

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Sykepleieres opplevelse av å vurdere pasienter på legevaktsentralen

[Rebecca Krogh](#)

Fagrådgiver og avansert klinisk allmennsykepleier
Utviklingssenteret Østfold

[Ann Tove Johansen](#)

Spesialsykepleier og avansert klinisk allmennsykepleier
Nordreisa kommune

[Elisabeth Østensen](#)

Førstemanuensis
Avdeling for master og videreutdanning, Lovisenberg diakonale høyskole

[Kompetanse](#)

[Legevakt](#)

[Akuttmedisin](#)

[Individuelle intervjuer](#)

[Kvalitativ metode](#)

Sykepleien Forskning 2025;20(98177):e-98177

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.98177](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.98177)

Sammendrag

Bakgrunn: Antallet henvendelser til legevaktsentralen øker fordi flere som har sammensatte helseutfordringer, bor hjemme. Sykepleiere på legevaktsentralen har ansvaret for å vurdere, sette hastegrad og avgjøre tiltak basert på en telefonsamtale, uten forhåndsinformasjon eller forberedelse. Innringerens evne til å kommunisere klart vil ha betydning for hvor enkelt det er å gjøre disse vurderingene. Det finnes beslutningsstøtteverktøy for hjelp til triagering, men tidligere forskning peker på at disse vurderes som mindre egnet for pasienter med komplekse tilstander eller diffuse symptomer. Et stort ansvar ligger på sykepleierne på legevaktsentralen. Likevel finnes det lite forskning på hvordan de opplever å være den som skal vurdere situasjonen når noen ringer inn.

Hensikt: Å utforske sykepleieres opplevelse av å vurdere pasienter på legevaktsentralen.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode. Studiens empiriske nedslagsfelt var sykepleiere på legevaktsentralen. Datamaterialet besto av tolv individuelle intervjuer med sykepleiere som hadde minst to års erfaring på legevaktsentralen i minst 50 prosent stilling. Datamaterialet ble analysert med tematisk tekstanalyse.

Resultat: Vi identifiserte to temaer som beskrev sykepleiernes opplevelse av å vurdere pasientene via telefon. Temaet «Utrygt å være alene med et så stort ansvar» beskriver en redsel for å gjøre feil, mens temaet «Faglig utfordrende å vurdere pasienter via telefon» beskriver at jobben krever kompetanse på mange områder, og at sykepleierne ønsker bedre muligheter for støtte fra kollegene i sine vurderinger.

Konklusjon: Sykepleiere kan oppleve det som personlig krevende og faglig utfordrende å være alene om å vurdere pasienter på legevaktsentralen. Funnene kan tyde på at det er behov for å tilrettelegge for bedre kollegastøtte, samarbeid, opplæring og veiledning på legevaktsentralen.

Introduksjon

Andelen eldre i samfunnet øker, og dermed vil også antallet personer med komplekse behov for helsehjelp stige (1). Kommunen har overtatt flere oppgaver som tidligere var tillagt sykehusene. I den kommunale helsetjenesten inngår legevakten som første ledd i den akuttmedisinske kjeden. Legevaktsentralen har direkte kontakt med pasienter og pårørende samt en veiledende funksjon for andre aktører i kommunehelsetjenesten (2).

Henvendelser til legevakten om eldre pasienter kjennetegnes ofte av at de har generelle og uspesifikke symptomer og årsaker som kan være utfordrende å vurdere (3).

Operatørene som mottar telefonhenvendelsene til legevaktsentralen, skal kartlegge og vurdere pasientens helsetilstand, fastsette hastegrad, iverksette tiltak og gi veiledning og medisinske råd (2). Kravet til operatørene er at de har relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, tilleggsopplæring som operatør og relevant klinisk praksis (4).

Det finnes imidlertid ingen retningslinjer for hva som er relevant klinisk praksis, eller hvor lenge den skal ha vart. Som oftest er det sykepleiere som sitter som operatører og besvarer telefonhenvendelser til legevakten. Dermed er det de som først vurderer situasjonen (5).

Som operatør på legevaktsentralen har man et stort ansvar. Det de beslutter, kan påvirke pasientbehandlingen og -sikkerheten samt hvilket utfall den får for pasienten (6). En oversiktsstudie beskriver at beslutningstaking i situasjoner som kan være tidskritiske, er en kompleks prosess der mange ulike faktorer må vurderes (7).

Sykepleieren skal i løpet av kort tid systematisk kartlegge pasientens tilstand og sørge for å innhente relevante opplysninger for å kunne ta en riktig og trygg beslutning for pasienten (2). Akuttmedisinforskriften har som mål at 80 prosent av alle samtaler skal besvares innen to minutter (4).

Kvaliteten på informasjonen sykepleieren klarer å innhente, avhenger av gode kommunikasjonsevner (2). Den er også avhengig av at sykepleieren er konsentrert og oppmerksom (8). Mangelfull informasjon kan true pasientsikkerheten (9). Innringers evne til å kommunisere har også betydning. Shim (10) viser til at helsekompetanse, holdninger og atferd påvirker utfallet.

I tillegg til å vurdere den aktuelle situasjonen må sykepleiere ofte også forhandle med innringeren om riktig behandlingsnivå i helsevesenet og fungere som en portvokter for tjenestene (11). I telefonsamtalen har ikke sykepleieren mulighet til å gjøre en klinisk vurdering basert på det visuelle. Derfor blir oppgaven mer utfordrende og stiller krav til at sykepleieren har omfattende medisinsk kunnskap for å kunne identifisere pasientens behov. For å ivareta pasientsikkerheten etterspørres økt oppmerksomhet på disse beslutningsprosessene (12).

Det er utviklet flere beslutningsstøtteverktøy som skal sikre at pasienter får en mer lik vurdering og prioritering. De mest brukte i Norge er Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, Legevaktindeks og Manchester triage system (2).

Det stilles imidlertid ikke krav til at disse verktøyene benyttes, og derfor varierer bruken. Studier beskriver at beslutningsstøtteverktøy ikke alltid oppleves som støttende fordi pasientens problem kan bli redusert til symptomer (13, 14). Da kan det være vanskelig å få et helhetlig syn på pasientens problemer (14). I disse studiene beskrev sykepleiere at diffuse og komplekse problemstillinger krever mest kunnskap, samtidig som diffuse og komplekse samtaler tok mest tid og skapte mest usikkerhet (13, 14).

Hansen og Hunskaar (15) fant i sin studie at sykepleiere opplevde det som enklere å vurdere de mest akutte henvendelsene enn de mindre akutte der pasientens symptomer fremsto som diffuse. Også tidligere er det beskrevet at det krever både kompetanse og tid å vurdere diffuse symptomer riktig (11). Dessuten medfører de komplekse beslutningsprosesser (16–18), som krever kunnskap og erfaring.

Beslutningsstøtteverktøy kan oppleves som utilstrekkelige. En norsk tverrsnittsstudie av Haraldseide og medarbeidere (3) handlet om eldre personers kontakt med legevaktstjenesten. Der påpekte de at kjennetegn ved sykdom hos eldre personer burde vært bedre innarbeidet i beslutningsstøtteverktøy. Videre burde legevaktsykepleiere hatt styrket opplæring i å tolke symptomer hos eldre (3).

Hensikten med studien

Tidligere forskning, som er presentert ovenfor, beskriver at det kan være komplekst å vurdere pasienter over telefon, spesielt når symptombildet er diffust. Det er likevel lite forskning som beskriver hvordan sykepleiere som arbeider på legevaktsentralen, opplever det å skulle vurdere disse pasientene og ta beslutninger over telefon.

Slik kunnskap kan gi et godt grunnlag for kvalitetsforbedrende tiltak som øker pasientsikkerheten. Hensikten med denne studien var derfor å utforske sykepleieres opplevelse av å vurdere pasienter på legevaktsentralen.

Metode

Design

Studien hadde et utforskende og beskrivende design. Vi benyttet individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode, da denne metoden er egnet til å gjøre utdypende undersøkelser av menneskers erfaringer (19). Artikkelen følger sjekklisten Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) for kvalitative studier (20).

Rekruttering og utvalg

Deltakerne ble rekruttert fra to legevaktsentraler på Østlandet og to i Nord-Norge. Avdelingsledere i de fire kommunene identifiserte mulige informanter ut fra inklusjonskriteriene: sykepleiere som har arbeidet i minst 50 prosent stilling, med minimum to år på legevaktsentralen. Dette ga et strategisk utvalg av deltakere som hadde mulighet for å gi ny innsikt og utvidet forståelse av temaet som var interessant for studien (21).

Tolv sykepleiere var interessert i å delta. De fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien før alle samtykket til å delta. Utvalget besto av elleve kvinner og en mann mellom 24 og 70 år. For å ivareta anonymiteten er alle informantene oppført som kvinner i tabell 1, som viser demografiske opplysninger.

Tabell 1. Oversikt over informanter

Informantnr.	Kjønn	Alder	Antall år på legevakten	Videreutdanning
1	Kvinne	40–50	15–20	Legevaktsykepleie
2	Kvinne	20–30	0–5	Ingen
3	Kvinne	50–60	15–20	Avansert klinisk allmennsykepleie
4	Kvinne	50–60	20–30	Intensivsykepleie
5	Kvinne	40–50	10–15	Akuttsykepleie
6	Kvinne	60–70	5–10	Helsesykepleie
7	Kvinne	30–40	5–10	Akuttsykepleie
8	Kvinne	40–50	5–10	Intensivsykepleie
9	Kvinne	40–50	20–30	Ingen
10	Kvinne	30–40	10–15	Legevaktsykepleie
11	Kvinne	30–40	0–5	Ingen
12	Kvinne	40–50	15–20	Avansert klinisk allmennsykepleie

Datainnsamling

Første- og andreforfatteren gjennomførte seks intervjuer hver i løpet av februar 2023. Begge er kvinner og masterstudenter med begrenset forskningserfaring, men med bred erfaring fra legevakten. Intervjuene varte cirka 45 minutter og ble gjennomført i egnede rom på informantenes arbeidsplass. Intervjueren skrev notater underveis. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og deretter transkribert.

Vi benyttet en tematisk intervjuguide i alle intervjuene. Intervjuguiden ble utarbeidet av alle forfatterne ut fra studiens hensikt, tidligere forskning og egne erfaringer. Den besto av fem hovedtemaer med tjue underspørsmål.

Hovedtemaene var følgende: «Motivasjon for å begynne», «Opplæring ved oppstart og det positive med arbeidet», «Oppgaver i daglig arbeid», «Erfaringer knyttet til vurderinger», «Erfaringer knyttet til bruk av hjelpemidler» og «Eventuelle utfordringer eller ønsker om endringer».

Førsteforfatteren testet ut intervjuguiden i et pilotintervju. Deretter evaluerte og justerte vi den ut fra hva som fungerte eller ikke fungerte i intervjusituasjonen. Begge intervjuerne var opptatt av å skape en naturlig samtale med informantene. Derfor kunne vi stille spørsmålene i ulik rekkefølge og være åpne for andre temaer som informantene anså som viktige, og som var relevante for studiens problemstilling.

Underveis i intervjuprosessen dukket det opp temaer vi ønsket å utforske nærmere. De ble fortløpende delt med den andre intervjueren og tatt med videre i intervjuguiden.

Dataanalyse

Vi analyserte datamaterialet ved å bruke refleksiv tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clarke (21). Refleksiv tematisk analyse innebærer at forskeren anerkjenner sin egen forforståelse og reflekterer underveis over hvordan egne erfaringer kan påvirke analysen (21). Analysemetoden består av seks steg. Tabell 2 viser hva vi gjorde for hvert steg, og hvem av forfatterne som var involvert.

Tabell 2. Beskrivelse av stegene i refleksiv tematisk analyse

Steg	Hva som ble gjort	Av hvem
Steg 1: bli kjent med dataene	Lydopptakene ble lyttet til flere ganger og deretter transkribert. De transkriberte intervjuene ble lest flere ganger.	RK og ATJ
Steg 2: utvikle koder	Det transkriberte materialet ble kodet induktivt for å identifisere essensen i datamaterialet. Enkelte deler av materialet fikk flere koder. Kodene ble diskutert og justert underveis.	RK og ATJ – diskutert med EØ
Steg 3: identifisere temaer	De identifiserte kodene ble vurdert på jakt etter mønstre på tvers av intervjuene, sortert og samlet i mulige temaer.	RK og ATJ – diskutert med EØ
Steg 4: gå gjennom temaene	Temaene ble vurdert opp mot den opprinnelige teksten og det som kom frem i intervjuene for å sikre at de ivaretok informantenes budskap. Temaene ble deretter revidert og bearbeidet videre.	RK, ATJ og EØ
Steg 5: navngi og beskrive temaene	Temaenes innhold ble beskrevet skriftlig og sett opp mot studiens hensikt. Vi identifiserte også sitater som illustrerte de ulike temaene.	RK og ATJ – diskutert med EØ
Steg 6: utarbeide artikkelen	I dette steget ble temaene beskrevet i sin helhet og resultatene diskutert opp mot tidligere forskning. Deretter ferdigstilte vi artikkelen.	RK, ATJ og EØ

Forkortelser: RK = Rebecca Krogh, førsteforfatter, ATJ = Ann Tove Johansen, andreforfatter, EØ = Elisabeth Østensen, sisteforfatter

Tabell 3 viser eksempler fra analyseprosessen – fra transkribert tekst til tema og undertema.

Tabell 3. Eksempel fra analyseprosessen

Transkribert tekst	Kode	Undertema	Tema
«Når jeg svarer telefonen, så tenker jeg jo at innringer først skal få fortelle hva de ringer for, og så må jeg som sagt kjapt vurdere hastegraden i det, sånn at jeg liksom har dannet meg et bilde av det» (informant 8).	Får innringer til å fortelle hva de ringer for Vurderer hastegrad når hen har dannet seg et bilde	Kommunikasjon med innringer – et krevende detektivarbeid	Faglig utfordrende å vurdere pasienter via telefon
«Mange prater mye og har sammensatte, diffuse ting, og det å komme frem til hovedproblemet er utfordrende. Vi driver med brannsløkking, vi skal ta det som brenner mest. Og dempe og håndtere de problemene som er akutte nå i kveld og ikke kan vente til i morgen eller til fastlegen er på plass. Sortere litt, hva er det pasienten trenger å komme til legevakten for» (informant 3).	Vanskelig å vurdere diffuse symptomer Må sortere informasjon for å finne ut hva som haster mest	Komplekse vurderinger – behov for kompetanse og erfaring Kommunikasjon med innringer – et krevende detektivarbeid	Faglig utfordrende å vurdere pasienter via telefon
«Man hele tiden da la det opp til at den som ringte at de skulle ta ny kontakt. Det ble lagt opp til rekontakt ved behov ved at man sa: 'ta kontakt ved forverring'. Det var min eneste trygghet da hvis jeg bommet, så jeg synes jo det var superskummelt. Jeg var jo alltid redd» (informant 1).	Redd for å gjøre feil Redd for ikke å kunne nok Lite opplæring	Utrygghet knyttet til egne vurderinger og redsel for å gjøre feil	Utrygt å være alene med et så stort ansvar

Etiske overveielser

Studien ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, referansenummer 925316. Avdelingslederne ved de ulike legevaktsentralene ga tillatelse til at vi kunne gjennomføre studien.

Før intervjuene innhentet vi skriftlig informert samtykke fra informantene og informerte tydelig om at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Informantene ble påminnet om at de ikke måtte oppgi noen taushetsbelagte opplysninger.

All personidentifiserbar informasjon ble anonymisert i transkriberingen og lydopptak slettet etter transkriberingen. De innsamlede dataene ble oppbevart og lagret i henhold til retningslinjer ved den dataansvarlige institusjonen, Lovisenberg diakonale høgskole.

Resultater

I analyseprosessen identifiserte vi to overordnede temaer som beskrev sykepleiernes opplevelse av å gjøre vurderinger på legevaktsentralen (tabell 4). Temaene utdypes videre i dette kapittelet.

Tabell 4. Oversikt over temaer og undertemaer

Overordnet tema	Undertema
Tema 1: Utrygt å være alene med et så stort ansvar	1. Utrygghet knyttet til egne vurderinger og redsel for å gjøre feil
Tema 2: Faglig utfordrende å vurdere pasienter via telefon	1. Kommunikasjon med innringer – et krevende detektivarbeid 2. Komplekse vurderinger – behov for kompetanse og erfaring

Utrygt å være alene med et så stort ansvar

Utrygghet knyttet til egne vurderinger og redsel for å gjøre feil

Informantene i studien beskrev at det var en variert og spennende opplevelse å være operatør på legevaktsentralen. Likevel beskrev alle at de hadde vært utrygge når de sto alene i enkelte vurderinger. Det følte skummelt å vurdere henvendelser om komplekse helseproblemer fordi de var redd for ikke å kunne nok og for å gjøre feil.

En informant fortalte hvordan det hadde vært å være ny som operatør: «Jeg var alltid redd for at jeg hadde tatt feil, forstått pasienten feil, eller at jeg ikke kunne nok om det pasienten ringte for» (informant 1).

Informant 2, 4 og 11 beskrev et behov for mer opplæring og oppfølging. De stilte spørsmål om de lave kravene som ble stilt, og om den begrensede opplæringen som ble gitt for å sitte på legevaktsentralen, var faglig forsvarlige: «Jeg tenker ofte på det store ansvaret vi har. Vi skal liksom kunne alle pasienter, diagnoser og symptomer etter fem dagers opplæring, jeg skjønner ikke at det er lov» (informant 11).

Utryggheten de opplevde, gjorde at flere valgte å ta pasienten inn til vurdering på legevakten, slik at de ikke satt med hele ansvaret selv: «Jeg må alltid tenke på å sikre meg selv når jeg vurderer om pasientene bør inn til legevakten, jeg må ha ryggen fri» (informant 4).

Samtidig kjente flere informanter på et press om ikke å ta inn for mange pasienter, og at de hadde en viktig rolle som portvakt til legevakten.

Arbeidet på legevaktsentralen ble også beskrevet som uforutsigbart. Det var umulig å forberede seg på samtalene de ville motta: «Man vet aldri hvem som ringer, man får aldri forberedt seg» (informant 6).

Informantene måtte være klar til å vurdere pasienter i alle aldre, med ulike typer symptomer. På bakgrunn av utryggheten og uforutsigbarheten i arbeidet ytret halvparten av informantene et ønske om veiledning og støtte i kliniske vurderinger: «Jeg føler meg tryggere når jeg slipper å være alene med min vurdering, når jeg kan sjekke med andre på jobb. Har jeg tenkt rett? Det burde være jevnlig veiledning, tenker jeg» (informant 3).

Selv om de hadde kolleger å rådføre seg med, var ikke veiledningen formalisert, og informantene opplevde at de satt alene med ansvaret: «Man er så alene, sånn at man er den eneste som hører hva de sier. Man er den eneste som i utgangspunktet skal kunne ta avgjørelsene» (informant 7).

Alle informantene beskrev en redsel eller bekymring for å gjøre feil på grunn av det store ansvaret de hadde for hver enkelt pasients liv og helse: «Jeg tenker det føles utrygt å ha dette store ansvaret alene, og at det er rart at det ikke fokuseres mer på dette» (informant 2).

Redselen for å gjøre feil gjaldt også den personlige byrden de må bære dersom de gjør en feilvurdering: «Jeg tenker at det hviler på meg personlig hvis jeg gjør en feilvurdering. Det er jo også en byrde å bære» (informant 8).

På bakgrunn av dette beskrev flere at de hadde behov for å være fritatt for ansvar: «Det er også en trygghet i å vite at jeg har ryggen mer fri om jeg har fulgt triagesystemet, for jeg kan føle på det enormt store ansvaret vi har» (informant 1).

Informantene beskrev at denne redselen for å gjøre feil kunne vedvare over tid fordi de aldri fikk vite om vurderingene de hadde gjort, var rett. Pasientene gikk som regel videre i forløpet i helsetjenesten uten at legevakten ble informert om hva som hendte deretter. De hadde derfor begrenset mulighet for å evaluere sitt eget arbeid.

Faglig utfordrende å vurdere pasienter via telefon

Kommunikasjon med innringer – et krevende detektivarbeid

På tross av at alle informantene beskrev det som faglig spennende å arbeide på legevaktsentralen, syntes de også at det var utfordrende: «Jeg er glad i det spennet og den bredden som finnes på legevaktsentralen, med pasienter mellom null og hundre år. Det er både vanskelig og givende å sitte på telefon og gjøre vurderinger» (informant 2).

Alle informantene beskrev hastegrad som det aller viktigste i samtalene på legevaktsentralen. De syntes det var utfordrende å vurdere pasientene over telefon fordi de verken kunne se pasientene eller undersøke dem fysisk. Som oftest hadde de heller ikke tilgang til noen annen informasjon om pasienten enn den de fikk i telefonsamtalen.

En vanskelig og viktig del av jobben var derfor å stille de rette spørsmålene for å kunne danne seg et best mulig bilde av pasienten: «Du bør ha en del erfaring før du sitter på legevakttelefonen, det er en stor ulempe å ikke kunne se pasienten, ikke ta på, ikke få et helt bilde av pasienten og dens situasjon, så erfaring er alfa og omega» (informant 4).

Informantene beskrev telefonsamtalen som et krevende detektivarbeid. De forklarte at informasjonen de fikk gjennom samtalene, som regel måtte sorteres for at de skulle finne ut hva pasienten trengte: «Du har 20 innringere med helt klassiske influensasymptomer, så hvordan skal du klare å plukke ut den ene som er septisk, for eksempel? Det er vanskelig. Gørrvanskelig. Dette er kjempevanskelig. Ingen presenterer tingene likt» (informant 8).

Flere av informantene fortalte at de måtte ha god klinisk kompetanse for å kunne lese ut av en samtale om det hastet eller ikke. I tillegg til å lytte til hva som ble sagt, hørte de også på stemmen og pusten: «Du hører jo på stemmeleiet – du hører, er pasienten rolig eller stresset? Du hører, klarer pasienten å snakke fulle setninger? Det er vanskelig å sette ord på alt, egentlig. For det blir vel mer en sånn helhet som du hører» (informant 12).

Informantene fortalte at de la vekt på å berolige innringeren for å få tillit og lage en trygg ramme rundt samtalen: «Du må skape en verbal relasjon slik at kommunikasjonen blir rik og tillitsfull. Sette grenser slik at du får informasjonen du trenger, raskt. Tydelig, myndig og trygg» (informant 3).

Samtidig fortalte flere at det kunne være utfordrende å få tak i hva pasienten hadde behov for. De kunne ha vansker med å forstå hverandre, ulikt morsmål og forskjellig måte å ordlegge seg på. Enkelte samtaler kunne også berøre informantene følelsesmessig, spesielt når innringeren var sint eller redd. Det ble krevende å unngå å provosere, men samtidig stille flere spørsmål.

Slike samtaler var utfordrende og krevde mot å stå i: «Du må ha erfaring, is i magen, tørre å stå i ting. Det er vanskelig. Den eneste måten å håndtere dette på, er med kompetanse og kunnskap. Gi en god faglig begrunnelse for at du vurderer som du gjør» (informant 10).

Komplekse vurderinger – behov for kompetanse og erfaring

Alle informantene fortalte at pasienter med diffuse symptomer og et sammensatt sykdomsbilde er spesielt utfordrende å vurdere. Helhetsbildet av pasienten er da avgjørende, og det blir viktig å få tak i bakgrunnsopplysninger om pasienten. De tilgjengelige beslutningsstøtteverktøyene var et viktig supplement i vurderingene, både som en påminnelse og en kvalitetssikring.

Likevel uttrykte noen at bare å bruke verktøyene ikke var tilstrekkelig for å gjøre gode vurderinger av pasienter med komplekse helseproblemer: «Indeksen er ikke nok alene, jeg må bruke alt jeg er – all erfaring og all utdanning jeg har» (informant 6).

Verktøyene fanget ikke opp kompleksiteten, og vurderingene ble derfor ikke riktige: «Jeg har opplevd triage som nyttig, men, det ble veldig mange som med hast skal inn til legevakt, og det har vi egentlig ikke ressurser til i helsevesenet» (informant 5).

Alle informantene påpekte derfor at gode vurderinger av disse pasientene forutsetter at operatøren har breddekunnskap og høy kompetanse. De beskrev det som utfordrende og krevende, men også faglig givende å skulle vurdere pasienter med så mange forskjellige problemstillinger.

For å håndtere alle disse henvendelsene mente flere at man bør ha personlige egenskaper som trygghet i egen rolle, god lokalkunnskap og evnen til å stole på egen magefølelse.

Videre mente enkelte at de trenger egenskaper som tålmodighet, ydmykhet og åpenhet: «Du må ha tålmodighet, du må kunne forstå hvorfor du kanskje blir skjelt ut – for det kan skje. Du må forstå prosessene på hvorfor folk reagerer slik. Det kan jo være en type reaksjon – redsel eller sorgreaksjon, for eksempel» (informant 9).

Diskusjon

Denne studien undersøkte sykepleieres opplevelse av å vurdere pasienter på legevaktsentralen, noe de syntes var både utrygt og utfordrende. Sykepleierne fortalte at de var redd for å gjøre feil, som hang sammen med redsel for at deres forståelse av situasjonen ikke var god nok, og at de feilvurderte den.

Vanskeligheter med å forstå en situasjon kan ha sammenheng med ulike hindringer i kommunikasjonen mellom innringeren og sykepleieren, som diffuse symptombeskrivelser og utfordringer knyttet til språk (22). Tidligere studier har påpekt at frykt for å gjøre feil kan føre til overforbruk av begrensede helseressurser (23, 24), noe denne studien også indikerer.

Behov for helsetjenester er økende. Samtidig er det allerede en knapphet på ressursene (11), og derfor er det viktig å unngå unødvendig bruk av helsetjenestene. Ved å sette inn tiltak for å øke sykepleiernes trygghet på legevaktsentralen kan man muligens redusere unødvendig bruk av legevakten.

I en studie fra 2023 (25) trekkes det frem at overtriagering kan påvirke arbeidsflyten på legevakten på en negativ måte. Man kan få flere samtidighetskonflikter og utfordringer med å prioritere mellom henvendelser med samme hastegrad, som igjen kan medføre stress for helsepersonellet (25).

Faren ved undertriagering er at pasienten ikke får den nødvendige helsehjelpen til rett tid. Det kan få fatale følger ved at nødvendig behandling blir forsinket (26). Denne risikoen blir særlig tydelig når kommunikasjonen foregår på telefon.

Aleneansvar ga utrygghet

Vår studie fant også at sykepleierne var utrygge på å ha aleneansvaret for å stille de nødvendige spørsmålene, identifisere helsebehovet og gjøre riktige vurderinger av pasienten. Dette ansvaret opplevdes som stort og utfordrende. Informantene beskrev utfordrende samtaler, usikkerhet om hvorvidt de hadde forstått innringeren og vurdert situasjonen rett, samt tidspress på legevaktsentralen.

Vi kan trekke sammenlikning til en norsk studie som undersøkte hvordan nye leger opplever å skulle vurdere pasienter klinisk. Studien beskrev at spesielt nyutdannede leger kjente på en ubehagelig usikkerhet om hvorvidt de hadde gjort riktige vurderinger, noe også flere erfarne leger kjente seg igjen i. Denne usikkerheten påvirket dem både fysisk og psykisk (27).

En annen studie som utforsket sykepleiernes opplevelse av å håndtere utfordrende telefonsamtaler på legevaktsentralen, fant at slike samtaler kunne skape engstelse og følelsesmessige reaksjoner hos sykepleierne, også lenge etter at samtalen var avsluttet (22).

Kollegastøtte og evaluering er viktig etter krevende samtaler

En svensk studie fra akuttmedisinsk tjeneste (24) understreker at det er viktig med emosjonell støtte etter utfordrende samtaler. Informantene i vår studie fortalte om viktigheten av kollegial støtte og ytret ønske om tettere samarbeid og veiledning.

Tidligere studier (22, 23) støtter at den enkelte kan dra nytte av refleksjon, diskusjoner og tilbakemeldinger fra kolleger etter utfordrende samtaler, og at det å få bekreftet at man har tenkt rett, kan gjøre sykepleierne tryggere i arbeidet (28).

Informantene i studien vår beskrev også et ønske om å kunne evaluere om samtalen hadde blitt håndtert korrekt, slik at de følte seg trygge på sine egne vurderinger. En slik bekreftelse kan være nødvendig for å bearbeide og lære av situasjonen man har stått i (23).

På grunn av strenge personvernlover i Norge er det vanskelig for sykepleiere på legevakten å få vite noe mer om pasienten i etterkant. Derfor må man finne andre måter å gi sykepleierne en slik bekreftelse på, for eksempel gjennom kollegaveiledning.

Ulike verktøy og tiltak hjelper sykepleierne

En norsk studie som undersøkte kvaliteten på hastegradsvurderinger hos sykepleiere på legevaktsentralen, påpekte at det kunne gi nyttig læring dersom den samme sykepleieren som vurderte pasienten på telefon, også tok imot pasienten på legevakten (15). Et slikt kvalitetsforbedringstiltak kunne ha vært forsøkt ved flere legevakter.

Sykepleierne i denne studien fortalte at det var vanskelig å vurdere pasientenes helsebehov når de ikke kunne se dem. Tidligere forskning har vist at sykepleiere danner seg et bilde av pasienten i hodet som de bruker sammen med fagkunnskap og beslutningsstøtteverktøy for å kartlegge situasjonen under telefonsamtalen (29).

Vi fant også at sykepleierne syntes det var utfordrende å vurdere diffuse symptomer. Videre fant vi at beslutningsstøtteverktøyene ikke alltid ga dem et svar, ettersom de krever et fremtredende symptom og ikke er tilpasset sammensatte helsetilstander.

Studiens styrker og svakheter

Første- og andreforfatteren har erfaring som sykepleiere på legevaktsentralen. Det er ikke uproblematisk å forske på eget felt, da det er lett å bli blind for annen erfaring enn sin egen. Derfor tok vi aktive valg under hele prosessen fra vi formulerte spørsmålene til intervjuguiden og frem til vi valgte temaer og koder. Med denne fremgangsmåten anerkjenner vi at vår erfaring og forkunnskap fra legevaktsentralen har en direkte påvirkning på datamaterialet (30).

Forskernes forforståelse vil påvirke spørsmål og tolkninger. Intervjuene er gjennomført av to ulike personer med forskjellig væremåte og forforståelse. Det vil kunne gi noe ulike resultater. Vi har aktivt brukt tiltak for å motvirke at påvirkningen ble for stor. Blant annet har intervjuerne delt erfaringer seg imellom etter hvert intervju.

Sisteforfatteren, som ikke hadde erfaring fra legevaktsentralen, har stilt kritiske spørsmål og deltatt aktivt i planleggingen av studien, analyseprosessen og fremstillingen av resultatene.

En annen svakhet kan være at det var avdelingslederne som identifiserte aktuelle informanter til studien. De kan ha valgt ut informanter de tenkte var spesielt engasjerte, eller som ville fremstille arbeidsplassen best mulig. Samtidig viser resultatene at de fleste deltakerne også identifiserte utfordringer ved arbeidet. Det indikerer at utvalget ikke har påvirket studiens resultater i en spesiell retning.

Konklusjon

Funnene fra denne studien viser at sykepleiere kan oppleve det som faglig utfordrende og personlig krevende å gjøre vurderinger på legevaktsentralen. Informantene syntes det var utrygt på jobb. De var redd for å gjøre feil og sitte alene med ansvaret, og de beskrev et behov for strukturert opplæring og veiledning.

Studien belyser det menneskelige aspektet ved å jobbe på legevaktsentralen. Funnene kan bety at sykepleiere har behov for støtte og samarbeid i vurderingene de gjør på legevaktsentralen. Det indikerer at det bør legges til rette for kollegastøtte og veiledning, både for at de skal kunne stå i utfordrende samtaler og evaluere vurderinger, slik at de skal kunne stole på sine egne vurderinger i større grad.

Takksigelser

Forfatterne vil rette en stor takk til alle de tolv sykepleierne som var villig til å dele sine unike erfaringer med å arbeide på legevaktsentralen. Første- og andreforfatteren vil også takke Elisabeth Østensen for hennes tålmodige, omsorgsfulle veiledning av to praktikere på veien til å bli akademikere. Vi hadde ikke klart dette uten deg!

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



REDD FOR Å GJØRE FEIL: Sykepleierne på legevaktsentralen vurderer, setter hastegrad og avgjør tiltak basert på en telefonsamtale, uten forhåndsinformasjon eller forberedelse. Bildet er fra legevaktsentralen i Oslo. Personene på bildet har ingen sammenheng med personene i studien. *Arkivfoto: Marit Fonn*

1. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009 [hentet 6. desember 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/forhandlingsreformen>
2. Hansen EH, Hunskår S. Legevaktarbeid – en innføringsbok for leger og sykepleiere. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.
3. Haraldseide LM, Sortland LS, Hunskaar S, Morken T. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1–11. DOI: [10.1186/s12913-020-05219-0](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05219-0)
4. Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). FOR-2015-03-20-231 [hentet 15. april 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>
5. Midtbø V, Raknes G, Hunskaar S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Prim Care.* 2017;18(1):1–12. DOI: [10.1186/s12875-017-0651-z](https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z)

6. Johansen ML, O'Brien JL. Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(1):40–8. DOI: [10.1111/nuf.12119](https://doi.org/10.1111/nuf.12119)
7. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: an integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6):917–28. DOI: [10.1111/jocn.14151](https://doi.org/10.1111/jocn.14151)
8. Allan JL, Farquharson B, Johnston DW, Jones MC, Choudhary CJ, Johnston M. Stress in telephone helpline nurses is associated with failures of concentration, attention and memory, and with more conservative referral decisions. *Br J Psychol*. 2014;105(2):200–13. DOI: [10.1111/bjop.12030](https://doi.org/10.1111/bjop.12030)
9. Berntsson K, Eliasson M, Beckman L. Patient safety when receiving telephone advice in primary care – a Swedish qualitative interview study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):21–4. DOI: [10.1186/s12912-021-00796-9](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00796-9)
10. Shim JK. Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *J Health Soc Behav*. 2010;51(1):1–15.
11. Lindberg BH, Rebnord IK, Høye S. Phone triage nurses' assessment of respiratory tract infections – the tightrope walk between gatekeeping and service providing. A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(2):139–47. DOI: [10.1080/02813432.2021.1908715](https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1908715)
12. Bratland SZ. Legevaktjournal – kvalitet og klagesaker [internett]. *Michael*. 2023;20(suppl. 31):143–51 [hentet 16. mars 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.michaeljournal.no/asset/issue/1000/31/Michael-1000-31_143-151.pdf
13. Murdoch J, Barnes R, Pooler J, Lattimer V, Fletcher E, Campbell JL. The impact of using computer decision-support software in primary care nurse-led telephone triage: interactional dilemmas and conversational consequences. *Soc Sci Med*. 2015;126:36–47. DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.12.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.013)
14. Holmström IK, Gustafsson S, Wesström J, Skoglund K. Telephone nurses' use of a decision support system: an observational study. *Nurs Health Sci*. 2019;21(4):501–7. DOI: [10.1111/nhs.12632](https://doi.org/10.1111/nhs.12632)
15. Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(5):390–6. DOI: [10.1136/bmjqs.2010.040824](https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040824)
16. Yliluoma P, Palonen M. Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse – caller interaction via telephone. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(3):675–83. DOI: [10.1111/scs.12770](https://doi.org/10.1111/scs.12770)

17. Gamst-Jensen H, Lippert FK, Egerod I. Under-triage in telephone consultation is related to non-normative symptom description and interpersonal communication: a mixed methods study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2017;25:1–8. DOI: [10.1186/s13049-017-0390-0](https://doi.org/10.1186/s13049-017-0390-0)
18. Larsson M, Wilhsson M, Nielsen SH, Larsson J, Eriksson I. Telephone nurses' experiences of managing callers affected by mental illness: a descriptive qualitative study. *Nord J Nurs Res.* 2023;43(1). DOI: [10.1177/20571585221106078](https://doi.org/10.1177/20571585221106078)
19. Dalen M. Intervju som forskningsmetode. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349–57. DOI: [10.1093/intqhc/mzm042](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042)
21. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide.* Los Angeles (CA): Sage; 2022.
22. Gustafsson SR, Eriksson I. Quality indicators in telephone nursing – an integrative review. *Nurs Open.* 2021;8(3):1301–13. DOI: [10.1002/nop2.747](https://doi.org/10.1002/nop2.747)
23. Ek B, Svedlund M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *J Clin Nurs.* 2015;24(7–8):1122–31. DOI: [10.1111/jocn.12701](https://doi.org/10.1111/jocn.12701)
24. Gamst-Jensen H, Christensen EF, Lippert F, Folke F, Egerod I, Brabrand M, et al. Impact of caller's degree-of-worry on triage response in out-of-hours telephone consultations: a randomized controlled trial. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):1–7. DOI: [10.1186/s13049-019-0618-2](https://doi.org/10.1186/s13049-019-0618-2)
25. Johansen IH, Midtbø V, Fotland S-LS, Hunskår S. Endret beslutningsstøtte i legevaktsentralen: effekter på hastegradsvurdering og ressursbruk. *Tidsskr Omsorgsforsk.* 2023(2):53–66. DOI: [10.18261/tfo.9.2.5](https://doi.org/10.18261/tfo.9.2.5)
26. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). *Gjentatte henvendelser til legevakt – hvorfor fanger ikke legevakttjenesten alltid opp alvorlighetsgrad når pasienten ringer.* Oslo: Ukom; 2024.
27. Ofstad EH, Asdal K, Nightingale B, Han PK, Gregersen TA, Gulbrandsen P. LIS1-leger og medisinsk usikkerhet – en kvalitativ studie. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2023;143. DOI: [10.4045/tidsskr.22.0428](https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0428)

28. Jørgensen L, Jacobsen HR, Pedersen B. To see or not to see – or to wait and see: clinical decisions in an oncological emergency telephone consultation. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(4):1259–68. DOI: [10.1111/scs.12944](https://doi.org/10.1111/scs.12944)
29. Leonardsen A-C, Ramsdal H, Olasveengen TM, Steen-Hansen JE, Westmark F, Hansen AE, et al. Exploring individual and work organizational peculiarities of working in emergency medical communication centers in Norway – a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:1–9. DOI: [10.1186/s12913-019-4370-0](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4370-0)
30. Buetow S. Apophenia, unconscious bias and reflexivity in nursing qualitative research. *Int J Nurs Stud.* 2019;89:8–13. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.09.013](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.013)