

Karina Enger Willumsen  
Thomas André Kjerstad

# Et innblikk i sykepleiers nye rolle i den akuttmedisinske kjeden: legevaktsatellitt og videokonsultasjon

Antall ord: 8616

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Rigmor Einang Alnes  
Mai 2021



Karina Enger Willumsen  
Thomas André Kjerstad

# **Et innblikk i sykepleiers nye rolle i den akuttmedisinske kjeden: legevaktsatellitt og videokonsultasjon**

Antall ord: 8616

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Rigmor Einang Alnes  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** I denne studien ønsker vi å undersøke sykepleieres erfaringer med arbeid på legevaktsatellitt som benytter videokommunikasjon i samspill med legevaktstasjon.

**Bakgrunn:** Helsetjenesten har pågående utfordringer knyttet til mangel på leger i mindre distrikter, og jobber for å finne løsninger for å møte disse. I 2018 rullet Helsedirektoratet ut en pilot, hvor man ved hjelp av videokommunikasjon og telemedisinsk utstyr kunne erstatte fysisk oppmøte hos lege med mindre det ansees som strengt nødvendig. Løsningen kalles legevaktsatellitter, der sykepleier møter pasienten på sitt kontor og oppretter en videokonsultasjon med lege ved legevaktstasjon.

**Metode:** Studien har benyttet kvalitativ metode med gjennomføring av fokusgruppeintervju, som ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Intervjudeltagerne ga uttrykk for at deres rolle som sykepleiere ikke endret seg ved bruk av legevaktsatellitt. De opplevde at pasientene fikk den helsehjelpen de har krav på og at sykepleier-pasient relasjonen besto. Utfordringene som gikk igjen var arbeidsbyrde og vaktbelastning, vanskeligheter knyttet til rekruttering og varierende kunnskap blant legene om legevaktsatellittens ansvarsområde.

**Konklusjon:** Det er rimelig å konkludere med at legevaktsatellitt kan være et godt supplement til dagens legevaktsordning. Det øker sykepleiers kompetanse og evne til å utøve faglig og erfaringsbasert sykepleie i den akuttmedisinske kjeden og bevarer pasienters rettigheter.

# Abstract

**Objective:** This study seeks to examine nurses' experiences working at an off-site (satellite) out-of-hours clinic, utilising video communication in collaboration with a physician-staffed out-of-hours medical centre.

**Background:** The Norwegian health care system faces ongoing challenges linked to a lack of doctors in rural areas and is looking for good solutions to solve these. In 2018 the Norwegian Directory of Health created a pilot which sought to employ video communication and telemedical equipment to replace physical consultations where the situation allowed for it. The solution can be translated as an out-of-hours medical satellite, where a nurse meets the patient at the satellite office and sets up a video consultation with a physician at an out-of-hours medical centre.

**Method:** The study applies a qualitative method with the use of a focus group interview, which was transcribed and analysed using systematic text condensation.

**Results:** The participants expressed that their role as nurses remained unchanged through work at the medical satellite. They felt that patients were given the treatment they are entitled to, and that the nurse-patient relationship endures. Recurring challenges were workload, difficulties with recruiting, and varying understanding amongst physicians regarding the responsibilities of the satellite.

**Conclusion:** A reasonable conclusion could be that out-of-hours medical satellites could be a good supplement to Norway's organisation of out-of-hours medical care today. The practice strengthens nurses' competence and ability to perform professional and experiential nursing in the emergency healthcare chain and preserves the role of the patient.

# Forord

For tre år siden startet vi som to usikre fugleunger på bachelorgraden vår. Det har vært tre tøffe, lærerike og spennende år. I 2020 fikk vi bli en del av studentene som fikk undervisning og praksis endret på grunn av covid-19. Det siste året har vært spesielt krevende, ikke bare som studenter. I en tid hvor mange har det vanskelig er vi takknemlige for at skolen i stor grad har lagt til rette for at vi har fått fullføre studiet vårt på normert tid. Vi håper at vi kan bidra som gode sykepleiere ved å ta med oss all kunnskapen vi har tilegnet oss hittil, og kjempe for at sykepleieryrket skal få den plassen den fortjener i samfunnet.

Vi er veldig takknemlige for all hjelp og støtte vi har fått av veileder i prosessen med den empiriske bacheloren. Vi har blitt inspirert, motivert og rettleidet hele veien – og vi er stolte over det vi har fått til og lært.

Vi vil også takke våre nærmeste som har slitt med oss i en periode med høye skuldre, lite tid hjemme og manglende tilstedeværelse.

NTNU har for oss vært en viktig del av vår fremtid i arbeidslivet – men studiet har også bidratt til å forme oss som mennesker. Under den første dagen på skolen sa ene foreleseren at den vi trodde vi var – kom til å være en helt annen etter endt studie. Det kan vi med hånden på hjertet si at stemte.





# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Problemstilling .....	12
2	Bakgrunn .....	13
2.1	Tilpassede tjenester basert på geografi .....	13
2.1.1	Nivå 1, legevaktstasjon med legevaktsentral .....	13
2.1.2	Nivå 2, legevaktstasjoner .....	14
2.1.3	Nivå 3, legevaktsatellitt .....	14
2.2	Begrepsavklaring .....	14
3	Teoribakgrunn .....	16
3.1	Velferdsteknologi .....	16
3.1.1	Utøvelse av sykepleie ved bruk av teknologi .....	16
3.1.2	Begrensninger og utfordringer i møte med ny teknologi .....	16
3.2	Legevaktsatellitt og videokonsultasjoner .....	17
3.2.1	Rett til legehjelp .....	17
3.3	Virginia Hendersons sykepleieteori og sykepleiens grunnlag .....	17
3.3.1	Sykepleie – mål og hensikt.....	18
3.3.2	Individualisert omsorg .....	18
3.4	Ansvarsbevissthet og ansvarsoversvømmelse .....	19
3.5	Livslang læring og kunnskapsbasert praksis.....	19
4	Metodebeskrivelse .....	20
4.1	Valgt metodisk tilnærming.....	20
4.2	Utvalg.....	20
4.3	Intervju – planlegging og gjennomføring .....	20
4.4	Konfidensialitet og etikk innen forskning .....	21
4.5	Analyse av data .....	21
4.5.1	Foreløpige temaer .....	22
4.5.2	Kodegrupper.....	22
4.5.3	Kodegrupper og subgrupper .....	23
4.5.4	Hovedkategorier og reviderte subgrupper.....	24
5	Resultat og funn .....	25
5.1	Bemanning og utfordringer knyttet til rekruttering.....	25
5.2	Ansvar – viktigheten av tydelig ansvarsfordeling og god kommunikasjon .....	25
5.3	Sykepleierens yrkesidentitet og ivaretagelse av pasienter .....	26
5.4	Forvaltning av økonomiske og menneskelige ressurser .....	26
6	Diskusjon.....	28

6.1	Metodediskusjon .....	28
6.2	Resultatdiskusjon .....	28
6.2.1	Bemanning, rekruttering og vaktbelastning .....	28
6.2.2	Ansvarsfordeling, arbeidsbyrde og kompetanseheving .....	30
6.2.3	Sykepleieidentiteten og ivaretagelse av pasienten .....	30
6.2.4	Videokonsultasjon – avlastning av økonomiske og menneskelige ressurser	31
7	Konklusjon .....	33
	Referanser .....	34
	Vedlegg .....	37

# 1 Innledning

Videokonsultasjoner har blitt vurdert til å være en god løsning for å møte problemer i distrikter med lav legedekning, usentral beliggenhet, eller lang/krevende reisevei til nærmeste sykehus. Dette kommer frem i rammedokumentet *Pilot legevakt* (Helsedirektoratet), som i 2018 ble publisert med målsetning om å styrke tilgang på helsehjelp og kompetanse i distriktene. For de geografiske områdene med størst utfordringer skulle legevaktsatellitter være et supplement for legevaktstjenesten. En legevaktsatellitt fungerer ved at kvalifisert helsepersonell, fortrinnsvis en sykepleier, får telefon fra vakthavende sykepleier ved den interkommunale legevakten om en pasient som trenger tilsyn, og sykepleier og pasient avtaler møte ved legevaktsatellittens lokaler. Deretter ringer sykepleieren til legevaktssentral, som videre kobler seg opp med video og lyd. Sykepleier kan da sammen med pasient se og snakke med lege ved legevaktssentral.

En pilot ble rullet ut i fem områder tilknyttet legevakten i Førde og fem områder tilknyttet legevakten i Molde ved oppstart. Andre distrikter har fulgt piloten uten å bli en del av dette prosjektet. Sistnevnte gjelder for legevaktsatellitten vi har fått mulighet til å hente data fra, fordi de etter kommunesammenslåing mistet tilgang på legevakt. Innsparing av økonomiske og menneskelige ressurser ville dekke kostnaden av utstyret som måtte på plass for å opprette en legevaktsatellitt. I samarbeidet mellom Institutt for helsevitenskap og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Møre og Romsdal USHT, var det et ønske at en bacheloroppgave kunne ha fokus på erfaringer ved en nystartet legevaktsatellitt.

Bruken av velferdsteknologi av ulik karakter har skutt fart de siste ti årene. I 2013 ble Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene opprettet (Melting & Frantzen, 2015). Siden den gang har teknologien utviklet seg, og endret seg til å handle om mer enn de små teknologiske hjelpemidlene. Bruken av videokonsultasjoner har hatt en jevn økning de siste årene (Kolstrup, 2016). Det har kommet for å bli, og spesielt det siste året har bruken eksplodert som en konsekvens av covid-19. I en kvalitativ studie fra Storbritannia fant de at pasienter og leger opplevde at videokonsultasjon var et bedre alternativ enn konsultasjon over telefon (Donaghy et al., 2019).

I områder som har utfordringer med å opprettholde eller dekke kravet til forsvarlig helsehjelp til sine innbyggere er målet bak bruken av legevaktsatellitt at man skal kunne skape en bærekraftig og god lokal akuttmedisinsk tjeneste i de områdene som ligger i distrikter i utkantstrøk eller med lang reisevei. Legevaktsatellitten er koblet til nærmeste interkommunale legevakt og legen på vakt vil via videokommunikasjon, teknologiske hjelpemidler, dialog og godt samarbeid med sykepleier kunne vurdere pasienten og iverksette tiltak.

Det mest interessante i denne studien blir å se sykepleieres erfaringer med implementering og drift av systemet, opplevelsen av informantenes yrkesidentitet i møte med denne teknologiske løsningen og ansvarsoppgavene som følger med. Det er nyttig å se hvilke positive og negative erfaringer de har gjort seg om prosjektet fra sitt perspektiv

som sykepleiere, i en tid hvor det generelt tildeles lite tid og ressurser til helsepersonell (Langnes, 2018).

## 1.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere i sitt arbeid med legevaktsatellitt i distrikts-Norge?

## 2 Bakgrunn

Data fra utrulling av forskningsprosjektet *Pilot legevakt* er fremdeles under innsamling, og vi har derfor ingen tydelige statistikker om evalueringen av prosjektet. For å sikre at vi hadde grundig informasjon om bakgrunnen for rammedokumentet hadde vi en samtale med forskningsprosjektleder. Han bekreftet også det vi selv har sett; at det eksisterer lite/begrenset litteratur om emnet. Innføringen og konseptet legevaktsatellitt har blitt møtt med varierende respons. Enkelte har kritisert ordningen fordi det ikke tar tak i det faktiske problemet – mangel på nok fastleger, i tillegg til at de mener det svekker forsvarligheten i tilbudet til helsehjelp i distriktene (Didriksen et al., 2019). Som et motsvar til denne kritikken skrev prosjektleder og fagleder for legevaktspilot i Førde, og kommuneoverlegen i samme kommune blant annet at «Vi tror det vil vise seg at tilbudet kan fungere godt – som et supplement til dagens eksisterende legevakt». Forfatterne av motsvaret understreker at legevaktene, basert på lokale forhold, skal være best mulig. Lokale forhold varierer, dermed varierer også løsningene som sikrer god kvalitet i helsetilbudet (Furnes & Albrektsen, 2019).

I en nylig publisert studie fra Norge ønsket man å finne ut hvordan allmennspesialister har opplevd den store økningen i videokonsultasjoner i løpet av covid-19 pandemien (Johnsen et al., 2021). De fleste legene hadde lite/ingen erfaring med bruk av videokommunikasjon fra tidligere, og rundt halvparten av de vurderte konsultasjonene ble ansett som like gode som eller bedre enn en fysisk konsultasjon. Involverte leger konkluderte med at de kom til å gjennomføre 20% av konsultasjonene sine via video etter pandemi.

### 2.1 Tilpassede tjenester basert på geografi

Helsedirektoratet beskriver i rammedokumentet sitt hvorfor det er behov for nye teknologiske løsninger i møtet med utfordringer knyttet til tilgang på helsehjelp og kompetanse i distriktene:

Den foreslåtte modellen består av tre nivåer som kan tilpasses ut fra befolkningsgrunnlag og geografi. Modellen vil sikre et sterkt fagmiljø og klare ansvarslinjer samtidig som lokalt tjenestetilbud til befolkningen opprettholdes. En forutsetning for innføring av modellen er et utstrakt interkommunalt samarbeid og fungerende kommunikasjonstekniske løsninger mellom distriktene og en sentral enhet. Videre at det inngås samarbeid med helseforetaket knyttet til ambulansetjenesten og lokalsykehus. (2018, s. 5)

#### 2.1.1 Nivå 1, legevaktstasjon med legevaktsentral

I rammedokumentet kommer det frem at en legevaktstasjon er hovedbase på nivå 1 (Helsedirektoratet, 2018, s. 8–10). Pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsutvikling vektlegges, og det skal brukes leger med allmennmedisin som spesialisering. Klassifiseres legevaktstasjonen som nivå 1 innebærer det også at stasjonen er pliktig til å utarbeide rutiner og retningslinjer for samarbeid med andre i den akuttmedisinske

kjeden. De har også ansvar for opplæring av helsepersonell på alle tre nivå. Lege skal alltid være til stede som beslutningsstøtte for alle de andre nivåene. Flere legevaktstasjoner og satellitter er knyttet til samme legevaktsentral. «En forsterket legevaktsentral kan også motta oversending av ulike biometriske data som EKG, oksygenmetning, puls og BT» (Helsedirektoratet, 2018, s. 9). Det er ikke utarbeidet normtall for hvor mange leger som må være på vakt på legevaktsentral, men 2 på 100 000 innbyggere er utgangspunktet.

### 2.1.2 Nivå 2, legevaktstasjoner

Neste inndeling i rammedokumentet baserer seg på at eksisterende små og mellomstore legevaktsdistrikter skal koordineres av legevaktsentral på nivå 1. Det skal være minst én lege og sykepleier på vakt til enhver tid, og hver enkelt kommune må vurdere bemanningen som er nødvendig for å ivareta pasienter og personalets sikkerhet. Åpningstider skal vurderes basert på statistikk i hver enkelt kommune. Det er lege på nivå 2 som skal være tilgjengelig på nødnett, Norges nasjonale radiosamband for nødaktører (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, u.å.), og de må ha tilgang på akuttmedisinsk utstyr og helst utrykningskjøretøy. Ansvarlig leder på nivå 2 rapporterer videre til leder på nivå 1 (Helsedirektoratet, 2018, s. 11–12).

### 2.1.3 Nivå 3, legevaktsatellitt

Denne måten å organisere legevakt på er ny, og for å sikre at brukere mottar den helsehjelpen de har rett på er det derfor viktig at legevaktsatellitten er knyttet til en godt bemannet legevaktsentral. I tillegg vektlegges gode kommunikasjonstekniske løsninger som helt nødvendig for å sikre pasientsikker behandling. Det kommer tydelig frem at nivå 3 kun er aktuelt i områder hvor reisetid til sykehus er over 40 minutt, i tillegg til sårbare veiforhold. Områdene med satellitt ansås å ha få henvendelser til legevakt på natt, og kveld (Helsedirektoratet, 2018, s. 12).

Kompetansekravet på nivå 3 er at man er enten sykepleier eller ambulansarbeider. Alle som skal jobbe ved legevaktsatellitt må ha gjennomført akuttmedisinsk kurs og kurs som omhandler vold og overgrep. De må ha god kunnskap om medisinske prosedyrer, og må være effektiv i bruken av telemedisinsk utstyr. Det stilles krav til at alle aktører tilknyttet legevaktsatellitten deltar på akuttmedisinske øvinger, og det skal legges vekt på fagutvikling kontinuerlig. Det er fortrinnsvis sykepleiere som jobber i omsorgstjenesten som skal ha ansvar for satellitten i turnusordning i tillegg til vanlig arbeid (Helsedirektoratet, 2018, s. 13).

Fagkunnskap og samhandling er nøkkelord ved bruk av videokonsultasjon. Målet med implementering av legevaktsatellitt er å unngå unødvendig bruk av ressurser ved å sende pasienter til sykehus langt unna – med mindre behovet er der. På denne måten kan man tjene på den samlede kompetansen til sykepleiere og leger.

## 2.2 Begrepsavklaring

*Distrikt* har flere betydninger. I denne teksten handler det om landlige områder, med ofte spredt bosetning eller lavt befolkningsantall som ligger i avstand fra større områder eller byer. Det handler om områder som på grunn av geografi og reiseavstand opplever ulike utfordringer de ikke ville møtt om de bodde mer sentralt (Meld. St. 18, 2016, s. 104).

*Triagering* er en del av ansvaret til sykepleier ved legevaktsatellitt, og er måten man vurderer og prioriterer skadde på. Med andre ord deler man pasienter systematisk inn i de tre ulike kategoriene, *rød*, *gul* og *grønn*, for å sikre god prioritering. Legevaktsatellitten skal kun ta imot grønne, og gule saker – røde skal sendes til sykehus umiddelbart uten å gå via dem. Akutt er rød, og brukes ved livstruende skader eller tilstander. Haster er gul, og brukes for pasienter som har skader som trenger sykehusbehandling, men kan vente til det er kapasitet til behandling, eller transport. Disse må undersøkes jevnlig. Vanlig, er grønn og brukes for pasienter med mindre skader som kan behandles poliklinisk, på kirurgisk legevakt eller lignende ressursnivå (Helsedirektoratet, 2020, s. 9).

## 3 Teoribakgrunn

### 3.1 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi defineres godt i NOU 2011:11: *Innovasjon i omsorg*:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (s. 99)

Det ansees ofte som en god mulighet for å kunne øke kvalitet og kapasitet i helsetjenestene. Det er derimot viktig at man husker på at menneskene som skal motta tjenestene skal være i fokus, og at målet i seg selv aldri handler om teknologien alene. Det skal være et hjelpemiddel for å skape bedre tilbud, eller dekke behov av ulik art (Nakrem & Spilker, 2014, s. 243). Dette kan også gjelde ved bruk av videokonsultasjoner.

#### 3.1.1 Utøvelse av sykepleie ved bruk av teknologi

I all sykepleie bør det utøves pasientsentrert omsorg. Det innebærer at man har respekt for og kan evne å sette seg inn i hver enkelt pasient/brukers opplevelse av situasjonen de måtte befinne seg i. Det handler om å bygge tillitt og at man jobber på en måte som utviser respekt overfor både pasient og pårørende. Dette gjelder også når man jobber med velferdsteknologi. Generelt sett kan man si at velferdsteknologi når anvendt korrekt, kan øke pasienters muligheter for å medvirke i eget liv, bidra til økt livskvalitet, eller være et hjelpemiddel for å avlaste pasienter for unødvendige ofte krevende reiser til sykehus uten at det er nødvendig (Haugan & Rannestad, 2014, s. 249).

#### 3.1.2 Begrensninger og utfordringer i møte med ny teknologi

Velferdsteknologi gir helse- og kommunalsektoren spillerom til å tilpasse nye metoder for å imøtekomme sine innbyggers behov. Men teknologi kommer også med begrensninger og utfordringer. Innovasjon kan alltid sees i sammenheng med penger, og når noe skapes vil også noen nytte godt av ressursene som kommer ut av det. Konkurransen, samarbeid og mangfold må stå i fokus når nye systemer og teknologier skal implementeres. Sykepleiere og helsepersonell har en nøkkelrolle i samarbeid med de som utvikler ny teknologi til bruk i helsesektoren. Sykepleiere står i stor grad i første rekke, og er tettest på de som skal motta de ulike tjenestene. Organisatoriske forhold og fysiske omgivelser vil også påvirke bruken og fremveksten av teknologi (Haugan & Rannestad, 2014, s. 250).

Bruk av teknologi sees ofte i sammenheng med sparte økonomiske- og menneskelige ressurser, men det kan også oppstå alvorlige feil i systemer som i utgangspunktet skal



sikre eller bedre helsehjelp. I Meld. St. 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*, fremmes viktigheten av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er en viktig brikke for å skape de tryggeste og sikreste teknologiske løsningene for de ulike mottagerne (s. 28–29).

## 3.2 Legevaktsatellitt og videokonsultasjoner

I rammedokumentet *Pilot legevakt* ligger som nevnt tidligere legevaktsatellitt under Nivå 3 (Helsedirektoratet, 2018). Dette innebærer at kravene for opprettelse av legevaktsatellitt må være innfridd. Legevaktsatellitten skal ta inn saker som trenger vurdering utenom legekontorets vanlige åpningstider. Nye løsninger kommer sjeldent uten utfordringer, og i en kvalitativ studie fra Sverige ønsket man å finne ut hvilke erfaringer leger ved en virtuell legevakt hadde gjort seg opp ved bruk av videokonsultasjon i møte med pasienter. Legene gav samlet uttrykk for at de i stor grad opplevde at de kunne møte pasientene på en forsvarlig måte via videokonsultasjon, men at det egnet seg bedre for enkelte diagnoser enn andre (Björndell & Premberg, 2021). Ved den virtuelle legevakten som omtales av Björndell & Premberg møter pasientene opp fra egne omgivelser, mens ved legevaktsatellittene skal det være sykepleier fysisk til stede sammen med pasientene. Sykepleier gjennomfører også nødvendige undersøkelser under veiledning fra lege. Dette vil bidra til at pasientene opplever å bli sett av noen som har observasjonskompetanse utenfor videoskjermen, noe som kan oppleves som styrkende ved bruk av videokonsultasjon (Helsedirektoratet, 2018, s. 13).

Journaler som inneholder relevant og nødvendig informasjon er tilgjengelig for personal som drifter satellitten, på grunn av en skriftlig avtale de må ha med legevaktvirksomheten de er knyttet til (Helsedirektoratet, 2018, s. 14).

### 3.2.1 Rett til legehjelp

Alle innbyggere har krav på tilgang til forsvarlig helsehjelp hele døgnet uavhengig av geografi. Kommunene er pliktige til å ha en godt organisert legevakt, med samarbeidsavtaler til de store regionale helseforetakene (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1). Fastleger har også en plikt i å delta i den organiserte øyeblikkelig hjelp-ordningen (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 13).

## 3.3 Virginia Hendersons sykepleieteori og sykepleiens grunnlag

Virginia Henderson er et kjent navn innenfor sykepleie og hennes sykepleieteori legger vekt på hva som må til for å sikre god helse, fredfull død eller helbredelse (Kristoffersen, 2016, s. 36). For å sikre at dette er mulig legges det vekt på de grunnleggende behovene individet har, og ved hjelp av 14 punkter som gjør rede for disse skal man kunne utøve god sykepleie. Ved uforventet akutt sykdom er det nettopp disse grunnleggende behovene som må ivaretas, noe som fremhever sykepleierens rolle i den akutte situasjonen. Sykepleieren skal ikke bare fungere som et bindeledd mellom pasient og lege, men skal også bruke egen kompetanse for å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 39).

### **Grunnleggende behov av Virginia Henderson**

1. Puste normalt
2. Spise og drikke tilstrekkelig
3. Få fjernet avfallsstoff fra kroppen
4. Opprettholde god kroppsstilling
5. Søvn og hvile
6. Passende klær – kle av og på seg
7. Opprettholde normal kroppstemperatur
8. Holde kroppen ren og velstelt
9. Unngå farer i miljø – ikke skade andre.
10. Få kontakt med andre og uttrykke egne behov
11. Dyrke sin tro
12. Arbeide og kjenne på følelsen av å utrette
13. Underholdning og rekreasjon
14. God kunnskap om det som er nødvendig for god helse og utvikling.

Kjernen i Hendersons teori bygger rundt sykepleiers rolle til å hjelpe de som av ulike årsaker mangler ressurser til å gjennomføre oppgaver de ellers ville ha mestret. Sykepleier er en viktig brikke for å skape rammer rundt pasienten som gjør at de kan utføre gjøremål selvstendig eller under veiledning. Sykepleier må huske at individet er unikt og at ikke alle har samme behov. Trygg relasjon og kunnskap er avgjørende for å utøve god sykepleie til hver enkelt pasient. Pasientens ressurser avgjør i stor grad hvordan de evner å ivareta egne behov på en selvstendig måte. Miljøet og kulturen vi befinner oss i, i tillegg til psykisk helse, alder, åndelig tro m.m., vil påvirke pasientens evner. Omgivelser får lite plass i teorien, men påvirkende trekkes frem som viktig om de bidrar til å styrke grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 37).

#### **3.3.1 Sykepleie – mål og hensikt**

Målet er å hjelpe det syke eller friske menneske å gjenvinne selvstendighet til å dekke grunnleggende behov. Selvstendighet, helbredelse og god helse henger sammen. Sykepleier skal ved sykdom ivareta pasientens behov og bidra/legge til rette der pasient mangler ressurser. Forebyggende og helsefremmende sykepleie vektlegges hos de som i utgangspunktet er friske og Henderson er tydelig på at ingen kjenner situasjonen bedre enn personen selv. Pasienten skal være aktiv i egen sykepleie (Kristoffersen, 2016, s. 36–37).

#### **3.3.2 Individualisert omsorg**

Alle som trenger sykepleie skal møtes på sine behov og sykepleier må tilpasse hver enkelt situasjon ved å se pasientens forutsetning. Det skal tas hensyn til behovet pasienten uttrykker at hun eller han faktisk har. Den trinnvise prosessen strekker seg fra datasamling basert på grunnleggende behov, til at sykepleier fanger opp behovet pasienten har og formulerer en sykepleiediagnose basert på dette. Sykepleier må inneha

god kunnskap om normal kroppslig funksjon for å kunne avdekke avvik (Kristoffersen, 2016, s. 39–40).

### 3.4 Ansvarsbevissthet og ansvarsoversvømmelse

Orvik beskriver *ansvarsbevissthet* som et helhetlig overblikk over pasientforløpet som bidrar til klinisk og organisatorisk kvalitet. Det forklares også at ansvarsbevissthet er spesielt sentralt i kontinuiteten, og dermed kvaliteten, i pasientoverganger (2015, s. 292). For sykepleiere innebærer klinisk ansvar helhetlig, og dermed omfattende pasientomsorg, noe som kan føre til *ansvarsoversvømmelse* (Orvik, 2015, s. 293). Ansvarsoversvømmelse innebærer at summen av helhetlig pasientomsorg og forventninger om restoppgaver og annet ansvar blir overveldende. Sykepleieryrkets ambisjon påpekes som noe idealistisk og urealistisk av andre faggrupper, men Orvik viser til at sykepleiere på den andre side «tetter hull» som ikke fylles av de andre som følger pasienten opp (Orvik, 2015, s. 294).

### 3.5 Livslang læring og kunnskapsbasert praksis

Helsepersonells individuelle kompetanseutvikling etter grunnutdanningen er noe Meld. St. 7 (2019–2020, s. 124) vektlegger i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det skrives at man må være innstilt på å utvikle sin kompetanse gjennom hele karrieren, og at det må legges til rette for det gjennom veiledning. De første årene i yrket omtales her som kritiske. Om arbeidsgiver sørger for god veiledning og ivaretagelse av de nyutdannede og er klar på hvilken videre- og etterutdanning man har behov for får man et grunnlag for *livslang læring*. Livslang læring underbygger nødvendig og oppdatert kompetanse, samt trygghet og motivasjon i et arbeid i endring.

Kunnskapsbasert praksis innebærer ifølge Nortvedt et al. at utøvere av fag evner å anvende ulike kunnskapskilder i praksis (2012, s. 16). I helsetjenestene bør tiltak og råd baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap. Kunnskapsbasert praksis handler derfor om å holde seg faglig oppdatert, og søke etter kunnskap man mangler. Sammen med praksis og faglig skjønn skal det gi et bedre grunnlag for god yrkesutøvelse. Erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning utgjør til sammen den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt et al., 2012, s. 16–22).

«Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt et al., 2012, s. 17).

## 4 Metodebeskrivelse

Her ønsker vi å redegjøre for metoden benyttet i studien. Vi har brukt kvalitativ metode, som har bestått av fokusgruppeintervju av et bestemt antall sykepleiere knyttet til legevaktsatellitt i et gitt distrikt. Vi vil i dette kapittelet vise hvordan vi systematisert har innhentet data, i tillegg til å gå gjennom analysen av funnene fra fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2017, s. 36).

### 4.1 Valgt metodisk tilnærming

Denne studien bygger på en kvalitativ forskningsmetode. Dette er den mest hensiktsmessige metoden når man skal innhente informasjon fra en konsentrert gruppe innenfor et gitt tema. Fokuset i forskningen er å analysere, og tolke meningene som intervjuobjektene har gitt uttrykk for (Malterud, 2017, s. 30–31). Det bygger på intervjuobjektene subjektive erfaringer og opplevelser. Vi har valgt å ha et fokusgruppeintervju hvor alle som var til stede fikk muligheten til å svare på alle spørsmålene i fellesskap i en åpen dialog. Når man har intervju i grupper er det alltid en risiko for at noen erfaringer ikke blir delt. På den andre side er fordelene med fokusgruppeintervju at informantene får mulighet til å reflektere sammen, og det forklares av Malterud som egnet der man søker informasjon om erfaringer og holdninger i miljøer der mennesker samhandler (2017, s. 138).

### 4.2 Utvalg

For å finne aktuelle kandidater tok vi kontakt med en leder i det aktuelle distriktet. Vi forklarte hvem vi var, hva vi skulle skrive om og spurte om de var villige til å delta i undersøkelsen og om leder ønsket å sende ut informasjonsbrev til aktuelle sykepleiere. Ett viktig kriterium for deltagelse var at alle var sykepleiere og hadde deltatt i prosjektet fra starten av. Intervjuobjektene besto av tre kvinnelige sykepleiere som jobbet i den kommunale omsorgstjenesten. Alle hadde bred erfaring og kompetanse, og en variert helsefaglig bakgrunn innen ulike sektorer som sykepleier. Alle tre som ble intervjuet har fast stilling og har jobbet i kommunen i over fem år, og har i tillegg ansvarsvakter ved legevaktsatellitt. Den ene sykepleieren hadde også en lederstilling i omsorgsdistriktet. Fordi det er få sykepleiere knyttet til aktuell legevaktsatellitt var det nødvendig at lederen ble med, selv om det innebar en risiko for at de andre objektene kanskje kunne velge å ikke svare helt ærlig. Det kunne derimot oppleves at lederen utgjorde en trygg tilstedeværelse som hadde mye kunnskap om temaet. Utvalget besto av kvinner, med gjennomsnittsalder på 40 år.

### 4.3 Intervju – planlegging og gjennomføring

En av hovedårsakene til at vi valgte fokusgruppeintervju i den kvalitative studien, var fordi legevaktsatellitt er nytt og lite utprøvd. At flere involverte kan prate åpent rundt både implementeringsprosessen og egen rolle som sykepleier bidrar til at de også reflekterer bedre sammen. Spørsmålene ble lagt opp med fem hovedspørsmål, hvor vi

hadde lagt til veiledende oppfølgingsspørsmål under for å sikre at vi kunne lede samtalen i rett retning, og sørge for at ingen spørsmål ble stående uten svar. Alle spørsmålene ble laget for å kunne svare på aktuell problemstilling.

Fokuset lå i stor grad på hvordan intervjuobjektene har opplevd implementering og drift av legevaktsatellitt fra et sykepleieperspektiv. De hadde også mulighet til å fortelle mye om pasienters opplevelse med bruk av videokonsultasjon basert på deres egen kunnskap som sykepleiere. Spørsmålene var åpne og la til rette for at de i stor grad kunne prate fritt om sine erfaringer. Vi valgte også å stille spørsmål om deres opplevelse av etikken ved bruk av velferdsteknologi fordi det er et viktig moment i sykepleieidentiteten. På grunn av koronapandemien var det ikke mulig å ha ett fysisk møte, og vi valgte å ha fokusgruppeintervju over MS Teams. Alle intervjuobjektene gav uttrykk for at de hadde god erfaring med bruk av MS Teams, og at det ikke var noen barriere med tanke på å gjennomføre intervjuet. Det ble brukt lydopptaker. Intervjuet varte i 48 minutter, og utgjorde etter transkribering 11 sider.

#### 4.4 Konfidensialitet og etikk innen forskning

Søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble sendt 16.01.21. Godkjenning på prosjektet, og bekreftelse på at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ville være i samsvar med personvernlovgivningen ble mottatt 21.01.21.

Det stilles strenge krav til informert samtykke under innsamling av kvalitativ data fordi det ofte er av en personlig, og sensitiv karakter. Ærlighet er viktig i kvalitative studier - og deltagerne må derfor ha god kjennskap til prosjektet de deltar i, og også ha muligheten til å trekke seg, selv om de i utgangspunktet har samtykket til deltagelse. Deltageren skal til enhver tid føle seg trygg på at sin anonymitet blir ivaretatt, og at det ikke eksisterer noen reel trussel for at personvernet kan brytes (Malterud, 2017, s. 214–215).

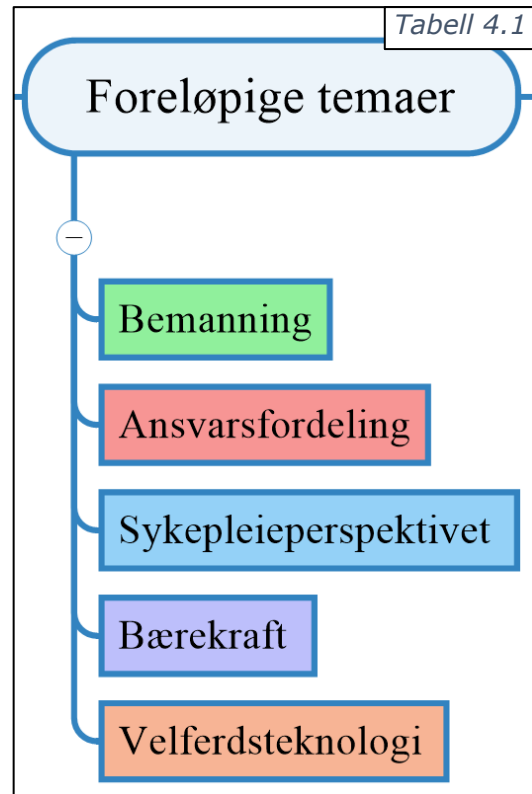
I forkant av fokusgruppeintervjuet fikk alle deltagerne tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om hensikten og målet med prosjektet, i tillegg til at de ble gjort bevisst på at vi hadde sendt søknad til NSD. Videre måtte alle fylle ut et skriftlig samtykkeskjema. De fikk en påminnelse før møtet om at vi kom til å bruke lydopptaker, og at dette ville slettes når opptaket var ferdig transkribert.

#### 4.5 Analyse av data

Dataanalysen setter en ramme på veien mot å kunne få svar på problemstillingen. Ved å analysere tekstmaterialet som er transkribert vil vi kunne identifisere og avdekke mønstre som ikke nødvendigvis var tydelige ved første gjennomlesning. Ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC), en metode som er gunstig ved kvalitative studier av denne art, kan vi enklere avdekke kjernen av innholdet i teksten og analysere dette på en god måte (Malterud, 2017, s. 97). STC følger en kronologisk rekkefølge og ved bruk av denne vil man hele tiden stille spørsmål til teksten og bidra til at man mer effektivt kan skille relevant og ikke relevant materiale fra hverandre. Kategoriene deles inn i fire deler: Helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese (Malterud, 2017, s. 97–110).

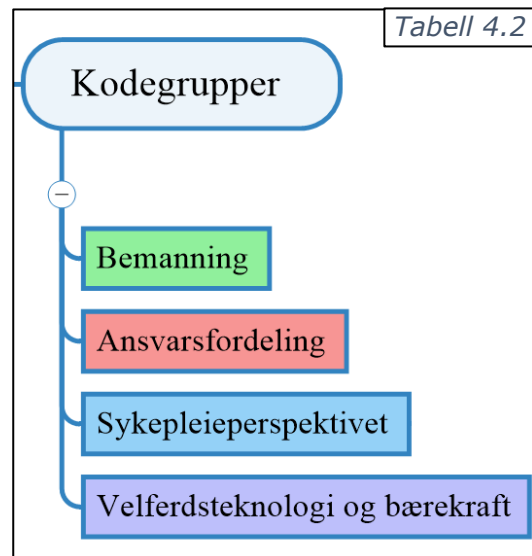
#### 4.5.1 Foreløpige temaer

Vi analyserte teksten hver for oss, og etter dialog endte vi opp med følgende temaer som vi tok med videre inn i å identifisere og finne de meningsbærende enhetene (tabell 4.1). Det var viktig for oss å skille ut hvilke deler av teksten som var relevant for vår problemstilling og vinkling, i tillegg til å eliminere vekk overflødig og ikke-relevant materiale (Malterud, 2017, s. 99–100). For å enkelt kunne finne og kategorisere innenfor de ulike meningsbærende enhetene brukte vi MindManager, og fargekoder for å plassere funnene i teksten under respektive temaer. Dette gjorde det enklere å sortere, plassere og sikre at vi hadde hentet ut de rette funnene fra den transkriberte teksten. Neste steg ble å sortere for å finne kodegrupper og subgrupper. Vi vurderte basert på funnene under bærekraft og velferdsteknologi, at disse burde slås sammen.



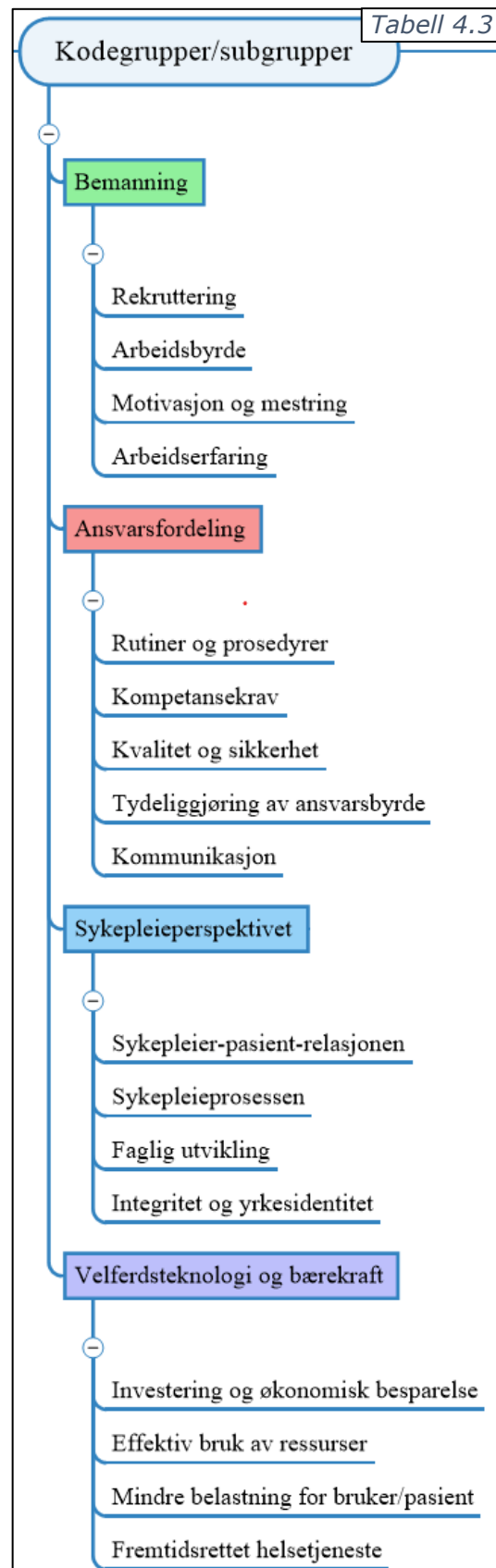
#### 4.5.2 Kodegrupper

Kodegruppene ble endret flere ganger ettersom vi gikk igjennom den transkriberte teksten inntil vi kunne fastslå at vi hadde hentet ut alle nødvendige og relevante funn (tabell 4.2). Når det var gjort, var det klart for å fastsette egne subgrupper under de ulike kodegruppene. Subgruppene er også det som er definert som analyseenheter (Malterud, 2017, s. 100–105).



### 4.5.3 Kodegrupper og subgrupper

Det er viktig at man tar stilling til de meningsbærende enhetene i de ulike subgruppene og vurderer om de skal være med i endelig kondensat, eller om det ikke passer inn. Vi har måtte flytte frem og tilbake mellom gruppene, og noe har vi måtte eliminert fordi det ikke har vært relevant for aktuell problemstilling. Kondensatet består av noen sitater, og noen omskrivninger som er nøye ordlagt for å ikke miste meningsinnholdet. De uttrykk som har noe til felles, har blitt flettet sammen for å tydeliggjøre retningen i kondensatet. Vi gikk igjennom kondensert tekst og materiale og laget en oversikt av intervjuobjektens erfaringer og sitater for å best mulig kunne finne svar på problemstillingen vår (Malterud, 2017, s. 105–106). I tabell 4.3 til høyre er hovedkategorier, og deres subgrupper plassert. Avsluttende trinn var å få frem gode overskrifter som angir hovedkategoriene, som henger sammen med de foreløpige temaene i tabell 4.1 (Malterud, 2017, s. 108–111).



#### 4.5.4 Hovedkategorier og reviderte subgrupper

<b>Kodegrupper</b>	<b>Overskrifter</b>	<b>Subgrupper</b>
Bemanning	Bemanning, og utfordringer knyttet til rekruttering	Arbeidsbyrde og erfaringer Motivasjon og mestring
Ansvarsfordeling	Ansvar – viktigheten av tydelig ansvarsfordeling og god kommunikasjon	Rutiner og prosedyrer Kvalitet og sikkerhet
Sykepleieperspektivet	Sykepleieres yrkesidentitet og ivaretagelse av pasienter	Sykepleieprosessen Faglig utvikling Sykepleier-pasient-relasjonen
Velferdsteknologi og bærekraft	Den bærekraftige fremtiden i møtet med velferdsteknologi	Fremtidsrettet helsetjeneste Investering, økonomisk gevinst og effektiv bruk av økonomiske og menneskelige ressurser



## 5 Resultat og funn

Etter å ha slått sammen og revidert subgruppene organiserte vi funnene i fire hovedkategorier som kan belyse faktiske funn og viktig materiale fra den kondenserte teksten.

### 5.1 Bemanning og utfordringer knyttet til rekruttering

Utfordringer knyttet til bemanning og rekruttering går igjen i intervjuet. Stedet vi har hentet data fra har et lavt antall fastboende, og er en utkant i en stor bykommune. Det er derfor vanskelig å rekruttere utenfor eget distrikt. Det handler også om at det er utfordrende å pendle fra områder utenfor. Sykepleierne vi intervjuet kom frem til at det var vanskelig å gjøre det attraktivt å jobbe i området generelt, men spesielt med legevaktsatellitten på grunn av arbeidets karakter. Alle ansatte ved legevaktsatellitten hadde bred klinisk erfaring, og også de med denne stødige bakgrunnen var engstelige i forkant av implementering. Dette kan si noe om hvorfor nyutdannede eller de med mindre erfaring er vanskelige å rekruttere til arbeid knyttet til legevaktsatellitten. Det kom frem at det i perioder har vært utfordringer med å dekke bemanningen på legevaktsatellitten. De har tidvis brukt turnusleger for å dekke opp vaktene, og i tillegg tok en leder i omsorgsdistriktet nødvendige kurs for å kunne delta i turnus ved behov. Det positive med dette var at lederen fikk se prosjektet fra de ansattes perspektiv. Utfordringer i forhold til arbeidsbelastning gikk også igjen. Samtidig som sykepleier har vakt ved satellitt er han eller hun ofte i sitt vanlige arbeid i kommunehelsetjenesten. Om de er på jobb må de gå fra den ene jobben over til satellitten ved utrykning. Det kom frem at arbeidsbelastningen i perioder er stor og at de i helgene har vakt oppå grunnbemanningen, men at den samme ordningen ikke gjelder i ukedagene. Det betyr med andre ord at de i ukedagene risikerer å skulle være på jobb to steder samtidig:

Det ble også bedre når vi fikk gå oppå på helgene. Hvis vi er alene som sykepleier og må ha ansvar inne, ute og på legevakt, får man gå oppå. Det hjalp, for da slipper man å være redd for at noen ringer midt i ett stell eller lignende.

Intervjuobjektene gav derimot tydelig uttrykk for at de til tross for det store ansvaret og økt arbeidsbelastning opplevde at det kunne være en givende jobb å ha og at det resulterte i mestringsfølelse.

### 5.2 Ansvar – viktigheten av tydelig ansvarsfordeling og god kommunikasjon

Informantene fortalte at det mange ganger blir forventet at sykepleier på satellitt skal utføre prosedyrer de i utgangspunktet ikke har mandat til å gjennomføre. De har egen linje inn til legevakt, og opplevde at sykepleiere på legevaktsentralen har god kjennskap til satellitten. Det er mange leger i turnus og informantene ga uttrykk for at de opplevde at en del av disse ikke hadde god nok kjennskap til legevaktsatellitten og deres ansvarsområder. Sykepleiere fortalte at de har vært i situasjoner der de har måttet utføre prosedyrer utenfor sin protokoll, etter ønske eller noe press fra lege – men at de i

stor grad opplever at de kan si ifra når de opplever at de er i ferd med å gå ut av sin stillingsinstruks:

De vil gjerne vi skal kateterisere menn, f.eks. unge menn som får urinretensjon av ukjent grunn. Da skal de jo i utgangspunktet inn å sjekke hva som er årsaken, men da ønsker de ofte at vi skal prøve, se om det skjer noe. Blør det? Prøv. De vil vi skal gjøre flere undersøkelser.

Deltagere fortalte at de ikke følte seg utrygge på prosedyrene i seg selv, men at det handler om å følge gitte retningslinjer. De vektla at de dokumenterte når lege på vakt ba dem utføre prosedyrer utenfor sin instruks. Et annet moment som er viktig er at de fortalte at de mangler enkelte medisiner som en legevaktstasjon ville hatt. De fortalte også at det er prosedyrer de kunne ha utført om de fikk tilpasset opplæring, hvor ledelsen ikke er villig til å gå god for dette, uten at de gikk nærmere inn på dette. Intervjuobjektene ga også uttrykk for at de ønsket trening og tillatelse til f.eks. enkel suturering for å skjerme sårbare pasienter, som for eksempel personer med demens, fra den belastningen en lang dag med reise utgjør.

### 5.3 Sykepleierens yrkesidentitet og ivaretagelse av pasienter

Sykepleiere i studien ga i stor grad uttrykk for at de opplevde at egen yrkesidentitet og rolle som sykepleier ble ivaretatt. De beskrev hvordan de får beholde den viktige relasjonen med pasienter selv om de har større ansvar enn tidligere. Det kom tydelig frem at utfordringene som oppsto i starten av implementeringen i stor grad handlet om mangel på utstyr og kommunikasjon. De ga uttrykk for at dette kom raskt på plass, og at de hadde opplevd mestring og faglig utvikling etter implementeringen kom i orden. Samtlige ga uttrykk for at de har fått et høyere kompetansenivå som sykepleiere. «Det er positivt at vi får utvikle oss faglig, og at det gjør jobben mer spennende».

De ga også uttrykk for at de opplevde at pasientene blir ivaretatt og sett i like stor grad – om ikke mer – gjennom satellitt enn ved vanlig fysisk kommunikasjon. «Når man har brukt videokonsultasjon, det er jo på en stor skjerm, så får lege og pasient den kontakten likevel. Jeg har fått gode tilbakemeldinger fra de som har brukt video». Teknologien som brukes gjør at legen beholder sin rolle som lege, og måten det brukes på ivaretar pasientens følelse av å bli sett og hørt. De fortalte også at legene ofte stiller flere og grundigere spørsmål enn sykepleier tror hadde blitt stilt ved en vanlig konsultasjon. En sykepleier fortalte at pasientene får sagt alt de har på hjertet, i større grad enn ved en fysisk konsultasjon. Intervjuobjektene opplevde at de fikk beholde sin identitet som sykepleier selv i uavklarte situasjoner.

### 5.4 Forvaltning av økonomiske og menneskelige ressurser

Det ble poengtert av deltagerne at man kan unngå den ekstra belastningen en lang reisevei og mye venting kan medføre for en syk person. Personer med demens blir hyppig dratt frem som et eksempel på dette. Fremveksten av velferdsteknologi har eksplodert de siste årene. Flere har fått øyene opp for dette, kanskje spesielt når koronapandemien kom. I studien kom det frem at sykepleiere som bruker legevaktsatellitt er opptatt av at dette burde lanseres andre plasser med lignende geografi og like forutsetninger. Det kom frem at aktuelt område ble en del av prosjektet fordi de etter kommunesammenslåing mistet tilgang på ordinær legevakt, og at

innsparing av ressurser ville dekke investeringen av nødvendig utstyr. Et viktig funn er hvordan ressurser forvaltes på en bedre måte etter innføring av legevaktsatellitt. Siden området er usentralt sparer man både materielle og menneskelige ressurser når man unngår at alle konsultasjoner må gjennomføres ved «ordinær» legevakt.

Legevaktsatellitten bidrar til at kun akutte (røde) og uavklarte pasienter blir sendt direkte til sykehus/legevaktstasjon. Fra aktuelt distrikt vil en pasient måtte ta både ambulanse og ambulansebåt. Dette er svært kostbart, så man sparer bruk av tid, penger og ressurser. Informantene ga uttrykk for at «Det er ikke så vanskelig for oss, men det gir mye for pasienten som slipper å reise og bruke hele dagen. Man får snakke direkte med legen om det er noe man lurer på, og ja, ikke bare telefon.» Det kom frem at aktuell teknologi fungerer godt, og at utfordringene i stor grad handler om opplæring, kompetanseheving og ansvarsfordeling.

# 6 Diskusjon

## 6.1 Metodediskusjon

En bacheloroppgave av dette omfanget blir naturligvis begrenset av tid og få respondenter. Planlagt intervju skulle ha fire deltagere, men dette ble redusert til tre. I følge Malterud burde en fokusgruppe bestå av fem til åtte informanter, så de tre vi hadde kan ansees som i det minste laget (2017, s. 138). På den andre side vektlegger Dalland dybden i det kvalitative interjuvet på en annen måte (2020, s. 81). Han forteller at man kan få tilstrekkelig data til en oppgave ved å ha opptil tre intervjudeltagere. Derfor kan antallet respondenter stå i stil med oppgavens omfang.

Der er viktig at metodene man bruker kan gi troverdig kunnskap. Validitet er viktig i denne sammenheng og det handler om gyldighet og relevans, og når man sørger for at pålitelighet i metoden er til stede kalles dette for reliabilitet (Dalland, 2020, s. 43). Det er viktig at man klarer å være objektiv, og ha et kritisk blikk når man skal gjennomføre en forskingsstudie. Dalland trekker frem at man kan unngå å la seg påvirke av ikke-vitenskapelige vurderinger når man evner å være objektiv (2020, s. 43).

En av lederne i helsetjenesten var informant, og man kan i den sammenheng risikere at øvrige deltagere holder tilbake i større grad. Samtidig har lederen et unikt synspunkt på driften, og har selv hatt opplæring og vakter ved legevaktsatellitten. Det er intervjuer sitt ansvar å tolke svarene til intervjuobjektene og vurdere om informasjonen de kommer med kan stoles på (Dalland, 2020, s. 67). Ingen av informantene våre var nyutdannede eller mindre erfarne sykepleiere, noe som kunne bidratt til mangfoldet i fokusgruppen. Imidlertid kommer det frem i intervjuet at det heller ikke jobber nyutdannede sykepleiere eller noen med lite erfaring ved den aktuelle legevaktsatellitten.

Sitatene i oppgaven er hentet direkte fra transkribert tekst og er ikke endret. Det er viktig at man skriver ut intervjuet i sin helhet for å klare og evne å tolke funnene på en god måte (Dalland, 2020, s. 95). Malterud forteller at man styrker validitet i oppgaven når den som selv har deltatt i intervjuet transkriberer. Dette handler om at man i prosessen kommer på hendelser eller ting som ble sagt i løpet av intervjuet og man kan da oppklare elementer som har fremstått som uklare (Malterud, 2017, s. 79–80).

Det var begrenset med litteratur om emnet tilgjengelig som også gjorde det noe utfordrende å innhente passende faglitteratur i starten av arbeidet. Funnene er også avgrenset til ett distrikt og vil ikke nødvendigvis kunne overføres til andre legevaktsatellitter.

## 6.2 Resultatdiskusjon

### 6.2.1 Bemanning, rekruttering og vaktbelastning

Sykepleier som har ansvar for legevaktsatellitt, har ofte vakt i omsorgstjenesten samtidig. Dette innebærer i utgangspunktet at man manøvrer seg gjennom to ulike typer arbeid samtidig. Når vakttelefonen ringer, må sykepleieren rykke ut. Det betyr at hun eller han forlater det andre arbeidsstedet sitt, og må legge fra seg de oppgavene som han eller hun har der til senere. Det kommer frem at de i starten opplevde at det var

mye ansvar, og at de hadde en følelse av at telefonen kunne ringe når som helst. Samtidig uttrykte alle deltagerne at de følte seg komfortabel med arbeidsbelastningen og oppgaven de var tildelt. En risiko man står overfor i dagens helseforetak er at nedbemanning og strukturendring fører til økt jobbglidning – som innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere hørte til en gruppe, føres over til en annen (Luther et al., 2012). En risiko med jobbglidning er at det kan gå på bekostning av kvalitet og pasientsikkerhet. Spesielt sykepleiere har overtatt oppgaver som tidligere var legeansvar, både frivillig og ufrivillig. I følge Egge har sykepleiere blitt delegert til blant annet rutineoppfølging av pasienter med for eksempel diabetes eller til å utføre prosedyrer som deler av en endoskopi. Dette er oppgaver som tidligere har vært ene og alene legenes ansvar (2012, s. 3).

Det kom frem i intervjuet at den ansvarlige for satellitten gikk oppå grunnbemanningen på helg, etter utfordringer knyttet til å skulle være to steder på en gang. Selv om ingen eksplisitt gav uttrykk for at det opplevdes som vanskelig å skulle ha to ulike roller og instruksjoner samtidig, er det rimelig å stille spørsmål ved hvor bærekraftig arbeidsbyrden vil være for de som jobber på denne måten på sikt. Det kom frem at de kunne kjenne på stress i forbindelse med denne vekten, selv om mestringsfølelsen av å få til det ukjente i stor grad har vært til stede. De uttrykte også at de opplevde at ledelsen i stor grad imøtekom deres bekymringer, og endringer i grunnbemanning på helg fjernet det største stresset.

Henderson forteller at sykepleieren må evne å kartlegge hvordan pasienten opplever sin situasjon og sine behov, og hvordan man imøtekommer disse (Kristoffersen, 2016, s. 39). En forutsetning for dette er at sykepleier har kapasitet til å utføre oppgavene sine. Ansvar er stort og det bør ligge til rette for at sykepleiere har den tiden de trenger til å utføre arbeidet sitt både på den ene og den andre arbeidsplassen, uten å måtte gå på akkord med egne verdier som sykepleier. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* pkt. 2.3 sier at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Om man ser på arbeidserfaringen til de ansatte, ved siden av all den nye kunnskapen de kontinuerlig må oppdatere seg på når de skal stå med det ansvaret de har på satellitt, kan man dra paralleller til den kunnskapsbaserte praksisen. Når sykepleier evner å bruke erfaringen sin, samtidig som hun eller han vektlegger faglig forankret sykepleiepraksis og brukerkunnskap vil pasientene i stor grad kunne forvente god sykepleie ved legevaktsatellitten (Nortvedt et al., 2012, s. 16–17). Sett i lys av problemer med rekruttering, er det mulig at å bruke nettopp dette elementet med kunnskapsbasert praksis som en fordel for å rekruttere yngre, og mindre erfarne sykepleiere. Om ledelsen på arbeidsplassen legger til rette for at man kan stille kritiske spørsmål og reflektere høyt om positive og negative situasjoner, kan arbeidsplassen bli et lærende og faglig fokusert miljø. Kunnskapsbasert praksis som et begrep blir man godt kjent med under sykepleierstudiet. Vektlegges dette og samarbeid mellom de nye, og eldre sykepleierne vil man kunne se for seg at erfaringene til de med lang fartstid i helsevesenet, sammen med den oppdaterte faglige kompetansen til nyutdannede sammen kan utgjøre en grobunn for et arbeidsmiljø med økt fokus på samarbeid og god sykepleiepraksis. Deltagerne fortalte om et godt miljø hvor kompetanseheving er sentralt. De ga uttrykk for å være et kompetent team, som ofte sees når ansatte trives i arbeidet. At miljøet man arbeider i legger til rette for kontinuerlig læring, og faglig vekst gir stort utbytte når man ser på trivsel på arbeidsplassen. At man trives på jobb er også bidragsytende til at man er i stand til å utvikle seg. I en finsk studie fra 2016 så man at nyutdannede

sykepleiere i stor grad vektla godt arbeidsmiljø som en forutsetning for å kunne utvikle seg faglig (Numminen et al., 2016). Funnene i studien viste også at nettopp godt arbeidsmiljø og høy kompetanse henger sammen.

### 6.2.2 Ansvarsfordeling, arbeidsbyrde og kompetanseheving

Det kom klart til uttrykk at sykepleierne på legevaktsatellitten har god oversikt over egne prosedyrer og faktiske ansvarsområder. Utfordringen ligger i at det på grunn av interkommunalt legevaktsamarbeid er rundt 80 fastleger knyttet til den aktuelle legevaktstasjonen. Samtlige av legene skal forholde seg til videokonsultasjoner i forbindelse med bruk av legevaktsatellitt. Deltagere fortalte at de har opplevd å utføre prosedyrer utenfor sitt tildelte ansvarsområde etter press fra lege. Selv om de har uttrykt at dette er oppgaver de kan håndtere er det viktig at rollene bevares og at legene har god kunnskap om arbeidsfordelingen og hvem som har det faktiske ansvaret i ulike situasjoner. Krav til kompetanse om legevaktsatellitten burde være en forutsetning for alle legene som er tilknyttet den aktuelle legevaktstasjonen. Dette handler ikke bare om pasientsikkerhet men også om ivaretagelse av sykepleiers rolle. Deltagere gav uttrykk for opplevelse av ansvarsforskyvning, noe som kan være uheldig. Under rette forutsetninger er det ingen grunn til å tenke at en sykepleier ikke evner å vurdere en pasient faglig forsvarlig. Ser vi mot utlandet bruker de i større grad det man i Norge kaller allmennsykepleiere. Disse brukes i ulike roller som ligger mellom sykepleier og legeoppgaver (Pedersen, 2021). Dette har vært omdiskutert i Norge og holdningene er delt mellom de som mener sykepleiere med denne utdanningen bør tildeles større ansvar, og de som mener noe ansvar aldri kan delegeres bort fra legen (Pedersen, 2019). Faktumet er uansett hvordan man ser på det at sykepleiere i dag er enda tettere på pasientene enn de var tidligere siden arbeidsoppgavene deres er utvidet (Orvik, 2015, s. 298).

Intervjuede sykepleiere utviste stor grad av ansvarsbevissthet både når det gjelder kunnskap om eget ansvarsområde, men også når det gjelder å ta på seg oppgaver som kreves i et her og nå perspektiv. Dette bidrar til å sikre at pasienter mottar forsvarlig helsehjelp. Denne ansvarsbevisstheten må forventes av alle som deltar i legevaktsatellitten for å sikre at det helhetlige tilbudet via videokonsultasjoner er så godt som mulig med de forutsetningene man har (Orvik, 2015, s. 292).

God koordinering og kommunikasjon er helt avgjørende for å sikre at pasienttilbudet er tilstrekkelig, forsvarlig og innenfor akuttmedisinske retningslinjer. Det burde kunne forventes at legene har kjennskap til hva som er deres og hva som er legevaktsatellittens tildelte oppgaver og ansvar. Et forslag kan være at sykepleiere som jobber ved legevaktsatellitt har informasjonsmøte om seg selv og sin rolle ved satellitten med aktuelle legevaktsleger. Som et krav i Pilot legevakt forventes det at alt personell knyttet til legevaktsatellitten holder seg faglig oppdatert og deltar på øvelser, og i dette ligger det også et selvstendig ansvar om å tilegne seg manglende kunnskap vedrørende driften og ansvarsfordelingen som gjelder (Helsedirektoratet, 2018).

### 6.2.3 Sykepleieidentiteten og ivaretagelse av pasienten

Intervjuobjektene uttrykker at de i stor grad opplever at de beholder sin rolle som sykepleier ved bruk av videokonsultasjon og at de opplever at deres ansvarsoppgaver som sykepleiere er i sentrum av utøvelsen av pleie og omsorg til pasientene de møter

ved legevaktsatellitt. Det er utelukkende positivt at pasientene ved legevaktsatellitten faktisk møter en sykepleier og ikke bare har konsultasjon enten alene med lege, eller over telefon. I forhold til hvordan sykepleiere i større og større grad blir tildelt oppgaver som tidligere var forbeholdt leger i tillegg til det økte fokuset på kunnskapsbasert praksis, er det rimelig å kunne forvente at en sykepleier skal kunne håndtere å ha ansvaret ved legevaktsatellitten under rette omstendigheter. Sykepleie handler i stor grad om evnen til å tilegne seg nødvendig kunnskap for å kunne ivareta egen rolle og pasienter på en best mulig måte. I tillegg er det sykepleiere som i første rekke møter de sykeste, men da gjerne i institusjoner eller på sengepost. Med andre ord kan man anta at sykepleiere har evne til å håndtere legevaktsatellitten, selv om de møter den syke på en annen arena enn det de er vant til (Martínez-González et al., 2015). Florence Nightingale sa «Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives» (referert i Wilson, 2015). Intervjuobjektene forklarte flere ganger at de opplevde økt mestring, økt kompetanse – og at de opplevde at pasientene var trygge. Det er rimelig å stille spørsmål til om rekrutteringen av sykepleiere hadde vært høyere om man for eksempel kunne tilby en fremtidig master eller videreutdanning som kunne være relevant når man skal jobbe ved en legevaktsatellitt. De første årene etter endt utdanning er svært viktige, og man vil kunne anta at en gulrot for å få nyutdannede eller de uten erfaring inn på vakter ved satellitten kunne være gunstig (Meld. St. 7, 2019, s. 124).

I intervjuet kommer det som nevnt frem at de i stor grad har opplevd at pasientene er fornøyde med videokonsultasjonene. Da er det også interessant å ha i bakhodet at beboerne i dette området har vært vant med å ha en lege som har kommet på hjemmebesøk. Beboerne har altså mistet et tilbud, men er allikevel positiv. Det er et moment som er viktig å ha med, ettersom det forteller en del om opplevelsen til mottagere av tjenesten (Haugan & Rannestad, 2014, s. 250). Sykepleieres rolle i møte med pasienter er ifølge Henderson å sikre at de skal kunne gjenvinne evne til å dekke egne grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 38). At sykepleiere på legevaktsatellitt evner å raskt skape en god relasjon er viktig. Når disse sykepleierne også har arbeid i den lokale omsorgstjenesten har de også en allerede etablert relasjon til flere av de hjemmeboende eldre som benytter hjemmetjenesten. Etter barn under 6 år er det eldre over 80 som kontakter legevakt hyppigst, ifølge tall fra 2014 (Helsedirektoratet, 2016, s. 22). Sistnevnte vil da ofte være kjent for personalet ved satellitten. Dette bidrar også til å skape en tillitt og trygghet til det nye systemet som blir tatt i bruk.

Sykepleiere ved aktuell satellitt forteller om fornøyde pasienter, som mottar den helsehjelpen de har krav på. De trekker frem at konsultasjonene ofte oppleves som enda dypere enn ved fysiske konsultasjoner og at de ved hjelp av alle teknologiske hjelpemidlene som EKG, metningsmåler og ulike teknologiske linser bidrar til å sikre at kvaliteten på tilbudet er adekvat. Helse- og omsorgstjenesteloven sier at alle de som henvender seg til helsetjenesten skal gis et helhetlig tilbud og verdig behandling (2011, § 4-1). Tilbakemeldingene viser at man kan anta at pasientsikkerheten og kvaliteten ved bruk av videokonsultasjoner synes til å være et godt supplement til dagens ordninger.

#### 6.2.4 Videokonsultasjon – avlastning av økonomiske og menneskelige ressurser

Det er rimelig at man diskuterer hvor vidt en videokonsultasjon kan sammenlignes med et fysisk møte med lege, men samtidig er det viktig at man ser på de positive utfallene

av implementeringen og ikke bare de negative. Det viktigste funnet handler i stor grad om avlastning av menneskelige ressurser, spesielt til de svakeste og mest skrøpelige som i liten grad tåler en lang reise med ambulanse, i båt og med mye venting. Sykepleier i intervjuet trakk frem at det spesielt for eldre med demens var positivt at man kunne unngå den unødvendige belastningen reising medfører om det ikke er nødvendig. Det viser at man ikke kun sparer ressurser rent økonomisk, men det sparer også pasientene for tidsbruk, reising og stress. Det vil også spare eventuelle pårørende og bruk av helsepersonell. Det blir i intervjuet spesielt lagt vekt på personer som har demens, og faste rammer, trygge omgivelser og kontinuitet er avgjørende for at disse personene er rolige og har det så godt som mulig (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 425). Derfor kan videokonsultasjon være et ekstra godt alternativ for denne sårbare pasientgruppen.

Når koronapandemien inntraff ble videokonsultasjoner et nødvendig verktøy for mange fastleger, også for de som hadde lite erfaring i bruken av det tidligere. Nettopp dette viste en kvantitativ studie fra Norge, og man ser man at bruken av videokonsultasjoner økte skarpt i løpet av koronapandemien. Fastlegene rapporterte videre at en andel av fremtidige konsultasjoner, da for utvalgte diagnoser og oppfølgingstimer, ville kunne gjennomføres over video etter korona (Johnsen et al., 2021).

Den store utfordringen fremover vil være å skape et system som sørger for at ikke bare pasientsikkerheten er god, men at ansvarsbyrden fordeles på en god måte mellom sykepleier og lege. Å belaste en yrkesgruppe for å avlaste en annen er ikke ønskelig. Det er viktig at distriktene har et tilbud til sine beboere, og når fastlegekrisen er et faktum er det rimelig å forvente at man forsøker nye teknologiske løsninger som legevaktsatellitter. I regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten legges det stor vekt på å skape ordninger som letter trykket for fastlegene, spesielt de i distriktene. Legevaktsatellitter kan om anvendt riktig være et godt tiltak for å bidra til færre oppgaver utenfor arbeidstid for legene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 3–7). Samtidig er det viktig at arbeidsbyrden ikke flyttes ukritisk over på sykepleierne, i fare for at det går på bekostning av deres yrkesutøvelse. At man sparer penger på en slik type implementering er det heller ingen tvil om, og selv om mennesket skal være i fokus er det uansett viktig for å fortsette fremover med utviklingen av systemet. Penger og økonomi er en avgjørende faktor om vi liker det eller ei.



## 7 Konklusjon

Våre funn tilsier at legevaktsatellitt, fra et sykepleieperspektiv, kan være et godt supplement til dagens legevaktsordning. Det er brukervennlig og øker sykepleiers kompetanse og evne til å utøve faglig og erfaringsbasert sykepleie i den akuttmedisinske kjeden. Funnene viser også til at pasientenes brukermedvirkning og deres rettigheter blir ivaretatt på en god måte. Utfordringene er å se videre på hvordan man kan sikre at sykepleiers arbeidsbelastning er bærekraftig over tid og hvordan man best kan sørge for god rekruttering og bemanning til legevaktsatellitt. I det store bildet vil byrden i den akuttmedisinske kjeden kunne avlastes med en realistisk plan, men parallelt må man sikre at sykepleieres velferd, mulighet for videre kompetanseutvikling og gode arbeidsvilkår ivaretas. Om dette kan realiseres kan sykepleiere bidra til at legevaktsatellitter utgjør en gevinst for samfunnet, både på et økonomisk og menneskelig nivå. Vår studie var begrenset til én legevaktsatellitt og respondenter derfra, og videre forskning kan med fordel se på et større antall legevaktsatellitter med flere informanter.

# Referanser

- Björndell, C., & Premberg, Å. (2021). Physicians' experiences of video consultation with patients at a public virtual primary care clinic: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(1), 67–76. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882082>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.). Gyldendal Akademisk.
- Didriksen, L., Mehmi, B. L., Cassells, R., & Røsbø, P. O. (2019). *Legevakt i distriktene blir byttet ut med sykepleiervakt*. Nationen. <https://www.nationen.no/motkultur/debatt/legevakt-i-distriktene-blir-byttet-ut-med-sykepleiervakt/>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (u.å.). *Fakta om Nødnett*. Nødnett. <http://www.nodnett.no/Nodnett/hva-er-noenett/>
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: A qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586–e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
- Egge, A. (2012). Kjære kolleger. *Overlegen*, 1, 3.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Furnes, Ø., & Albrektsen, G. E. (2019). *Unyansert om legevaktspiloten*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/11/07/unyansert-om-legevaktspiloten/>
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse,-omsorgs,- og rehabiliteringsstatistikk: Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester* (IS-2375). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>

- Helsedirektoratet. (2018). *Pilot legevakt: Rammedokument for forsøket*. Helsedirektoratet. Hentet 9. april 2021 fra [https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/pilotprosjekt-pa-legevaktfeltet/Rammedokument%20pilotprosjekt.pdf/\\_/attachment/inline/55129af1-e65e-4954-9d7c-53126f7a65d1:28677ac4e7a7062284506a995c2530de2f63850c/Rammedokument%20pilotprosjekt.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/pilotprosjekt-pa-legevaktfeltet/Rammedokument%20pilotprosjekt.pdf/_/attachment/inline/55129af1-e65e-4954-9d7c-53126f7a65d1:28677ac4e7a7062284506a995c2530de2f63850c/Rammedokument%20pilotprosjekt.pdf)
- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonal veileder for masseskadetriage*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20-%20Nasjonal%20veileder.pdf>
- Johnsen, T. M., Norberg, B. L., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F. H., & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *J Med Internet Res*, 23(2), e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
- Kolstrup, N. (2016). *Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten*. <https://ehealthresearch.no/faktaark/muligheter-og-utfordringer-ved-bruk-av-videokonsultasjoner-i-primærhelsetjenesten>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Kapittel 19: Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal Akademisk.
- Langnes, R. (2018). *Samfunnet driver rovdrift på sykepleiere*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/04/samfunnet-driver-rovdrift-pa-sykepleiere>
- Luther, I. M., Hjertstrøm, A., Nybakk, A. M., & Eriksen, K. H. (2012). *Er jobbglidning i helsevesenet svar på fremtidas utfordringer?* Overlegen Digital. <https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-1-2012/er-jobbglidning-i-helsevesenet-svar-pa-fremtidas-utfordringer/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: A systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 55–55. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>
- Meld. St. 7. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 18. (2016). *Berekraftige byar og sterke distrikt*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d15e0f19e7d9439ea5c1b08ba888bdd1/nn-no/pdfs/stm201620170018000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 29. (2012). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

- Melting, J. B., & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: Nasjonalt velferdsteknologiprogram (IS-2416)*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>
- Nakrem, S., & Spilker, K. (2014). Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 242–253). Cappelen Damm.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- NOU 2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Numminen, O., Ruoppa, E., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Hupli, M., & Meretoja, R. (2016). Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: Perception of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(1), E1–E11. <https://doi.org/10.1111/jonm.12280>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pedersen, J.-E. (2019). *Heldige er de som får en avansert klinisk sykepleier*.  
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/08/heldige-er-de-som-far-en-avansert-klinisk-sykepleier>
- Pedersen, J.-E. (2021). – *Hva er egentlig avansert klinisk sykepleie?*  
<https://sykepleien.no/meninger/2021/04/hva-er-egentlig-avansert-klinisk-sykepleie>
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kapittel 29: Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2., s. 408–437). Gyldendal Akademisk.
- Wilson, C. (2015). The Role of Nursing Professional Development in the Future of Nursing: *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(1), 56–57.  
<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000144>

# Vedlegg

## **Vedlegg 1:** Intervjuguide

### **Forslag til spørsmål, fokusgruppeintervju**

#### **1. Hva gjorde at videokonsultasjon ble tatt i bruk?**

- Fikk dere som sykepleiere god informasjon om hensikt og mål?
- Ble dere inkludert i implementeringsprosessen?
- Forsto dere omfanget av implementeringen?
- Forsto dere rollen dere skulle ha som sykepleiere?

#### **2. Hvordan opplevdes det å bli en del av legevaktstjenesten?**

- Fikk dere god opplæring i hvordan dere skulle gå frem?
- Var ansvarfordeling mellom sykepleier, og legevakt tydelig? Hvordan opplever dere å bli møtt av de ulike legene?
- Får dere ivaretatt deres ansvarsområder, og i så tilfelle hvilken er disse?
- Opplever dere at dere får større ansvarsbyrde, eller har utvidet ansvar?
- Hvordan opplevde dere at oppstarten fungerte?

#### **3. Hvilke erfaringer har dere hatt frem til nå?**

- Positive erfaringer
- Negative erfaringer
- Hvordan oppleves samarbeidet med legevakten?
- Hvordan opplever dere at deres rolle som sykepleier blir ivaretatt? Føler dere at dere får brukt sykepleieprosessen? (Vi vil gå gjennom den kort i forbindelse med spørsmål)
- Har dere følt på mestring, og økt kompetanse som har gjort dere tryggere på deres rolle som sykepleier?

#### **4. Hvordan opplever pasientene videokonsultasjon?**

- Hvilke positive erfaringer har dere fått tilbakemelding på?
- Hvilke negative erfaringer har dere fått tilbakemelding på?
- Hvordan opplever dere fra et sykepleieperspektiv at pasientene/brukerne blir ivaretatt?
- Er pasientens integritet sikret?

#### **5. Etikk, og taushetsplikt. Opplevs videokonsultasjon som etisk forsvarlig, og opplever dere at informasjonen formidles trygt?**

- Har dere god kunnskap til hvordan personopplysninger sikres ved bruk av teknologi?
- Opplever dere at bruken av videokonsultasjon er etisk forsvarlig?
- Føler sykepleier seg trygg på at taushetsplikt blir overholdt, og at pasientens rettigheter ivaretas?

**6. Har bruken av videokonsultasjon fungert som det skulle, og opplever dere at hensikten og målet er likt som ved start, eller har det endret seg?**

## **Vedlegg 2:** Informasjonsskriv til deltagere

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

«Hvilke erfaringer har sykepleiere ved bruk av videokonsultasjon med legevakt som brukerstøtte?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge erfaringer du som sykepleier har i forbindelse med bruk av videokonsultasjon som brukerstøtte. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en empirisk bachelorstudie som skal se på positive- og negative erfaringer knyttet til bruk av velferdsteknologi. Spesifikt videokonsultasjon med legevakt hvor sykepleier er den som har ansvar for pasienten fysisk, mens legevakt er brukerstøtte og gir råd og veiledning. Målet vårt er å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere har gjort seg ved bruk av denne type teknologi. Det er sykepleieperspektivet som skal være i fokus.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Rigmor Einang Alnes, Førsteamanuensis, NTNU

Helen Berg, Førsteamanuensis, NTNU

Thomas André Kjerstad, sykepleierstudent, NTNU

Karina Enger Willumsen, sykepleierstudent, NTNU

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du som blir spurt om å delta er sykepleier som har vært med i hele prosessen av en kommunes implementering av legekonsultasjon som brukerstøtte i legevaktstjenesten. Det er prosjektleder for implementeringen som har sendt aktuelle kandidater spørsmål om de ønsker å delta i studien.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Denne innsamlingen av informasjon vil foregå via ett fokusgruppeintervju med alle aktuelle deltagere. Intervjuet vil tatt opp av en digital lydopptaker og vil bli slettet etter at intervjuet er

skrevet ut som tekst. Alle personidentifiserende opplysninger vil bli slettet ved transkribering av intervjuene.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være medstudent og veiledere som vil ha tilgang på den transkriberte teksten. Deltakere vil ikke kunne identifiseres i den endelige publikasjonen.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene om navn, kjønn, og alder anonymiseres når lydfilene er transkribert og lydfilene vil slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- **Student:** Karina Enger Willumsen, karinew@stud.ntnu.no, 40551985
- **Student:** Thomas André Kjerstad, thomaakj@stud.ntnu.no, 90887299
- **Prosjektansvarlig,** Førsteamanuensis Rigmor Einang Alnes, rigmor.e.alnes@ntnu.no
- **Vårt personvernombud:** NTNUs personvernombud Thomas Helgesen, Thomas.Helgesen@ntnu.no



**Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:**

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

**Prosjektansvarlig**

Rigmor Einang Alnes

**Studenter**

Thomas André Kjerstad og Karina Enger Willumsen

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

Å delta i fokusgruppeintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

