at noen havner mellom to stoler.*

I følge Kristoffersen (2008) kaller Schön denne type refleksjon for *reflection-in-action* (refleksjon-i-handling), og at det å ha lært seg å kunne reflektere kritisk over sine egne erfaringer er viktig for sykepleierens kompetanseutvikling og yrkesutøver. Dette blir også bekreftet av en av de erfarne sykepleierne med følgende utsagn; - *Det er ikke alltid at alt er slik man først tror. Det er det med etterpåklokskap, og da tenker jeg at det er viktig å reflektere over det. Hvis jeg i ettertid hadde fått en pasient med lignende historie, så ville jeg nok ha satt en høyere hastegrad.* Samme respondent sier også; - *Eller at en annen kollega som overtar en pasient jeg har triagert, spør meg om hvorfor jeg har valgt den hastegraden jeg valgte. At man får tilbakemelding på de hastegradsvurderingene man setter er viktig.<sup>53</sup>*

---

<sup>52</sup> Sepsis blir i Store Norske leksikon beskrevet som en alvorlig sykdomstilstand som kan oppstå når bakterier eller sopp formerer seg i blodbanen (blodforgiftning). <http://snl.no/sepsis>. (Lesedato 25.04.12)

<sup>53</sup> Se kapittel 6.2.3 om kunnskap og kompetanse



Handlingskunnskap (knowing – in – action) refererer til den implisitte kunnskap som en yrkesutøver benytter i en konkret situasjon, eksempelvis sykepleieren som handler intuitivt i en akutt situasjon. Dersom en utøver stilles overfor nye eller uventende situasjoner, kreves en bevisst refleksjon (reflection – in – action). Schön (ibid) argumenterer med at handlingsrefleksjon er nødvendig når yrkesutøveren stilles overfor situasjoner som har elementer av usikkerhet i seg. Handlingsmønster og handlingsvalg vil i slike situasjoner baseres på beslutningsprosesser knyttet til erfaringslæring.<sup>54</sup>

Schöns sin læringsteori inneholder også et tredje element som er viktig for å kunne omforme erfaring til konkret kunnskap (gjengitt i Filstad, 2007. s. 108). Dette omhandler evnen til retrospekt handlingsrefleksjon (reflection – on – action). En slik form for refleksjon innebærer at yrkesutøveren tenker igjennom og tar stilling til det han eller hun har erfart. Gjennom denne formen for refleksjon utvikles ny kunnskap (erfaringskunnskap) som igjen blir en del av yrkesutøverens kunnskaps- og kompetanseplattform. Schön hevder at det er i dialog mellom kognitive tankeprosesser og utfall av handlingsvalg som bidrar til utvikling av erfaringskunnskap. Evnen til reflection – on – action er mer uttalt hos erfarne sykepleiere enn hos mindre erfarne sykepleiere. En mindre erfaren sykepleier vil i større grad være avhengig av kollegastøtte og kollegaveiledning for å utvikle evnen til å aktivt reflektere over praksis, som igjen bidrar til økt kunnskap og kompetanse.<sup>55</sup>

Tanner (2006) hevder at *reflection – in - action* på mange måter er taus og implisitt, mens *reflection – on – action* er en mer aktiv prosess for å lære av tidligere hendelser og erfaring. Hun legger vekt på at all sykepleiepraksis kan brukes i læringsøyemed, så fremt man har utviklet evnen til å ta i bruk handlingsrefleksjon som en del av sin personlige kompetanse.

Flere forskningsartikler peker på handlingskunnskap og handlingsrefleksjon som betydningsfulle elementer i triage (Tippins, 2005: Hicks et al, 2003: Andersson et al, 2008: Gerdtz og Bucknall, 2001: Chung, 2005). Gjennom disse artiklene kommer det frem at tidligere erfaringer styrker sykepleiernes evne til å gjøre vurderinger ut fra

---

<sup>54</sup> Se kapittel 3.2, 3.6 og 6.1.3

<sup>55</sup> Mer om kollegaveiledning i kapittel 6.2.1.2

sannsynlighetsmessige sammenhenger og bruk av heuristikker. Disse ferdighetene var mer uttalt hos erfarne sykepleiere (ekspertsykepleiere) enn sykepleiere med liten erfaring.

Linde (1994) skriver at handlingsrefleksjon er en nøkkel i utvikling av sykepleierens praktiske ferdigheter. Refleksjon gjør det mulig å lære av erfaringer slik at de ikke bare forblir enkeltsituasjoner, men omforenes til mening og innsikt som styrker den enkeltes handlingsberedskap for framtidige situasjoner. Med andre ord: Handlingsrefleksjon som grunnlag for læring forutsetter konkret erfaring.

Ingen av våre respondenter fremhevet situasjoner som de selv mente de hadde håndtert bra eller at de hadde hastegradsvurdert rett. Fokuset var på det de selv mente de ikke hadde håndtert bra nok og at her hadde de noe å lære.

#### **6.1.4 Intuitive tankeprosesser**

Intuisjon beskrives som den evnen sykepleieren har til å løse problemer på basis av relativt lite data, og knyttes derfor ofte i litteraturen til erfaring og kompetanse.

Intuisjon uttrykkes ofte som *magefølelse* eller *sterk mistanke* og er sjeldent beskrevet som bevisste tankeprosesser. Disse tankeprosessene blir av Manger (2005) omtalt som enestående kategorisk tenking som man enten har eller ikke har, og som dermed gjør at noen lærer dette lettere enn andre.

Kristoffersen (2008) beskriver intuisjonsprosessen som en umiddelbar forståelse av sammenhenger uten en bevisst vurdering og begrunnelse. Å ha en intuisjon er blitt vurdert som ”å ha en følelse” av at noe forholder seg på den ene eller den andre måten. Når en sykepleier skal gi uttrykk for sin intuitive forståelse, så benytter mange uttrykk som ”*jeg følte at det var noe galt*” eller ”*jeg kjenner på meg at det er riktig å gjøre det på denne måten*”.

Når sykepleierne blir spurt om hvorfor, så er det ofte vanskelig å konkretisere hva som egentlig bidro til denne forståelsen. En av respondentene bekrefter dette med følgende utsagn; - *Selv om parametrene er fine, pasienten vet ikke helt hva som feiler ham og han sier at han nå føler seg grei, så er det av og til slik at du likevel får en ”følelse” av at denne pasienten er ikke så frisk som han gir uttrykk for.*

Alle respondentene vektlegger intuisjon eller magefølelse som viktige redskaper for å kunne sette en hastegrad i triage. De mener også at det å ha et klinisk blikk, og å stole på sin egen magefølelse er viktige sykepleieegenskaper for å kunne gjøre en riktig vurdering av den enkelte pasient situasjon; - *Jeg tror det er viktig å stole på den magefølelsen, uavhengig om du har jobbet i akuttmottaket kort eller lang tid.*

De er alle opptatt av at pasientene skal få rett ventetid på legevurdering ut i fra deres alvorlighetsgrad. En av respondentene forklarer intuisjon som; - *Å kunne forklare begrepet magefølelse eller intuisjon er vanskelig. Det er liksom en kombinasjon av den erfaringen du har, og det du har hatt av tidligere pasienter har veldig mye å si. Du ser dette kanskje igjen hos en annen pasient, og da blir man jo litt preget av det. Det har noe med å lære av de erfaringene man gjør.*

Kristoffersen (2008) sier at i den senere tid så har det vokst frem en forståelse av at intuitive prosesser er en menneskelig tenkemåte som ikke står tilbake for logisk, analytisk tenking. Sykepleieren som profesjonsutøver handler i stor grad intuitivt, noe som også funn fra vår undersøkelse viser. Slik kunnskap kalles ofte for taus kunnskap eller inneforstått kunnskap. Erfarne sykepleiere ser helhetlig på situasjonen, og drar fordel av sine tidligere erfaringer. Mye av kunnskapen den erfarne sykepleieren besitter er tilegnet gjennom praktisk erfaring og betegnes også som *taus kunnskap*. Beslutninger fattes på grunnlag av en kombinasjon av teoretisk innsikt og intuitiv tenking. Mange erfarne sykepleiere er seg ikke bevisst den mentale prosessen som danner grunnlag for vurderinger og beslutninger basert på intuisjon (Sandvik, 2011).

Lai (2010) kobler intuisjonsbegrepet til Simons rasjonalitetsbegrep. I boken "dømmekraft" uttrykkes intuisjon som ubevisst bruk av taus kunnskap ("tacit knowledge"). Intuisjon blir her fortolket som bruk av taus kunnskap i nye situasjoner. Benner (1995) beskriver intuisjon som en umiddelbar oppfattelsesevne, som manifesteres ved at sykepleiere (erfarne sykepleiere) raskt oppfatter hva aktuell situasjon handler om, og bruker egne erfaringer og ferdigheter som bakgrunn for beslutningsvalg.

Kristoffersen (2008) mener at skulle vi forsøke å sette ord på alt vi vet og alt vi kan, så vil vi til slutt komme til et punkt hvor ord blir utilstrekkelige. Taus kunnskap vil da si

noe om vår forestilling av virkeligheten og den kan påvirke hvordan vi opptrer og er. Taus kunnskap kan derfor inneholde våre verdier, følelser, holdninger og ferdigheter.

Intuisjonsbegrepet er et tegn på høy klinisk kompetanse, og knyttes til det som kalles intuitive tankeprosesser. Intuitiv tenkning innebærer en umiddelbar helhetsoppfattelse av konkrete situasjoner. Vi har flere eksempler i vår undersøkelse på at respondentene tenker helhetlig. Helhetstankegangen er mer uttalt hos sykepleiere med lang erfaring kontra de med kortere erfaring. Noe som blir bekreftet med følgende utsagt fra en av respondentene; - *En kan få mange opplysninger bare ved å se på en pasient.*

Selv om respondentene vektlegger betydningen og bruk av intuisjon i beslutningsprosessen, så er det i følge Kristoffersen (2008) også en fare for utvikling av misforståelser og uheldig sykepleierpraksis dersom sykepleierne bruker intuisjon uten å gjøre en kritisk vurdering i ettertid. Dette kan også bekreftes av Bastick (1982) som hevder at intuisjon er et universelt kjennetegn ved den menneskelige tenkningen. All menneskelig kreativitet begynner med intuisjon som deretter formes ved hjelp av fornuften. Han hevder imidlertid også at det å stole på logikken alene ikke kan føre til nyskapning, kun gjentakelser. Mens analytisk tenkning er avhengig av logikk og følger et resonnement trinn for trinn, kjennetegnes intuitiv tenkning ved en umiddelbar helhetsoppfatning av konkrete situasjoner. En rekke enkelt biter bearbeides samtidig og danner en syntese (et igjen kjennbart mønster). Den intuitive forståelsen av en situasjon er ikke nødvendigvis i samsvar med virkeligheten og den må etterprøves ved hjelp av analytisk og kritisk tenkning. En av våre respondenter eksemplifiserer dette på følgende måte; - *Magefølelsen min kan av og til være "litt ute av styr" egentlig. Man må ikke stole blindt på intuisjonen, men prøve å få bekreftet eller avkreftet den umiddelbare forståelsen som de intuitive prosessene gir.*

I enkelte fagmiljøer blir i intuisjonsbegrepet underkjent som et teoretisk meningsfullt begrep, spesielt innenfor den naturvitenskaplige forskningstradisjonen. Ser vi på begrepet klinisk intuisjon som et uttrykk for utbevisste tankeprosesser har flere forskermiljøer forsøkt å forklare dette fenomenet som en motsats til mer analytiske og kunnskapsbaserte tankeprosesser. Blant annet har Kahneman (2002) beskrevet en tosystemmodell for beslutningstaking der system (1) referer til raske, automatiserte

prosesser og system (2) til saktere, intensjonelle, kontrollerte, analytiske prosesser. System (1) assosieres gjerne med intuisjonsbegrepet.

Cioffi (1998,2001) påviste i sin undersøkelse at intuisjon i stor grad var med på å påvirke beslutningsprosessen for valg av hastegrad. Göransson et al (2008) og Patel (2008) antyder at erfarne sykepleiere i større grad benytter seg av intuisjon (intuitive tankeprosesser) enn uerfarne sykepleiere. Funn fra vår undersøkelse gir ikke noe entydig svar på dette skillet, men dette kan skyldes at ingen av våre respondenter kan anses som nybegynnere/uerfarne. Som vi har beskrevet tidligere så viser også våre funn at helhetlig tankeprosess er mest utbredt hos de mer erfarne sykepleierne.

#### **6.1.4.1 Vurderingsevne og klinisk blick**

Klinisk blick og vurderingsevne handler om den enkelte utøvers møte med pasienten. Vurderingsevne og klinisk blick er egenskaper man opparbeider seg gjennom praksis og som siden utgjør grunnlaget for de valg man tar.

Klinisk blick og vurderingsevne vektet særlig høyt av samtlige respondenter når de skal beskrive betydningsfulle ferdigheter i triage. En respondent beskriver det slik; - *Det er viktig at en triagesykepleier har klinisk blick.* En annen sier; - *Jeg tenker at det viktigste jeg gjør i triagesonen er at jeg danner meg et bilde av – hvor ligger problemet – grovt, og så må jeg ”se på” pasienten og bruke det kliniske blikket mitt. Ta de vitale parametrene, og så til slutt gjøre meg opp en mening.*

Det å kunne observere en pasient vil i følge Kristoffersen (2008) si noe om hvordan sykepleierne bruker sansene sine til å innhente data om pasientens tilstand i triagesonen. Klinisk blick er derfor knyttet til flere sanser enn bare synet. Hørsel, lukt og berøring er andre viktige sanser som er viktig i observasjon av en pasient i tillegg til syn.

Alle respondentene beskriver hvordan de benytter det kliniske blikket i sin søken etter informasjon. En av respondentene forklarer valg av hastegrad på kasuset slik; - *Jeg regner med at han (pasienten) har høyere BT og puls enn det som er normalt for en ung*

*gutt på grunn av de sterke smertene. Han hadde GCS<sup>56</sup> på 15, så da går jeg ut i fra at han er klar og orientert, men jeg ville vurdert hvordan han svarte og oppførte seg hvis jeg hadde sett han.*

Ferdigheter med å bruke sansene sine kan trenes opp i situasjoner der man gjør seg sine egne erfaringer. Når man dweler ved det man ser, hører, lukter og kjenner i en kombinasjon av den samtalen man har med en pasient, så kan sykepleieren sette sine egne observasjoner inn i en større sammenheng. Det kan i følge Kristoffersen (2008) sette samtalen i et annet lys og gi mening for å forstå helheten.

Begrepene klinisk blikk og vurderingsevne kan kobles mot klinisk vurderingsevne.

Klinisk vurderingsevne kan defineres som:

The process, by which the nurse decides on data to be collected about a client, makes an interpretation of the data, arrives at a nursing diagnosis, and identifies appropriate nursing actions; this involves problem solving, decision making, and critical thinking.<sup>57</sup>

Kristoffersen (2008) mener at en sykepleier kan utvikle sin evne til klinisk observasjon ved hjelp av variert erfaring. Klinisk vurderingsevne blir da summen av å kunne skjelne mellom ulike hendelser, og å forstå nyansene ved de samme hendelsene ved hjelp av refleksjon.

### **6.1.5 Triageverktøyet som beslutningstøtteverktøy**

Funn fra vår undersøkelse viser at alle respondentene bruker triageverktøyet når de skal hastegradsvurdere pasienter som kommer til akuttmottaket. Alle gir uttrykk for at de synes at triage er et nyttig prosedyreverktøy for å kunne vurdere hvor dårlig en pasient

---

<sup>56</sup> GCS står for Glasgow coma scale, og er et poengsystem som brukes til overvåkning av hodeskader. Poeng under 8 indikerer på alvorlig skade, mens 15 poeng viser til normalverdier.

(<http://nevro.legehandboka.no/skjema-kalkulatorer/skjema/akutt/glasgow-coma-scale-gcs-3239.html>).

(Lesedato 23.04.12).

<sup>57</sup> Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition.

© 2003 by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

URL:<http://www.us.elsevierhealth.com/Nursing/Dictionary/book/9781416026044/MillerKeane-Encyclopedia-and-Dictionary-of-Medicine-Nursing-and-Allied-Health-Revised-Reprint/>

(Lesedato 12.04.12)

er, og å kunne gi den aktuelle pasienten rett ventetid på lege. Det blir bekreftet med følgende utsagn; - *Jeg har stor tro på triagesystemet og prosedyrene, og kan ikke forstå hvordan vi skal klare oss uten triage.*

Undersøkelsen viser også at sykepleierne i stor grad følger triagesystemets retningslinjer. Alle respondentene uttrykker i tillegg at de hadde stor tro på systemet som redskap og verktøy. En respondent begrunner det med; - *Synes triage er en hjelp for å gi pasienten en riktig hastegradsvurdering. Det bidrar til økt pasientsikkerhet. Det er jo en "dokumentasjon". Du får det liksom svart på hvit.*

En annen sier; - *Jeg tror nesten det er obligatorisk at man må ha triage i et akuttinntak. Før vi startet med triage så var det jo veldig "tilfeldig" når pasienten ble tilsett av lege. Da var det jo pasienter som nesten fikk hjertestans mens de ventet. Men jeg ser jo også at etter hvert som pågangen av pasienter har økt, så tror jeg vi ville hatt et kjempeproblem i dag hvis vi ikke hadde hatt triage.*

Når vi spør sykepleierne om de noen gang har valgt å ikke bruke triagesystemet slik det er beskrevet i retningslinjene, så svarer 4 av respondentene bekræftende på dette. Sykepleierne gir eksempler på både situasjoner der de har oppgradert pasienter og nedgradert pasienter i forhold til hva det aktuelle valgte flytskjema skulle tilsi. En sykepleier sier; - *Hvis jeg synes triagegraden blir for lav, så kan jeg heller bruke et skjema som heter uavklart hendelse (uavklart problem) slik at jeg kan få gradert pasienten opp til en høyere triagegrad. Det er et underpunkt der som heter manglende passende kriterium som jeg kan bruke.*

En annen sykepleier beskriver også hvorfor han/hun kan velge skjema uavklart problem; - *Hvis jeg kjenner at det skjema jeg først har valgt ikke passer med pasientens symptomer, da er det greit å velge det skjema som heter uavklart problem. Det har jeg brukt noen ganger. Hvis det opprinnelige kriteriet var "grønt" så kan det hende at jeg bruker det for at pasienten skal få en "gul" hastegrad.*

En respondent argumenterer med følgende utsagn der han/hun kan fravike fra systemet og nedprioritere pasienten tiltross for at pasienten skårer høyere på flytskjemaet; - *Der jeg kan fravike fra systemet og nedgradere er hvis det kommer en dårlig canserpasient*

*(kreftpasient) som innlegges for smertelindring. Da vet man og ser man at de vitale parameterne ikke henger på grep. Når det er snakk om palliativ<sup>58</sup> behandling så har pasienten det bedre på et enerom enn å ligge på et akuttrom med full overvåking.*

Det kommer også frem at respondentene mener at systemet ikke er tilpasset og passer til alle pasientkategoriene som kommer til akuttmottaket, og at respondentene mener at det er unødvendig å hastegradvurdere enkelte pasienter.

Det forklarer med følgende to utsagn:

*Unge gutter som du ser er mer påvirket enn det som kommer frem av de opplysningene de gir, og uansett hvordan du triagerer så greier du nesten aldri å få de til å bli en rød 2. Da sier jeg likevel at det er en "rød 2", selv om det har blitt en gul 3. Det er vanskelig å triagere disse pasientene, da det ikke er noen symptomer å ta det på. Det blir en gul 3, men jeg stoler liksom ikke helt på det og føler at det er feil.*

*Det er en pasientgruppe som stikker seg ut, og det er de som kommer for INR-kontroller.<sup>59</sup> De har startet med Marevan (blodfortynnende medisiner) og så skal de ha kontroll på lørdag. Du snakker med pasienten, han har ingen blødninger og er klinisk kjekk. Du merker noen ganger at pasienten blir litt sann, "neimen" er alt dette virkelig nødvendig?*

At triagesystemet kan anses som en hjelp i klinisk beslutningstøtte fremkommer tydelig i følgende utsagn; - *Hvis man blir veldig låst av systemet og at man bare skal se på det som stå i flytskjema og bruker vitale parametre uten at du bruker klinikken og den erfaringen du har, da kan systemet være til hinder, da kan du "bomme".* Samme sykepleier sier også; - *Jeg vil ikke si at triageverktøyet styrker meg som sykepleier (faglig), men det styrker den jobben jeg skal gjøre.* Dette bygger oppunder tidligere utsagn om at erfaring og kompetanse også er av betydning i triage.<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> Palliativ behandling blir av WHO beskrevet som lindrende behandling til pasienter med en sykdom som ikke lenger svarer på helbredende behandling. Hentet fra den Norske legemiddelhåndbok.

(<http://legemiddelhandboka.no/xml/main.php?frid=Tk-21-palliativ-1&element=Seksjon1&kap=T21#i23422>). (Lesedato 23.04.12)

<sup>59</sup> INR er en blodprøve som viser koagulasjonsevnen til blodet. Den enkelte pasient må følges opp og mengden Marevan doseres individuelt etter denne prøven. Hentet fra:

<http://www.lommelegen.no/artikkel/marevan-og-blodfortynnende-behandling>. (Lesedato 06.04.12)

<sup>60</sup> Se kapittel 3.6.2 om personlig kompetanse



Det fremkommer ingen indikasjon i vårt materiale på at sykepleierne oppfatter triagesystemet som uforsvarlig.

### **6.1.5.1 Beskrivelse av triageprosessen**

Når respondentene beskriver prosessen med å sette en hastegrad, så ser vi at det er noen likhetstegn med beslutningsfasene i den problemløsende metoden.<sup>61</sup>

Beslutningsfasene<sup>62</sup> består av en rekke trinn som leder frem til en konklusjon. Den problemløsende metoden er som vi tidligere har beskrevet en systematisk fremgangsmåte der de enkelte fasene bygger logisk på den forrige, men der fasene også kan overlape hverandre.

Når sykepleieren innhenter opplysninger/data om en pasient, så gjør han eller hun seg antagelser om hva som kan være den aktuelle pasient sitt problem. Når man klargjør hva et problem kan være eller bestå i, så vil en gjøre seg tanker om hva som kan være det aktuelle målet og om hvilke tiltak en kan iverksette for å nå disse målene.

Målsetningen er å sette rett hastegrad for den enkelte pasient: - *Vi skal på vegne av pasienten gi pasienten riktig ventetid til lege. Da går det ikke bare på "mine" egne tanker, men på hele akuttmottakets system slik at vi gir pasienter den riktige hastegraden.*

Når tiltakene som er valgt er gjennomført så blir evalueringen av måloppnåelsen viktig. Denne informasjonen kan komme til å komplettere sirkelen og bring sykepleieren tilbake til den første fasen som er datasamlingen. Det kan medføre at en får et annet og bedre utgangspunkt i datasamlingen enn en hadde første gangen. Dahl og Skaug (2011) mener derfor at problemløsning ikke bare er en sirkel, men også en spiral. I praksis så beveger en seg ikke bare fremover, men både frem og tilbake og på kryss og tvers.

En av respondentene forklarer denne prosessen slik; - *Jeg får de som kan snakke selv til å fortelle hva som har skjedd. Prøver å begrense den informasjonen som pasienten skal gi til at den dreier seg om det som er aktuelt nå, og hvorfor de har kommet til sykehus akkurat nå. På bakgrunn av hva de sier så finner jeg et flytskjema som jeg synes passer.*

---

<sup>61</sup> Se kapittel 3.4 om den problemløsende metoden i kapittel om beslutningsfaser

<sup>62</sup> Se kapittel 3.4 om beslutningsfasene

*Så begynner jeg på toppen av skjema og leser meg nedover til jeg kommer til det underpunktet som er aktuelt. Deretter tar jeg vitale parametre. Da blir flytskjema og vitale parametre fasitsvaret på en måte.*

Bruk av triageverktøyet slik det beskrives av våre respondenter viser ikke noe skille mellom utdanningsnivå, erfaring eller kunnskapsnivå. Slik vi vurderer det beskriver alle respondentene den samme fremgangsmåten for bruk av triage som prosedyreverktøy.

#### **6.1.5.2 Kasusgjennomgang og begrunnelse for valg av flytskjema**

Alle intervjuene ble som tidligere nevnt innledet med at respondentene skulle hastegradsvurdere et fiktivt pasientkasus, og at de etterpå skulle beskrive og forklare med egen ord hvordan de kom frem til den valgte hastegraden. Vi har valgt å bruke et kasus som tidligere er brukt under evaluering av ØTM for å se om det er noen forskjeller fra funnene der eller om vi fikk mer eller andre opplysninger om de valgene som ble gjort gjennom våre intervjuer. På bakgrunn av svarene fra evalueringsstudien av ØTM så hadde vi noen antagelser om hvilke hastegrader som respondentene kunne velge. Resultatet fra evalueringen av ØTM hvor 31 sykepleiere hastegradsvurderte det samme kasuset som våre respondenter var:

- 26 % hastegradsvurderte kasuset til rød 2<sup>63</sup>
- 71 % hastegradsvurderte kasuset til gul 3
- 3 % hastegradsvurderte kasuset til gul 4

Våre respondents svar er som følger:

- 3 respondenter hastegradsvurderte kasuset til rød 2
- 2 respondenter hastegradsvurderte kasuset til gul 3

Fasiten for det aktuelle kasuset var gul 3. To av respondentene ga uttrykk for at de var i tvil, og at de derfor hadde hastegradsvurderte pasienten opp til en rød 2 i stedet for å sette gul 3; - *Jeg valgte rød 2 på grunn av at pasienten hadde vært utsatt for kraftig vold, og han hadde sterke smerter. Skulle jeg vært veldig "restriktiv" så skulle jeg triagert han til en gul 3.* Den andre respondenten forklarer; - *Hadde han ikke hatt blødning fra øret, så ville jeg nok satt han på en gul 3 pga smertene etter å ha blitt utsatt for vold.*

---

<sup>63</sup> Se kapittel 2.4.3 om triage for forklaring av gradene

Når vi ser på svarene fra kasusgjennomgangen gir dette oss en økt nysgjerrighet på hva som faktisk ligger til grunn for hastegradsvurderingene og hvordan sykepleierne resonnerer seg frem til valgt hastegrad. Målet om likebehandling og at hastegradsvurdering i triage skal være uavhengig i forhold til hvem som utfører oppgaven, blir til i noen grad motbevist gjennom våre funn.

Et standardisert triageverktøy som retningslinje for valg av hastegrad er alene ikke nok i en beslutningssituasjon. En rekke ulike faktorer påvirker valg av hastegrad, noe vi har belyst i dette kapitlet. Sykepleiernes personlige preferanser og vurderinger er av stor betydning for valg av hastegrad. Gjennomgangen av pasientkasuset viser at sykepleierne vektlegger ulike faktorer når hastegradsvurdering skal settes. I teorien skulle vi anta at ved bruk av triageverktøyet skulle pasienten få samme hastegrad uavhengig av hvem som utførte oppgaven. At sykepleierne i liten grad er samstemte og baserer beslutningene på ulikt grunnlag gir oss en sterkere indikasjon på at det er en rekke faktorer og forhold som også påvirker hastegradsvurderinger i triage.

Vi vil se nærmere på ulike faktorer som påvirker valg av hastegrad i neste kapittel.

## **6.2 Hvilke faktorer påvirker valg av hastegrad?**

På et overordnet plan er triageprosessen som vi viser til i kapittel 2.4.3 ganske enkel. Pasienter gis en hastegrad (klinisk prioritet) og behandles deretter i prioritert rekkefølge og etter tur. I forskning og annen spesifikk teori som omhandler klinisk vurdering/triage argumenteres det med at det også finnes mange andre faktorer som fra tid til annen påvirker den kliniske prioriteringen, noe vi ikke minst har argumentert for og vist til i foregående kapittel. Sandvik (2011) påpeker at den kliniske prioriteringen som pasienten får gjennom triagemetoden er viktig, men sier samtidig at det kan gå utover andre arbeidsoppgaver, herunder kvaliteten på den behandlingen som gis dersom andre faktorer overses.

Funn fra vår undersøkelse viser at det er en rekke faktorer som påvirker valg av beslutningsstrategi (-er) og hastegrad (som vist i figuren i innledningen til kapittel 6.0). Beslutninger i triage er som vi argumenter og drøfter i foregående kapittel ikke en statisk prosess, og sykepleierne benytter en rekke beslutningsstrategier, alene eller i kombinasjon.

## **6.2.1 Rammer i organisasjonen som påvirker hastegradvurderingen**

I en organisasjon vil det være ulike rammer som kan påvirke hastegradsvurderinger og triagesykepleiernes arbeidsoppgaver. Slike rammer kan være både formelle, eksempelvis gjennom strukturen, eller uformelle ved at de ligger i kulturen. Vi kommer ikke til å drøfte alle formelle og uformelle rammer som en organisasjon påvirkes av i denne oppgaven, men vi vil ha fokus på funn fra vår undersøkelse som kan knyttes opp til organisatoriske faktorer som er av betydning for hastegradsvurdering i triage.

Som vi viser til i kapittel 3.3.2.2 argumenterer Flaa et al (1995) med at det finnes en rekke faktorer som på virker hvor nær opp til "economic-man"- modellen man kommer når beslutninger skal fattes. Alt fra organisering til arbeidsfordeling vil ha innvirkning på beslutningsprosessene. Konflikter mellom ulike aktører og strukturnivåer kan også bidra til at beslutningsprosessene kan bli "skjeve" eller oppfattes ulikt.

### **6.2.1.1 Pasienttilstrømming**

Alle avdelinger som tilbyr øyeblikkelig - hjelp, kan til tider bli overbelastet av tilstrømming av pasienter. Enkelte ganger kreves det bare *en* alvorlig syk pasient eller en fraværende medarbeider for at alt skal stoppe opp. En nøyaktig triagering er et grunnleggende første skritt til god styring og kontroll av avdelingen under slike forhold (Sandvik, 2011). Enkelte ganger kan også manglende tilgang på tilgjengelige legeressurser, eller andre medisinske støttetjenester (laboratoriepersonell, røntgenpersonell med mer) påvirke pasientflyten i avdelingen.

I snitt oppsøker mellom 60 til 80 pasienter akuttmottaket i Fredrikstad hvert døgn.<sup>64</sup> Alle pasientene skal prioriteres. Mottak av akutt/kritisk syke, det vil si pasienter som trenger umiddelbar oppfølging og behandling overføres direkte til akuttrom eller traumestue (hastegrad rød 1). Enkelte pasientgrupper er også underlagt såkalte pasientforløp der pasienter direkte blir henvist videre til sengeområder eller poliklinikker. De resterende tas i mot på triagerom for vurdering/prioritering.

Det er lett å blande sammen hastegradsvurderingen som settes i triage sammen med den videre kliniske håndteringen av pasienten under oppholdet i akuttmottaket.

Hastegradsvurderingen krever at sykepleieren har samlet inn tilstrekkelig informasjon

---

<sup>64</sup> Se kapittel 2.2 om Akuttmottaket Fredrikstad

for å kunne avgjøre hvilken av de fem fastsatte hastegradene pasienten skal ha. Videre klinisk observasjon og behandling krever en dypere forståelse av pasientens behov, og kan være påvirket av en rekke ytre faktorer. Tilgang på menneskelige ressurser (spesielt legeressurser) i akuttmottaket, pasienttilstrømming og antall ledige senger på sykehuset kan gjøre at forløpet fortøner seg ulikt for bestemte pasienter/pasientgrupper. Slike forhold skal imidlertid ikke endre på hastegradsvurderingen som ble gitt under triage (Sandvik, 2011).

Respondentene i vår undersøkelse antyder at de lar seg påvirke av stress og høyt pasientvolum. Men samtidig argumenteres det for at det i liten grad påvirker hastegraden som gis. En av respondentene legger heller vekt på at tiden i triage kortes ned og at det går utover pasienttiden; - *Jeg vil nok kanskje bli litt kjappere med pasientene og at de vil føle seg litt mindre sett kanskje..*

En av de andre respondentene sier det slik; - *Det påvirker selvfølgelig når det er hektisk, men jeg håper og tror at det ikke påvirker meg slik at jeg blir slurvete..* Videre sier samme respondent; - *Det er veldig viktig at man gjør den jobben riktig (her underforstått triageringen), slik at man kan stole på systemet.*

Å kunne gjøre flere ting på en gang er en egenskap som flere av respondentene vektlegger som viktig i hastegradsprosessen; - *At man kan jobbe effektivt og kan gjøre flere ting på en gang er en viktig egenskap hos en triagesykepleier.* I følge Kaufmann og Kaufmann (2003) så beskriver det den enkeltes menneskets kognitive kapasitet.<sup>65</sup> Noen mennesker kan i følge Lai (2007) bare gjøre en oppgave av gangen, mens andre kan gjøre flere ting på en gang. Det kan si noe om erfaring og bruk av forenklingsstrategier.

I evalueringsrapport - ØTM (2011) fremkom det av flere uavhengige informanter at triageringen kunne opphøre eller slurves med når det hopet seg opp med pasienter i akuttmottaket. Våre funn kan tyde på at sykepleierne ikke lar tidspress og stress påvirke hastegraden, men at man gir pasienten prioritet ut fra behov og grad av alvorlighet. En av respondentene kommer med følgende utsagn som underbygger dette; - *Vitsen med*

---

<sup>65</sup> Se kapittel 3.5 om beslutninger under usikkerhet

*triage er jo at når det er mye å gjøre, så må vi sette ressursene der – og den første tiden var det veldig vanskelig, men det har blitt bedre.* Der ressursmangel kommer til syne, sier flere av respondentene at det er vaktansvarlig sykepleiers jobb å omdisponere sykepleierressursene slik at flere sykepleiere hjelper til med å få unna køen i triage. Respondentene var alle opptatt av at ventetiden på lege kunne øke ved stor pågang, men at dette ikke hadde noe betydning for hastegraden de selv satte.

Ideologien bak triagemetoden blir i stor grad fulgt av sykepleierne, noe som utsagn og funn fra vår undersøkelse skulle tilsi. Samtidig beskrives triage som en dynamisk prosess (Sandvik, 2011) der stadige revurderinger er nødvendig for å identifisere pasienter som opplever endring i sin tilstand. Pasienter som gis en lav hastegrad, må nødvendigvis oppholde seg lenger i akuttmottaket enn pasienter med alvorligere tilstander som krever raskere legetilsyn.

I evalueringsrapport - ØTM (2011) fremkom det at legene i større grad enn sykepleierne argumenterte for at pasienter kunne gis en lavere hastegrad dersom initiale tiltak (som smertebehandling, oksygentilførsel med mer) hadde positiv effekt. Triagesykepleiere har ikke myndighet til å ”nedprioritere” en pasient etter at hastegrad er valgt, men dersom pasientens tilstand forverres/endres er det sykepleierens plikt å melde fra til ansvarlig lege om endringer i pasientens tilstand. Legegruppen har medisinsk faglig ansvar for pasienten, og en ”nedprioritering” krever at legen gjør en vurdering (klinisk vurdering) av pasientens tilstand. Dette forutsetter da at ansvarlig lege gjør seg kjent med pasientens problem, kontaktårsak, vitale parametre og eventuelle andre faktorer/forhold.

#### **6.2.1.2 Kollegialt samarbeid**

Kollegialt samarbeid i form av kollegastøtte og samhandling med andre profesjoner fremkom som betydningsfulle elementer for hastegradsvurderingen. Respondentene gir flere eksempler med utsagn der dette kommer til uttrykk. En respondent sier; - *Hvis jeg er usikker på hvilken hastegrad jeg skal sette så er kollegaer fine å konferere med og høre hva de synes.* En annen svarer; - *Hvis jeg er usikker på hvilken hastegrad jeg skal sette så snakker jeg enten med en kollega som jeg føler jeg kan stole på, eller så tar jeg rett og slett kontakt med legen.*

Forskning har påvist at det ikke utgjør noen stor forskjell på om det er en sykepleier eller en lege som utfører hastegradsvurderingen i triage. Triageprosessen er i større grad avhengig av den enkelte medarbeiders erfaring og kompetanse enn av "tittel". Uerfarne triagesykepleiere føler en slags trygghet i å kunne gå til mer erfarne kollegaer for å søke råd, stille spørsmål og få støtte (Andersson et al, 2008). Alle våre respondenter ga uttrykk for at de til tider kunne føle seg utrygge eller usikre på hvilken hastegrad pasienten skulle få i triage. I situasjoner der man føler seg usikker på hastegraden er det enkelt å ta snarveier, eksempelvis ved å hastegradere pasienten etter "føre - var" prinsippet.<sup>66</sup>

Legene i akuttmottaket uttrykte en del motstand mot systemet i oppstartsfasen, noe som også fremkom i evalueringsrapport - ØTM (2011). En respondent gir imidlertid uttrykk for at motstanden fra legene har avtatt og sier; - *Det har blitt bedre nå som legene også har greid å sette seg inn i hva triage er og ser fordelene med det.* En annen respondent gir også uttrykk for at de ønsker at legene var med å triagerte for å kutte ned på ventetiden i akuttmottaket. Videre ga legene uttrykk for at lege i triage ville kunne bidra til økt pasientsikkerhet og redusere ventetiden.

Kollegastøtte og kollegaveiledning er også viktig for å videreutvikle sykepleiepraksis gjennom refleksjon og kritisk gjennomgang av spesifikke hendelser eller situasjoner.<sup>67</sup>

### **6.2.2 Pasientens kontaktårsak og grad av alvorlighet**

Pasientens kontaktårsak (symptomer) vektlegges av samtlige respondenter som en betydningsfull komponent når beslutning om hastegrad skal fattes. Den første vurderingen starter som vi tidligere har beskrevet straks man ser pasienten for første gang. Utover de åpenbare kliniske observasjonene vektlegges også vitale parametre (puls, blodtrykk, oksygenopptak, respirasjonsfrekvens og bevissthetsnivå) i triage; - *Vitalparametre er jo viktige, selvfølgelig, og så blir det et helhetsbilde.*

Smerteopplevelse og smertevurdering trekkes frem som en annen betydningsfull faktor.

---

<sup>66</sup> Se også kapittel 6.2.2 som omhandler pasientens kontaktårsak og grad av alvorlighet

<sup>67</sup> Se også kapittel 6.1.3.2 og 6.2.3.3

Våre respondenter antyder at smertevurderingen i stor grad baseres på pasientens egen subjektive smerteopplevelse. Grad av alvorlighet og grad av akutt inntreden (når symptomene oppsto) har betydning for hvilken hastegrad pasienten får.

Kirkevold (1996) gjengitt i Kristoffersen (2008) hevder at ethvert møte mellom sykepleier og pasient krever en tilnærming som er spesifikk for situasjonen. Hun skiller mellom fire ulike situasjoner som krever ulik tilnærming avhengig av kompleksitet og hvilke krav som stilles til den enkelte sykepleier i den konkrete situasjonen. Situasjonene klassifiseres som (1) problematiske situasjoner, (2) akutte situasjoner, (3) ikke - problematiske situasjoner og (4) problemidentifiserende situasjoner. I tillegg sier hun at sannsynligheten for at sykepleierne vil møte noen av disse situasjonene i rendyrket form er liten. De fleste møter mellom sykepleier og pasient vil være preget av trekk fra flere sykepleiesituasjoner. Dessuten kan en konkret situasjon endre seg over tid, noe som vil påvirke sykepleierens handlingskapasitet og evne til beslutningstaking. Situasjonene vil kreve ulike tilnærminger og krav til sykepleierens vurderingsevne.

### **6.2.3 Kunnskap og kompetanse**

Kunnskap og kompetanse beskrives som en av hovedforutsetningene for kunne gi pasienten riktig hastegrad; - *Faglig oppdatering/kunnskaper er veldig viktig.* Det kom også frem at respondentene var tilbøyelig til å sette en høyere hastegrad når de sto overfor pasientgrupper/- tilstander de hadde lite erfaring med.

Sykepleiere med videreutdanning i akuttsykepleie hevder at de fanger opp kritisk sykdom raskere enn en sykepleier uten videreutdanning; - *Jeg mener at jeg med min videreutdanning vil kunne oppdage at pasienten er dårligere enn det han skårer på flytskjema raskere enn en sykepleier som ikke har videreutdanning.* Funnet fra vår undersøkelse antyder at sykepleierne legger stor vekt på erfaring og kunnskap. Våre respondenter gir uttrykk for at erfaringsbasert kunnskap og personlig kompetanse er viktige drivkrefter for riktig hastegradsvurdering av pasientene. Respondenter uttrykker dette på ulike måter.

Erfaringens betydning i triage kan beskrives med følgende utsagn; - *Jeg synes det er bra med erfaring, at man har jobbet litt. Merket det godt i begynnelsen her, da følte jeg*



*at erfaring var veldig viktig.* Respondentene begrunner viktigheten av erfaring med at det gir økt personlig trygghet for valg av hastegrad.

Når vi spør hvilke kunnskaper og ferdigheter som er av betydning i triage fremheves kommunikasjon og klinisk vurderingskompetanse som betydningsfulle komponenter. Videre knyttes det også til kognitive ferdigheter som observasjon, klinisk vurderingsevne og beslutninger.<sup>68</sup>

Personlig kunnskap som et betydningsfullt element i triage er beskrevet i flere forskningsstudier (Andersson et al, 2006, Gerdtz og Bucknall, 2001). Disse studiene viser blant annet til at det er sykepleiernes erfaringskunnskap (mengdetrening og praktisk tilnærming) og ikke teoretisk kunnskap som ble ansett som mest betydningsfullt.

Selv om kunnskap anses som en styrke i møte med den akutt kritisk syke pasient, så innebærer det også kunnskap om potensielle trusler og komplikasjoner. Verden er ryddig og oversiktlig når man bare har litt kunnskap. Med økt kunnskap kommer også redselen for å gjøre feil, noe som kan virke handlingslammende. Kunnskap kan da bli et tveegget sverd for sykepleiere i akuttmottak og føre til "*feilvurderinger*" basert på føre - var prinsipper (Knutsen, 2006).

Andersson et al (2006) antyder at kunnskapsmangel øker risikoen for over - triage, noe som også kommer frem i vår undersøkelse.<sup>69</sup> Usikkerhet kan føre til feilvurdering av en situasjon og det kan få alvorlige konsekvenser for pasientens videre forløp dersom pasienten blir under - triagert. Det er lett å forstå at sykepleiere tenderer til å sette en høyere hastegrad dersom de opplever usikkerhet. Redselen for å bomme eller at pasienten skal dø, som blir antydnet av en av våre respondenter, er alltid en overhengende trussel. Økt tendens til over - triage kan derimot få andre negative konsekvenser. Dersom sykepleierne konsekvent over - triager pasienter, vil dette kunne føre til mangel på legeressurser. Det må muligens gjøres nye prioriteringer for å fange opp de pasientene det faktisk haster mest med. En slik praksis kan også få

---

<sup>68</sup> Disse ferdighetene er utdypet i kapittel 6.1.1

<sup>69</sup> jf. kapittel 3.5 om beslutninger under usikkerhet

konsekvenser for blant annet legenes tiltro til systemet dersom de til stadighet opplever at sykepleierne ”over - triagere” pasienter ut i fra vage forestillinger om grad av alvorlighet.

Som vi viser til i kapittel 3.3.2.2 hevder også Flaa et al (1995) at det er en rekke trekk ved individet som setter grenser for hvor nær man kommer ”economic –man” modellen i beslutningssammenheng. Individets kunnskaper og ferdigheter og erfaring er av avgjørende for den beslutningen som skal fattes hevder han..

### **6.2.3.1 Taus kunnskap og intuisjon**

Som vi viser til i kapittel 6.1.4 er intuisjon og intuitive tankeprosesser knyttet til begreper som magefølelse og klinisk blikk. Flere av respondentene mener magefølelsen påvirker hastegradsvurderingen, spesielt i tilfeller der de kliniske parameterne er innenfor normalområdet og hastegraden blir lav. Intuisjonsbegrepet er sterkt forankret i teorier knyttet til taus kunnskap (tacit knowledge).

Lai (2004) viser til at taus kunnskap ofte er implisitt, innebygd og vanskelig å sette ord på. I vår undersøkelse knytter respondentene taus kunnskap til begreper som magefølelse og klinisk blikk. Flere av respondentene antyder at magefølelsen påvirker hastegradsvurderingen, spesielt i tilfeller der de kliniske parameterne er innenfor normalområdet og hastegraden blir lav.

Som vi henviser til i teorikapittelet, øker graden av taus kunnskap med innlæringsnivå og ekspertnivå, noe som kan være en utfordring i praksis ved at eksperten kan ha vanskeligere med å formidle og uttrykke sin kunnskap direkte til en annen. Man handler på autopilot. Rew and Barrow, gjengitt i Benner et al (udatert) argumenterer at taus kunnskap (intuisjon) er svært viktig i kompliserte beslutningsprosesser.<sup>70</sup>

Kristoffersen (2008) argumenterer med at det er viktig at sykepleiere våger å gjøre bruk av sin intuisjon, men at man ikke kan stole helt blindt på den. Hun sier at det intuisjonen umiddelbart forteller, ikke nødvendigvis er i samsvar med virkeligheten. Den intuitive forståelsen må etterprøves ved hjelp av analytisk og kritisk tenkning.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Se kapittel 6.1.4 om intuitive tankeprosesser.

<sup>71</sup> Se kapittel 6.1.1 om kritisk tenkning

Intuitiv tenkning i klinisk sykepleie forutsetter at sykepleieren har gjort seg noen erfaringer i klinisk praksis. Benner (1984) kaller dette ekspertnivået i klinisk sykepleiekompetanse. På ekspertnivået kjennetegnes sykepleieren på å inneha visse egenskaper som gir henne en grundig helhetsforståelse av kliniske situasjoner. Hun oppfatter raskt sakens kjerne og har evne til å prioritere. Erfaringer fra liknende situasjoner bidrar til at sykepleieren i noen grad kan forutsi endringer i pasientens tilstand før de inntreffer. På ekspertnivå anslås sykepleieren til å kunne kjenne igjen et stort antall ulike sykepleiesituasjoner og ha handlingsberedskap for dem. Eksperten vet umiddelbart hva som er riktig å gjøre, og trenger ikke analysere, vurdere og overveie ulike handlingsalternativ før det blir handlet. Det betyr ikke at ekspertsykepleieren aldri analyserer og overveier alternative handlinger. I nye og ukjente situasjoner vil også eksperten måtte gjøre bruk av analytisk tilnærming.

Schön (1987) gjengitt i Kristoffersen (2008) hevder at profesjonelle yrkesutøveres handlinger er spontane og ikke et resultat av bevisst planlegging. Den profesjonelle foretar vurderinger og handler intuitivt uten at vedkommende er i stand til å forklare reglene eller teoriene som brukes. Innenfor læringsteorien vektlegges betydningen av taus kunnskap som en del av kompetanseoverføring mellom ulike aktører internt i en organisasjon, mellom profesjonsgrupper eller mellom ulike makro- og mikronivåer. Det betinger at den tause kunnskapen gjøres artikulerbar og overførbar (Jakobsen, 2003). En viktig kilde til overføring av taus kunnskap er som vi drøftet i kapittel 6.1.3 sykepleierne evne til refleksjon og ta lærdom av de erfaringer man gjør seg i klinisk praksis. Lai (2007) argumenter også med at taus kunnskap øker individets evner til å resonnerer og bruke såkalte kognitive skjemaer ubevisst når beslutninger skal fattes.<sup>72</sup>

### **6.2.3.2 Erfaringskunnskap**

Sykepleierne benytter som vi tidligere har nevnt tidligere erfaringer aktivt for å lære og å videreutvikle sin personlige kunnskapsbase. Som vi referer til i kapittel 6.1.3.2 forutsetter en slik læringssløyfe evnen til refleksjon. Vi argumenterer for at disse evnene er mer uttalt hos erfarne ekspertsykepleiere, enn mindre erfarne. Dette stadfestes også av en av respondentene gjennom følgende utsagn; - *Når man blir vant*

---

<sup>72</sup> Se kapittel 3.5.3

*til å ta imot pasienter og har fått mer kompetansen og erfaringen, så lærer du ut ifra tidligere pasienter du har hatt.*

Philip Burnard (1987,1989) gjengitt i Kristoffersen (2008) beskriver i sin læringsteori at det er tre sentrale elementer som må være til stede for at sykepleiere skal lære av konkrete erfaringer. Disse elementene er personlig erfaring, refleksjon og omforming av kunnskap og mening. Han legger i likhet med Schön<sup>73</sup> vekt på refleksjon som en viktig forutsetning for å gjøre erfaringer om til kunnskap. En kritikk om Burnard sin teori er imidlertid at han legger personlig erfaring til grunn for læring og refleksjon i praksis. Vi mener at som sykepleier kan du også tilegne deg kunnskap gjennom å reflektere over erfaringer andre har gjort seg, eksempelvis gjennom kollegaveiledning og faglig veiledning i grupper. Læringseffekten vil derimot muligens være større når man reflekterer over egne handlinger og erfaringer enn kollegaers. Dette fremkom også i våre funn, der de mer erfarne sykepleierne viste større engasjement og vilje til å reflektere over egne og andres erfaringer enn de med mindre erfaring.

### **6.2.3.3 Etisk kunnskap – holdinger og verdier**

Etisk kunnskap i sykepleie slik det er beskrevet i kapittel 3.6.3, knyttes til etiske grunnverdier, yrkesetiske retningslinjer og omsorgsdimensjoner i sykepleiefaget. Lovverk, forskrifter og nedfelte retningslinjer utgjør også en del av dette kunnskapsområdet. Kristoffersen (2008) argumenterer imidlertid for at etisk kunnskap også omhandler evnen til å oppfatte og å kjenne igjen etiske utfordringer i kliniske situasjoner. Sagt med andre ord: å handle riktig og godt på en måte som ivaretar viktige menneskelige verdier eller etiske prinsipper. Vetlesen og Nordtvedt (2000) omtaler dette som moralsk kompetanse. Sykepleierens mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett hva årsaken til lidelsen måtte være (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Etisk refleksjon og handling i akuttmedisin (- sykepleie) er viktig da både forskningsbasert kunnskap, teknologiske nyvinninger gir oss muligheter til livreddende behandling som ikke fantes for bare noen tiår siden. Dessuten stiller brukerne store krav og forventninger til tjenesteytingen i helsetjenesten. Brukernes rettigheter er også styrket gjennom pasient - og brukerrettighetsloven.

---

<sup>73</sup> Se kapittel 6.1.3.2

Alle respondentene mener at den viktigste oppgaven i triage er å sette rett hastegrad. Det blir forklart av en av respondentene med følgende utsagn; - *Den viktigste oppgaven er å vurdere pasienten, hvor dårlig han/hun er.* En annen sier; - *Den viktigste oppgaven er å få satt rett hastegrad.*

Beslutninger er som vi viser til i kapittel 6.1 ikke bare et resultat av mer eller mindre rasjonelle vurderinger, men beslutninger kan også styres av våre følelser. Dette beskrives også i etisk teori, som sier noe om hvordan vi er som mennesker, og hvordan vi møter og mestrer de følelsene som oppstår. Den fokuserer på moralske holdninger og handlinger, og ser på den enkelte sykepleieres motiver for handlingen.<sup>74</sup> Av egne og kollegaers erfaringer så vet vi at holdninger kan påvirke beslutningsprosessen, men personlig engasjement og følelser i hvert enkelt tilfelle spiller også en rolle. Dette støttes også av Vetlesen og Nortvedt (2000) som beskriver at følelsenes iboende verdi har en særlig betydning og relevans innenfor omsorgsetikken og i mange av omsorgssituasjonene. Ønske om å være effektiv kan fort komme i konflikt med det som oppleves som rett. En av respondentene forklarer dilemmaer slik; - *Jeg hadde sikkert ikke lik at mottaket var sann "bang/bang" hvis jeg selv var pasient. Det er jo litt "hyggelig" at man blir ivaretatt, i hvert fall så synes jeg at førsteinntrykket er viktig.* En annen respondent sier dette: - *Det er en ting å være effektiv i triagesonen når man vet at det kommer flere pasienter, men det er bedre å gjøre en ting ordentlig enn to ting halvveis.*

Respondentene gir uttrykk for at de i liten grad lar seg styre av egne "negative" holdninger i triage. Samtlige legger respondentene vekt på at de er bevisst på egne holdninger og verdier. Sykepleierne lar seg eksempelvis trigge av pasientens alder (barn kontra eldre sykehjemspasienter), berusede og høylytte pasienter, klagende/"sytende" pasienter og svingdørspasienter. Flertallet av sykepleierne sier at de forsøker å være rettferdige og profesjonelle. En sykepleier uttrykker dette; - *Hvis det er pasienter jeg opplever som "slitsomme" og at det gjør noe med meg. Så tenker jeg at jeg må være bevisst på det, og at jeg opptrer profesjonelt.* En annen sier; - *Jeg prøver å være veldig bevisst på det med riktige verdier og holdninger, spesielt med tanke på de*

---

<sup>74</sup> Se kapittel 3.3.6 om etisk kunnskap

*pasientgruppene som kan være en utfordring. Det kan være pasienter som er litt høylytte og litt misfornøyde. Men det kan være en utfordring, jeg ser jo det.*

Holdninger til sykepleie som fag og ivaretagelse av pasienter som kommer til akuttmottaket kommer til uttrykk gjennom ”ønske om å gi pasienten rett hastegrad” og konsekvenser for pasienten dersom feil hastegrad gis. En sykepleier forklarer det slik; - *Jeg tenker på at hvis jeg for eksempel bommer veldig på en hastegrad til en pasient og jeg setter gul 4 eller grønn 5 (lav prioritet), at jeg har vært helt på ”bærtur”, og at dette egentlig skulle vært en rød 2 (høy prioritet). Så klart det kan få store følger. Det kan jo faktisk bety så mye som liv eller død, hvis denne pasienten blir dårligere og dårligere. En annen sier; - Jeg har jo ikke lyst til å bomme da, det er jo litt som et ”straffespark” det. Du har jo ikke lyst til å bomme med å ha triagert en pasient til grønn 5 og så dør pasienten på observasjonsposten. Det er ikke bra. En vet jo mest sannsynlig med seg selv at enn kommer til å være” misfornøyd” da. Det er jeg nervøs for, det har jeg vært siden jeg begynte her.*

Sykehuset Østfolds verdier slik de blir gjengitt i kapittel 2.1 forteller hvordan virksomheten ønsker å bli oppfattet. I tillegg har Akuttmottaket utarbeidet sin egen overordnede målsetting om å gi riktig behandling til riktig pasient til rett tid. Funnt fra vår undersøkelse antyder at sykepleierne i den stor sammenhengen legger disse verdiene til grunn i triage. Sykepleierne gir uttrykk for at de forsøker å være rettferdige og å vise omsorg for alle som søker hjelp i akuttmottaket. Det fremkommer ingen funn i vårt materiale som indikerer at enkelte pasientgrupper prioriteres frem for andre, med mindre grad at alvorlighet/akuttbehovet skulle tilsi noe annet.<sup>75</sup>

### **6.3 Hva ligger så til grunn sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage – konklusjon**

For å svare på problemstillingen har vi gjennom generell teori, mer spesifikk teori og denne undersøkelsen forsøkt å finne svar på hva som ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage. Oppsummert viser vi til at vi har fått bekreftet funn gjort i tidligere empiriske studier. Gjennomgangen av pasientkasuset viser at

---

<sup>75</sup> jf. kapittel 6.2.2

sykepleierne vektlegger ulike faktorer når en hastegradsvurdering skal settes. I teorien skulle vi anta at ved bruk av triageverktøyet skulle pasienten få samme hastegrad uavhengig av hvem som utførte oppgaven.

At sykepleierne i liten grad er samstemte og baserer sine beslutninger på ulikt grunnlag gir oss en sterkere indikasjon på at det er en rekke faktorer og forhold som også påvirker hastegradsvurderingen i triage.

Funnene fra vår undersøkelse viser at sykepleierne benytter en rekke ulike beslutningsstrategier når de skal gi en pasient hastegrad i triage. Gjennom vår undersøkelse har vi kartlagt og funnet ut at sykepleierne benytter både analytiske og intuitive beslutningsprosesser, alene eller i kombinasjon når de skal sette en hastegrad. Beslutninger som fattes i akutsituasjoner krever i tillegg høy grad av mønstergjenkjenning og sannsynlighetsberegning.

Kritisk tenkning, kognitive ferdigheter (mønstergjenkjenning og resonnering), erfaringslæring (handlingsrefleksjon) og intuisjon er alle beskrevet som rasjonelle beslutningsmodeller. *Ideen om den ideelle beslutningsprosessen (economic-man) finner vi ikke igjen i vår undersøkelse, selv om triageverktøyet i utgangspunktet kanskje nettopp har dette som ideologi.*

Erfaringslæring som grunnlag for beslutningstaking er også en viktig komponent for å bygge opp den enkelte sykepleiers personlige kompetanse. Erfaringslæring sees i sammenheng med evne til handlingsrefleksjon og handlingskunnskap. Erfaring og kompetanse er viktige komponenter for yrkesutøvelse og hastegradsvurdering i triage. Erfarne sykepleiere (ekspertene) (jf. Dryfussbrødrenes *model of skill acquisition*<sup>76</sup>) ansees som spesielt handlingskompetente i triage.

Triageverktøyet som beslutningsstøtteverktøy vektlegges av samtlige respondenter som en hjelp i dette arbeidet. Samtidig gir de uttrykk for at triageverktøyet alene ikke er nok til å sikre at pasientene får rett hastegrad. Kompetanse og erfaring er faktorer som belyses av respondentene som særlig viktige for denne prosessen.

---

<sup>76</sup> Se kapittel 3.6.5

En rekke faktorer og forhold påvirker triageprosessen. De mest fremtredene faktorene som kommer frem er sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter i møte med den enkelte pasient. Sykepleiernes kompetanse handler først og fremst om praktisk kunnskap, kausal kunnskap og prosedyrisk kunnskap. Men også taus og implisitt kunnskap (intuisjon) vektlegges av sykepleierne. Etisk eller moralsk kunnskap kommer til uttrykk gjennom ”ønsket om å gjøre rett” og ”redsel/frykt for å bomme”. Det som ikke kommer til uttrykk er i hvor stor grad holdninger og verdier faktisk påvirker hastegradsvurderingen.

Klinisk kompetanse, herunder vurderingsevne og klinisk blikk er sykepleiernes ”redskaper” når pasientene kartlegges i triage. Utover de åpenbare kliniske observasjonene vektlegges også vitale parametre. Samtlige respondenter uttrykker at vitale parametre alltid inngår i bedømmingen. Utover dette er det grad av alvorlighet som gjør seg gjeldene. Trussel om liv og helse og konsekvenser dersom tiltak ikke iverksettes. Funnene våre indikerer at klinisk kompetanse, og særlig den som betegnes som høy klinisk kompetanse<sup>77</sup> er av betydning i triage.

Erfarne sykepleiere (ekspertsykepleiere) har en mer helhetlig tankegang, og benytter hele sin personlige kompetanse i møte med pasienten. Funnene våre kan videre tyde på at sykepleierne med kortere erfaringsbakgrunn har en mer ”her og nå” tankegang når de beskriver triagesykepleierens rolle og funksjon.

Rammer i organisasjonen påvirker også hastegradsvurderingen, og kommer til særlig uttrykk når pasientvolumet øker (pasienttilstrømming). Høyt pasientvolum har liten eller ingen uttalt innvirkning for valg av selve hastegraden. Klinisk prioritet gis forrang foran andre prioriteringsalternativer. Respondentene gir også uttrykk for at det er ekstra viktig å bruke triage når det er knapphet på ressurser/senger i akuttmottaket. Oppgaver som er knyttet til pasientlogistikk overlates til andre aktører/personer (her: vaktansvarlig sykepleier). Knapphet på legerressurser i akuttmottaket påvirker heller ikke hastegraden i stor grad, man kan få konsekvenser for andre oppgaver og funksjoner som akuttmottaket skal ivareta.

---

<sup>77</sup> Se kapittel 3.4.5



Kollegialt samarbeid er viktig både i et læringsperspektiv, men også når man føler seg usikker på egen vurderingsevne. Som det kommer frem under kapittel 6.2.1.2 så gir de mer uerfarne sykepleierne uttrykk for at de henvender seg til mer erfarne sykepleierkollegaer når det er usikre på hvilken hastegrad som skal settes. "Erfarne" sykepleiere henvender seg i større grad til legegruppen.

## 7.0 Forslag til videre studier

For å få mer inngående kunnskap om hva ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage så ville det vært interessant og få gjennomført en tilsvarende studie ved andre helseforetak som benytter triage som sorterings – og prioriteringsverktøy i et akuttmottak. Hensikten ville da vært å undersøke hvordan sykepleiere som er ansatt ved andre helseforetak gjør prioriteringsbeslutninger, og om det er noen likheter eller forskjeller mellom ulike helseforetaks triagemetodikk.

Det ville også vært spennende og gjennomført studier knyttet til hvordan organisatoriske rammer virker inn på hastegradsvurderinger i triage.

Det foreligger lite empirisk forskning knytte til etiske dilemmaer og utfordringer under triage. Det hadde vært interessant og forsket mer på dette fenomenet.

I vår undersøkelse har vi undersøkt samstemtheten mellom sykepleierne ved gjennomgang av et fiktivt pasientkasus. Vi har imidlertid ikke sett nærmere på kvaliteten på hastegradsvurderinger i triage. Det ville vært interessant og gjennomført en undersøkelse på faktiske triagevurderinger, herunder om pasienten er vurdert ”riktig” i henhold til grad av alvorlighet.

Det er også forsket lite på pasientene og deres pårørende i møte med triagesystemet. Det hadde vært interessant og forsket mer på hvilke opplevelser og erfaringer pasienter har med det første møte med sykehuset, og om de har noen tanker rundt det med å bli prioritert i forhold til ventetid til legeundersøkelser

Frem mot nytt sykehus på Kalnes er det planlagt innført pre - hospital triage<sup>78</sup>. Det vil være nyttig å undersøke og eventuelt vurdere ØTM opp mot andre triageverktøy før innføring av pre –hospital triage. Det vil også være nyttig å forsket på hvilket kompetansenivå som er nødvendig pre - hospitalt for å fange opp ”riktig pasient” til rett triagenivå.

---

<sup>78</sup> Triage som blir utført av ambulansesarbeidere/paramedics på vei inn til sykehus.

## 8.0 Referanser

### Bøker, e-bøker og studentoppgaver

Alm, Lena og Anders Enarsson. (2011). *Triage på akuttmottagningen – vad påverkar sjuksköterskans arbete?* Mittuniversitetet: Institution för hälsovetenskap

Almås, Hallbjørg, Stubberud, Dag- Gunnar og Grønseth, Randi (red). (2010). *Klinisk sykepleie - bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 4. utgave

Bastick, Tony. (1982). *Intuition: how we think and act*. Chichester: Wiley.

Benner, Patricia. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis / Patricia Benner*, oversatt til dansk av Gerd Have. TANO i samarbeid med Munkgaard.

Hentet fra: [http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2010061620020](http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010061620020)

Benner, Patricia, Ronda Hughes og Molly Sutphen.(udatert). *Clinical reasoning, Decisionmaking and action: Thinking Critically and Clinically, I* : Hughes Ronda, red: Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses.

Hentet fra: <http://www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/#ordering>

Brinchmann Berit Støre (red). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norske forlag, 2.utgave

Christoffersen Svein Aage (red). (2005). *Profesjonsetikk – om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalin, Åke. (1999). *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske. 4. utgave

Brunsson, Nils. (2006). *Mechanisms of Hope. Maintaining the dream of the rational organization*. Copenhagen Business School Press. Universitetsforlaget Liber

Everett, Larry Euris og Furseth, Inger. (2008). *Masteroppgaven - Hvordan begynne- og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget

Filstad, Cathrine og Blåka, Gunnhild. (2007). *Learning i organizations*. Oslo: J. W. Capplens forlag AS

Flaa, Paul et al. (1995). *Innføring i organisasjonsteori*. Oslo:Universitetsforlaget, 4 utgave.

- Göransson, Katarina, Eldh, Ann Catrine og Jansson, Anna. (2008). *Triage på akuttmottagning*. Lund: Studentlitteratur
- Jakobsen, Cathrine. (2003). *Nyansatte i organisasjoner – perspektiver på læring og organisasjonssosialisering*. Trondheim: Abstrakt forlag
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. 2. utgave
- Johansen, Kjell Eyvind og Arne Johan Vetlesen. (2009). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jonebrant, Jonas og Sveberg, Arvid. (2010). *Triage ur ett sjuksköterskeperspektiv*. Sahlgrenska akademien: Göteborg universitet institusjonen
- Kaufmann Geir og Kaufmann Astrid. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget. 3.utgave.
- Knutsen, Ø. (red).(2006). *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kolltveit Marit. (2007). *Triage*. Fordypningsoppgave i Akuttsykepleie ved Høgskolen i Østfold, Senter for etter- og videreutdanning
- Kristoffersen, Nina Jahren (red). (2008). *Generell sykepleie - bind 3*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lai Linda. (2007). *Dømmekraft*. Oslo: Tano Aschehoug, 5.utgave
- Lai, Linda. (2010). *Dømmekraft*. Oslo: Tano Aschehoug, 6.utgave
- Lai, Linda. (2004). *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforlaget, 2. utgave
- Linde, Beth. (1994). *Utdanning av reflekterte praktikere i sykepleie – en investering for fremtiden?: en teoretisk studie*. Oslo: Universiteter i Oslo, institutt for sykepleievitenskap.
- Lingås, Lars Gunnar. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademiske, 4. utgave
- March, James. (2005). *Valg, vane og visjon – perspektiver på aspirasjon og adferd*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur
- Sandvik, Endre (red). (2011). *Akuttmedisinsk triage/Manchester Triage Group*, Oslo: Unipub
- Nylehn, Børre og Støkken Anne Marie (red.). (2002). *De profesjonelle – Relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo:Universitetsforlaget

Torgersen, Ulf. (1972). *Profesjonssosiologi*. Oslo:Universitetsforlaget

Vetlesen, Arne Johan og Nortvedt, Per. (2000). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Voigt Linda. (2002). *Beslutningsprosesser i organisasjoner: en sammenfatning av ulike organisasjonsstrukturer*. Oppgave ved Høyere avd. studium, Institutt for Strategi og ledelse, Norges Handelshøyskole Bergen

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (2011). ICNs etiske regler / Norsk sykepleierforbund. Norsk sykepleierforbund

Aakvaag Gunnar C. (2008). *Moderne sosiologiske teorier*. Oslo: Abstrakt forlag

Ålin, Ida og Österlund, Charlotte. (2009). *Triage på akuttmottagning – Sjuksjötterskors upplevelser av nuvarande triagemodell*. Examensarbete i Vårdvetenskap, Sjuksköterskeprogrammet.Uppsala Universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.

## Artikler

Andersson, A., Omberg, M. og Svedlund, M. (2006). *Triage in the emergency department-A qualitative study of the factors, which nurses consider when making decisions*. *Nursing in Critical Care*, 11(3), s. 136-145

Chung, J. (2005). *An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong*. *Accident and Emergency Nursing*, 13, s. 206-213

Cioffi, J. (1998). *Decision making by emergency nurses in triage assessment*. *Accident and Emergency Nursing*, 6, s.184-191

Cioffi, J. (2001). *A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situation*. *International Journal of Nursing Studies*, 38, s. 591-599

Edwards B. og Sines D. (2008). *Passing the audition - the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage*. *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2444-2451.

Eriksen, Erik-Oddvar (1986). *Organisasjonsteori og handlingsrasjonalitet* Statsvetenskaplig tidskrift. Fahlebeckska stiftelsen, Lund

Gerdtz, M. F. og Bucknall, T. K. (2001). *Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment*. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), s. 550-561

Göransson, K. E., Ehnfors, M., Fonteyn, M. E. og Ehrenberg, A. (2008). *Thinking strategies used by registered nurses during emergency department triage*. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), s. 163-172.

Göransson, K. E, Ehrenberg, A., Marklund, B. og Ehnfors, M. (2006): *Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions?* Accident and emergency nursing, 14(2), s. 83-88.

Hansen, E. H. og Hunskaar S (2011). *Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios.* BMJ: Quality and Safety, 20, s. 390-396.

Hicks, F. D., Merritt, S. L., og Elstein, A. S. (2003). *Critical thinking and decision making in critical care nursing: A pilot study.* Heart & Lung: the journal of critical care, 32(3), s. 169-180

Larsen K. T., Uleberg, O. og Skogvoll E. (2010). *Differences in trauma team activation criteria among Norwegian hospitals.* Scandinavian Journal of Trauma Research, 20, s.18-21.

Malterud, Kirsti. (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger.* Tidsskriftet for norsk lægeforening, 122, s. 2468–2472

Patel, V. L., Gutnik, L. A., Karlin, D. R., og Pusci, M. (2008). *Calibrating urgency: Triage decision-making in a pediatric emergency department.* Advances in Health Sciences Education, 13, s.503-520

Subash, F., Dunn, F., McNicholl, B. og Marlow, J. (2004). *Team triage improves emergency department efficiency.* Emergency Medical Journal, 21(5), 542-544

Tanner, Christine A (2006). *Thinking like a Nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing.* Journal of nursing education, no.6, s.204-211

Tippins, E. (2005). *How emergency department nurses identify and respond to critical illness.* Emergency Nurse, 13(3), s.24-34

Thomson, Carl og Dowding, Dawn. (2001). *Responding to uncertainty in nursing practice.* International Journal of nursing Studies, no. 38, s. 609-615

## **Rapporter**

Statens Helsetilsyn (2008). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?*

Helsedirektoratet (2012). *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*

SBU (nr.197) (2010). *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen - En systematisk litteraturöversikt.* Statens beredning för medicinsk utvärdering

NOU 1998:9 (1997). *Hvis det haster - Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Sosial – og helsedepartementet

*Evaluering av triage i akuttmottaket – Fredrikstad* (2011). Sykehuset Østfold.

Holte H (2010). Omtale av oversikt: *Publiserte triageskalaer gjenspeiler den akuttmedisinske vurderingen av pasienter i akuttmottaket*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Holte H (2010). Omtale av oversikt: *Viktig at den akuttmedisinske vurderingen i et akuttmottak utføres av et team*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 22 (2011). *Triagesystemer for akuttmedisinske tjenester prehospitalt og ved innleggelse i sykehus*

Centers for disease control and prevention (2012). *Guidelines for field triage of injured patients. Recommendations of the national expert panel on field triage, 2011*. MMWR recommendations and Reports, 1 – 2012.

## 9.0 Vedlegg

9. Brukermanual for triage og re-triage, Sykehuset Østfold
10. Eksempler på flytskjemaer fra ØTM
11. Søknad om gjennomføring av undersøkelsen i Sykehuset Østfold
12. Godkjenning, personvernombud – NSD;  
<http://pvo.nsd.no/meldingsarkiv/prosjektdetaljer/?iid=32&pnr=27279>
13. Intervjuguide
14. Informasjonsskriv til respondenten
15. Samtykkeskjema
16. Eksempel på kodeskjema (dataanalyse)

**Divisjon for medisin**  
Akuttmottaket Fredrikstad  
[]

Gjelder fra: 29.03.2010    Utgave: 1.00    Dokumentnr: DM71/17.0-06

Utarbeidet av:  
Ass.seksjonsleder Marit Kolltveit

Godkjent av:  
Avd. sjef Liv Marit Sundstøl

---

**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 26.04.2012**

---

### Formål

Sikre at ansatte i akuttmottaket triagerer etter samme mal.

### Gjelder for

Sykepleiere i akuttmottaket

### Definisjon

Triage er et verktøy for å hastegradsvurdere og prioritere pasientene som kommer til akuttmottaket. Dette skal gjøres i løpet av 10 minutter etter pasientens ankomst og skal være en **rask** vurdering.

### Fremgangsmåte

Som dokumentasjon i triage brukes sykepleieskjemaet

- Fyll ut dato / klokkeslett når pasienten ankommer akuttmottak
- Skriv klokkeslett pasienten taes inn i triagesone
- Gående pasient eller kommer i ambulanse
- Hvilken avdeling er pasienten meldt til

Aktuell problemstilling (spør pasienten):

- Hva gjelder det?
- Når skjedde det?
- Hvordan har du det nå?
- Hva ser jeg?

Aktuelt

- Kryss av kjente sykdommer

Hastegrad

- Bruk triagepermen, finn flytskjema som passer ifht problemstilling, det første kriteriet som passer fra rødt og nedover
- Fyll inn hastegrad (1 – 5)
- Fyll inn flytskjemanummer (overskrift)
- Fyll inn underpunkt

Vitale parameter

- Ta vitale parameter og skriv inn
- Kryss ut i de respektive kolonnene

Konklusjon

- På bakgrunn av de to vurderingene (flytskjema og vitale parameter) blir konklusjonen det som scorer høyest fra rødt til grønn

Smertstige

- Vurder pasientens smerte ut fra smertestigen 1-10

Signatur

- Skriv klokkeslett ferdig triagert
- Triagesykepleier signerer
- Skriv inn på Dips i "Ekstramerknad 2"

---

**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 26.04.2012**

---



## RE-TRIAGE

- Ta vitale parameter og skriv inn bak på sykepleieskjemaet, husk klokkeslett
- Skriv 1 (for 1.re-triage), 2 (for 2.), osv i hendelse rubrikk
- Skriv 1 (med ring rundt) i sykepleierapport og skriv hvilken re-triage konklusjon du kommer til
- Hvis du bytter flytskjema, må det dokumenteres, hvis ikke holder det med å skrive f.eks 1: re-triage: gul 3
- **Vi har ikke lov å triagere ned**, men kan triagere opp hvis pasienten er blitt dårligere. I så tilfelle må alltid lege varsles.
- Skriv inn i Ekstramerknad felt 2 på Dips: Eks: Re-triage: gul 3 kl 15:00

## Referanser

- 

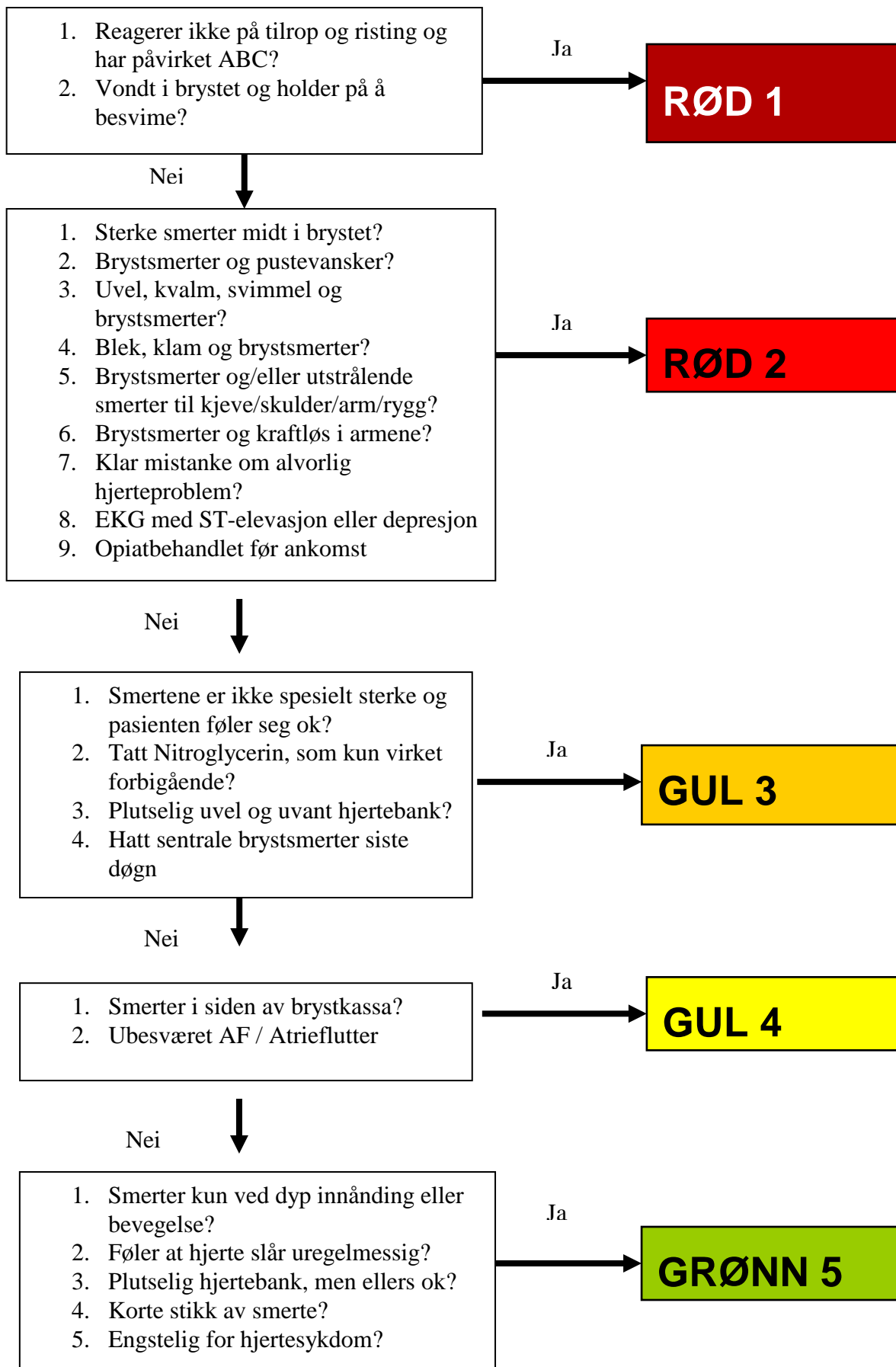
## Vedlegg

## Slutt på prosedyren

**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 26.04.2012**

---

<b>Pasientbehandling</b>	Dokumentnr: DM71/17.0-06	Gjelder fra: 29.03.2010	Utgave: 1.00
<b>Brukermanual for triage / re-triage</b>			Side 2 av 2



**Registrering av mastergradsprosjekter  
og øvrige prosjekter innen høyere  
utdanning; skjema**Felles SØ  
Prosjektprosessen  
[]

Gjelder fra: 12.08.2009    Utgave: 1.01    Dokumentnr: F/20.2-07

Utarbeidet av:  
rådgiver Marianne EckhoffGodkjent av:  
[]

---

**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 23.05.2011**

- 1. Prosjektets kortnavn:** Triage
- 2. Prosjektleder/student:** Linda Abelsen, kvalitetstrådgiver, Merete Jansen, ass.seksjonsleder  
Akuttmottaket Sykehuset Østfold Fredrikstad
- 3. Utdanningsinstitusjon:** Høgskolen i Østfold, masterstudiet i organisasjon og ledelse
- 4. Prosjektets tilhørighet i Sykehuset Østfold (SØ)** Divisjon: divisjon for medisin – akuttmedisinsk avdeling
- 5. Prosjektperiode Mnd/år oppstart: aug 2008 Mnd/år forventet avsluttet:juni 2012**
- 6. Prosjektpresentasjon i noen få setninger (egnet til presentasjon i intranettets prosjektregister)**

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke faktorer som påvirker kliniske beslutninger i triage og hvordan sykepleiere oppfatter sin egen rolleforståelse i triage. Undersøkellesdesign: Feltundersøkelse i akuttmottaket og spørreundersøkelse til ansatte med ansvar og roller i akuttmottaket. Det kan bli aktuelt å gjennomføre dybdeintervjuer.

**7. Kategorisering av prosjekt** (sett kryss)

- Litteraturstudie eller lignende
- Prosjekt som inkluderer *pasienter* ved SØ (må ha eksterne tillatelser – se pkt. 11)
- Prosjekt som inkluderer *ansatte* ved SØ – i tilfelle:  
Antall ansatte som skal inngå i undersøkelsen: ca 20, Tid brukt pr ansatt i arbeidstiden: 30 minutter
- Annet – forklar: \_\_\_\_\_

**8. Veileders navn og tittel:** Kjeld Quotrup, første amanuensis høgskolen i Østfold**9. Finansiering**

Får prosjektet finansiell støtte?  Ja, fra \_\_\_\_\_

Nei

**10. Lagring av data**

- Prosjektet har personidentifiserbare data  
Dersom prosjektet innhenter personidentifiserbare data, skal det opprettes egen mappe på sikker sone. Ta kontakt med Kvalitets- og forskningsavdelingen.
- Prosjektet har IKKE personidentifiserbare data

**11. Eksterne meldinger** (sett kryss i hver rad)

NB! Kvalitets- og forskningsavdelingen skal ha kopi av alle søknader og svar!

---

**Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 23.05.2011**

MELDINGER/GODKJENNINGER	Skal søkes	Innvilget	Ikke aktuelt
a) Personvern: Er prosjektet meldt <u>NSD</u> (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste)? (SØ har avtale med NSD for vurdering av prosjekters personvern hensyn)	X Skjema sendt 23.05.2011		
b) Etikkk: Foreligger godkjenning fra <u>REK</u> (Regional Etisk komité)?			

## 12. Avtale mellom Sykehuset Østfold og undervisningsinstitusjonen

Prosjektet benytter data fra Sykehuset Østfold

Dersom det i forbindelse med prosjektet innhentes materiale fra SØ skal det inngås en skriftlig avtale mellom undervisningsinstitusjonen ved adm. leder og SØ ved forskningssjefen. Avtalen skal regulere ansvar og rettigheter – for eksempel med hensyn til publisering. Bruk evt. mal.

Prosjektet har IKKE personidentifiserbare data

Dato 23/5-11 Merete M. Jansen / Linda Asula  
 Sign student/prosjektleder

*Prosjektet er i tråd med avdelingens behov for kompetanse. Bruk av ressurser som beskrevet i punkt 7 godkjennes.*

Dato 23/5-11 W. Sandstøl  
 Sign avdelingssjef

Dato 6/6-11 P. Gjengedal  
 Sign divisjonsdirektør

### Dokumenter som skal legges ved registreringskjemaet:

- Prosjektbeskrivelse
- Godkjenninger fra relevante instanser, dvs. NSD, REK. NB! Må evt. ettersendes.
- Undertegnet avtale mellom Sykehuset Østfold og undervisningsinstitusjon. Må evt. ettersendes.

Skjemaet sendes: Kvalitets- og forskningsavdelingen, postboks 16

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 23.05.2011

Prosjektet registreres i prosjektregisteret på intranett av Kvalitets- og forskningsavdelingen (KF). Du kan selv gå inn og kontrollere opplysningene ved å gå inn på intranettet under "Prosjekter" og velge "Prosjektregisteret".

#### Referanser

F/14-12 Opprettelse og drift av forskningsdatabaser

- Datatilsynet
- REK - Regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk
- NSD

#### Vedlegg

V01 Opprettelse av driftsprosjektnummer. Sykehuset Østfold (F/20.1-10)

V02 Skjema; Opprettelse av driftsprosjekter. Sykehuset Østfold (F/20.1-22)

V03 Milepælsplan; skjema. Sykehuset Østfold (F/20.1-06)

#### Slutt på prosedyren

Uoffisiell utskrift er kun gyldig på utskriftsdato 23.05.2011

Kjeld Qvortrup  
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag  
Høgskolen i Østfold  
Remmen  
1757 HALDEN

Vår dato: 12.12.2011

Vår ref: 27279 / 6 / KS

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.05.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 23.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27279	<i>Beslutningsprosesser i triage</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kjeld Qvortrup</i>
<i>Student</i>	<i>Linda Abelsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Linda Abelsen, Vetabekkveien 81, 1718 GREÅKER



Utvalget består av ansatte (sykepleiere) i akuttmottaket ved et sykehus.

Data samles inn gjennom kvalitativt intervju. Det er ikke aktuelt å gjennomføre en observasjonsstudie, jf. e-post fra student mottatt 23.11.2011.

Personvernombudet forutsetter at sykepleierne ikke uttaler seg om identifiserbare enkeltpasienter i forbindelse med intervju, da deres taushetsplikt vil være til hinder for det. Det bør minnes om det i forkant av intervjuet.

Personvernombudet forstår det slik at forespørselen om deltakelse allerede er sendt ut til informantene. Informasjonsskrivet er noen mangelfullt, og følgende informasjon bes derfor gitt muntlig i forbindelse med intervju:

- at man kan trekke seg når som helst uten å måtte begrunne det
- at det ikke vil få noen konsekvenser for informantenes forhold til arbeidsgiver om de velger å avstå fra deltakelse eller senere velger å trekke seg
- dato for prosjektslutt (1.5.2012)
- veileders navn og kontaktinformasjon
- i og med at brevet er merket med Sykehuset Østfold sin logo, kan det gi et feilaktig inntrykk av at forespørselen kommer fra sykehuset og ikke fra høgskolen. Det bør derfor understrekes at Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektslutt er angitt til 1.5.2012. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være slettet.

# Intervjuguide

## 1. Bakgrunnsinformasjon

Respondentnummer:

Utdanning:  off. godkjent sykepleier uten videreutdanning  off. godkjent sykepleier med videreutdanning

Utdanningsretning:

Intensiv  anestesi  akutt sykepleie

Erfaring fra AMK:  Ja  Nei

Erfaring fra akuttmottak:  under 1 år  1-4 år  5 år og mer

## 2. Kasusgjennomgang

- Kan du fortelle hvilke hastegrad du har satt?
- Hvordan resonerte du deg frem til denne hastegraden?
- Hva påvirket din avgjørelse?
- Vurderte du andre alternativer? I så tilfelle hvilke?
- Var det informasjon i kasuset som du savner og som ville ha vært av betydning for valgt hastegrad?
- Kan du beskrive en triagevurdering som du har gjort på en av de siste vaktene dine. Beskriv hva du gjorde og hva du tenkte. Når du nå i etterkant reflekterer over denne situasjonen er det noe du selv ser kunne vært gjort/håndtert annerledes? (positivt og negativt)

## 3. Beslutningsprosesser/-strategier

- Hvordan innhenter du de opplysningene du mener du trenger for å kunne sette en hastegrad?
- Er det noen forhold/opplysninger som du vektlegger mer enn andre? Hvilke
- Finnes det tilfeller hvor du fraviker bruken av triage eller at du ønsker å bruke en annen hastegrad enn det som systemet tilsier? Viss ja, hvorfor?
- Hastegraden skal settes innen 10 min. Har tidsfaktoren noen påvirkning på dine beslutninger? Evt. hvilke?
- Greier du å få den informasjonen du mener at du trenger for å kunne ta en beslutning innen tidsgrensen? Hvis nei, hvorfor ikke?
- Hvis du er usikker på hvilken hastegrad du skal sette, hva gjør du da?
- Lar du deg påvirke av andre faktorer? Eksempler? Bemanning, pas. tilstrømming, lokalene, pasientens alder, livssituasjon, smerter, pas oppførsel med videre
- Hvis pasienten er forhåndsmeldt, påvirkes du av antatt diagnose?



#### **4. Møte med pasient og pårørende**

- Tenker du noen gang over hvilke konsekvenser dine beslutninger kan få for pasientens videre forløp? Gi eksempler
- Har du opplevd at du har satt en hastegrad som i ettertid viste seg å være for lav eller for høy? Gi et eksempel

#### **5. Egen rolleforståelse**

- Hva anser du som din viktigste oppgave i triage-sonen?
- Hvilke muligheter gir triage-verktøyet deg i ditt arbeid?
- Er det tilfeller der triage-verktøyet virker hemmende i ditt arbeid?
- Kommer din egen intuisjon og magefølelse noen ganger i konflikt med triage-verktøyet? Gi et eksempel
- Er det tilfeller der dine egen holdninger/verdier påvirker hastegradsvurderingen? Gi eksempler.
- Får du brukt dine sykepleier ferdigheter/kunnskap og tidligere erfaringer når du triagerer?
- Hvilke kunnskaper og ferdigheter mener du er viktig at sykepleiere har i triage-sonen? Gi en begrunnelse

#### **6. Triage som beslutningstøtte verktøy**

- Mener du et triage-verktøyet er et hjelpemiddel for å gi pasienten rett hastegrad? Gi en begrunnelse
- Har du fått opplæring i mottak og hastegradsvurdering i "triage-sonen"? Hvordan ble denne opplæringen gitt?
- Behersker du triage-verktøyet ? Gi en begrunnelse
- Gir du tilbakemelding til nærmeste leder/annen kollega dersom du mener verktøyet er mangelfullt?

#### **7. Avslutning**

- Er det noen områder vi ikke har vært innom som du mener har betydning for temaet?

*Takk for at du tok deg tid til dette*

Vår dato  
10.11.2011Utarbeidet av  
Linda Abelsen/Merete JansenTil  
Deltakere i mastergradsprosjekt, Akuttmottaket  
SØFFilnavn (Intern sone): D:\Arbeid\Div\20120426 - Linda Abelsen - Dvd-  
brenning\08\_Vedlegg 6.docKopi til  
Klinikkdirektør  
Avdelingssjef

## Informasjonsskriv: Gjennomføring av intervju med ansatte i akuttmottaket - Fredrikstad

Vi arbeider med en masteroppgave i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Tema for masteroppgaven er sykepleieres erfaring med triage og prioriteringsbeslutninger i mottakssituasjoner. I den forbindelse skal vi gjennomføre noen intervjuer, og lurte på om du kan avsette en time til en samtale med oss i løpet av de neste ukene. Samtalen blir gjennomført en dag du er tilstede på jobb og vil ikke legge beslag på din fritid. Du blir sikret anonymitet og konfidensialitet i forbindelse med bruk av data og direkte sitater fra intervjuet i masteroppgaven. Samtalen blir loggført gjennom bruk av diktafon samt nedtegnelse på papir. Om ønskelig kan samtaleloggen oversendes til deg i etterkant. Datafiler slettes og transkribert materiale makuleres etter at prosjektet er avsluttet. Gjennomføring av mastergradsprosjektet er godkjent av klinikkdirektør og avdelingssjef.

Vi håper på positivt svar fra deg.

Har du andre spørsmål kan du henvende deg til Merete M. Jansen på e-post  
[merete.m.jansen@so-hf.no](mailto:merete.m.jansen@so-hf.no)

Med hilsen

Linda Abelsen og Merete M. Jansen, mastergradsstudenter i organisasjon og ledelse ved  
Høgskolen i Østfold.

Vår dato  
10.11.2011Utarbeidet av  
Linda Abelsen/Merete Jansen

Til

Deltakere i mastergradsprosjekt, Akuttmottaket  
SØFFilnavn (Intern sone): D:\Arbeid\Div\20120426 - Linda Abelsen - Dvd-  
brenning\09\_vedlegg 7.docKopi til  
Klinikkdirektør  
Avdelingssjef

## Samtykkeskjema til deltakelse i intervju

Jeg samtykker til at intervjuet tas opp på båndopptaker, transkriberes av en uavhengig tredjeperson og lagres på en sikret fil på "sikker sone" i SØ.

Datamaterialet inkludert *direkte sitater* fra intervjuet kan benyttes fritt av mastergradsstudentene (Linda Abelsen og Merete Jansen) i mastergradsprosjektet i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold.

Datafiler slettes og transkribert materiale makuleres etter at prosjektet er avsluttet.

Dato: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_  
Respondent\_\_\_\_\_  
mastergradstudentene

## Kodingskjema – analyse av funn

### Bakgrunnsdata

<i>Respondentnummer</i>	<i>Utdanning</i>	<i>Antall års erfaring fra akuttmottak</i>	<i>Antall års erfaring som sykepleier</i>	<i>Erfaring fra AMK</i>	<i>Hastegrad - pasientkasuset (Fasit GUL 3)</i>
R 1	Akuttsykepleier	12	16	Ja	Gul 3
R 2	Grunnutdanning	3	4	Nei	Rød 2
R 3	Grunnutdanning	3	4	Nei	Gul 3
R 4	Akuttsykepleier	7	10	Ja	Rød 2
R 5	Akuttsykepleier	11	20	Ja	Rød 2
<b>Oppsummeringsfelt</b>	2: grunnutdanning 3: akuttsykepleie	3 til 11 år	4 til 20 år	3 ja* 2 nei  * samme sykepleiere som har akuttutdanning	2 gir hastegrad gul 3 3 gir hastegrad rød 2  Variasjon mellom spl. med videreutdanning 1 gir hastegrad gul 3 2 gir hastegrad rød 2  Variasjon mellom spl med grunnutdanning 1 gir gul 3 1 gir rød 2

## Hva ligger til grunn for sykepleieres prioriteringsbeslutninger i triage?

<i>Respondent - nummer</i>	<i>Meningsbærende enheter</i>	<i>Nivå 1 – deskriptiv kategori</i>	<i>Nivå 2 - samlekategori</i>	<i>Nivå 3 – analytisk kategori</i>
R1	Du lærer ut ifra, holdt på å si tidligere pasienter du har hatt.	Erfaring	Kunnskap–ferdigheter–kompetanse	Erfaringslæring/handlingsrefleksjon
R2	Man er jo ikke klokere enn sine siste erfaringer. Tidligere erfaringer med aktuelle pasientsituasjon vil helt klart være med på å påvirke meg. Det er av stor betydning.	Tidligere erfaringer Mønster	Kunnskap–ferdigheter–kompetanse	Erfaringslæring/handlingsrefleksjon Møstergjenkjenning(kognitive skjemaer) Personlig kompetanse Handlingsrefleksjon Ekspertsykepleie
R3	Selv om parametrene er fine, pasienten vet ikke helt hva som feiler ham og han sier at han nå føler seg grei, så er det av og til slik at du likevel får en ”følelse” av at denne pasienten er ikke så frisk som han gir uttrykk for.	Magefølelse Klinisk blikk	Kunnskap–ferdigheter–kompetanse	Intuisjon
R4	Det er ikke så lenge siden jeg tok videreutdanning. Jeg hadde nok vært mer usikker som ny. Nå vet jeg mer om flere ting, og om konsekvensene som kan skje ved forskjellige symptomer. Derfor er jeg opptatt av at pasientene skal få riktig triage og rett ventetid på legetilsyn.	Kunnskap/kompetanse Usikkerhet Konsekvenser Holdninger	Kunnskap–ferdigheter–kompetanse Pasientens tilstand og grad av alvorlighet Holdninger og verdier	Erfaringslæring/handlingsrefleksjon Beslutninger basert på usikkerhet Konsekvensorientert beslutningsteori Etisk kunnskap
R5	En kan få mange opplysninger bare ved å se på en pasient.	Klinisk blikk	Kunnskap–ferdigheter–kompetanse	Intuisjon Personlig kompetanse Ekspertsykepleie

