

Innovation og triagearbejde - en kvalitativ undersøgelse af triage på Akutafdelingen, Hillerød Hospital

Mette Brehm Johansen
Center for Health Management, Copenhagen Business School
Akutafdelingen, Hillerød Hospital

Indhold

1	Forord	4
2	Resume	5
3	Indledning	7
3.1	Rapportens opbygning	9
4	Metoder & datamateriale	10
4.1	Deltagende observationer	10
4.2	Kvalitative interview	11
4.3	Udvælgelse af interviewdeltagere.....	11
4.4	Interview på arbejdspladsen	12
4.5	Projektets fokusering og feltens afgrænsning.....	12
5	Analytisk ramme – innovation, samarbejdsrelationer og arbejdsforståelser	13
6	Innovation i det akutte felt - triage på en fælles akutmodtagelse	15
6.1	Den politiske ramme – triage som et udtryk for en overordnet tendens i det danske sundhedsvæsen og som løsning på det konkrete problem.....	15
6.2	Den lokale triagefortolkning.....	17
6.2.1	Modellen – vitale værdier, kontaktårsagskort og sundhedsfaglig kritisk undren	17
6.2.2	Udviklingsprocessen – Boston, London, Hillerød, Herlev, Stockholm.....	19
7	Fremmere og barrierer i innovationsprocessen	22
7.1	Idé- og udvikling – fra problem til produkt.....	22
7.2	Implementeringsprocessen – fra model til praksis	23
7.3	Innovation i strømmen af forandringer - er der et 'efter' implementeringen?	26
8	Relationerne mellem sygeplejerske, triage og patient	29
8.1	Øget sikkerhed og tryghed via synlighed og overblik.....	29
8.2	Kategoriernes midlertidighed skaber uvished.....	31
8.3	Ressourcefordeling – spillet mellem triage, tid, arbejdsmængde og faglighed	34
8.3.1	Tid/arbejdsmængde	34

8.3.2	Tid/faglighed.....	36
8.4	Opsamling.....	38
8.5	Triagering i praksis – kompleksitet i forholdet mellem vidensniveau, erfaring og modellens kategorier	38
8.6	Initial ensartethed og lighed - til gavn for nogle patientgrupper, til gene for andre	42
8.7	Modstand mod modellens indbyggede kriterier.....	46
8.8	Opsamling.....	47
9	Arbejdsrelationer sygeplejersker imellem medieret af triagen	48
9.1	Arbejdsfordeling og koordinering internt i afdelingen.....	48
9.2	Forholdet mellem erfaring og uerfarenhed i arbejdsfeltet akutsygepleje	51
10	Relationer mellem sygeplejersker og læger medieret af triagen	52
10.1	At have systemet i ryggen - depersonificering af argumenter.....	52
10.2	Afdelingens 'egne' læger – rådgivning og uklare opgavegrænser	55
11	Konklusion	57
11.1	Fremmere og barrierer – triagemodellen anskuet som sundhedsinnovation	57
11.2	Gamle og nye ordner og uordner – standardisering af triagearbejde	59
11.3	Fremtidige forskningstemaer på akutområde – en perspektiverende afrunding.....	62
12	Litteratur.....	64

1 Forord

Denne rapport er blevet til inden for rammerne af et samarbejde mellem Akutafdelingen, Hillerød Hospital og Center for Health Management, Copenhagen Business School, og er desuden tilknyttet forskningsprojektet CLIPS (Collaborative Innovation in the Public Sector).

Tak til overlæge Jakob Lundager Forberg, ledende oversygeplejerske Suzanne Trolle og ledende overlæge Peter Berlac samt alle de medarbejdere – ingen nævnt, ingen glemt – på Akutafdelingen, Hillerød Hospital, der gjorde feltarbejdet, som ligger til grund for denne rapport, muligt. Tak for adgangen – både den formelle og den faktiske - til en spændende verden, som jeg har fået lov til at være en del af. En særlig tak til sygeplejerskerne for den åbenhed, tålmodighed og tillid, som det kræver at have en 'skygge' med på arbejde.

Endelig tak til Center for Health Management, Copenhagen Business School, herunder en særlig tak til lektor og centerleder Anne Reff Pedersen for at have muliggjort projektet samt for engagement, vejledning og kommentarer i processen.

2 Resume

Dette er en rapport, der har et dobbelt perspektiv. Dels behandles processen med at indføre en lokalt tilpasset, formaliseret triagemodel på Akutafdelingen, Hillerød Hospital, betragtet i et innovationsperspektiv. Dels behandles nogle af de erfaringer, som det kliniske personale - hovedsageligt sygeplejerskerne - har med at anvende dette nye patientprioriteringsredskab i deres daglige arbejde.

Datamaterialet der ligger til grund for rapporten består af en kombination af semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews med personale på Akutafdelingen og steds- og personbaserede observationer af den konkrete arbejdspraksis i afdelingen.

Det empiriske materiale og rapportens analyser peger omsummerende set på følgende væsentlige forhold:

- ❖ Et fokus for rapporten er innovationsaspektet af processen med at udvikle og implementere Hillerød-triagemodellen, som har været forankret på Akutafdelingen, Hillerød Hospital. Centralt i denne analyse er forholdet, at sådanne innovationsprocesser netop skal tænkes som kontekstafhængige, dialektiske processer, ikke som en envejsproces, hvor noget indlejres i noget eksisterende. Der har i højere grad været tale om en proces, hvor både produkt og den sociale kontekst, det skal bruges i, har måttet tilpasses for at opnå en acceptabel grad af anvendelighed.
- ❖ Flertallet af de interviewede sygeplejersker beskriver at opleve en større grad af sikkerhed og tryghed i deres arbejde på grund af det overblik på flere niveauer, som de beskriver at triagen bibringer. Dette dog ikke i en absolut og entydig forstand, dels på grund af en uvished og midlertidighed der beskrives som selve grundlaget for arbejdet i akutmodtagelsen, dels på grund af kontekstuelle forhold såsom bemanning samt rumlige forhold, der ikke fordrer optimal anvendelse af modellen.
- ❖ I praksis er det ikke altid enkelt at kategorisere og prioritere patienter. Sygeplejerskerne beskriver i nogle situationer at møde en kompleksitet i praksis, som ikke stemmer overens med

triagemodellens umiddelbart klare kategorier. Triagemodellens eksplicitet og tydelige kategorier kan være med til at skabe utydelighed omkring hvilke vurderingsparametre, der er gyldige i hvilke tilfælde. Triagemodellen rummer ikke vurderingsparametre, som er svære at gøre eksplicite og entydige i en standardiseret manual, hvilket utydeliggør vægtningen af den enkelte sygeplejerskes faglige erfaring og intuitive fornemmelse. Desuden afspejler modellens lineære forløb ikke nødvendigvis det reelle forløb i det kliniske arbejde – eksempelvis kan det vidensniveau, som sygeplejersken skal træffe beslutninger på baggrund af være forskudt i forhold til det vidensniveau, som modellen antager.

- ❖ Endelig peger rapportens analyser på, at triagemodellen er et arbejdsredskab, der ikke kun har bevirket en reorganiseret vurdering og prioritering af patienter baseret på akuthed, men også har ændret forståelser af arbejdsfordeling, kommunikation, sikkerhed, specialer og faglighed, som har medvirket til en praktisk og forståelsesmæssig rekonfigurering af arbejdsopgaver og relationer i det akutte felt.

3 Indledning

Denne rapport handler overordnet set om innovation, mere specifikt om sundhedsinnovation og den proces det har været at udvikle og implementere en ny formaliseret triagemodel på Akutafdelingen, Hillerød Hospital. Det har således været hensigten at studere en konkret innovationsproces for at få dybere forståelse for dynamikker i innovationsprocesser, der har offentlige sundhedsydelser som genstandsfelt. Dette vil være omdrejningspunktet i rapportens første del. Innovationsprocessen handler i høj grad om den forandrede arbejdshverdag på Akutafdelingen, der er resultatet af en udviklings- og implementeringsproces. For at få et indblik i kompleksiteten af betydninger og forståelser den forandrede arbejdspraksis har for medarbejderne på afdelingen, vil anden del af rapporten omhandle personalets, primært sygeplejerskernes, erfaringer med at arbejde med denne nye patientprioriteringsmodel, Hillerød-triagemodellen. Denne del af rapporten har således fokus på såvel det konkrete arbejde (jf. Barley & Kunda 2001) som på et interviewbaseret indblik i aktørernes forståelser af og erfaringer med det nye arbejdsredskab. Begrebet arbejde forstås i denne rapport således både som arbejdspraksisser og arbejdsforståelser.

Akutafdelingen på Hillerød Hospital er en relativt ny konstruktion idet afdelingen er resultatet af en samling af skadestue-modtagelse, akut observationsafsnit, centralvisitationen, vagtsekretariatet og centralarkivet og blev en realitet d. 1. marts 2008 (Hillerød Hospitals hjemmeside). I maj 2009 indførte man formaliseret triage som et nyt arbejdsredskab på afdelingen i en bestræbelse på at ensrette og kvalitetssikre modtagelsen af den akutte patient. Triage betegner det at prioritere patienter, når der ikke er ressourcer til, at alle kan tilses i det øjeblik de ankommer til afdelingen. Det er således ikke et nyt fænomen i sig selv, men formaliseringen af dette arbejde via anvendelse af en standardiseret model med faste vurderingsparametre er nyt i en dansk akutmodtagelseskontekst. Vurderingerne, som ligger til grund for prioriteringen, foretages dels på baggrund af vitale værdier (puls, blodtryk, iltmætning, respirationsfrekvens, GSC [Glasgow Coma Score], temperatur), der måles på den ankomne patient, og dels på baggrund af en anamnetisk del, der bygger på den viden om patientens kontaktårsag, som skabes i

samspelet mellem sygeplejerske og patient gennem sygeplejerskens spørgsmål og patientens svar. Denne information forholder sig til såkaldte kontaktårsagskort i forhold til bestemte parametre, der er ekspliciteret på kortene. De to elementer – vitale værdier og kontaktårsag – forholder sig til standardiserede værdiintervaller og kontaktårsagsparametre og kan resultere i forskellige triagekategoriseringer. I sådanne tilfælde er det den mest akutte kategorisering af de to, der bliver patientens triagekategori og sætter rammerne for, hvornår patienten skal tilses og revurderes af en sygeplejerske og/eller tilses af en læge.

Formaliseret triage er kun nyligt begyndt at blive indført i det danske sundhedsvæsen (Brabrand et al. 2010). Triagesystemet (ADAPTiv Process Triage (ADAPT)) som ligger til grund for Hillerødmodellen er hentet fra Sverige, men udviklet til lokale forhold af en lille udviklingsgruppe på afdelingen. Den lokalt tilpassede triagemodel beskrives som baseret på internationale erfaringer, evidensbaseret, et redskab der kan skabe overblik og bedre ressourceudnyttelse samt give en mere objektiv sundhedsfaglig risikovurdering (Hillerød Hospital 2010:3). Selve formålet er, gennem ensartede vurderinger ud fra fastlagte kriterier, at prioritere de akutte patienter, således at de dårligste patienter bliver behandlet først, for at opnå bedre ressourceudnyttelse og en højnet patientsikkerhed (Lauritzen & Skriver 2009:5).

Flere kvalitative studier med observations- eller interviewbaseret datagrundlag har beskæftiget sig med triage på akutområdet, men dels er der ikke lavet denne type undersøgelser i en dansk kontekst, og dels er de fleste meget spidsvinklet fokuseret på selve beslutningstagningsaspektet i sygeplejerskers triagearbejde (se fx Andersson et al. 2006; Chung 2005; Gerdtz & Bucknall 2001), hvorved andre forståelser eller praksisser der relaterer sig til triagearbejdet ikke nødvendigvis træder frem. Denne rapport anlægger således et bredere, mere relationelt fokuseret og kontekstinddragende blik på fænomenet formaliseret triage i akutmodtagelse (jf. Fry & Burr 2002), dette i en dansk kontekst.

I rapporten vil følgende forskningsspørgsmål blive belyst:

- Hvilke fremmere og barrierer for innovation træder frem, når triagemodellen betragtes som udtryk for sundhedsinnovation?
- Hvilke primære samarbejdsrelationer eksisterer der mellem forskellige aktører involveret i triagearbejdet?

- Hvilke konkrete arbejdsforståelser og praksisser, som er med til at forme disse samarbejdsrelationer, fremkommer, når arbejdet er organiseret efter triagemodellen?
- Hvordan kan man forstå forholdet mellem standardisering og triagearbejde?

Det er således en rapport, der handler om de konkrete erfaringer med at reorganisere arbejdet på Akutafdelingen og nogle af de intenderede og uintenderede konsekvenser af en sådan reorganisering. Hvad har det eksempelvis betydet for sygeplejerskerne at skulle forholde sig til en standardiseret model for patientmodtagelse/-prioritering i et fag, der i mange sygeplejerskers selvforståelse handler om erfaring, klinisk blik og situationel intuition? Hvad har det betydet at få fastlagte patientreevalueringstidsrammer i en afdeling, hvor uforudsigelighed er en grundlæggende arbejdsbetingelse? Og er der sket forskydninger faggrupper imellem på grund af ændringer i arbejdsprocesser?

Rapporten beskriver en konkret innovationsproces om udviklingen og implementeringen af en model til formaliseret og systematisk prioritering af patienter. Men andre formål, forståelser og praksisser, der handler mindre om patienter og mere om aspekter som forandrede arbejdsrelationer, arbejdspraksisser og arbejdsforståelser sameksisterer og er med til at rammesætte triagen som et nyt arbejdsfænomen på Akutafdelingen.

3.1 Rapportens opbygning

Indledningsvist vil metodiske forhold og datagrundlaget for rapporten blive præsenteret og beskrevet i kapitel 4. Dernæst bliver den analytiske ramme for de efterfølgende analyser skitseret i kapitel 5. I kapitel 6 og 7 sættes fokus på innovationsprocessen, mens det i de efterfølgende tre kapitler - 8, 9 og 10 – er de forskellige arbejdsrelationer, der er centrale i arbejdet med triagemodellen, der behandles. Først betragtes forholdet mellem sygeplejerske, triagemodel og patient; dernæst relationen sygeplejersker imellem medieret af triagemodellen og endelig læge-sygeplejerske relationen set i lyset af triagemodellen. Afslutningsvist vil linjerne blive trukket op i en afrundende konklusion, som udgør kapitel 11.

4 Metoder & datamateriale

Det antropologiske feltarbejde, der ligger til grund for denne rapport, er udført i perioden medio februar - medio april 2010. For at få et indblik i både den praktiske udførelse af arbejdet på afdelingen og de erfaringer sygeplejerskerne har med at arbejde efter triagemodellen, har observationer af arbejdet på afdelingen og kvalitative interviews med personalet været de primært anvendte metoder.

4.1 Deltagende observationer

Det ene metodiske redskab, der ligger til grund for dataindsamlingen til denne rapport, er deltagende observationer. Observationerne har enten været stedligt forankrede (primært i det koordineringsrum, hvor den koordinerende sygeplejerske har overblikket over – blandt meget andet – patienterne i afdelingen) eller personbaseret i form af shadowing (Czarniawska 2007) hvor jeg har fulgt forskellige medarbejdere i deres arbejde (primært sygeplejersker) for en afgrænset tidsperiode – fra modtagelse og triagering af én patient til en hel dag-, aften- eller nattevagt. Disse to former for observationer har givet et indblik i både individuelle arbejdsgange og samarbejdsafhængige koordineringsdynamikker i arbejdet på Akutafdelingen.

Med begrebet deltagende observationer understreges det forhold, at det ikke har været klassisk deltagerobservation, der er blevet udført på afdelingen. Men observationer foretages aldrig fra en neutral, ikke-positioneret position, og ideen om 'rene', ikke-deltagende observationer er en konstruktion - forskeren vil altid være en del af og påvirke de sammenhænge observationerne finder sted i (Marshall & Rossman 1995, Tonkin 1984). Men der er forskellige grader af deltagelse og fokus i denne dataindsamling har ikke været den praksisnære deltagelse, hvor forskeren gennem fuld deltagelse og indlevelse får indblik i informanternes verden, idet dette kun i begrænset omfang har været muligt grundet mine begrænsede sundhedsfaglige kvalifikationer i forhold til deltagelse i det praktiske arbejde i afdelingen. Det har således været deltagelse i den begrænsede udstrækning mine kvalifikationer rakte hertil, og det har primært bestået i at give en hånd med mindre opgaver såsom at hente senge, termometre, tæpper fra varmeskabet eller et glas vand til en patient. Men dette har givet en anden forståelse for det arbejde, der udføres på

afdelingen, end en rent interviewbaseret tilgang ville have givet og har skabt en god baggrund for undersøgelsens anden del, de kvalitative interview.

4.2 Kvalitative interview

For at få et nærmere indblik i personalets oplevelser og forståelser af triagen som arbejdsredskab samt for at få indsigt i forskellige forståelser af innovationsprocessen, som er forløbet forud for opholdet på afdelingen, er der foretaget i alt 21 individuelle interviews, heraf sygeplejersker (15)¹, læger (3) og ledelse/udviklingsgruppe (3)². Interviewene er af 20-90 minutters varighed. Der er tale om semistrukturerede kvalitative forskningsinterview foretaget ud fra tematisk opdelte spørgeguides udarbejdet specifikt til hhv. sygeplejersker, læger, udviklingsgruppe samt ledelse. Denne form har gjort det muligt at spørge ind til temaer, der er fælles informanterne imellem, hvilket muliggør sammenligning af de forskellige informanternes beskrivelser og opfattelser, mens situationen stadig holdes åben for eventuelt nye forståelser og emner (Kvale 1997:129). Størsteparten af interviewene er efterfølgende transskriberet.

4.3 Udvalgelse af interviewdeltagere

Baseret på en antagelse om at faglig erfaring spiller en rolle for hvordan triagemodellen bliver brugt og opfattet, er sygeplejerskerne udvalgt efter kriteriet, at der skulle være en nogenlunde ligelig fordeling mellem erfarne og relativt uerfarne akutsygeplejersker i informantgruppen. Desuden skulle sygeplejersker med primær arbejds erfaring fra henholdsvis base 1 (akutmodtagelsen/skadestue) og base 2 (observationsafsnit) være repræsenteret, dog med overvægt af informanter fra den første gruppe, da undersøgelsens hovedfokus ligger på modtagelsen af den akutte patient og den første tid på afdelingen, hvor triage og indledende pleje, behandling, undersøgelse og udredning er centralt.

¹ 12 med primær erfaring fra base 1 og 3 med primær erfaring fra base 2.

² Der er desuden udført 5 patientinterviews, som dog ikke behandles i denne rapport.

Det skal desuden nævnes, at alle interview er foretaget i dagtid på Akutafdelingen på grund af den bedre bemanning (personantalsmæssigt, ikke nødvendigvis i forhold til patientoptag) på afdelingen i dagvagt end i aften- og nattevagt, hvilket gav bedre mulighed for at tage en sygeplejerske ud til en times interview. Da få sygeplejersker arbejder udelukkende i aften- eller nattevagter, er disse ikke repræsenteret i gruppen af interviewede sygeplejersker, men dette vurderes ikke at have afgørende betydning for undersøgelsen, da langt størsteparten af sygeplejerskerne på afdelingen fast vagtrotterer imellem dag-, aften- og nattevagter. Dette skal ikke forstås på den måde, at der ikke er forskel i den konkrete brug af triagen i de forskellige vagttyper (eksempelvis i hvor høj grad den anvendes), men blot som en understregning af at de interviewede sygeplejersker har erfaring med at arbejde i alle de tre typer vagter, en erfaring som interviewene afspejler.

4.4 Interview på arbejdspladsen

Rent stedligt fandt alle på nær et interview sted på selve afdelingen – enten i et lille mødelokale på ledelsesgangen, i et lille samtalerum, der også bliver brugt som en ekstra patientstue ved travlhed, i et opholdsrum i base 2 eller på en tom stue. Et enkelt interview er foretaget på et kontor på Kilen, CBS, da det passede informanten bedst rent logistisk. Interviewenes forløb taget i betragtning synes det faktisk at interviewene er forgået på informanternes arbejdsplads ikke at have hindret dem i at tale åbent og frit om deres oplevelse omkring arbejdet med triagemodellen og samarbejdsrelationer i det hele taget. Få, der ikke vidste så meget om projektet, spurgte afsøgende til min relation til ledelsen, før vi startede interviewet, og en enkelt bad mig om at slukke diktafonen ved vores afrundende samtale omkring, hvad informanten oplevede som, kontroversielle emner.

4.5 Projektets fokusering og feltens afgrænsning

I løbet af forberedelsen og dataindsamlingen til dette projekt er der foretaget nogle afgrænsninger og fokuseringer i forhold til undersøgelsens genstandsfelt. Da triagemodellen endnu ikke er implementeret i

skadestuen på Hillerød Hospital er der ikke foretaget observationsstudier i skadestuen. Men da sygeplejerskerne, som har modtagelsen/skadestuen som deres primære arbejdsområde (fuld rotation mellem skadestue, modtagelse og observationsafsnit er endnu ikke fuldt implementeret) har vagter både i skadestue og modtagelse, refererer nogle af sygeplejerskerne i interviewene også til deres arbejde i skadestuer regi. Desuden har arbejdet efter triagemodellen, som det har været organiseret på afdelingen i dataindsamlingsperioden, ikke opereret med en adskillelse af rollen som triagesygeplejerske og modtagende sygeplejerske. Det har således været den modtagende sygeplejerske, der har udført både primær og sekundær triage, i nogle tilfælde har sygeplejerskerne dog brugt Falcks overleverede vitale værdier til den primære triage.

En anden afgrænsning, der er relevant for datagrundlaget for denne rapport, er at det primære fokus har været på den første del af patientens ophold i Akutafdelingen, det vil sige på akutmodtagelsen og den triage og opfølgning, der finder sted her. Jeg har orienteret mig i arbejdsgange m.m. i base 2 (observationsafsnittet), men det har ikke været det primære fokus.

5 Analytisk ramme – innovation, samarbejdsrelationer og arbejdsforståelser

Den analytiske ramme for denne rapports analyser er et fokus på nogle af de arbejdsrelationer, som triagen som arbejdsredskab er medvirkende til at forme og omforme. Disse rekonfigureringer har betydning for den måde arbejdet udføres på i praksis og for den måde sygeplejerskerne forstår deres arbejde.

Triagearbejdet kan betragtes igennem en relations-/netværksoptik, hvor fokus ikke blot er på den enkelte sygeplejerske og hendes arbejde med triagen, men tillige sættes på hvilke forbindelser – egentlige eller potentielle – der skabes og er med til kontinuerligt at redefinere både sygeplejersker, patienter og triage, når arbejdet med at modtage patienter i akutmodtagelsen er organiseret efter triagemodellen. Et netværk kan defineres som et sæt af individuelle eller organisatoriske aktører, som er knyttet sammen via individuelle eller interorganisatoriske relationer (Lewis 2010:52). Mere specifikt vil jeg kigge på relationer uddraget af forskellige situationsbeskrivelser, der følger af observationer samt personalets beskrivelser af

triagen, og belyse hvilke nye eller rekonfigurerede relationer mellem aktørerne der aktualiseres i de enkelte situationer, og hvilke betydninger disse tillægges for arbejdet i Akutafdelingen.

Et andet felt, som dette projekt indskriver sig i, er forskning, der beskæftiger sig med klassifikations- og kategoriseringsprocesser, standardisering og medicinske protokoller (se fx Berg 1997a, 1997b, Bowker & Star 2000; Star & Lampland 2009; Timmermans & Berg 1997). I manualen for triage beskrives modellen som en formalisering af modtagelsesprocessen samt som fælles ensartede kriterier, vejledninger og procedurer (Lauritzen & Skriver 2009:5). Dette defineres som en standardisering af modtagelsen af den akutte patient, idet der her anvendes den forståelse af standardisering, som Timmermans & Berg beskriver som kendetegnet ved: "*a standard* [original kursivering] which intervene in the different trajectories of patients, instruments, drugs, and staff, redirecting their courses" (Timmermans & Berg 1997:276). Det er hovedsageligt arbejdet med at anvende triagemodellen som et standardiserende arbejdsredskab, der er bygget op omkring kategoriseringsprocesser og forståelser af patienter, kolleger og egen arbejdspraksis der relaterer hertil, som vil være omdrejningspunkt i denne rapport.

Innovation er et andet begreb, der kommer til at få en rolle i analysen af udviklingen og indførslen af triagemodellen på Akutafdelingen. I denne rapport forstås innovation som en villet/ønsket forandring og knytter sig ikke til en isoleret del af en forandringsproces, men til processen som helhed. Dette innovationsbegreb adskiller sig fra begrebet kreativitet ved netop at angå idéskabelsesprocessen men tillige udvikling og implementering af denne idé i praksis (CLIPS 2009:1; Hernes & Koefoed 2007:8). Denne fokusering på uformelle og faktiske arbejdsrelationer - i modsætning til formelle og foreskrevne - tilskriver Considine et al. vigtighed og som bibringende en anden slags viden om innovationsprocesser end et fokus på det formelle og foreskrevne (Considine et al. 2009:18).

Hillerød-triage casen i denne rapport er et eksempel på et mikroniveau studie af en forandringsproces, der indbefatter: "the content and delivery of public services" (CLIPS 2009:2). I projektbeskrivelsen for CLIPS-projektet beskrives samarbejdsdrevet innovation således: "a name for deliberate attempts to stimulate public sector innovation through network-based interaction between users and public sector actors who

aim to address specific policy problems” (CLIPS 2009:1). Fokusset på brugere kan synes irrelevant i denne case, da brugerne - forstået som patienter - ikke har været involveret i innovationsprocessen, men man kan argumentere for, at brugerne i dette tilfælde er sygeplejerskerne, som arbejdsredskabet er tiltænkt. I denne optik er det således brugerdrevet i den forstand, at det er en tværfaglig udviklingsgruppe bestående af en sygeplejerske og en læge, der på netværksbasis har arbejdet sammen med en anden udviklingsgruppe med repræsentanter for en akutafdeling med de samme patientmæssige/ressourcemæssige udfordringer. De har skabt forbindelser til en svensk akutafdeling, hvor de havde erfaring med at løse problemer af lignende karakter, og der er således sket en erfaringsudveksling, inspiration og et samarbejde omkring udviklingen og implementeringen i Hillerød. Sygeplejerskerne i afdelingen har primært været involveret i implementeringsfasen gennem nøglepersonudvælgelse og en tilbagemeldingsordning, hvor de blev bedt om at indrapportere problemer og uklarheder, der opstod i det konkrete arbejde efter modellen. Fokus i denne rapport er at betragte innovationsprocessen med det formål at udestillere fremmere og barrierer for innovation i denne specifikke case.

6 Innovation i det akutte felt - triage på en fælles akutmodtagelse

6.1 Den politiske ramme – triage som et udtryk for en overordnet tendens i det danske sundhedsvæsen og som løsning på det konkrete problem

For at forstå den kontekst triagemodellen er blevet skabt i, skal vi først kort betragte den mere overordnede udvikling på akutområdet de seneste år. Akutafdelingen på Hillerød Hospitals oprettelse er således et resultat af en beslutning truffet af hospitalsledelsen på baggrund af blandt andet Region Hovedstadens *Hospitalsplan 2007*, hvor Hillerød Hospital blev udpeget til at være områdehospital i planlægningsområde Nord og dermed et af de hospitaler i Region Hovedstaden, der skal have akutfunktion (Hillerød Hospital 2007:3; Region Hovedstaden 2007a:44). I projektoplægget *Det akutte patientforløb* nævnes Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte beredskab som et element, der også har ligget til grund for oprettelsen af Akutafdelingen, idet man samler de akutte funktioner i en fælles akutmodtagelse

(FAM), som anbefalet af Sundhedsstyrelsen (Hillerød Hospital 2007:3; Sundhedsstyrelsen 2007:7-8,30-35; Region Hovedstaden 2007b). Den planlagte fremtid som akuthospital med fælles akutmodtagelse betød, at Akutafdelingen kunne gå en fremtid med større optageområde og derfor et øget patientflow i afdelingen i møde, hvilket ville skabe store udfordringer af logistisk- og ressourcfordelingsmæssig karakter. Dette nævnes af en af medarbejderne i udviklingsgruppen som en af hovedårsagerne til igangsætningen af triageudviklingsprocessen i afdelingen:

”Vi [udviklingsgruppemedarbejderen og den tidligere ledende overlæge på afdelingen] diskuterede lidt frem og tilbage hvordan vi, i forhold til hospitalsplanen for Region Hovedstaden, med samling af langt flere akutte patienter her, kunne håndtere det [øgede patientflow]. For vi var meget hurtigt klare på, at vores fysiske rammer var en voldsom begrænsning, og derfor så måtte vi blive mere effektive og strø noget mere kvalitet på de her patienter ret hurtigt” (interview 17:5).

Desuden nævnes kvalitetskrav fra den danske kvalitetsmodel som have været medvirkende til at igangsætte triageudviklingsprocessen, da man i Akutafdelingen har set triagen som en potentiel løsning på nogle af de udfordringer, som afdelingen stod over for i forhold til efterlevelse af kvalitetsstandarderne i den danske kvalitetsmodel og denne models fokus på standardisering og systematisering af processer samt kvalitetsmonitorering og effektstyring (interview 17:2+8-9).

Beslutningen om at indføre triage på afdelingen er derfor ikke en idé, der er skabt i et lokalt vakuum, men kan ses dels som en innovativ løsning på konkrete problemer og dels som et led i en større, delvist guidet, bevægelse mod standardisering af modtagelsen af den akutte patient på landsplan. Det skal tilføjes, at der eksisterer enklere triagemodeller i det danske sundhedslandskab, blandt andet har man i skadestuerne i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab en mere enkel prioriteringsmodel, der kategoriserer patienter i tre kategorier efter vurderet akuthed – det nye i Hillerød er blandt andet, at det er en triagemodel, der er udviklet til brug i en fælles akutmodtagelse, og er således en model, der skal rumme en meget bred vifte af patientkategorier.

6.2 Den lokale triagefortolkning

Dette afsnit er en kortlægning af triagens udviklings- og implementeringsproces, som vil blive betragtet i et innovationsperspektiv. Først en kort beskrivelse af modellen, som den kom til at se ud.

6.2.1 Modellen – vitale værdier, kontaktårsagskort og sundhedsfaglig kritisk undren

Ordet triage betyder sortering, men bruges ofte mere specifikt i betydningen prioritering, og er et begreb der er blevet brugt i det medicinske felt, først i feltmedicin, siden 1700-tallet. I 1960'erne begyndte man at bruge triageprincippet i amerikanske hospitaler på grund af et stigende patientflow og derfor øget behov for at prioritere patienter. Triagen betyder, at patienter bliver behandlet ud fra en vurdering af deres tilstand i stedet for efter en traditionel prioritering efter ankomsttid. Triagen er et arbejdsredskab, der har været anvendt i en formaliseret form inden for det akutte felt i andre lande såsom USA; Canada, Australien, Sydafrika og England siden 1990'erne og Sverige siden starten af 2000'erne (Brabrand et al. 2010; Göransson 2006; Göransson et al. 2008). Man kan sige, at det at prioritere patienter ikke er et nyt element i hverdagen på Akutafdelingen, men det at prioritere efter en standardiseret og formaliseret model er et brud med den tidligere situationelle og personafhængige prioriteringspraksis.

Triagemodellen som den er udformet i Hillerødfortolkningen består af to primære dele – dels en vurdering ud fra vitale værdier (puls, blodtryk, iltmætning, respirationsfrekvens, GSC [Glasgow Coma Score], temperatur), der måles på den ankomne patient, og dels en anamnetisk del, der bygger på den viden om patientens kontaktårsag, som skabes i samspillet mellem sygeplejerske og patient gennem sygeplejerskens spørgsmål og patientens svar. Denne viden forholdes til 29 såkaldte kontaktårsagskort i forhold til bestemte parametre, der er ekspliciteret på kortene. Hvert kort er delt op i tre dele:

- En del med "relevante spørgsmål indenfor den enkelte kontaktårsag" (Lauritzen & Skriver 2009:12) og en kategorisering af svarene i henhold til de fem akuthedsfarver.
- En anden del der er en liste over: "relevante undersøgelser der kan eller skal udføres af sygeplejersken" (Lauritzen & Skriver 2009:12)(såsom EKG, a-punktur, urin-stix m.fl.), en liste over mulige differential diagnoser samt forslag til patientforløb patienten eventuelt kan opstartes i.

- Endelige er der en tredje del på kortets bagside, hvor der findes ”uddybende beskrivelser og definitioner på de spørgsmål stillet i den øverste del” (Lauritzen & Skriver 2009:12) samt en oversigt over lokale, regionale og nationale vejledninger og anbefalinger, der ligger til grund for udfærdigelsen af kortet.

De to elementer – vitale værdier og kontaktårsag - kan resultere i forskellige triagekategoriseringer – i sådanne tilfælde er det den mest akutte kategorisering den, der bliver patientens triagekategori og sætter rammerne for, hvornår patienten skal tilses og revurderes af en sygeplejerske og/eller tilses af en læge.

Men i tillæg til de faste kategorier indskrives en anden parameter også i manualen til modellen:

”Triagemodellen som beskrives nedenfor tager afsæt i at alle patienter sorteres i 5 niveauer afhængig af klinisk tilstand samt kontaktårsag (årsagen til at patienten har henvendt sig), suppleret med sundhedsfaglig kritisk undren” (Lauritzen & Skriver 2009:8).

Der er således indlagt endnu en vurderingsparameter, som peger i den modsatte retning af standardiseringsintentionen, en parameter som helt afhænger af den enkelte sygeplejerske. Dette kan betragtes som et forsøg på at opfange den kompleksitet, som man reducerer igennem standardisering, i anerkendelse af at akutte patienter ikke fuldt ud kan indfanges i standardiserede kategorier, at der i praksis altid vil være utydeligheder, tvivl og andre forhold, der gør den personlige vurdering afgørende. Man formaliserer på denne måde den personlige vurdering og indeholder den i en standardiseret model, ved at give den gyldighed som kategoriseringsparameter på lige fod med vitale værdier og kontaktårsagskort.

Udover de forskellige vurderingsparametre er modellen baseret på en opdeling i tre forskellige former for triage, der relaterer til forskellige faser af et patientforløb: primær, sekundær og tertiær triage. Den primære triage består i lægesekretærens registrering af patienten samt triagesygeplejerskens [sygeplejerske der udelukkende foretager den indledende vurdering af de indkomne patienter og derefter overleverer patienten til en modtagende sygeplejerske] triagering af patienten og visitering til traumestue/behandlingsrum/venteværelse (Lauritzen & Skriver 2009:21+22). Den sekundære triage er en uddybende triagering med opstart af diagnostik og behandling, og denne del udføres af den modtagende sygeplejerske (Lauritzen & Skriver 2009:23). Endelig er den tertiære triage den efterfølgende kontinuerlige revurdering af patienter, der er indlagt i Akutafdelingen, for at sikre, at den enkelte patient fortsat er på

korrekt triageniveau. Der er fastlagt standardtidsintervaller for revurdering for de enkelte triagekategorier, som følges, indtil andet er aftalt med en læge, der ordinerer andre tidsintervaller og specificerer hvilke parametre, der skal måles (Lauritzen & Skriver 2009:25).

6.2.2 Udviklingsprocessen – Boston, London, Hillerød, Herlev, Stockholm

Idéudviklingen er primært sket mellem udviklingssygeplejerske og tidligere ledende overlæge på afdelingen. Gennem udviklingssygeplejerskens internationale erfaring, faglige nysgerrighed og studiebesøg i USA og England blev ideen om at indføre triage langsomt til.

Arbejdet med at udvikle den konkrete Hillerød-triagemodel er primært foregået i et team bestående af to medarbejdere, en udviklingssygeplejerske og en læge, der har arbejdet med at tilpasse en svensk triagemodel - ADAPT-modellen - til den lokale kontekst. Deres interne rollefordeling har i vid udstrækning fulgt deres faglige fokus, lægen siger:

”Jeg har stået for en del af kontaktårsagskortene i form af at få tjekket efter med de forskellige selskaber, de forskellige medicinske, kirurgiske selskaber for at se om det nu også stemmer overens med de retningslinjer, de sådan rent kliniske retningslinjer, der er. Det var lidt mere naturligt, at det var mig der gik i gang med det, fordi det jo er lægerne, vi får på puklen af, hvis vi laver et eller andet, der ikke hænger sammen, ikke. Og så var der sådan nogle rent, nogle af alle de der sygeplejefaglige ting, hvordan vi får dem til at hænge sammen, sygeplejerskerne bruger også en del af sådan nogle forskellige læringsstile og hvordan de dokumenterer ting og sådan noget, det er Claus meget mere inde i, end hvad jeg er, så derfor giver det selvfølgelig meget mere mening, at det var ham, der ligesom har med det at gøre, ikke. Så det har egentlig fungeret meget naturligt, hvem der tog sig af hvad” (interview 18:15).

Udviklingsgruppen har desuden haft et samarbejde med en udviklingsgruppe fra Herlev Hospital og en tæt forbindelse til Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, hvor de arbejder efter ADAPT-modellen. Man har brugt Stockholm som inspiration og sparring i udviklingsforløbet omkring modellen, fx gennem studiebesøg. Man har desuden trukket på svensk ekspertise i undervisningen af sygeplejerskerne lokalt i Hillerød:

”Da vi valgte at implementere triagemodellen her, da var Stockholm hernede med deres folk og undervise vores personale og ja, vi vil gerne internationalisere vores argumenter, fordi det var en stor forandringsproces for personalet, og derfor synes vi der var nogle gode argumenter i at få nogen hened som kunne sige ”det *er* et stort arbejde, det *er* en stor omvæltning, vi fratager jer noget frihed i forhold til jeres faglighed fordi I skal arbejde ensrettet, men nu kan vi præsentere nogle resultater der viser at det virker, og det bliver forbundet med bedre kvalitet og så videre” (interview 17:7).

Det har ikke kun været de medicinske elementer, der har været vigtigt i udviklingen, men også projektets gennemførlighed og succespotentialer har været inde i overvejelserne. Derfor er modellen på nogle punkter forenklet i forhold til det svenske udgangspunkt og på andre punkter kompleksificeret med elementer fra andre modeller, eksempelvis reevalueringstidsrammen med inspiration fra den canadiske CTAS-model og en kraftig reduktion i antallet af kontaktårsagskort. Dette er sket ud fra en overvejelse omkring personalets modtagelse af modellen, den ledende oversygeplejerske siger:

”Vi har haft mange tilpasningsovervejelser omkring kontaktårsagskortene, fordi der i den oprindelige model er ret mange, hvor vi har begrænset det [antallet], og det gjorde vi også for at skulle indføre modellen rimeligt, så det blev en succes, øhh, hurtigt. Færre kort giver mindre man skal forholde sig til, og så tænkte vi bare, at succesen skulle være, at dermed kunne sygeplejerskerne måske genkende eller lære kortene at kende, hvis der var tyve frem for hundrede” (interview 19:7).

Samtidig har der været overvejelser omkring, at modellen ikke skulle være stedspecifik, således at den ville kunne udbredes som model til brug for andre danske hospitaler (interview 18:8) – i første omgang har anvendelse af modellen i Region Hovedstaden været målet. En læge, der har været involveret i udviklingsarbejdet, siger:

”Vi samarbejdede jo blandt andet også med Herlev med tanke på, at vi selvfølgelig ikke skulle sidde og udvikle en manual, som kun kunne fungere til lokale Hillerød-forhold. Blandt andet også fordi det gamle hovedstadens sygehusvæsen har jo deres egen triagemanual, som primært fungerer i deres skadestuer, og det var også lidt med tanke på, at hvis vi skulle have noget at sige på den front, så blev vi nødt til at udvikle noget, som ville kunne bruges i hele Region Hovedstaden og ikke kun lokalt på Hillerød Hospital. Det vidste vi, at vi ikke ville få noget ud af, og det ville simpelthen være spild af tid, hvis man ikke tog alle spektrene med” (interview 18:8).

Det er således ikke blot det rent tekniske i modellen men også forestillinger om dens fremtidige brugere og den lokale og regionale kontekst den skulle indoptages i, der har haft betydning for udformningen.

I selve udviklingsprocessen, der varede fra november 2008-maj 2009, har der været sparring med afdelingsledelsen, arbejdsgruppen fra Herlev Hospital samt Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Desuden har man haft implementeringsprocessen for øje og har gennem konkrete tiltag forsøgt løbende at forberede personalet på implementeringen eksempelvis via temadage med undervisning, personalets afprøvning af manualen samt etablering af nøglepersonordning, hvor udvalgte sygeplejersker fik en rolle som særligt triagekyndige vejledere for deres kolleger i opstartsfasen.

I øjeblikket er modellen ved at blive implementeret, og er planlagt til at blive implementeret, på flere andre hospitaler i fx Kolding, Slagelse og Odense. Der sker således en spredning af modellen i det danske sundhedslandskab, om denne spredning siger lægen, der har været involveret i udviklingsarbejdet:

”Vi har haft lavet en spørgeskemaundersøgelse for at finde ud af, hvor de andre er henne, hvor noget af den respons vi har fået tilbage er ’hey, hvad laver I, kan vi ikke lige få det tilsendt, vi vidste ikke I var i gang med noget’. Så på den måde tror jeg helt klart, inden for akutmodtagelser har det i hvert fald været en del af det at være med til at få sat Hillerød lidt mere på landkortet” (interview 18:25).

Oversygeplejersken beskriver desuden uformelle netværk som en kilde til spredning af modellen til hospitaler i andre regioner. Den eneste formelle form for spredning er, at Hillerødmodellen af det sundhedsfaglige råd for akutmodtagelser i Region Hovedstaden er vedtaget til at være den triagemodel, der gælder i Region Hovedstaden (interview 19:17).

Opsummerende kan man betragte Hillerød-triagen som en innovationscase, der beskriver en innovation, der ligger i grænselandet mellem implementeringsinnovation og udviklingsinnovation – det, som man troede skulle være en implementeringsinnovation, fik i større grad karakter af at være en form for udviklingsinnovation, eller i hvert fald hvad man kan kalde en ’tilpasningsinnovation’. En kombination af udefra kommende påvirkning og et internt, personbåret initiativ er det, der træder frem som de primære faciliterende elementer for opstart af den specifikke innovationsproces.

7 Fremmere og barrierer i innovationsprocessen

I innovationsprocessen med idégenerering, udvikling og implementering af triage på Akutafdelingen i Hillerød er det igennem interviews blevet tydeligt, at man i innovationsprocessen har mødt både fremmere og barrierer af forskellig art i de enkelte dele af processen. I det følgende vil jeg se nærmere på fremmere og barrierer for innovation, der relaterer til henholdsvis idé- og udviklingsprocessen og implementeringsprocessen.

7.1 Idé- og udvikling – fra problem til produkt

Fremmere

I idé- og udviklingsprocessen beskrives det fra udviklingsgruppens side, at afdelingsledelsen har været en af fremmerne i den konkrete proces, idet der fra ledelsens side bliver givet tid, ressourcer og rammer til udviklingsgruppens arbejde med udviklingen af den lokalt tilpassede triagemodel. En af medarbejderne i udviklingsgruppen siger:

”De var 100% med på hvad der foregik, og hvor vi var på vej hen under hele forløbet, selvom det egentlig primært var [navn på udviklingssygeplejersken] og jeg, der sad med det, så var de 100% med på hvad der foregik. Og så havde de også en rigtig stor rolle i løbet af foråret, hvor vi var tre læger på afdelingen, der skulle dække mandag til fredag i dagtid. Det betød jo lige pludselig, at jeg også havde en del klinikdage, hvor man altså ikke rigtig har tid til at rende rundt og lave alt muligt andet. Hvor de selvfølgelig også var med inde og hjælpe med at få mig frigjort, specielt lige op til maj måned hvor vi startede, for netop at det overhovedet kunne nås. Så de var orienteret fuld ud men gav selvfølgelig deres besyv med og fungerede som sparringspartnere [...] og ellers som støtte i forhold til at få tingene til at fungere og undervisningsmæssig implementering og så videre. Det var ledelsens primære rolle” (interview 18:14).

Desuden beskrives samarbejdet, sparringen og erfaringsudvekslingen med Karolinska

Universitetssjukhuset, som beskrevet ovenfor, som en essentiel fremmer i innovationsprocessen. Endelig fremstår udviklingssygeplejersken som den, de fleste peger på, som den centrale aktør i processen fra idé over implementering til spredning, dette qua engagement og faglige visioner for akutområdet.

Barrierer

Af elementer der kan fortolkes som barrierer for innovation, nævner de involverede aktører eksempelvis at nå at få gennemført undervisning af personalet før den fastlagte opstartsdato. Desuden har samarbejdet med en gruppe fra Herlev Hospital været en del af udviklingsarbejdet, et samarbejde, der dog ikke blev ført hele vejen igennem processen på grund af forandringer i ledelses- og medarbejdergruppen på Akutafdelingen, Herlev Hospital. Ledelses- og/eller medarbejdermæssig diskontinuitet kan således være en væsentlig barriere for innovationsprojekters forløb. I dette tilfælde betød det, at der i dag er to tæt beslægtede, men ikke ens, modeller i brug på de to afdelinger, hvilket ikke var intentionen i udgangspunktet for samarbejdet. Så på et overordnet niveau har de to udviklingsgrupper nået målet for deres innovationsprojekt, men ikke i den form som oprindeligt var planen: en *fælles* triagemodel.

7.2 Implementeringsprocessen – fra model til praksis

Fremmere

I forhold til implementeringsprocessen italesættes dialog med brugerne, sygeplejerskerne, af den ene medarbejder i udviklingsgruppen som en vigtig facilitator for implementeringsprocessen. Dialogen er foregået dels gennem udviklingsmedarbejdernes tilstedeværelse i klinikken og dels gennem tilbagemeldingskort, hvor sygeplejerskerne kunne indrapportere erfaringer med uklarheder i kontaktårsagskort eller andre problemer i arbejdet med triagemodellen.

Barrierer

Implementeringsmæssigt nævnes flere forhold, der kan karakteriseres som værende barrierer i innovationsprocessen. For det første var det en udfordring at få uddannet personalet og implementeret modellen på visse tidspunkter af døgnet, derfor besluttede man at lave en nøglepersonordning:

”Vi besluttede os for, at vi skulle have nogle tovholdere, altså nogle nøglepersoner til at implementere i praksis, og som skulle være der på tidspunkter på døgnet, hvor vi andre ikke var der. Vi er jo sådan en døgnåben facilitet 365 dage om året, så det skulle både virke fredag morgen og

fredag aften og fredag nat, det skulle også virke, når der blev meget travlt, og det skulle også virke, når de blev kritiske, for der vil altid være nogle i sådan en forandringsproces, som stiller spørgsmålstejn ved om det her det er vejen frem. Så var det meget vigtigt, at vi havde nogle ambassadører, som kunne lave nogle alliancer og særligt også melde tilbage til os i implementeringsgruppen, hvad er det der virker og hvad er det der ikke virker” (interview 17:23).

Det er dog ikke i datamaterialet helt klart, i hvor høj grad denne ordning har fungeret i praksis. En sygeplejerske involveret i ordningen beskriver den som en ordning, der aldrig kom i gang, mens udviklingsgruppen omtaler den som i nogen grad at have været iværksat i praksis. Denne diskrepans siger i sig selv noget om perspektivforskellen deltagerne imellem i en innovationsproces, der involverer mange forskellige aktører.

Et andet element der nævnes, som kan forstås som en barriere i implementeringsprocessen er manglende personaleressourcer. En af udviklingsmedarbejderne siger:

”I starten havde vi en sygeplejerske, der triagerede alle patienter, og [men] det havde vi simpelthen ikke ressourcer til [at opretholde]. Det tog for lang tid, fordi det er omkring 60 lette skadepatienter vi har og cirka 60 indlæggelser vi har i døgnet, og de kunne ikke nå at triagere de her 120 patienter. Så besluttede vi os simpelthen til, at nu prøver vi at fokusere på de 60 indlæggelser og så må vi - indtil vi kan beskrive os videre ud i det, at vi skal have nogle flere ressourcer, hvilket er svært - så må vi lade skadestuens 60 patienter sejle deres egen sø på den måde, at andre undersøgelser viser, rundt omkring, at sekretærene kan godt spotte, hvem der skal den vej” (interview 17:17-18).

Man har således undervejs måttet tilpasse forventninger og ambitioner til lokale forhold, som man ikke har nogen indflydelse på, men som er afgørende for, at triagemodellen kan anvendes efter hensigten.

Implementeringsmæssigt synes der desuden at være en overordnet barriere, som består i at få det nye indpasset i de eksisterende strukturer og arbejdsgange på afdelingen. Gamle rutiner har skullet ændres og især at få personalet til at måle de vitale værdier på patienterne, som foreskrevet i triagemodellen, beskrives af ledelse/udviklingsgruppe som en udfordring grundet modstand fra personalet:

”I Den Danske Kvalitetsmodel, som fokuserer på det fagprofessionelle, der beskrives, at vi skal have detaljerede beskrivelser af hvordan vi standardiserer forløbene. Og at det ikke skal være tilfældigheder, der er bærende for hvordan vores kvalitet udløses, og der er triage en rigtig, rigtig god måde at systematisere modtagelsen af patienter, vi tager sådan nærmest kognitivt ejerskab af

hvordan at fagprofessionelle med deres egen autorisation skal tænke og det, det er der en masse modstand i. Folk føler næsten, at de har fået "licence to" alt muligt, når de har fået en autorisation, så kan de slet ikke styres, og det er både sygeplejersker og læger, og derfor har triage jo været en stor forandringsfase for afdelingen og personalemæssigt har det været ret hårdt" (interview 17:2). Personalet beskriver et for stort fokus på at være de første på bekostning af tid til grundig forberedelse (undervisning af personalet) samt manglende ressourcer (nok personale til at arbejde efter modellen m.m.) som de primære barrierer i implementeringsfasen. En sygeplejerske siger:

"Uanset hvad og på hvilke bekostninger, vi skulle bare være de første. Det har betydet, og det har vi alle sammen kunnet mærke, det har betydet rigtig meget for [navn på medarbejder i udviklingsgruppen] og for ledelsen, at vi skulle profilere os ved at sige 'vi startede, det var os, vi kom først'. Og det har helt klart haft nogle omkostninger, vi fik startet for tidligt, og jeg mener stadigvæk vi har problemer, for tingene var ikke i orden [...] Fejl nummer et, vi brugte ikke tid nok på at få hele personalegruppen med inden vi gik i gang. Fejl nummer to var, at vi var ikke normeret til det, vi gik i gang uden at være normeret til det overhovedet, og det var også det Katarina [svensk sygeplejerske der har været med til at uddanne personalet] går op i, sørg nu for at være *nok*, lad være med at gøre det halvt, så bliver det, det kan ikke lade sig gøre, hvis ikke I er normeret til det. Det var vi ikke, men vi gik i gang for nu *skulle* vi. Du kan se, det fungerer heller ikke, men vi skulle i gang, for nu kan vi i hvert fald sige udadtil, at vi gør det. Og så den tredje ting, det er de fysiske rammer" (interview 9:5+10).

På spørgsmålet om hvordan udviklingen og implementeringen af triagen er forløbet, siger en anden sygeplejerske:

"Altså, jeg synes jo personligt ikke, at den er forløbet efter deres mål, vi skulle have haft meget mere undervisning [...] vi skulle have haft undervisning i t1 og t2, og det blev ikke lige sådan, jeg tror jeg har været til en halv dag [et modul], og der er nogle af mine kolleger, der slet ikke har været til undervisning forinden, ikke, så på den måde har det ikke været optimalt. Det er sådan lidt tillempet, ikke, og så har man hjulpet hinanden. [Men] jeg synes vi har haft fin undervisning også fra en svensk sygeplejerske, som har arbejdet med det i Sverige, men ud fra som de beskrev det, så er det slet ikke sådan, det er blevet her, og det synes jeg er sådan lidt. Altså intentionerne med det er smadder godt, men praksis fungerer bare ikke" (interview 4:2).

Sygeplejerskerne peger således på følgende primære begrænsende barrierer: manglende medarbejdermotivation, for lidt personale til at få modellen til at fungere optimalt i praksis, begrænsende

fysiske rammer og utilstrækkelig uddannelse som de primære barrierer i forløbet, og barrierer som de beskriver som stadig begrænsende og en kilde til frustration i det daglige arbejde med triagen. Og hvor udviklingssygeplejersken taler om det at inddrage ekspertise ude fra som en fremmer for implementeringsprocessen, så fremstår dette valg i sygeplejerskens beskrivelse som af mere ambivalent karakter. Sygeplejerskerne sammenholder det, af den svenske sygeplejerske beskrevne, scenarie med den situation, de befinder sig i – og oplever at de to scenarier ikke stemmer overens – hvorved diskrepansen mellem intention og realitet i arbejdet med triagemodellen tydeliggøres. Det, der fra ét perspektiv kan ses som en fremmer, kan således fra et andet perspektiv opleves som en barriere. Og disse modstridende opfattelser kan i sig selv blive en barriere, hvis forskellige gruppers forståelser af processen således er i fare for at fjerne sig mere og mere fra hinanden, hvorved den førnævnte diskrepans mellem model og praksis kan opleves endnu større end før.

Opsummerende kan man påpege, at fremmere og barrierer i innovationsprocesser ikke er entydige størrelser, men altid vil være perspektivafhængige, hvilket ses i de forskellige barrierer og fremmere der tales frem i henholdsvis udviklingsgruppens og medarbejdernes beskrivelser af udviklings- og implementeringsprocessen.

7.3 Innovation i strømmen af forandringer - er der et 'efter' implementeringen?

Man kan på sin vis spørge, om modellen stadig er i implementeringsprocessen, idet den dels ikke er fuldt implementeret i Akutafdelingen og dels er flere tiltag stadig under udvikling. Ideen om veldefinerede og på hinanden følgende faser, som skal gennemløbes for at få et produkt iværksat, må nuanceres, idet grænserne er diffuse og processen ikke kendetegnet som simpel progression igennem et på forhånd defineret forløb.

Innovationsprocessen er blevet en lang proces, som kobler an til andre processer, hvilket understreger vigtigheden af at betragte den kontekst, som innovationen skal indlejres i. Man har efter udviklingen af modellen stået i situationer, hvor man har måttet træffe valg, der har været nødvendige for

at få triagemodellen implementeret i praksis, men som også har forskudt den nuværende brug i forhold til de oprindelige intentioner (triagemodellen anvendes eksempelvis ikke i skadestuen og funktionerne triagerende og modtagende sygeplejerske er ikke adskilt, den primære og sekundære triage udføres typisk af den samme sygeplejerske, desuden har man ændret reevalueringstidsrammerne i modellen – alle tre forhold på grund af manglende ressourcer). Desuden har man i implementeringsprocessen gjort sig den erfaring, at kvaliteten af triagen, hvilket strider mod intentionerne, er faldet, og man har måttet handle herpå:

”Det viser sig nu, at vi bliver nødt til at gå tilbage til, at det skal være en udvalgt skare, der skal primærtriagere. Vi troede at det kunne man bare, men modellen har ligesom tre pinde, og det er vitalparametre, det objektive, det er symptomet, altså gå ind og udspørge til hvor meget og hvor lidt og sådan nogle ting, og så er det den her faglige intuition og erfaring, og den fylder måske endda halvdelen af det. Øhm, man må ikke tro på at modellen alene kan gøre det, modellen er bare en måde at ensrette vores aktiviteter på, så skal man simpelthen være fagligt kompetent. Det har vi... det har været nedslående at opleve” (interview 17:21).

Der er således blevet skabt personaleklynger på afdelingen (opdeling i funktionerne akutsygeplejerske, behandlersygeplejerske, triagesygeplejerske og koordinerende sygeplejerske) for at afhjælpe dette kvalitetsproblem. Man må således anskue implementeringsprocessen som en dynamisk proces, hvor der sker en kontinuerlig tilpasning af *både* omgivelser, medarbejdere og model for at få forandringen implementeret i en for afdelingen acceptabel form. I denne proces er der sket forskydninger i forhold til den oprindelige intention om hurtigt at have en fuldt implementeret triagemodel i afdelingen og undervejs i processen er der foretaget tilpasninger af både model (fx tilpassede kontaktårsagskort), medarbejdergruppe (fx fyring af modvillige medarbejdere) og omgivelser (fx er en ombygning af afdelingen i gang som bl.a. skal skabe rumlige forhold, der er egnede til at udføre den primære triage i). Det er således en innovationsproces præget af dialektisk forhold mellem model og kontekst, hvor begge elementer er blevet forandret for at komme nærmere en fuld implementering af den nye triagemodel.

For at forstå kompleksiteten i innovationsprocessen må man desuden betragte triagen i en større forandringskontekst, idet afdelingen har været præget af forandringer de seneste år – startende med selve

dannelsen af Akutafdelingen i marts 2008 ved sammenlægning af tidligere selvstændige afdelinger.

Desuden var der i tiden for dataindsamling til denne rapport flere nyligt afsluttede eller igangværende

forandringsprocesser i afdelingen, fx:

- skift i arbejdsplan der medførte weekendarbejde hver anden i stedet for hver tredje weekend
- forberedelse på vagtrotation imellem arbejdsfunktioner (observationsafsnit og skadestue/modtagelse) gennem 1 måneds 'oplæring' i det afsnit man ikke er tilknyttet i øjeblikket
- inddeling af personalet i klynger med hver deres specialfunktion – akutsygeplejerske (basisfunktionen), koordinerende sygeplejerske, behandlersygeplejerske og triagesygeplejerske.
- task force proces, der skulle lede frem til fastsættelse af afdelingens fyringsbehov og efterfølgende fyringsrunde
- ny ledende overlæge i afdelingen
- eksistensen af en relativt ny akutlægefunktion (i klinisk funktion siden januar 2009) som er en stor forandring for feltet, idet man som afdeling traditionelt set har 'tilhørt' andre specialer og ikke har haft 'egne' læger.

Disse forandringer træder frem i personalets beskrivelser af deres arbejde, hvor triagen af flere beskrives som blot endnu en i rækken af forandringer på afdelingen. Forandring beskrives som en form for kronicitet – at forandring ikke er den uvante tilstand men en kronisk tilstand, som er med til at sætte rammerne for deres arbejde. Kontinuerlige forandringer er i høj grad et grundvilkår i en sundhedsvæsenkontekst men fremstår i denne case også som en potentiel barriere for innovation idet det nye tiltag blot bliver ét i rækken af forandringer. Det er derfor ikke kun den specifikke forandring, men også det at modellen er endnu en forandring inden for kort tid, der møder modstand fra personalet.

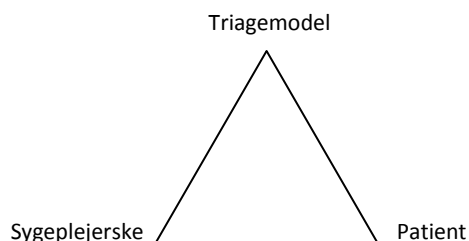
Endelig er det værd at bemærke, at både sygeplejerskerne og udviklingsgruppen i forskellig grad har oplevet udviklingsprocessen som forceret på grund af tidsrammen. Så selve innovationspotentialet i projektet – at være de første til at udvikle og implementere en triagemodel i FAM-regi – kan på sin vis også betragtes som en barriere for at få et velfungerende og fuldt implementeret arbejdsredskab i funktion i

afdelingen på grund af de uflexible tidsmæssige rammer for processen, der skabes af ønsket om at være først på feltet.

8 Relationerne mellem sygeplejerske, triage og patient

I dette og de følgende to kapitler vil jeg, ved at betragte forskellige relationskonstellationer, analysere nogle af de betydninger arbejdet efter triageprincipperne har for medarbejderne (primært sygeplejerskerne) på Akutafdelingen. Analysen er opdelt i en række temaer, som bliver berørt i interviewene, og som dækker nogle væsentlige aspekter ved arbejdet med triagemodellen.

Den relationskonstellation, der bliver behandlet i dette kapitel, består af elementerne: patient, sygeplejerske, triage. Først vil der blive sat fokus på relationen sygeplejerske – triagekategorier, der medieres via patienterne, og nogle centrale kategoriseringseffekter bliver analyseret. Dernæst sættes der fokus på sygeplejerske – patient relationen, der medieres af selve triageringsprocessen, hvor fokus er på den viden om patienten, der skabes i triageringsprocessen og bliver en del af relationen mellem sygeplejerske og patient i det konkrete arbejde i afdelingen.



8.1 Øget sikkerhed og tryghed via synlighed og overblik

Der er interviewet 15 sygeplejersker til denne undersøgelse, og et genkommende element i deres fortællinger om arbejdet med triagemodellen er, at de beskriver, at de oplever forskellige former for, og grader af, øget sikkerhed i relation til patienterne. En form for sikkerhed, der beskrives, er den, der er opnået, fordi triagen på et overordnet plan har skabt et bedre overblik over patienterne på afdelingen. Sygeplejerskerne fortæller, at de igennem det overblik over patienterne og deres tilstande, som

kategoriseringen af patienter i triagens prædefinerede farvekategorier giver, oplever en form for sikkerhed i form af tryghed. En sygeplejerske siger:

”Det giver et bedre overblik over, hvem der er akut dårlige, så de ikke ligger, som de tidligere har gjort, ude på gangen og falder hen, for eksempel. Og vi har jo tidligere råbt højt om, at vi har været bange for, at der pludselig lå en og var død, fordi vi ikke havde overblikket over, hvem der lå. Og det har vi også set, den ene tror den anden har taget imod, og så sker der det, at der slet ikke er taget imod, og så er patienten glemt og ligger måske og er hundedårlig, det er det, der er sket mange gange. Det er jo der det [triagen] skaber en tryghed for os” (interview 8:4).

Sikkerheden består ifølge sygeplejerskerne for det første af, at patienterne bliver taget imod, når de kommer til afdelingen (eller relativt kort tid herefter) og får deres tilstand vurderet. Sygeplejersken oplever således en klarere arbejds- og ansvarsfordeling i afdelingen, hvor der gennem standardiseringen af modtagelsen af patienter og den dertilhørende triagering umiddelbart efter ankomst til afdelingen tidligt skabes en tydelig og veldefineret relation mellem en specifik sygeplejerske og den nytilkomne patient.

Et andet sikkerhedstema, der er genkommende i interviewene med sygeplejerskerne, er, at triagen som arbejdsredskab giver sikkerhed gennem en anden form for overblik, som ikke angår patienterne i afdelingen som helhed, men mere specifikt handler om overblikket over den enkelte sygeplejerskes patienter. En sygeplejerske fortæller om triagen som et redskab til at få overblik over sine egne patienter:

”Når jeg møder i aftenvagte eller nattevagte og lige får tildelt fire patienter og får meldt en, så er det rigtig rart at vide, at de er triageret, han er gul og han er grøn, fint, så er det okay. Jeg prøver altid at få sagt goddag til alle mine patienter som det første, når jeg møder, men man kan godt stå i en situation, hvor det ikke er muligt. Jeg kan huske jeg mødte ind i en nattevagt, hvor de havde haft voldsomt travlt [i aftenvagten], og en af de ting, der var blevet nedprioriteret, det var triagen. Og det var så svært at finde hoved og hale i den vagt, det gav bare sådan, ja bølger hele natten igennem, for du havde den der rigtig ubehagelige fornemmelse, at du egentlig ikke helt vidste, og hvis der så heller ikke er dokumenteret ordentligt i papirerne, så står du helt på bar bund” (interview 5:5).

Endelig påpeger en anden, at der også på enkelt patient-niveau er skabt et bedre overblik over patienten.

Dette overblik skaber for nogle en mindsket frygt for at overse noget, der burde have været handlet på:

”Det giver mig en eller anden ro, fordi man som sygeplejerske godt kan have det der ’nej, har jeg overset noget, er der noget jeg har glemt, noget jeg har overset og ligger patienten og er rigtig, rigtig syg og jeg har slet ikke fået øje på det’, så på den måde synes jeg, at jeg føler mig faktisk tryk ved at bruge det” (interview 2:3).

Dette aspekt er dog mest fremtrædende i de relativt uerfarne sygeplejerskers beskrivelser af deres oplevelser af at arbejde efter triagemodellen.

Det er således både på afdelings-, patientgruppe- og enkelt patient-niveau, at overblikket over patienterne, som triagen tilskrives at bidrage med, medfører en fornemmelse af en højere grad af tryk og sikkerhed for mange af sygeplejerskerne i undersøgelsen.

8.2 Kategoriernes midlertidighed skaber uvished

Men den oven for beskrevne sikkerhed er samtidig en sikkerhed, der ikke er entydig og permanent, for under overfladen lurer uvisheden, som man kan forstå i lyset af den måde akuttillstanden beskrives på, at det er en tilstand som kan optræde uden varsel og som ikke er stabil. Flere sygeplejersker betegner selve kendetegnet for en akutpatient via termen ustabilitet. Enten *er* patienten ustabil og har brug for stabilisering *eller* at det er en potentiel tilstand, som kan indtræde, før man ved af det. I en samtale med en gruppe sygeplejersker ytrede de den holdning, at ”de grønne kan være de farligste”. De forklarede, at de patienter, der kategoriseres som grønne (mindst akutte triagekategori i anvendelse), typisk venter længe og i den tid kan de ”nå at skifte farve” mange gange, uden at det nødvendigvis opdages (de grønne patienter regnes i modellen for sandsynligt stabile i to timer, hvorefter der skal retriageres). Derfor synes der at være et paradoks i den sikkerhed, som sygeplejerskerne beskriver, idet den ved nærmere overvejelse er midlertidig og ufuldstændig. På trods af dette paradoks finder hovedparten af informanter dog triagen som et godt redskab, som man dog ikke skal stole blindt på. De fleste sygeplejersker påpeger, at triagen ikke gør én i stand til at opdage alt, man må have sit kliniske blik og sin intuition for at kunne kompensere for triagens ufuldstændighed. Dette er et element, der desuden er indskrevet i triagemanualen (jf. afsnit 6.2.1).

Det kan forstås som et forsøg på at standardisere gennem anvendelse af standardiserede kategorier og kritisk undren - både en formalisering og et situationelt og personafhængigt element. Der er således indlagt et element af forbehold for modellens ufuldstændighed i selve modellen.

Der er blandt informanterne forskellige perspektiver på, hvordan den vigtige viden om patientens tilstand, der danner baggrund for vurderingen af patienten, opnås – og om det er de vitale værdier/kontaktårsager eller klinisk blik, intuition og erfaring, der er kilde til at kende patientens egentlige, og som regel uafklarede, tilstand. Den vitalværdi-baserede vurdering tilskrives af en af sygeplejerskerne en rolle som noget, der kan afsløre patientens *reelle* tilstand, som man ellers ikke altid kan se. En relativt ny sygeplejerske i afdelingen siger:

”Vi vurderer deres tilstand ud fra nogle parametre som gør, at vi får et hurtigt indblik i hvor dårlige de reelt er og på den måde kan triagen hjælpe os med at patienterne de bliver tilset ud fra det kriterium, hvor dårlige de er ” (interview 1:3).

En anden meget erfaren sygeplejerske siger:

”Jeg kan da godt se, at det giver nogle ting, som vi ikke havde før, men det erfarne kliniske øje er også okay, og det er ikke alt du kan se ved triagen, vel. Så det er en god hjælp til dem du ellers måske ikke ville fange, og så kan man sige, så er der jo måske nogle du lader være grønne som måske egentlig burde triageres op, fordi du har din erfaring gør du det så til gul, ikke, fordi du ved, at denne her kategori patienter er en, som man lige skal holde til øje med [...] du fanger nogle, som du ikke fangede før, men hvis du kun forlader dig på det, du læser i triagen og ikke har klinisk erfaring, så kan du godt risikere at miste nogle på det også” (Interview 3:2-3+6).

Der er således ikke enighed om, hvad der er kilde til den reelle viden om patientens tilstand, men flere påpeger, at triagen som arbejdsredskab faciliterer, at sygeplejersken får en mere nuanceret og specifik viden om patientens tilstand, en viden der adskiller sig fra den diagnosebaserede viden, som før i højere grad var i fokus. En erfaren sygeplejerske i modtagelsen siger:

”Det kan godt være, at det er den, der har en dvt [dyb venøs trombose; blodprop i benet], der har et blodtryk på firs over tres. Og det kan de [lægerne] ikke se på diagnosen, men det kan de [lægerne] på farven” (interview 10:4).

En anden sygeplejerske beskriver forholdet således:

”Man kan godt have en alvorlig diagnose og være stabil eller have en kronisk sygdom og være stabil [...] Så diagnosen synes jeg ikke altid giver et billede af, hvor dårligt de har det [...] jeg synes det her [triagen] siger lidt mere om, hvor stabile og ustabile de er” (interview 13:6).

Triagen tilskrives således et andet udsigelsespotentiale end diagnoser. Sygeplejerskerne beskriver et skift fra en prioritering primært med fokus på kontaktårsag/diagnose til et fokus på den aktuelle, specifikke krop, som vitalværdimålingerne og kontaktårsagsvurderingerne, der resulterer i en triagekategori, er med til at bibringe. Så selvom farvekategorierne på sin vis er brede kategorier, der ikke umiddelbart siger noget om patientens specifikke tilstand, så oplever nogle sygeplejersker, at de giver bedre indsigt i *akutheden* af tilstanden, end diagnosen i sig selv gør. Akutheden vurderes på tre parametre: en generel og standardfastlagt akuthed der vurderes via kontaktårsagskortene, en specifik målingsbaseret vurdering af akuthed via vitalværdierne og endelig den akuthed der skal opfanges af sygeplejerskens sundhedsfaglige kritiske undren – hvor den kritiske undren bliver en slags residualkategori, hvorigennem de tegn, der ikke på enkel vis kan standardiseres, men skal opfanges gennem erfaring, situationel opmærksomhed og fornemmelse. Også triagens indbyggede reevalueringsstandarder tillægges en betydning som et element, der skærper opmærksomheden og kræver stillingtagen:

”Man hele tiden bliver mindet om, at det her det kan udvikle sig, og at man hele tiden alligevel har i baghovedet, at nu skal jeg ind og se til hende her, fordi hun er triageret gul eller hun er triageret orange, så jeg skal derind. Så jeg tror alligevel, at man er mere opmærksom på, at de kan ikke bare ligge, patienterne, i timevis uden at man ser til dem” (interview 2:6).

”Her bliver man nødt til at tage stilling til, at når man måler så ofte i triagen, at man så også tager stilling til, at nu er der altså sket en ændring, enten til den ene eller anden vej, og så kontakter man nogen eller konfererer det med nogen, som gør, at så er man allerede et stykke videre i patientforløbet. Så det fordrer mere, at vi tager stilling, det er det, jeg mener med det, hvor førhen der har man kunnet gå igennem det og så måske sidst på vagten funderet over hvorfor man egentlig lige havde stillet skarpt på det, eller at man måske en time før skulle have reageret på det, og så er man blevet det klogere, men det hjælper jo ikke patienten” (interview 1:15).

Det er således en dynamisk vekselvirkning mellem standardiserede og personlige elementer, der skal forbedre sikkerheden for patienterne på afdelingen. Men det er langt fra altid muligt for sygeplejerskerne

at efterleve triagemodellens standarder. De beskriver at opleve uoverensstemmelse mellem model og praksis, en uoverensstemmelse der primært handler om vidensniveau eller om ressourcer. Lad os betragte det sidste element først.

8.3 Ressourcefordeling – samspillet mellem triage, tid, arbejdsmængde og faglighed

Et andet genkommende tema i sygeplejerskernes beskrivelse af deres arbejde hvor triagekategorierne får tilskrevet en overbliksskabende funktion er ressourcefordeling. To ressourceområder, der omtales i relationen mellem sygeplejerske og triage, vil her blive behandlet: tid i forhold til arbejdsmængde og faglighed. Dette er en analytisk opsplnitning, da områderne i sygeplejerskernes beskrivelser er tæt sammenkoblet.

8.3.1 Tid/arbejdsmængde

I forhold til tid/arbejdsmængde spiller kategoriseringen af patienter via triagemodellen en rolle for sygeplejerskernes planlægning af deres tid. Og triagen tilskrives den funktion, at det er et redskab, der er medvirkende til at skabe overblik og synlighed omkring den enkelte sygeplejerskes arbejdsmængde:

”Jeg bruger triagen som et redskab til at, jamen har jeg tre orange patienter, så kan jeg stort set ikke have flere, fordi så udfører jeg ikke mit arbejde, som jeg skal i forhold til triagen. Det synes jeg er med til at gøre det [mit arbejde] nemmere” (interview 6:3).

”Det er jo en stressfaktor, at man ved, at der er to patienter, der skal monitoreres hvert tiende minut og man lige skal holde øje med, hvordan de ændrer sig klinisk. Men det gør også, at man kan gå ind og tale med sine kollegaer, sin koordinator, og sige, ’jeg har to patienter der skal monitoreres hvert tiende minut, jeg kan ikke tage imod den næste halve time før der er en læge, der har tilset patienterne’. Eller man kan bede om hjælp ved sine kollegaer og sige ’jeg har de her to patienter og jeg bliver nødt til at have noget hjælp’. Så den vej rundt stiller det også tingene lidt i relief til hvad man ellers kan nå” (interview 1:18).

Triagens kategorisering gør, at sygeplejersken ikke alene får en viden om patienterne men tilsyneladende også opnår en viden om sin egen ’tilstand’ – at hun ikke kan påtage sig flere arbejdsopgaver i form af at

modtage nye patienter. Således er triagen ikke blot et patientkategoriseringsredskab men også et kategoriseringsværktøj, der rækker ud og siger noget om sygeplejersken – i hvert fald om det ideelle forhold mellem tid og arbejde, for i praksis er det ikke altid muligt at opretholde dette ideelle tid/arbejdsopgave forhold, som modellen lægger op til. Flere sygeplejersker udtrykker, at triagens kategoriseringer og de dertilhørende tidsstandarder kan give dem en form for ro når forholdene på afdelingen gør, at kravene kan overholdes. En relativt ny sygeplejerske i afdelingen beskriver dette:

”Det at man får sat en farve på og det der, jamen i forhold til værdier, at man lige bliver bekræftet i, jamen det er okay, at der kun skal måles en gang i timen, eller hvor tit man skal tilse patienten” (interview 5:3).

Triagekategorierne kommer således også til at fungere som en form for standard for sygeplejerskerne, som gør definitionen af, hvad der er ’godt nok’ i relation til vurdering og revurdering af patienterne mere tydelig. På denne måde får triagen en funktion som legitimeringsredskab.

I selve arbejdssituationen synes de grønne patienter at være en vis lettelse, idet de normalt ikke kræver lige så mange ressourcer inden for en lille tidsmargin, som er tilfældet for andre triagekategorier, og denne tidsfleksibilitet gør det nemmere for sygeplejerskerne at få arbejdsopgaverne passet ind imellem hinanden. Men samtidig kan de røde patienter også tidsmæssigt være en vis lettelse, da denne kategori gør det legitimt at fokusere på at bruge ’den tid, der skal til’, en sygeplejerske forklarer:

”[Når]jeg har en rød patient, så ved den koordinerende sygeplejerske godt, at så får jeg ikke set til de andre patienter, for så står jeg hele tiden inde på stuen, og jeg har som regel en læge hos mig. Og det er, det er godt, det er rigtig godt, man har den tid man skal bruge, og lægen er der, og det går stille og roligt som det skal, ingen panik og der er et godt samarbejde [...] Man respekterer triagefarverne, og man respekterer at en rød patient tager al tid. Og hvis man har en rød patient, så er det legitimt, at man ikke er inde hos de andre patienter, så er der nogle andre, der tager over” (interview 2:8-9,11).

Så paradoksalt nok er det netop der, hvor tiden er mest kritisk, og hvor der typisk er mange opgaver at udføre, at der med triagen skabes veldefinerede rammer der gør, at hun oplever, at hun har tid til at udføre sit arbejde på en personligt og fagligt tilfredsstillende måde.

8.3.2 Tid/faglighed

Men de klare krav og forventninger der ligger i triagemodellen betyder ikke udelukkende ro og sikkerhed, de kan også fungere som en stressfaktor. Flere sygeplejersker udtrykker at de oplever en utilstrækkelighedsfølelse, når de ofte i det daglige arbejde oplever ikke at kunne overholde de krav, som triagemodellen udstikker:

”Der ligger nogle forventninger i, at når man giver en given farvekode, at det så også bliver fulgt op [...] du kan jo se du har en der er den farve, som burde have været tilset for en halv time siden, og du har bare ikke nået det, fordi der har været fem andre, som også skulle tilses på samme tid, ikke, så det kan også give en konstant stress, at man kan se, man ikke følger det, som man er pålagt at følge” (interview 13:8).

”Du oplever hele tiden, at du ikke er tilstrækkelig, og du kan ikke nå de ting du skal, du kan ikke opfylde de arbejdsopgaver du skal, der sidder hele tiden ti [overdrivelse, sagt med frustration i stemmen], der ikke er triageret” (interview 9:8).

For en anden er det netop de standardiserede krav, der gør, at hun kan se bort fra sine *egne* standarder for høj faglighed og den gode sygepleje og sige, at det var godt nok ifølge triagen, selvom hun måske ikke selv fandt plejen af patienten tilstrækkelig:

”Nogle vagter kan man godt gå hjem fra og så tænke, at man egentlig har været utilstrækkelig i en eller anden sammenhæng, og det må man så, eller jeg prøver at se mig ud over det, for jeg har alt det her monitorering og den her triage som gør, at det ikke er nu og her jeg kan skabe den her varme og nærhed, som jeg måske kan på en stamafdeling” (interview 1:20).

Denne sygeplejerske peger på det forhold, at der med det øgede fokus på formaliseret triage med systematisk prioritering og reevaluering med dertilhørende vital værdi-målinger og dokumentation er blevet mindre fokus på - og tid til - traditionelle og af den enkelte sygeplejerske prioriterede

sygeplejefaglige omsorgs- og plejeopgaver. Hvis man som sygeplejerske har sin kernefaglighed tæt bundet op på de mere personlige elementer, kan afdelingens fokusskift hen imod en stadig større vægtning af dokumentation og standardisering af arbejdsgange således bidrage til en oplevelse af ikke at udfylde sin rolle 'godt nok'. I begge ovenstående tilfælde får triagen tilskrevet rollen som en ekstern målestok for kravopfyldelse, men, som vi har set, kan effekten både være stress- og utilstrækkelighedsskabende og legitimerende.

Flere sygeplejersker tilskriver triagen en anden rolle i relation til tid og faglighed, idet de håber, at triagen kan blive et redskab til at skabe en tydelighed omkring de ressourcer, som de oplever som manglende for at få arbejdet med triagen til at fungere. En erfaren sygeplejerske på afdelingen siger:

"Da jeg stod som koordinerende i sidste uge, så stod jeg med syv orange patienter på tavlen på én gang. Det vil sige, at rent teknisk så skal jeg have syv sygeplejersker inde på syv stuer, som skal observere en patient hvert tiende minut [...] Vi er for dygtige til at passe for mange patienter på én gang, hvilket så gør, at vi ikke får gjort den egentlige pleje, som vi skal. Det ser meget godt ud, men rent teknisk er det ikke så godt for patienten, for vi får ikke brugt den tid, som vi skal, på den [vedkommende]. Så det kunne være fristende nogle gange at sige 'i dag kører vi benhårdt efter farverne, og så må resten af verden vælte', bare for at give et indblik i hvad er det der sker, hvis vi skal følge triagen" (interview7:10+11).

Denne sygeplejerske forstår triagen som et potentielt middel til at synliggøre manglende ressourcer – men kun hvis der skabes et brud på den tilsyneladende orden, der ifølge sygeplejersken skabes, når arbejdsopgaverne bliver udført, selvom der reelt ikke er bemanning til, at de indbyggede tidsstandarder opfyldes. Hvis der eksempelvis ikke er tydelighed omkring det faktiske i forhold til det foreskrevne tilsynsniveau, træder der en ny utydelighed ind omkring sygeplejerskernes reelle arbejdsmængde, idet denne bliver utydeliggjort fordi triagemodellens tidsstandarder antages opfyldt, men ikke nødvendigvis bliver det. En anden sygeplejerske siger:

"Tit i aftenvagten bliver folk ikke triageret, men vi *skal* triagere, og det hedder at vi triagerer, og det er pålagt os, at vi skal gøre det. Det der så sker er, at det bliver vendt rundt, og så får vi at vide, at hvis vi ikke har triageret, så har I [vi] prioriteret forkert. Jamen, prioriteret forkert? Hvis jeg har tre

sygeplejersker, og der er tre tæskedårige patienter og står med et hjertestop og alt muligt, hvordan skal jeg så prioritere anderledes?" (interview 9:7).

I en bredere ansvarsoptik opfattes triagen her således også som en måde, hvorpå ressourcemangel usynliggøres og transformeres til at prioriteringsspørgsmål.

Overordnet set tegner der sig et billede af, at det i højere grad er manglende ressourcers indflydelse på deres arbejdsforhold end triagemodellen som arbejdsredskab, som sygeplejerskerne finder frustrerende. En sygeplejerske siger:

"Jeg er rigtig vild med triagen, jeg er rigtig vild med modellen, og jeg er rigtig ked af, at det ikke kan køre optimalt. Det kunne være fedt at prøve, at det bare fungerede, bare en enkelt dag at have alle ressourcerne, det kunne være så sjovt at prøve" (interview 9:14).

8.4 Opsamling

Der er flere forhold i spil i relationen mellem sygeplejerske og triagens kategorier. Dels oplever mange sygeplejersker, at de giver et bedre overblik over og sikkerhed omkring patienterne på flere niveauer, og at modellen også gør det nemmere at få overblik over arbejdsmængde og tidsprioritering. Men der er ikke en entydighed omkring de til triagekategorierne tilknyttede tidsstandarder, sygeplejerskerne beskriver, at de både kan fungere som en kilde til ro og legitimering af deres arbejdspraksis, men samtidig også som en utilstrækkelighedsskabende stressfaktor, når der ikke er ressourcer til at efterleve standarderne. Nu vender vi blikket mod den måde triagemodellen anvendes i praksis og mod nogle af de dilemmaer og udfordringer, som sygeplejerskerne oplever i det konkrete arbejde med triagemodellen.

8.5 Triagering i praksis – kompleksitet i forholdet mellem vidensniveau, erfaring og modellens kategorier

Triagemodellen er konstrueret ud fra, at det er den uafklarede akutte patient, der modtages, og i modsætning til hvad man umiddelbart ville forvente, så kan triageprocessen kompleksificeres, når sygeplejersken kender for mange detaljer om årsagen til patientens henvendelse – eksempelvis fordi

triagemodellen ikke stemmer overens med sygeplejerskens erfaring. En sygeplejerske fortæller om forholdet mellem erfaring og triage:

”Jeg har flere gange oplevet, at min erfaring og triagesystemet ikke stemmer overens, og der er visse patientkategorier hvor jeg tænker ’det her, det er ikke så farligt’, men det er det efter triagemanualen, når jeg slår op, så skal patienten tilses ofte [...] jeg har jo arbejdet på en afdeling, hvor der ligger patienter med atrieflimmer i alle aldersklasser, unge mennesker og gamle mennesker og mænd og kvinder, og når de er indlagt med atrieflimmer, så har de sådan en hjerteovervågning på, så man kan følge deres hjerterytme. Men vi går ikke og ser til dem hele tiden, patienterne, og det er jo en medicinsk afdeling de ligger på, og der ser man måske lidt færre gange til patienterne, men i hvert fald bliver det ikke regnet for, at man hele tiden skal observere en patient tæt, når de kommer ind med atrieflimmer. Men der har jeg jo så oplevet med triagesystemet, der har jeg oplevet to gange – den ene gang det var en dame, hun havde en hurtig frekvens, men det var atrieflimmer og det vidste man det var, og lægen havde set EKG’et, og jeg ville ikke, med den erfaring jeg havde, ville jeg ikke tilse patienten så ofte, men det mente lægen, jeg skulle, at hun skulle tilses hvert tiende minut. Og altså, det var jo ud fra hele det her triagesystem, er pulsen så og så høj og er den uregelmæssig så kommer man ind i den orange kategori, og det gør patienterne jo ikke, hvis de er indlagt med atrieflimmer, så lige så snart den her dame ville komme op på en afdeling, så ville man slet ikke, altså, så ville hun blive set til igen omkring til aftensmadstid, ikke. Men man har dem jo også i hjerteovervågning, men man kan jo ikke måle alt, altså for eksempel kan de jo blive blodtrykspåvirket, det er der jo nogle, der kan blive, men det kan man jo ikke se på en telemetrovervågning” (interview 2:4).

En anden sygeplejerske siger:

”Det [triagekategorierne] kan også gøre det sværere at træffe beslutninger [...] for eksempel, hvis en person er fyldt fyre og har været besvimet én gang, så mener jeg, det er en orange patient. Og så kan du [samtidigt] have en gul patient, som har haft nogle bryst smerter, hvor den fyreårige er jeg godt klar over har hyperventileret og derfor har været besvimet, mens den gule reelt virkelig har et eller andet. Det kan være svært nogle gange” (interview 9:16).

I det første citat beskrives en situation, hvor sygeplejerskens egen erfaring er den, der kompleksificerer billedet, idet hun gennem sin viden om denne type patienter har et andet erfaringsgrundlag, end det triagen anviser – hun har en erfaring der gør, at modellens anvisninger ikke stemmer overens med den patienttype og praksis hun kender fra Hjerterafdelingen. I det andet citat fremstår selve den viden,

sygeplejersken har om patientens situation, som det der gør, at hun beskriver at befinde sig i et dilemma mellem triagekategorier og sin egen vurdering af situationen. Hun beskriver at have en viden om årsagen til patientens problem, der i modellen for prioriteringen af den uafklarede akutte patient antages ikke at være kendt. Idet de to patienter befinder sig på forskellige trin i en forestillet lineær proces i opklaringen af patientens tilstand og ressourcebehov, stemmer triagens kategoriseringer og sygeplejerskens situationelle vurdering ikke overens og besværliggør prioriteringen, fordi den eksterne standard fortæller noget andet end sygeplejerskens egen fornemmelse i situationen. Det er det relative forhold mellem de to patienter, som tydeliggør uoverensstemmelsen, som ikke nødvendigvis var trådt frem, hvis patienterne var blevet betragtet som isolerede tilfælde. Så kategoriernes entydighed fremstår ikke nødvendigvis lige så klart i en konkret prioriteringssituation som i triagemodellen, fordi andre vurderingsparametre, såsom erfaring eller viden om situationen, i praksis relativiserer entydigheden.

Situationer, hvor patientens vitale værdier er normale og de beskrevne symptomer ikke er specifikke nok, kan også kompleksificere triageprocessen, fordi man ved for lidt til at få indplaceret patienten i triagens kategorier. Neden for følger et kort uddrag af feltnoter fra en nattevagt i modtagelsen, som beskriver en specifik triagesituation.

Natten er stille, der er usædvanligt få patienter i modtagelsen, og jeg hjælper en af sygeplejerskerne med at rydde op på stuerne. Falck kommer kørsel to med en patient og to sygeplejersker beslutter at hjælpe hinanden med at modtage og triagere, når der nu er tid til det, "for så går det lidt hurtigere", som den ene siger. Patienten bliver kørt ind på en stue, og den ene sygeplejerske henter armbånd, etiketter, modtagelses- og observationsjournal og termometer, mens den anden modtager patienten på stuen. Patienten sidder på sengekanten mens den ene sygeplejerske måler blodtryk, puls, saturation, temperatur og respirationsfrekvens. Den anden sygeplejerske sidder på en stol ved et bord og noterer værdierne og spørger patienten om navn og telefonnummer på en pårørende, som hun også skriver ind i modtagelses- og observationsjournalen. Patienten får armbånd på, og den ene sygeplejerske spørger ind til, hvordan patienten har det, imens den anden sygeplejerske lavmælt siger til mig: "der er jo ikke en kategori der hedder alment dårlig...", hun bladrer i kontaktårsagskortene, som ligger på bordet. Hun spørger patienten: "har du haft ondt nogle steder?" og patienten svarer: "ja, lidt i brystet", sygeplejersken reagerer ikke på dette og spørger: "hvad med maven, har du haft ondt i maven?" hvortil patienten svarer: "ja, det har jeg også". Sygeplejersken noterer 1.4 [abdominal smerter] som kontaktårsag under den grønne kolonne [VAS 1-5, lidt/ingen smerter].

Dette udsnit af en triagesituation peger på det forhold, at triagemodellen ikke ukompliceret rummer alle patienter – her sker der en forhandling af symptomer for at få patienten til at passe til modellens kategorier. Denne forhandling er selvfølgelig situationel, og det er ikke min intention at vurdere, hvorvidt denne forhandling sker ud fra et korrekt fagligt skøn af patienten, men blot at tydeliggøre, at kategorier ikke er passive størrelser, som vi ordner verden med, de influerer på den måde vi forholder os til og skaber forståelser af verden på. Der eksisterer således et komplekst forhold mellem det at få netop det rette niveau af indblik i patientens tilstand og at kunne forholde patienten til de standardiserede kontaktårsagskort i triagen. Når indblikket er henholdsvis for indgående eller for begrænset, kan triageprocessen kompleksificeres og vægtningen af den, ikke nærmere definerede, personlige, faglige kritiske vurdering bliver desto større. Det kræver således arbejde at skabe overensstemmelse mellem kompleksiteten i den kliniske hverdag og modellens enkelhed og veldefinerede kategorier.

Under mere uformelle samtaler under observationerne i afdelingen beskrev nogle sygeplejersker desuden situationer, hvor de oplever decideret at mangle kontaktårsagskort til kategorisering af patienter. Eksempelvis fortalte en sygeplejerske, at hun ved patienter, der kommer ind med dehydrering eller skal observeres for hjernerystelse, mangler kontaktårsagskort. En anden beskrev det svære i at få, typisk ældre medicinske patienter, der kommer på grund af en generel forværring af deres almene tilstand, indpasset i triagen. Igen er det ikke hensigten at vurdere, hvorvidt disse patienter rent faktisk *kan* indplaceres i eksisterende kategorier. Det centrale her er, at flere sygeplejersker oplever at mangle kontaktårsagskort. Dette understreger at patienter, hvis tilstande det ikke nødvendigvis er svære for sygeplejersken at vurdere, alligevel kan blive svære at kategorisere. Man kan således spørge om, hvorvidt redueringen af antallet af kontaktårsagskort reelt har gjort arbejdet med triagemodellen mere simpelt, eller om det faktisk har gjort det sværere på grund af de færre indgange til kategorisering af patienter.

8.6 Initial ensartethed og lighed - til gavn for nogle patientgrupper, til gene for andre

Alle patienter bliver principielt vurderet ved ankomst, og den formaliserede triage har skabt en mere ensartet modtagelse af patienterne i denne henseende, idet vurderingen er rykket helt frem til ankomst og, som tidligere beskrevet, er baseret på flere parametre. Et andet område hvor sygeplejerskerne beskriver, at triagen har medført større ensartethed er i forhold til prioritering af patientgrupper. Patientmæssigt har triagekategoriernes depersonaliseringselement – at vurderingen ikke i samme grad som før alene er afhængig af den person, der tager imod - ifølge sygeplejerskerne gjort, at nogle patientgrupper, der ofte før blev nedprioriteret, nu får mere opmærksomhed:

”Det er specielt godt for en patientgruppe som var meget overset før i tiden, dem som havde drukket og som lå på gangen om natten [...] og de gamle 75, 80-årige som bare lå på gangen med våd ble i meget, meget lang tid og ingen havde tid og lyst til lige at tage imod, og når de så kom ind på stuen efter seks timer, fandt man ud af, at de faktisk havde en puls på 30 eller var rigtig, rigtig dårlige” (interview 9:6).

En anden sygeplejerske siger:

”Hvis jeg modtager en patient, som kommer ind med vejrtrækningsbesvær [...] det viser sig, der er en temperatur på 40,1, der er en respirationsfrekvens på 28, pulsen er høj og blodtrykket er lidt lavt, så vil jeg så sige, at hvor det så førhen var en, hvor man måske kunne sige: ’nåh ja, det er en gammel dame med en lungebetændelse’, så har jeg mange, mange ting, hvor jeg kan sige, at den der [parameter] scorer jeg faktisk orange på, og det gør jeg også på den der og den der, og så vinder jeg foran de andre, selvom de måske har været der en time mere, så bliver min patient prioriteret, fordi jeg kan komme med noget konkret. Det kunne jeg også før jo, men det blev bare ikke opfattet som vigtigt. Nu kan man sige til dem, at det her er vigtigt i henhold til det fastlagte, fordi vi har fået et kriteriesystem, hvor man siger, jamen er feberen over så og så meget, jamen så er den mere end bare almindelig, så skal man også handle på den her og nu” (interview 7:6).

Kriterierne for hvad der er vigtigt er ikke længere alene sygeplejerskens skøn, triagen er medvirkende til at nedtone det personafhængige i visse situationer. Vurderingen af en tilstand, der før kunne være betragtet som banal: at være gammel og have lungebetændelse, bliver gennem formaliseringen af patientprioriteringen gjort uafhængig af indlejrede konventioner - på afdelings- eller enkelt sygeplejerske niveau - om hvilke personkategorier der er vigtige og hvilke sygdomstilstande, der er alvorlige. Dette skal ikke forstås som et argument for, at alle uligheder er elimineret med indførelse af formaliseret triage, men der er i princippet sket forskydning af fastlæggelse af kriterierne for prioritering, som er rykket frem i udviklingsarbejdet (hvor triagen er udformet i relation til lokale, regionale og nationale retningslinjer) i stedet for at være personrelateret og afhænge af den enkelte sygeplejerskes situationelle vurdering. Men hvorvidt der så blot er opstået andre former (end ventetid og manglende opmærksomhed) for uligheder i praksis, er datagrundlaget til denne rapport ikke anvendeligt til at sige noget om.

Hvor de depersonificerende effekter oven for blev beskrevet som en fordel for patienterne, beskriver en anden sygeplejerske problemstillingen fra en anden vinkel, nemlig at det er et problem, at modellen *ikke* umiddelbart rummer plads til en hensyntagen til visse patientgrupper, hendes eksempel er kræftpatienter:

”Cancerpatienter for eksempel, som ligger her i fire timer før de kommer videre op på onkologisk afdeling, hvor jeg tænker for helvede, det kan godt være du ikke bonner ud med noget, som gør, at du er akut dårlig her og nu, men har man ikke været rigeligt igennem til at processen burde blive speedet lidt op? [...] det er sgu ikke okay, at når man har en dødelig sygdom, at man så skal ligge og bruge sin kostbare tid, som det er, sådan et sted som her” (interview 6:7).

Dette kan se som et udtryk for det førnævnte fokusskift fra diagnose til akuthed - som også afspejles i denne sygeplejerskes overvejelser – og den medfølgende fokusforskydning fra alvorlighed til akuthed. En mulig grund til at dette skift ikke nødvendigvis er nemt at implementere i praksis kan være, at personligt inkorporerede faglige forståelser og værdisystemer ikke forandres med samme hast og eksplicitet som de grundlæggende strukturer i en prioriteringsmodel.

Gennem observationer på afdelingen har jeg observeret forskellige teknikker og strategier til at imødekomme disse situationer, hvor sygeplejerskerne står over for patienter, som de ikke synes, de kan lade vente, selvom triagen signalerer noget andet. Her følger en observationsbeskrivelse af en situation i modtagelsen.

En sygeplejerske kommer ind i tavlerummet og sætter en grøn magnet på tavlen, mens hun siger: "jeg kan ikke få hende til mere end grøn". Den koordinerende sygeplejerske svarer: "men vi skal have hende set på, så hun kan komme videre til gyn [gynækologisk afdeling, gynækologiske patienter er en gruppe der går direkte til afdelingen udenom Akutafdelingen, ligesom børn gør]" hvortil sygeplejersken svarer: "ja, hun er også så utrolig nervøs [implicit forstået: så det ville være forfærdeligt for hende at vente grøn-længe på en læge]. Sygeplejersken ringer til k-læge for at få et tilsyn til patienten, som er registreret som medicinsk patient. Lægen er i dikterummet, så sygeplejersken går ud på gangen og mødes med lægen der. Sygeplejersken fortæller om patienten, og k-lægen siger, at hun vil se patienten med det samme, men siger så: "nu har jeg ikke andre, vel?" og stikker hovedet ind i tavlerummet for at tjekke oversigtstavlen. Der er ikke orange eller gule k-patienter på tavlen, så k-lægen tager patientens modtagelses- og observationsjournal fra dueslaget, slår op i den og går mod stuen. Sygeplejersken siger forklarende til mig, at det i dette tilfælde er patientens psykiske tilstand og situationen der gør, at hun synes hun skulle ses med det samme. Hun fortæller videre, at hun ellers måske ville have forsøgt at gøre hende gul på puls (nu hvor patienten var meget nervøs), "hun lå på 104 og man er gul ved 110, så jeg kunne godt have overvejet at måle den igen, men det blev ikke nødvendigt".

Der er flere aspekter, der bliver tydeliggjort i denne observationsbeskrivelse. For det første, at den allerførste kategorisering af patienten ved ankomst skaber nogle særlige rammer for at være patient i afdelingen. Der skal meget arbejde til for at redefinere en patient fra et specialeregi til et andet, her forhandlingen omkring hvorvidt det er en kirurgisk patient eller en gynækologisk patient, der i hvis det er en gynækologisk patient slet ikke burde være i afdelingen men tilknyttedes gynækologisk afdeling direkte. Der er således en vigtig grundlæggende koordinering af tid, sted, symptom og fysisk patient, der skal gå op. Dels afspejler samtalen en forståelse af at visse aspekter er gyldige i forhold til triageringen - biologiske markører og 'objektive' værdier – mens sygeplejersken ikke umiddelbart oplever angst som en gyldig optriageringsårsag. Her får modellen en stor autoritet i forhold til sygeplejerskens handlinger og beslutninger. Det skal med rette tilføjes, at ikke alle sygeplejersker i

samme grad er 'bundet' af modellen, men står fastere på, at deres fornemmelse fortæller dem noget andet end modellen gør. Men for sygeplejersken i beskrivelsen, som for andre på afdelingen, er der et klart autoritetsforhold til modellen. En manglende tydelighed omkring begrebet 'sundhedsfaglig kritisk undren', det mest personafhængige element i triagen, kan være årsag til den store forskel på, hvordan sygeplejerskerne positionerer sig i forhold til modellen som arbejdsredskab.

Der er dog en hårfin overgang mellem en kritisk forholden sig til triagemodellen og til decideret modstand mod dens indbyggede standardiserede kriterier. Nu skal vi se nærmere på et par situationer, hvor sygeplejerskerne udtrykker eksplicit modstand mod enkelte af modellens kriterier.

8.7 Modstand mod modellens indbyggede kriterier

Alder er blevet et kriterium, der for et enkelt kontaktårsagskort er inkorporeret som et vurderingsgrundlag og en faktor, som sygeplejerskerne skal forholde sig til og som har indflydelse på patientens triagekategorisering. På spørgsmålet om hvordan triagen stemmer overens med sygeplejerskernes erfaringer nævnes alder som et element, som de ud fra erfaring ikke nødvendigvis ville medtage i deres vurdering. Et andet aspekt som er blevet skubbet væk fra sygeplejerskernes vurdering er smertevurdering, som i triagemodellen er blevet lagt ud til patienten. Her følger en observation fra afdelingen og et citat fra et sygeplejerskeinterview.

Det er tidligt på formiddagen, og den koordinerende sygeplejerske er ved at tjekke om navnene på de patienter, der ifølge labelsarkene i hylsystemet på væggen er i afdelingen, stemmer overens med de patienter, der ifølge koordineringstavlen befinder sig på stuerne. En sygeplejerske kommer ind i lokalet, går hen til tavlen og tager en orange magnet fra feltet med ledige magneter og placerer den i triagefeltet på tavlen ud for hendes patients navn. Hun vender sig mod den koordinerende sygeplejerske og siger: "hun er orange, men det er fordi hun har været besvimet og er over fyrrer".

"Sådan noget som en VAS score [skala til smertevurdering], den er jeg blevet mere opmærksom på. Nu skal jeg spørge patienten, før i tiden var det min oplevelse, kan man sige.

Nu spørger vi 'på en skala fra et til ti, hvor ligger du så henne?', 'jamen jeg ligger oppe på otte'. Det kan godt være min opfattelse siger fire, for eksempel, men jeg må jo tro på patienten" (interview 4:6).

Denne opfattelse kom også til udtryk i situationer, som jeg observerede på afdelingen. Det var ikke ualmindeligt at se en orange magnet sammen med en gul i triagefeltet på oversigtstavlen og heller ikke ualmindeligt at høre en sygeplejerske sige, at en patient var orange på smerte, idet hun satte de farvede magneter på tavlen som en synliggørelse af patientens triagekategorisering. Der er således udviklet en form for uformel praksis, som nogle af sygeplejerskerne bruger til at tydeliggøre de standardiseringer, der synes at stride mest imod deres egen vurdering af patienten.

De to situationer peger således på det forhold, at der er sket en forskydning i relationen mellem patient, sygeplejerske og vurdering ved indførelsen af triagemodellen. Ikke alle elementer, der nu er eksternt definerede i kontaktårsagskortene, er lige nemme for sygeplejerskerne at acceptere, hvilket peger på nogle områder, hvor den personlige, situationelle vurdering og kliniske blik af sygeplejerskerne tilskrives mere udsigelseskraft end eksterne standarder.

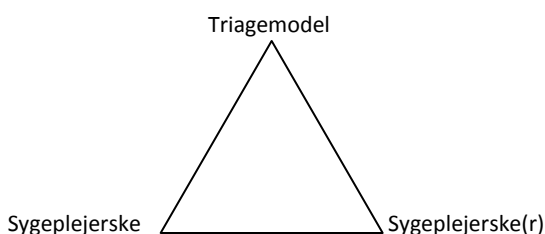
8.8 Opsamling

I denne sidste halvdel af kapitel har vi betragtet forhold, der knytter sig til sygeplejerske-patient relationen medieret af selve triageringsprocessen. Det er således et blik på de faktiske praksisser og nogle af de dilemmaer og uklarheder, som sygeplejerskerne møder når triagearbejdet udføres i praksis. Vi har betragtet, hvordan der ikke eksisterer et simpelt et til et forhold mellem triagemodellens kategorier og den enkelte sygeplejerskes viden og erfaring, ligesom sygeplejerskerne beskriver eksistensen af nuancer af fordele og ulemper ved den ensartethed i modtagelsen af patienten, som modellen fordrer, og i de fastlagte standarder. Overordnet set synes diskrepans mellem erfaring, vidensniveau og triagemodellens standarder at kompleksificere vurderingen af patienter og utydelighed omkring hvornår den tredje vurderingsparameter – 'sundhedsfaglig kritisk undren' – er en legitim vurderingsparameter, kan være medvirkende hertil. Desuden kan modellens udgangspunkt i et vist vidensniveau om patienten

kompleksificere triageringen og prioriteringen mellem patienter, hvis sygeplejersken i den enkelte situation har 'for meget' eller 'for lidt' viden at træffe beslutninger på baggrund af.

9 Arbejdsrelationer sygeplejersker imellem medieret af triagen

I dette kapitel er relationen sygeplejerske – sygeplejerske(r) det centrale omdrejningspunkt for kapitlets analyser. Det kan enten være en relation mellem to enkelte sygeplejersker eller mellem større eller mindre grupper af sygeplejersker defineret ud fra specifikke kriterier, fx erfaring. Vi skal betragte nogle af de områder, som sygeplejerskerne forstår som forandret efter indførelsen af formaliseret triage på afdelingen.



9.1 Arbejdsfordeling og koordinering internt i afdelingen

Det er ikke blot i relationen mellem patient og sygeplejerske, at triagen får tilskrevet bestemte funktioner og roller, men også i situationer hvor sygeplejerskerne forholder sig til hinanden. På Akutafdelingen er arbejdet tilrettelagt således, at hver sygeplejerske har ansvaret for et antal patienter, som de får 'tildelt' af den koordinerende sygeplejerske, som er den, der har overblikket over patienterne på afsnitniveau.

Almindeligvis arbejder sygeplejerskerne meget selvstændigt og arbejder parallelt med hver sine patienter, med mindre de eksplicit beder en kollega om hjælp til en opgave. Flere sygeplejersker nævner det element, at triagen tydeliggør arbejdsmængden på afdelingen. Både for afdelingen som helhed, men også i forhold til hvem af ens kolleger, der har brug for hjælp, og hvem der har brug for mere arbejde:

"Og så synes jeg også det [triagen] er godt til at synliggøre, når der er så travlt i modtagelsen, 'hvad laver du egentlig, du har kun en patient', 'ja men det er faktisk en rød patient'. Eller et godt redskab til at vise, at det kan godt være [sygeplejerskes navn] lige skal have hjælp, for hun står faktisk med to orange [patienter]. Og så er det også et godt redskab til, at der er nogle her, som er rigtig gode til at krybe uden om og ikke lave så meget, så er det er godt redskab til at vise, at hende der, hun har tre

patienter, så det ser ud som om hun har travlt. Ja, hallo, men det er tre *grønne* patienter, som hun egentlig er færdig med, hun kan sagtens tage nogle flere” (interview 9:14).

Sygeplejerskerne forstår således triagen som en skala man også kan aflæse arbejdsmængde ud fra, hvilket skaber en ny form for forstået orden og synlighed, ikke blot i relation til overblik over patienterne, men også blandt kollegerne internt. Her følger en observationsbeskrivelse.

Klokken er 13:05, jeg står inde i tavlerummet, hvor der er en myriade af aktiviteter i gang: én sygeplejerske taler med akutlægen om en patient, en anden akutlæge sidder ved pc'en og er i gang med at slå medicininformation op. En sygeplejerske sidder ved skrivebordet og er i gang med at triagere og notere i en modtagelses- og observationsjournal, og en lægesekretær er på vej gennem rummet for at hente papirer i printeren. Ude på gangen står den ene af afdelingssygeplejerskerne og råber til den koordinerende sygeplejerske, at hvis vedkommende vil spise frokost, så kan hun tage over og passe tavlen imens. Den koordinerende sygeplejerske hører det ikke, men står og kigger på oversigtstavlen. Der er 11 patienter skrevet op på tavlen, 5 er triageret grønne, 2 gule og 1 orange. Derudover er der en stue optaget af et mors, og på bordet ligger der to sæt papirer på patienter, der er ankommet til afdelingen, men ikke er modtaget og triageret af en sygeplejerske endnu. En serviceassistent kommer for at hente en patient, der skal køres til røntgen. Han stikker hovedet ind og kaster et blik på tavlen, hvorefter han siger til den koordinerende sygeplejerske: ”er det mandag i dag?” [griner; indforstået at der er mange patienter på tavlen allerede]. Den koordinerende svarer: ”nej, der er sådan nogenlunde ro på – det er jo grønne de fleste [peger med sin højre hånd på kolonnen med de farvede magneter på tavlen], der er kun to gule og én orange. Hvis de havde været gule alle sammen, så havde mit blodtryk været noget højere [griner, det samme gør serviceassistenten].

Hvad der kan synes som en banal beskrivelse siger noget om den måde triagen bliver et barometer for afdelingens arbejdspress, men et barometer som ikke alle aflæser på samme måde. For serviceassistenten er det de *mange* patienter, der signalerer travlhed, mens det for sygeplejersken er kategorisammensætningen, der er det mest afgørende.

For de koordinerende sygeplejersker i både base 1 og 2 opfattes triagen som en formidlingsmæssig facilitator i kommunikationen omkring patienterne afsnittene imellem, hvilket er særlig tydeligt i den store del af kommunikationen, der foregår via telefon. På spørgsmålet om triagen har ændret samarbejdet i afdelingen svarer en sygeplejerske i base 2:

”Vi bruger triagen lidt som et sprogligt værktøj også til at kommunikere med hinanden, så man er mere forberedt på det, man skal til at tage imod” (interview 13:10).

”Men det [arbejdsgangene] er også ændret i og med at man også tiltænker kompetencer.

I: Hvordan?

Det gør man ved at, hvis man venter en orange patient, og man nu har dannet sig et indblik i, hvorfor han er orange, så tænker man også, at det måske ikke er den yngste sygeplejerske eller en som lige er nyansat, som skal sættes til at tage imod vedkommende. Så kan man så altid revurdere det senere, han er sådan set stabil nok, så det kan sagtens lade sig gøre, men på den måde tænker man også kompetence ind i det” (interview 13:6).

Desuden bliver triagen også i høj grad brugt som et koordineringsværktøj for den koordinerende sygeplejerske i base 2, når der skal fordeles patienter ved vagtskifte. Her er det samme overvejelser, som den sygeplejersken beskriver i citatet oven for, der sættes i spil, så triagekategoriseringerne bruges som rettesnor for, hvor mange og hvilke patienter hvilke sygeplejersker skal have ansvar for. Desuden bruges triagen som en rettesnor i forhold til hvilke patienter, der i spidsbelastningssituationer i base 1, kan sendes til journaloptag i base 2 – både triagekategorien (grøn vil vente længe, orange er for dårlig til at sende direkte i base 2) og vurdering af kontaktårsag (er det en patient der vurderes til at skulle indlægges og derved alligevel ender i observationsafsnittet) er elementer, der indgår i vurderingerne. Det er således også et planlægningsredskab til brug for den logistiske del af arbejdet på afdelingen.

På nogle måder oplever sygeplejerskerne således, at triagekategorierne går ind og bidrager til en reduceret kompleksitet i en kommunikations- og koordineringssammenhæng, hvilket beskrives som en vis grad af forenkling af disse samarbejdssituationer. Men det er en reduktion af kompleksitet, der er situationel og

kompleksiteten udfoldes igen i den enkelte sygeplejerskes forståelse af og arbejde med den konkrete patient. Den situationelle forenkling fungerer, fordi kategorierne levner plads til den enkeltes forståelse af hvad en orange patient er, og når kommunikationen foregår med kategorierne i fokus kommer eventuelle forskelle i forståelser ikke nødvendigvis i spil.

9.2 Forholdet mellem erfaring og uerfarenhed i arbejdsfeltet akutsygepleje

En specifik arbejdsrelation, der berøres i datamaterialet, er den, der italesættes som forholdet mellem de erfarne og uerfarne sygeplejersker på afdelingen. En erfaren sygeplejerske fra afdelingen fortæller:

”Det er rigtig vigtigt, at man har noget erfaring, og det er rigtig vigtigt i vores afdeling, at folk har noget erfaring, for man kan ikke forlade sig på kasser og spørgeskemaer, det kan man ikke. Der er jo mange nye sygeplejersker, som ikke har ret meget erfaring, og sådan har det ikke været før, der skulle man have *minimum* tre års erfaring, før vi ville have dem ind hos os” (interview3:6).

En anden siger:

”Det har vel altid været et område, hvor det var vigtigt, at man havde forskellige erfaringer, en bred erfaring, fordi der er så mange specialer, og der er så mange ting, man skal kunne. Jeg tror heller ikke det hang sammen, hvis der ikke var erfarent personale her, det tror jeg sgu ikke, rent ud sagt” (interview 4:10).

Det første citat peger på en forståelse af triage som en måde at legitimere at nyuddannede sygeplejersker arbejder i Akutafdelingen, hvilket af flere af de erfarne sygeplejersker opfattes som en form for udvanding af det gamle erfaringsbaserede inklusionskriterium. Man kan således forstå det som en brydning mellem inklusionskriterier i relation til det praksisfællesskab (Wenger 1998) under forandring, som akutsygepleje kan forstås som. Det er ikke her min hensigt at vurdere, hvorvidt erfaring er vigtig eller ej, men blot at påpege, at triagen spiller en rolle i forhold til forståelsen af andet end patienters tilstand og ressourcebehov, den bliver også fortolket ind i en anden orden af forståelser, der handler om selve det at være sygeplejerske i en akutmodtagelse. Dette kan forstås som en underliggende forhandling mellem forståelser af akutmodtagelsen som arbejdsfelt, hvor de erfarne sygeplejersker ser erfaring som det primære inklusionskriterium i et felt, der er under forandring til i højere grad end tidligere at være et fagligt

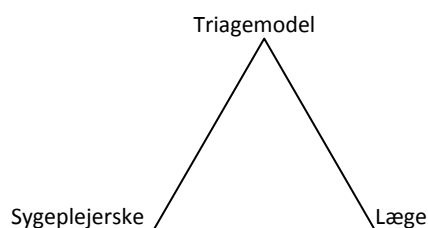
specialområde. Fra en af medarbejderne i udviklingsgruppen ses triagen som et led i denne faglige udviklingstendens - at få sygeplejerskerne til at træde ind i en rolle som *akutsygeplejersker*:

”Vi har fokuseret på den uafklarede akutte patient, det vil sige, der har ikke været nogen, der har stået og ventet på traumepatienten eller ventet på skadestuepatienten eller ventet på den medicinske eller kirurgiske patient, men har set deres udfordring i at arbejde med akutte patienter, uanset hvem du er, så er du lige nu akut uafklaret [...] Vi har fået dem til at have en akutmedicinsk tilgang, og det har triagen støttet” (interview 17:30).

Dette skal desuden ses i lyset af andre udviklinger inden for sygepleje på akutområdet fx at der i Hillerød nu er oprettet en diplomuddannelse i akutsygepleje, og på landsplan er der oprettet et Dansk Selskab for Akutsygepleje. Der sker således en udvikling på det faglige felt, hvor man forsøger at gøre akutsygepleje til en attraktiv og stærk faglig identitet.

10 Relationer mellem sygeplejersker og læger medieret af triagen

I dette kapitel skal vi betragte den tredje relationskonstellation, som består af sygeplejerske, triagemodel og læge og betragte nogle af de områder, der knytter sig til denne relation, som opleves som forandret efter indførelse af formaliseret triage på Akutafdelingen. Hovedvægten ligger, som i de foregående analyser, på sygeplejerskernes perspektiv.



10.1 At have systemet i ryggen - depersonificering af argumenter

I relationen mellem sygeplejersker og læger spiller triagen som kommunikationsredskab en rolle. Triagen fungerer som en slags ekstern standard i kategoriseringen af patienterne, hvor overordnede tidskrav til hvor hurtigt patienten skal ses af sygeplejerske og/eller læge, og til hvornår patientens tilstand skal

revurderes, er indbygget. Nogle sygeplejersker oplever, at de med triagen har mere vægt bag ordene, når de skal have fat i en læge, til det der før betegnedes 'en dårlig patient'. De beskriver situationer, hvor de skal have fat på en læge til en af deres patienter som mindre forhandlingsprægede end tidligere, hvor forskellig faglighed, erfaringsniveau, betydninger lagt i ordet 'dårlig' m.m. kunne skabe svære og meget forhandlingsprægede diskussioner om patientens tilstand og behov for lægelige ressourcer. To erfarne sygeplejerske siger:

"Nu har jeg ligesom systemet at holde mig til, 'den er orange, du skal', før var det ligesom om, det var [sygeplejerskens navn], der sagde, 'du skal'. Nu har jeg hængt det op på noget som, altså, som giver mig mere ret til at sige det jeg gør og ikke skal indgå i en personlig diskussion om, hvad man nu synes" (interview 10:17).

"Den [triagen] har vel også ændret arbejdsgangen, i at det er mere legalt at gå til en læge og sige 'ved du hvad, jeg har altså en orange patient her, nu må du gøre noget' [...] den [triagen] giver et bedre middel til, at man kan presse lidt [...] jeg har fået større magt for at sige det på den måde, og du begynder at blive respekteret. Jeg kan godt se, at lægerne de, altså de har fået at vide nu, jamen det skal respekteres, har vi en orange patient, så tæller den før alle andre [mindre akutte kategorier]" (interview7:5+6).

Sygeplejerskerne peger i citaterne på et centralt forhold med betydning for relationen mellem læger og sygeplejersker. Triagen tilskrives en rolle i hvad der beskrives som en form for depersonaliseret relation mellem læge og sygeplejerske, hvor det ikke er de personlige argumenter, der ligger til grund for en vurdering af, hvornår en patient er dårlig nok til akut at skulle tilses af en læge. I stedet får triagen en mediatorfunktion i denne relation, da de standardiserede kategorier og tilhørende formelle krav bliver sygeplejerskens argumenteringsgrundlag, hvilket bibringer en tilsyneladende tydelighed, i modsætning til den diffused og personafhængighed der kendetegner begrebet 'en dårlig patient'. Personafhængigheden i form af sygeplejerskens eventuelle personlige vurdering er indeholdt i den standardiserede form, som triagekategorierne byder, da den er en del af triageringsprocessen, hvor de forskellige parametre ordnes og leder til en veldefineret triagekategori, hvorved uorden, eventuelle modstridende tegn og værdier og den overordnede kompleksitet reduceres. Det kan jo være tilfældet, at patienten er triageret orange alene på

sygeplejerskens faglige kritiske undren, men dette indeholdes på denne måde i de standardiserede kategorier. Der sker således en overordnet forskydning i magtbalancen mellem personalegrupper grundet det eksterne element – som hverken lægerne eller sygeplejerskerne har definitionsret over.

Hvis vi nu vender blikket mod lægerne, så beskriver de yngre læger generelt triagen som et prioriteringsværktøj, og i lægeinterviewene træder der ikke lige så mange forståelser knyttet til opfattelsen eller brugen af triagemodellen frem, som der gør i sygeplejerskeinterviewene. For lægerne i undersøgelsen er det slet og ret et redskab, der skaber overblik, så de bedre kan prioritere og tilrettelægge deres arbejde:

”Man kigger først på farven, og så på om det er min afdeling [om patienten hører til hendes speciale]. Det er mest hvem man skal starte med, der kan godt være to eller tre orange på samme tid, og så skal man lige orientere sig” (interview 20:3).

På spørgsmålet om hvordan hun bruger triagen i sit arbejde, og et uddybende spørgsmål om *hvordan* triagen skaber mere synlighed, siger en af de medicinske forvagter:

”Med triagesystemet synes jeg fordelingen er, at der har du nogle værdier, du kan hænge det op på, så der kan du have en diskussion om, hvorfor er patienten orange, hvad er det, hvor skal jeg være bekymret henne, mine indsatsområder [...] jeg ved, at der er nogle konkrete ting, der ligger bag, det er ikke en mavefornemmelse, der er nogle konkrete værdier, konkrete symptomer som bonner ud, og som vi derfor skal handle på” (interview 22:4+6).

Den konkrethed, som triagen ifølge lægen er kendetegnet ved, er det, der i hendes optik gør det til et godt arbejdsredskab. Den større eller mindre grad af uafklarethed er blevet kategoriseret og derved til en vis grad tæmmet. Men kategorierne kan ikke altid stå alene, en anden læge siger:

”Hvis der er flere [patienter i samme kategori], så gør jeg jo typisk det, at jeg spørger sygeplejersken ’hvad for en synes du jeg skal tage først?’ Det er jo dem der har meget bedre fornemmelse af, hvem der ligger inde på stuerne og sådan nogle ting, så jeg bruger den [triagen] jo rigtig meget til at guide mig, kan man sige, med hvad for nogle patienter skal man tage her og nu, og hvilke kan man tage senere” (interview 21:3).

Andre vurderingsparametre er dog også i spil, eksempelvis ved spidsbelastningssituationer hvor ventetider og flow også træder ind som parametre i prioriteringen, når der er flere patienter i samme kategori – er der

en der kan afsluttes hurtigt, er der en der har ventet meget længe. Om prioriteringen af patienter siger en anden yngre læge:

”Jeg er jo helt klart mest tryk ved de patienter, som har noget med hjertet at gøre, for man kan sige, at det er jo det, som jeg har mest erfaring med. Jeg ved godt, at man i virkeligheden bare skulle være ligeglad, men hvis der var tre røde på og det var ligegyldigt, i princippet, hvem man tog først, så ville jeg da helt klart gå efter dem, som havde brystmerter eller som havde åndenød eller sådan noget. Det er måske en lidt dårlig vane, for man skal selvfølgelig også kunne noget om de andre specialer, men det er klart det, det ville jeg jo egentlig gøre, hvis jeg skal være helt ærlig, øhm, men umiddelbart som det allerførste der kigger jeg efter altså farverne, om jeg så må sige. Jeg ville aldrig tage en grøn, hvis der var en gul eller en rød på tavlen, som ikke var blevet taget” (interview 22:4).

Her træder et andet element frem, idet lægen beskriver, at hun bliver nødt til at forholde sig til akuthed i stedet for hvilket speciale inden for intern medicin, som patienterne tilhører. Dette kan man forstå som at triagen rekonfigurerer relationen mellem yngre læge, sygeplejerske og patient idet lægerne med triagen i princippet bliver tvunget til at se bort fra en snæver specialeorientering og fokusere på den akutte, uafklarede patient.

10.2 Afdelingens 'egne' læger – rådgivning og uklare opgavegrænser

I dette afsnit om rekonfigureringer af læge-sygeplejerske relationen må en relativt ny relation i afdelingen også betragtes: relationen mellem akutlæge og sygeplejerske. En af akutlægenes funktioner er, at rådgive i tvivlspørgsmål omkring triagen. Og det er typisk i sygeplejerskernes beskrivelser, at - især de relativt nye - sygeplejersker i afdelingen beskriver deres samarbejde med akutlægerne som en relation, der handler om rådgivning og vejledning, særligt i tilfælde af tvivl om triagering, tolkning af EKG'er, en hurtig ordinering af et røntgenbillede, en hurtig vurdering eller andre elementer, der kan facilitere flow i deres arbejdsprocesser:

”Rent erfaringsmæssigt er [akutlægerne] stærkere, de har et andet klinisk blik, og de har noget bagage som gør, at de hurtigt kan tage stilling til de ting. Der har været en gang, hvor vi fik en hjertepatient ind med obs aks og hun kom ind og der havde vi tilfældigvis en af vores kardiologer, som var akutlæge den dag. Han gik ind på vores traumestue og udskrev den her

patient på fem minutter. Det var hjertekramper, der var ikke noget i det, og hun kunne roligt tage hjem igen [...] Hvis det havde været en ung læge, så havde det været en patient, vi havde taget hjertemarkører på og vi havde skullet køre telemetri og vi skulle have overvåget den her patient hvert kvarter, og patienten skulle på hjerteafdelingen det næste døgn og gå rundt med en monitor deroppe” (interview 1:24).

Mens de erfarne sygeplejersker, der ikke har været vant til at have 'egne' læger i afdelingen typisk udtrykker mere skepsis og usikkerhed omkring den nye struktur:

”Firkantet set, som sygeplejerske så har du dine arbejdsopgaver inde i en boks, som der står sygeplejerske på, og så er der en boks, hvor der står portør på, og så er der en boks, hvor der står læge på, og vi har alle sammen en opfattelse af, hvad de der bokse omhandler, og det er også det, vi forventer de mennesker så udfører. Og vi har så fået tildelt en gruppe læger, som ikke gør det, vi forventer en læge skal gøre, og det er at gå ud og behandle og diagnosticere patienter. Der bliver det sådan lidt, altså, så står man lidt i vildrede, for så har man en cykel med kun et hjul på, og hvad skal du bruge den til? Ingenting. Så det har været en meget svær opstart, altså rigtig dygtige kollegaer, det er slet ikke det det handler om, men det handler om, at der lige pludselig er kommet en helt ny faggruppe, altså skadestue/modtagelse har aldrig, aldrig haft en læge på gulvet før, og mange af sygeplejerskerne har været der i rigtig, rigtig mange år, så det er en kultur som aldrig har eksisteret, at man kunne kalde en læge for afdelingslægen. Så både det kulturelle i det og når lægen så oven i købet ikke gør det, vi forventer at en læge skal gøre, så er det besværligt” (interview 7:16-17).

Sygeplejersken udtrykker billedligt og tydeligt den utydelighed, der for hende er forbundet med den nye lægefunktion. Det er således ikke enkelt at inkorporere en ny medarbejdergruppe i en eksisterende, kendt struktur. Hvor flere af de erfarne sygeplejersker beskriver deres samarbejde med de unge læger som indeholdende et stort element af vejledning, så er det sværere for dem at finde deres rolle i relation til akutlægerne. En af grundene hertil beskrives som den forskellighed i udfyldelse af funktionen, som der er akutlægerne imellem. Nogle koordinerende sygeplejersker fortæller, at de oplever, at akutlægerne nu i en vis forstand har overtaget noget af den koordinering, som de før har stået for, og oplever forvirring omkring det. I et bredere perspektiv er det således elementer som autonomi og fagforståelse, der berøres af denne sygeplejerske, som peger på at der er sket en forskydning i ansvarsområder og rollefordeling efter indførelse af den nye kliniske funktion.

11 Konklusion

I gennem rapportens analyser er dels innovationsprocessen omkring udvikling og implementering af Hillerød-triagemodellen og dels sygeplejerskernes erfaringer med at anvende dette nye arbejdsredskab blevet behandlet. Lad os nu samle trådene og se hvilket billede, der tegner sig.

11.1 Fremmere og barrierer – triagemodellen anskuet som sundhedsinnovation

Processen omkring Hillerød-triagemodellen har givet indblik i nogle forhold, som er af en mere generel karakter og derfor kan bidrage til en mere generel diskussion af fremmere og barrierer i sundhedsinnovation.

Udviklingsmæssigt er der flere vigtige forhold at trække frem. For det første har ledelsesmæssige forhold afgørende betydning for en medarbejderdrevet innovationsproces i forhold til at give ressourcer og skabe rammer for arbejdet. Et andet element, der træder frem som vigtig i udviklingsprocessen er sparringen med aktører, der har været igennem lignende forandringer og som et tredje vigtigt element fremstår en engageret medarbejder, der har taget ejerskab for projektet og har fungeret som motivator i processen i relation til de øvrige medarbejdere og som drivkraft i projektet. Barriererne i denne del af processen har primært været tidspres i relation til at opfylde mål om at være først med triagemodel samt ledelses-/medarbejdermæssig diskontinuitet hos samarbejdspartnere. Den sidste faktor har ikke haft direkte konsekvenser for den udarbejdede model, men i højere grad for de regionale ambitioner og ønsket om at danne grundlag for ensartethed i et nationalt perspektiv, som muligvis havde stået stærkere, hvis den samme model havde været startet op i fællesskab mellem to hospitaler.

Af afgørende forhold af generel karakter i implementeringen af triagemodellen kan ressourcebegrænsninger (primært bemanning/tid og fysiske rammer) samt modstand mod forandring nævnes som primære barrierer for at få modellen i brug i praksis. Modstand mod forandring må dog ses i et større perspektiv for at få øje på den forandringskontekst modellen indføres i. På den måde bliver det ikke alene en simpel relation mellem model og personale, der træder frem, men en kontekst hvor der har været

gennemført mange omfattende forandringer inden for kort tid. Derfor er det ikke nødvendigvis personalemæssig modstand mod den specifikke forandring, men måske i lige så høj grad modstand mod *endnu* en forandring. At skulle arbejde med en model, der ikke er ressourcer til at implementere fuldt ud har været medvirkende til at skabe frustrationer i personalegruppen, hvor størsteparten af de interviewede anerkender, at modellen giver nogle fordele i relation til sikkerhed og overblik, men ikke når kravene ikke kan opfyldes på grund af manglende ressourcer. Implementeringsmæssigt er det således tydeligt, at der i sygeplejerskernes praksis ikke er sket en enkel afkodning af det blueprint, der er skabt i udviklingsprocessen af modellens designere – i implementeringen og den praktiske anvendelse af et nyt arbejdsredskab stemmer den intenderede brug ikke altid overens med den realiserede brug og kan bevirke forskydninger af forskellig art (Akrich 1992). Selvom en proces er veltilrettelagt, kan den ikke styres fuldstændig og, som denne case viser, må man være forberedt på, at implementering kan være en lang proces, der kræver refleksivitet og tilpasning, både fra medarbejdere, omgivelser og model for at indlejre innovationen i den sociale, praktiske kliniske arbejdspraksis (se fx May 2009). Desuden har vi set, at overgangene mellem udvikling og implementering ikke er klare og entydige, som det antages i innovationsmodeller, der bygger på en idé om faste faser med klare overgange (Van de Ven et al. 1999:3-4), men spinder sig ind i hinanden således, at man kan diskutere om man på afdelingen nu, længe efter den officielle implementering, befinder sig i en udvidet implementeringsproces hvor større tilpasninger er i gang både i relation til model, personale og rumlige forhold for at få modellen i fuld anvendelse.

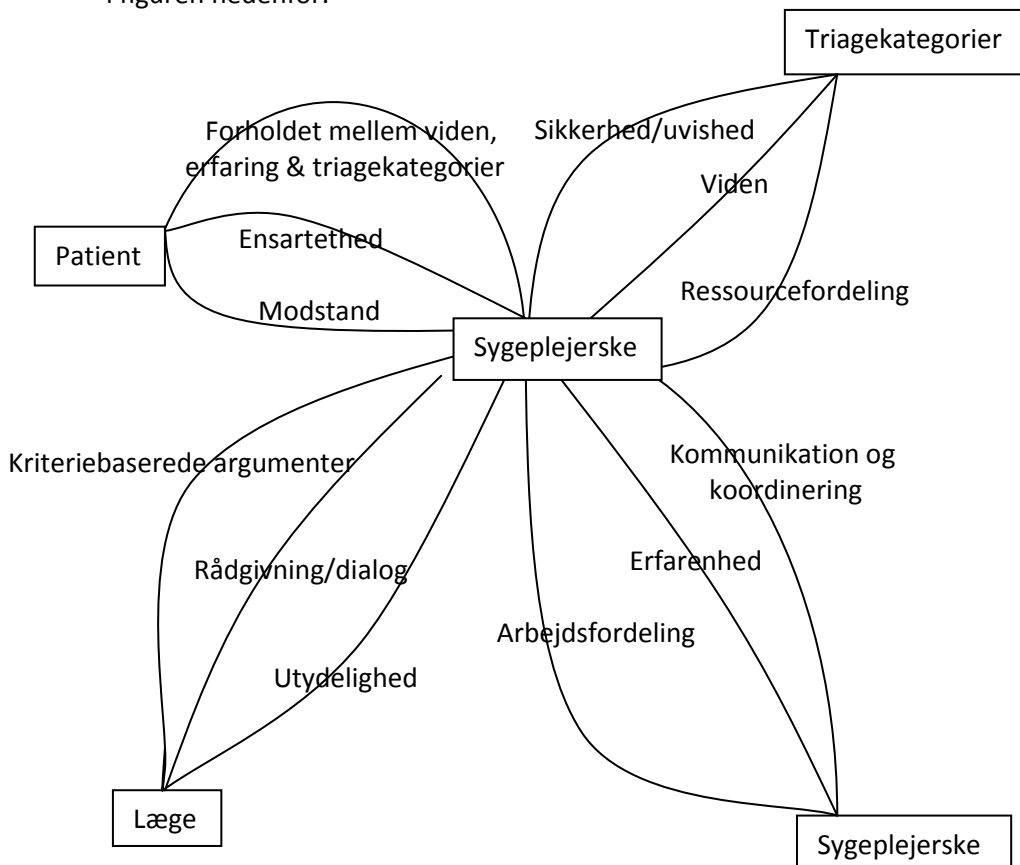
Innovationsprocesser finder således sted på forskellige niveauer af organisationen på samme tid – som her blandt udviklingsgruppe og sygeplejersker - og det er vigtigt at have denne perspektivforskel for øje, idet man på den måde åbner op for flere lag af betydning og meningskabelse omkring processerne (Veenswijk 2005:11). Desuden har analysen af innovationsprocessen vist, som Hernes & Koefoed (2007) påpeger, at innovationsprocesser ikke blot er en rent teknisk udvikling og realisering af idé, arbejdet foregår altid i en konkret social kontekst, hvor det relationelle, dynamiske og til dels uforudseelige er medbestemmende faktorer for processens forløb:

”En innovasjon sprer seg således ikke som ringe i vann, men transformeres og formes i denne samhandling, den bliver på en måte en hybrid af disse koplingene mellem ressurer, materialer, mennesker og ideer [...] Handlingsrommet defineres og skapes således fortløpende og påvirkes af tidligere handling samt den materielle og tekniske virkelighet som aktørerne opererer i” (Hernes & Koefoed 2007:10+12).

Dette dialektiske forhold mellem rammebetingelser og innovationsproces træder tydeligt frem i diskussionen af barrierer og fremmere for innovation i dette kapitel, hvor både triagemodel, fysiske omgivelser og personalegruppe er blevet, og er i gang med at blive, tilpasset for at få det praktiske arbejde med triagemodellen til at fungere i praksis.

11.2 Gamle og nye ordner og uordner – standardisering af triagearbejde

I rapportens analyser af de primære arbejdsrelationer i sygeplejerskernes arbejde efter triagemodellen er der fremkommet rekonfigurerede arbejdsrelationer og forandrede arbejdsforståelser. Der er flere niveauer af relationer i spil, og for hver er der igennem analyserne identificeret vigtige temaer. Disse er opsummeret i figuren nedenfor:



Temaerne peger på rekonfigurationer, som sygeplejerskerne beskriver at have oplevet i deres arbejde efter indførelse af formaliseret triage som arbejdsredskab på Akutafdelingen. I nogle af de sammenhænge, der træder frem i analyserne, kan triagen og dens kategorier forstås som et 'boundary object':

"Boundary objects are those objects that both inhabit several communities of practice and satisfy the informational requirements of each of them. Boundary objects are thus both plastic enough to adapt to local needs and constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites" (Bowker & Star 2000:297).

Triagemodellens kategorier kan netop rumme forskellige aktørers forståelser af, hvad det eksempelvis vil sige at være triageret gul, således, at der bliver skabt en lokaliseret og individuel forståelse af kategorierne samtidig med, at de er et effektivt kommunikationsredskab medarbejderne imellem. Men *samtidig* er det redskab, der skulle ensrette og forenkle, som vi har set også medvirkende til at skabe øget kompleksitet i andre situationer, eksempelvis gennem en utydelighed omkring hvilket vurderingsregister, der er gyldigt i hvilke situationer (jf. fx afsnit 8.5+8.6). En eksplicitering af vurderingsparametre er således aldrig fuldstændig og giver ikke nødvendigvis enklere beslutningsprocesser. En anden utydelighed, der er værd at nævne, er, at flere af de læger, der forholder sig til triage i det daglige arbejde ikke er klar over redskabets dynamik i form af op- og nedtriageringsmuligheder/krav. Blandt andet derfor bliver det redskab, der netop skulle være dynamisk, ofte statisk over længere perioder, end det var tiltænkt.

Det er i rapportens analyser blevet tydeligt, at triagemodellen er et arbejdsredskab, der ikke kun handler om vurdering og prioritering af patienter, men også om arbejdsfordeling, kommunikation, sikkerhed, specialer og faglighed, og redskabet får en funktion som medvirkende til en praktisk og forståelsesmæssig rekonfigurering af roller og relationer i det akutte felt. Modellen har bevirket at patienterne er 'ordnet' på en ny måde – men det er ikke den eneste orden, der er blevet skabt, der er også opstået andre nye ordninger af relationer mellem sygeplejersker og læger og sygeplejerskerne imellem. Triagemodellen er et standardiseringsredskab, der igennem ensretningen af modtagelsen af den akutte patient har rekonfigureret forholdet mellem prædefinerede kategorier

og individuel vurdering og har skabt nye typer af forhandlinger, der finder sted imellem standardiserede vurderingsparametre og personlig 'sundhedsfaglig kritisk undren'. I denne forandringsproces er nogle forhold blevet sat i fokus, mens andre er blevet gjort mindre synlige. I analyserne er det blevet tydeligt, at tid (og medfølgende dokumentation), akuthed og biologiske markører, fx vitale værdier, har fået en stor plads i det konkrete arbejde med patienterne på Akutafdelingen. Derimod er forhold såsom de personlige og situationelle elementer af sygeplejerskernes patientvurderinger og patienternes psykosociale forhold blevet gjort mindre synlige, da de ikke indtager en fremtrædende og eksplicit plads i triagemodellen. Dette lades op til elementet, der betegnes den enkelte sygeplejerskes sundhedsfaglige kritiske undren, men der synes gennem eksplicitering og formaliserede kategorier at være skabt et større rum for usikkerhed omkring hvornår denne reelt er en gyldig vurderingsparameter. Dette kan hænge sammen med at nogle af de ovenfor nævnte forhold er svære at ekspliciter, at beskrive som generelle forhold eller at kvantificere. Netop ekspliciter- og kvantificerbarhed anses generelt som grundlaget for at skabe klare og entydige retningslinjer i en formaliserings- og standardiseringssammenhæng, og derfor er de faktorer, der typisk får plads (Berg 1997a:1085).

Det er således ikke en entydig forenkling eller ensretning af arbejdspraksis, der er resultatet af indførelsen af formaliseret triage på Akutafdelingen (fx også påpeget af Berg 1997a, 1997b i relation til brugen af protokoller i kræftbehandling), og det at integrere et nyt element i sundhedsfagliges arbejdspraksis er ikke enkelt. Det er en forenklet forestilling om det kliniske arbejde og beslutningstagning i Akutafdelingen at forsøge at rumme de komplekse sociale og situationelt afhængige beslutningsprocesser i en standardiseret patientprioriteringsmodel, som utydeliggør nogle af de parametre, som er svære eller umulige at ekspliciter og standardisere. Det er vigtigt at holde for øje, at man risikerer at miste nuancer i det kliniske arbejde, hvis medarbejderne kun skal forholde sig til det, der kan standardiseres (Berg 1997a:1087) i en triagemodel, hvorfor styrken i at kunne

arbejde med en situationssensitivitet – fx over for hvornår den sundhedsfaglige kritiske undren fremstår som det vigtigste beslutningsgrundlag - må anerkendes.

Denne rapports analyser er alle på sin vis indrammet af det forhold, at de relaterer sig til en formaliserings- og standardiseringsproces. Det er hverken enkelt at indlejre ny model i eksisterende praksis, standardisere arbejdspraksis, eller at standardisere det vidensgrundlag, den enkelte medarbejder anvender. Selvom der gives undervisning, er det ikke sikkert, at denne viden er den alene, der ligger til grund for de beslutninger der træffes i triagearbejdet, ligesom den enkelte arbejdsproces ikke forgår i et vakuum, men i en konkret social sammenhæng, hvor mange faktorer kan være afgørende for om triagemodellens anvisninger følges i praksis.

Diskussionen her skal ikke forstås som et argument mod brugen af en standardiseret triagemodel i det akutmedicinske felt. Standardisering og formalisering er blevet et integreret element af sundhedsprofessionelles arbejdspraksis - også i den fælles akutmodtagelse - som udfylder en vigtig rolle for grundlæggende patientsikkerhed og ressourceprioritering, eksempelvis. Men denne rapports analyser kan forhåbentlig bidrage til at kaste et kontekstsensitivt og nuanceret blik på forholdet mellem model og praksis og sætte fokus på nogle af de effekter, som en ordning af patienter gennem formaliseret triage har for arbejdet i Akutafdelingen.

11.3 Fremtidige forskningstemaer på akutområde – en perspektiverende afrunding

Akutområdet er et felt, der i øjeblikket er i hastig forandring, både på kliniske og organisatoriske områder. Det er på mange måder et krydsfelt, hvor processer, perspektiver og fagligheder mødes og brydes. Denne rapports analyser peger i retning af flere områder, der kunne være interessante at betragte nærmere i forskningsmæssigt øjemed.

Et fokus på overgange - både som empirisk og analytisk begreb - kunne eksempelvis bibringe en interessant vinkel på nogle af de situationelle og sociomaterielle aspekter af begrebet akuthed, som de udfoldes i praksis. Overgange mellem det præhospitale felt og akutmodtagelsen, mellem akutmodtagelsen

og den afdelingen patienten eventuelt indlægges på kunne være interessante empiriske fokuspunkter for et studie med fokus på både patienter og sundhedsprofessionelle aktører for at få forskellige perspektiver, rationaliteter og forståelsesrammer, der mødes i akutfeltet, belyst.

Et andet indbydende tema, som også er antydnet i denne rapport, er forholdet mellem standardisering, erfaring og faglighed for både sygeplejersker og læger på akutområdet. Akutafdelingen der er bemanded af relativt uerfarne læger og relativt erfarne sygeplejersker, er et oplagt sted at betragte dette forhold nærmere, både i forhold til den enkelte faggruppe, men også ved at fokusere på samarbejdsrelationerne læger og sygeplejersker imellem. Hvilken rolle spiller erfaring for den enkeltes faglige selvforståelse og arbejdspraksis, og hvordan relaterer det til rammebetingelserne for arbejdet i Akutafdelingen, som i stadig større grad udvikles i retning af standardisering af arbejdsprocesser - hvilket dog i praksis ikke nødvendigvis giver mindre, men et rekonfigureret, råderum for den enkelte medarbejder.

12 Litteratur

- Akrich, M. (1992): The de-scription of technical objects. I Bijker, W.E. & Lae, J. (red.) *Shaping technology/Building society*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Andersson, A., Omberg, M. & 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):136-145.
- Barley, S.R. & Kunda, G. (2001): Bringing work back in. *Organization Science*, 12(1):76-95.
- Berg, M. (1997a): Problems and promises of the protocol. *Social Science & Medicine*, 44(8):1081-1088.
- Berg, M. (1997b): *Rationalizing medical work. Decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Bowker, G.C. & Star, S.L. (2000): *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Brabrand, M., Folkestad, L. & Hallas, P. (2010): Visitation og triage af akut indlagte medicinske patienter. *Ugeskrift for Læger*, 22:1666-1668.
- Chung, J. (2005): An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. *Accident and Emergency Nursing*, 13:206-213.
- CLIPS (2009): Collaborative Innovation in the Public Sector.
- Considine, M., Lewia, J.M. & Alexander, D. (2009): *Networks, innovation and public policy. Politicians, bureaucrats and the pathways to change inside government*. London: Palgrave Macmillan.
- Czarniawska, B. (2007): *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Frederiksberg: Copenhagen Business School Press.
- Fry, M. & Burr, G. (2002): Review of the triage literature: Past, present, future? *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(2):33-38.
- Gerdtz, M. & Bucknall, T. (2001): Triage nurses' clinical decision making. An observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4):550-561.

- Göransson, K. (2006): *Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making*. Örebro Studies in Caring Science 10.
- Göransson, K., Eldh, A.C. & Jansson, A. (2008): *Triage på akutmottagningen*. Lund: Studentlitteratur.
- Hernes, T. & Koefoed, A.L. (2007): *Innovasjonsprosesser – Om innovasjoners odysse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Hillerød Hospital (2007): *Det akutte patientforløb. Optimeret forløb for akutte patienter med udgangspunkt i Hillerød Hospital som områdehospital*.
- Hillerød Hospital, Akutafdelingen (2010): *Triageundervisning. Modul 1 – teoretisk triage*.
- Kvale, S. (1997): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lauritzen, M. & Skriver, C. (2009): *Triage-Manual, version 1.1 Hillerød (juni 2009)*. Hillerød Hospital.
- Lewis, J.M. (2010): *Connecting and cooperating. Social capital and public policy*. Sydney: University of South Wales Press.
- Marshall, C. & Rossmann, G.B. (1995): "How to conduct the study. Designing the research". I *Designing qualitative research*. London: Sage.
- May, C. (2009): "Innovation and implementation in health technology. Normalizing telemedicine". I Gabe, J. & Calnan, M. (red.) *The new sociology of the health service*. New York: Routledge.
- Region Hovedstaden (2007a): *Hospitalsplan 2007*.
- Region Hovedstaden (2007b): *Anbefalinger om fælles akutmodtagelser i Region Hovedstaden*.
- Star, S. L. & Lampland, M. (2009): "Reckoning with standards". I Lampland, M. & Star, S.L. (red.) *Standards and their stories: how quantifying, classifying and formalizing practices shape everyday life*. New York: Cornell University Press.
- Sundhedsstyrelsen (2007): *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*.
- Timmermans, S. & Berg, M. (1997): Standardization in action: Achieving local universality thorough medical protocols. *Social Studies of Science*, 27:273-305.

Tonkin, E. (1984): "Participant observation". I Ellen, R.F. (red.) *Ethnographic research. A guide to general conduct*. London: Academic Press.

Van de Ven, A.D., Polley, D.E., Garud, R. & Venkataraman, S. (1999): *The innovation journey*. New York: Oxford University Press.

Veenswijk, M. (2005): "Cultural change in the public sector: Innovating the frontstage and backstage". I Veenswijk, M. (red.) *Organizing innovation. New approaches to cultural change and intervention in public sector organizations*. Amsterdam: IOS Press.

Wenger, E. (1998): *Communities of practice. Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.