



Høgskolen i Innlandet

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Gunvor Moreskine

Masteroppgave

Hvordan opplever sykepleierne å bruke video på legevaktsentralen?

How do the nurses experience using video at after-hours service desk?

4PM791 Masterstudie i psykisk helsearbeid

Vår 2022

Antall ord: 7704

Forord

Etter fire år med studier på deltid ved siden av full jobb og familie, er jeg endelig i mål.

Jeg er stolt og fornøyd.

Det har vært en lærerik prosess som jeg er glad jeg har fått med meg.

Takk til veileder, postdoktor Ann-Mari Lofthus for god veiledning og nyttige tilbakemeldinger.

Som med jevne mellomrom fikk skuldrene mine til å senke seg.

Takk til informantene mine, for at dere velvillig stilte opp.

Takk til gode kollegaer for oppmuntring og heing fra sidelinjen.

Takk til sjefen for studiedager.

Takk til KoKom for oppdrag, støtte og veiledning.

Takk til venner og familie for forståelse og støtte. Ikke minst takk til Michael for å ha kontroll på hjemmefronten. Takk til Benjamin og William for forståelse for at jeg har måttet holde på med skriving på helger og kvelder. Gleder meg til sommerferien!

29.april.2022

Gunvor Moreskine

Sammendrag

HENSIKT: Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleierne opplevde å bruke video i arbeidet sitt på legevaktsentralen.

METODE: Det ble foretatt individuelle intervjuer av sju sykepleiere på 3 ulike legevaktsentraler. Intervjuene varte fra 40 – 55 min og ble tatt opp på bånd. Dette resulterte i 120 sider med transkribert materiale. Funnene ble deretter analysert ved hjelp av Braun og Clarks tematiske analysemetode.

RESULTATER: Sykepleierne opplevde en trygghet i å bruke video i beslutningen, da de kunne se hva pasienten/innringer snakket om. De opplevde at pasienten ble tryggere av at et helsepersonell hadde sett problemet. Sykepleierne opplevde stress i legevaktsentralen, men mente at selve videoverktøyet var enkelt å bruke. De opplevde også at det ble økt samarbeid mellom kollegaene for vurdering av videoene.

KONKLUSJON: Sykepleierne opplevde mest fordeler med å bruke video i legevaktsentralen. Legevaktene kan med fordel gi bedre formell opplæring av systemet for å unngå teknostress, samt tilby sykepleierne faste møtepunkt for erfaringsutveksling av utfordringer i arbeidshverdagen.

NØKKEWORD: legevaktsentral, video, teknostress, teknologi, sykepleiere, stress, etikk, psykisk helse

Abstract

PURPOSE: The purpose of the current study is to explore how the nurses experienced using video in their work at the emergency room

METHOD: Individual interviews with seven nurses at three different outpatient centers. The interviews lasted from 40 to 55 minutes, were recorded on tape, and resulted in 120 pages of transcribed material. The findings were then analyzed based on Braun and Clark's thematic analysis method.

RESULTS: The nurses experienced a sense of security in using video in the decision, as they could see what the patient was talking about. They experienced that the patient became more confident that a healthcare professional had seen the problem. The nurses experienced stress in the emergency room, but believed that the video tool itself was easy to use. They experienced increased collaboration between colleagues.

CONCLUSION: For the most part, the nurses experienced benefits from using video in the emergency room. Emergency services can – to their advantage – work to provide better formal training of the video system, thus avoid techno stress. As well, offer the nurses regular meetings where they can share the experiences they have had facing the challenges of everyday work.

KEYWORD: out of hours, video, mental health, stress, ethics, techno stress, technology,

Forkortelser

LVS: Legevaktsentral

AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

KOKOM: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap

HLR: Hjerte- og lungeredning

Innhold

Forord.....	ii
Sammendrag.....	iii
Abstract.....	iv
Forkortelser.....	v
1.0 Introduksjon og bakgrunn.....	1
1.2 Video.....	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Psykisk helsearbeid.....	3
1.4 Begrepsavklaring.....	4
1.5 Søkeprosess.....	4
1.6 Avgrensninger.....	5
2.0 Teori.....	5
2.1 Stress, beslutningstaking og operativ psykologi.....	5
2.2 Teknologi og stress.....	7
2.3 Psykologisk trygghet og ivaretagende kollegafellesskap.....	8
2.4 Etiske problemstillinger i legevaktsentralen.....	8
2.5 Digital etikk.....	9
2.6 Lovverk.....	10
3.0 Metode.....	12
3.1 Vitenskapelig ståsted.....	12
3.2 Forskningsdesign.....	12
3.3 Førforståelse.....	13
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.5 Rekruttering.....	13
3.6 Intervju.....	14
3.7 Etiske overveielser.....	14
3.8 Transkribering.....	15
3.9 Transparens, overførbarhet og pålitelighet.....	15
3.10 Analysemetode.....	16
4.0 Resultat.....	16
4.1 Digital etikk.....	17

5.0 Diskusjon	18
5.1 Digital etikk	19
5.2 Drøfting av metode	20
5.3 Studiens styrker og begrensninger:	21
5.4 Klinisk relevans og konsekvenser for praksis	21
6.0 Konklusjon.....	22
7.0 Videre forskning.....	23
8.0 Litteraturliste	23
9.0 Vedlegg	31

1.0 Introduksjon og bakgrunn

I Norge er det kommunene som har ansvaret med å ivareta befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp med å tilby legevaktstjeneste (Akuttmedisinforskriften, 2015). Selv om det kalles legevakt er det likevel en sykepleier som vil være det første møtet med pasienten, både på telefon og direkte oppmøte på en legevakt. I 2014 endte 23% av henvendelsene til legevaktsentralen med telefonrådgivning fra sykepleier (Midtbø et al., 2017). Oppgaven til legevakten er «gjennom hele døgnet, å motta og håndtere telefonhenvendelser fra personer som oppholder seg i legevaktdistriktet tilknyttet sentralen. Dette inkluderer å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og iverksette nødvendige tiltak» (Helsedirektoratet, 2020). For at sykepleier på legevaktsentralen skal ha mulighet til å styre ressursene best mulig etter hastegrad og behov, anbefaler «Veileder for legevakt og legevaktsentral» at pasientene ringer til legevakten som første kontaktpunkt (Helsedirektoratet, 2020).

Jobben som sykepleier i en legevaktsentral består av en hverdag fylt av komplekse oppgaver. Det er mange arbeidsoppgaver som skal gjøres samtidig, og det kan være svært avgjørende for pasienten at sykepleier tar riktig beslutning. Sykepleieren må ha evnen til å oppnå god kommunikasjon med innringer, stille de riktige spørsmålene og ha god fagkunnskap for å ta riktige avgjørelser, gi råd, eller sette i gang tiltak basert på disse vurderingene. Andre faktorer som spiller inn er sykepleiers situasjonsforståelse, oppmerksomhet og håndtering av stress (Eid, 2006). Til å hjelpe seg med avgjørelsene finnes det en rekke hjelpemidler for sykepleieren. Disse beslutningsstøtteverktøyene skal benyttes for å avgjøre om tilstanden til pasienten er akutt, om det haster eller om det kan vente. Det aller nyeste innen hjelpemidler er video, som alle legevakter nå har fått tilgang til (Vedlegg 3). Sykepleier kan ved hjelp av et datasystem få tilgang til kameraet på pasientens smarttelefon. Her kan sykepleieren med egne øyne se pasienten, og selv vurdere ulike tilstander uten å være fullstendig prisgitt pasientens egen oppfatning av helsetilstanden.

Studier fra Danmark viser at video benyttet på AMK vaktentralen i København var nyttig for operatørene. Det forbedret vurderingen av pasientene, og gav bedre tilpasset hjelp. Dessuten var innringerne fornøyde (Linderoth et al., 2019). En annen studie fra Danmark fant ut at å bruke

video på AMK sentralen kunne gi noen utfordringer med tanke på utsendingsprotokollen som blir benyttet av operatøren fra før. Det ble derfor fastslått at det må mer forskning til (Linderoth et.al., 2021). Det finnes også forskning om video i nødmeldetjenesten fra utlandet, den handler for det meste om video brukt i forhold til simulering i forbindelse med trening, eller HLR veiledning (Lee et.al, 2021, Stipulante et.al., 2016, Bolle et.al., 2009). Det finnes ikke forskning på bruk av video i legevakt enda, da denne løsningen er tatt i bruk relativt nylig i Norge, og ble innført raskt på grunn av pandemi. Helsedirektoratet utfordret imidlertid nasjonale kompetansetjenestene fra “Sammen redder vi liv”-dugnaden til å evaluere innføring av video i nødmeldetjenesten, og arbeide med følgeforskning (Kramer-Johansen et al., 2020, s.7). Rapporten sa at operatørene, etter 3 mnd. bruk i AMK og LVS var positive innstilt til å benytte video der de fant det nyttig. Videre at video har vært med på å kunne gi bedre veiledning og råd i førstehjelp på AMK sentralen (Kramer-Johansen et al., 2020, s.35), men at det anbefales videre forskning på området.

Det er hensiktsmessig å se på forbindelsen mellom sykepleie og teknologi, og hvordan teknologien faktisk blir brukt, ikke bare teknologien i seg selv. Teknologien har vært en del av sykepleien i en årrekke, og den har kommet for å bli. Forholdet mellom sykepleie og teknologi er både komplisert og komplekst, og det er derfor viktig at man setter søkelyset på dette, og ser videre på hvordan teknologien har innflytelse på sykepleiers praksis, og hvordan de integrerer den i det daglige arbeidet (Obstfelder & Lotherington, 2014, s.312).

1.2 Video

I 2020 utviklet Stiftelsen Norsk Luftambulans videoløsning til bruk på AMK og legevakter (Stiftelsen Norsk Luftambulans, u.å.), av en daværende operatør på AMK sentralen. Løsningen går ut på at operatøren under samtalen med pasienten spør om tillatelse til å se problemet gjennom kameraet på pasientens smarttelefon. Gjennom et dataprogram sender operatøren en link på SMS til pasienten, som må åpne denne og godkjenne at programmet får tilgang til kameraet, samt godkjenning til smarttelefonens posisjon. Deretter kan operatøren se det innringer filmer på dataskjermen sin. Videoløsningen gir kun bilder en vei, så innringer kan ikke se operatøren. Hvis systemet fungerer som det skal, og pasienten forstår hva som skal gjøres tar det cirka 30 sekunder til sykepleieren kan se pasienten på skjermen sin. Andre ganger kan det ta

lengre tid på grunn av tekniske begrensninger hos innringer, eller tekniske feil. I tillegg kan kollegaene som er logget på vurdere bildene sammen med operatøren når det er ønskelig, fra sin arbeidsstasjon (Stiftelsen Norsk Luftambulansse, u.å.).

1.2 Problemstilling

Teknologien har kommet for å bli, også i helse Norge. Men hva vil det egentlig bety for sykepleierne å få enda mer verktøy å forholde seg til i legevaktsentralen? Vil det påføre mer stress på sykepleierne? Hvor mye mentalkapasitet kan man forvente at en operatør på LVS skal ha? Har man tenkt igjennom etiske spørsmål knyttet til videoteknologien? Hvordan synes sykepleierne det er å skulle plutselig gå på besøk “hjem i stua” til folk? I lys av disse spørsmålene ønsker jeg å se nærmere på sykepleiers opplevelser av å bruke video på legevakten.

Problemstillingen blir derfor:

Hvordan opplever sykepleierne å bruke video på legevaktsentralen?

1.3 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et vidt begrep, og kan defineres på denne måten: “psykisk helsearbeid er arbeid som har som formål å bedre eller ivareta enkeltmenneskers psykiske helse. Hensikten med psykisk helsearbeid vil ofte være å styrke enkeltmenneskers mulighet til mestring i hverdagen (Helsebiblioteket, 2022)”.

Å kunne hjelpe sykepleiere på legevaktsentralen til å reflektere over, og bli kjent med egne stressreaksjoner, og konsekvenser av disse er både relevant og viktig for psykisk helsearbeid. Arbeidsmiljøloven (1977, §1) stiller krav til det psykososiale arbeidsmiljøet, og sier at arbeidstaker skal beskyttes mot psykiske skadevirkninger. Arbeidstilsynet (2022) som skal sørge for at arbeidsmiljøloven blir fulgt, sier at ingen skal bli psykisk syke på jobb. En sykepleier som blir ivaretatt på jobb har mindre risiko for å bli syk av det som oppleves i arbeidssammenheng (Haavik & Toven, 2020, s.10). Denne studien er med på å sette fokus på psykisk helsearbeid gjennom sykepleierne i legevaktsentralens opplevelser og refleksjoner rundt stress og ny teknologi.

1.4 Begrepsavklaring

For å klargjøre innholdet i studien vil det være hensiktsmessig å avklare visse begrep. Begrepene vil komme igjen i teori, resultat og diskusjonen.

Legevakt: En kommunal tjeneste for mennesker som trenger øyeblikkelig hjelp når fastlegen har stengt. Man kan ringe legevakten ved akutt sykdom eller skade.

Legevaktsentral: En telefonsentral som er bemannet med sykepleiere eller andre med bachelor i helserelaterte fag og som tar imot samtaler fra mennesker som trenger akutt helsehjelp eller medisinske råd. Sykepleier vurderer hastegrad på problemet, og setter i verk tiltak ut ifra det.

AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, og en samarbeidspartner for legevakten

Operatør: Helsepersonell, med treårig bachelor innen helsefag, fortrinnsvis sykepleier, som svarer telefonanrop på legevaktsentral eller AMK sentral. Begrepet operatør og sykepleier vil bli brukt litt om hverandre.

Innringer: Personen som ringer til legevaktsentralen med en problemstilling. Det kan være på vegne av barnet sitt, familiemedlemmer, venner eller pasienten selv. Noen ganger blir innringer/pasienten tiltalt som “han”.

Triagering: Hastegradsvurdering som foretas av sykepleier. Dette gjøres slik at de som trenger raskest hjelp blir prioritert først.

Responstid: Akutforskriften har fastslått at forventet tid til operatøren svarer på et anrop i LVS er høyst to minutter (Akutforskriften, 2015).

1.5 Søkeprosess

Søket etter forskningsartikler har vært en lang prosess. Søk etter relevant litteratur startet allerede våren 2021, og ble foretatt i ulike databaser som Cinahl, PubMed, Idunn, Google Scholar, Orio. Jeg har også gjort en rekke manuelle søk i Sykepleien Forskning og Sykepleien. Siden legevakt og legevaktsentral er særegent for Norge, og gav få treff, måtte jeg benytte engelske ord som “after hours” og “primary care”. Når det kom til video søkte jeg på “emergency video calls”, “telehealth”, “emergency calls”. Jeg har i stor grad benyttet meg av litteraturlister fra ulike

artikler for å finne mest mulig relevant litteratur. Bakgrunnen for dette er at det ikke har blitt gjort mye forskning på video i legevaktsammenheng. Når jeg først fant relevante artikler, var det derfor også mange nyttige litteraturlister i disse.

1.6 Avgrensninger

Masteroppgaven inneholder en rammeberetning og et utkast til en artikkel. Artikkelen er tenkt publisert i Tidsskrift for omsorgsforskning, og jeg har derfor fulgt tidsskriftets forfatterveiledning. På bakgrunn av at det er begrensninger i antall ord i artikkelen, har jeg måttet gjøre noen valg. Artikkelen vil ha en fyldigere resultatdel og diskusjonskapittel enn rammeberetningen. Rammeberetningen på sin side vil ha en mer utfyllende teoridel, fyldigere metodekapittel, og presenterer også noen resultat med påfølgende diskusjon som ikke kommer frem i artikkelen.

2.0 Teori

Det jeg ønsker å se nærmere på i teorikapittelet i rammeberetningen er teori jeg anser som relevant for problemstillingen. Dette er stress, beslutningstaking og operativ psykologi, teknologi og stress, etiske utfordringer, psykologisk trygghet og ulike lover og forskrifter.

2.1 Stress, beslutningstaking og operativ psykologi

Stress er et velkjent fenomen i helsesektoren, og har blitt forsket på i mange ulike sammenhenger (Torvatn et.al 2016, Lied et.al 2021, Mosadeghrad 2013, Selye, 1965). Lazarus & Folkman (1984, s.19) ser på stress som “en tilstand som oppstår når samspillet mellom individet og omgivelsene leder individet til å oppleve en uoverensstemmelse – reell eller ikke – mellom kravene i situasjonen og individets ressurser”. Evnen til å håndtere stress er avhengig av personens tolkning eller oppfatning av en hendelse. Det er den opplevde opplevelsen av stress som fører til problemer i for eksempel beslutning på legevaktsentralen, og ikke nødvendigvis de stressende omstendighetene (Gillis, 1993, s.1355). Det som oppleves som veldig stressende for noen, trenger ikke oppleves som stress eller være til belastning for andre for andre (Jennings,

2008). Videre sier Gillis, “at mens forskning på 1) konsekvenser av stress og 2) menneskelig dømmekraft og beslutningstaking er store og varierte, det er praktisk talt ingen overlapping mellom de to til tross for den åpenbare praktiske betydningen av effekten av stress på vurderinger (Gillis, 1993, s.1355)”. Operatører i LVS som skal ta beslutninger i akutte hendelser under stress har ikke bare effekten av egen stressrespons, og konsekvensene som kan oppstå å tenke på, men må ofte basere vurderingene på informasjon som kan være ufullstendig, feilaktig og uklar (Vaught et.al., 2000). Dette er faktorer som bør gjøres kjent, og reflekteres over for alle sykepleierne på legevaktsentralen.

Operativ psykologi handler om hvordan psykologiske prosesser påvirker samspill og problemløsninger på individnivå og i team, ofte under tidspress og ved usikkerhet. Menneskelige feil eller svikt er en risiko i helsetjenesten og i den medisinske nødmeldetjeneste. Menneskelige faktorer påvirker operatøren i ulik grad på LVS, og kunnskap om operativ psykologi er derfor viktig for å gi ferdigheter for å minimere risikoen for menneskelig svikt (Eid et.al., 2006, s.15).

Slike faktorer kan være:

Situasjonsbevissthet: “Operatørens oppfatning av kritiske faktorer i omgivelsene, hvordan disse henger sammen og hva de kan tenkes å føre til i nær fremtid”. Dette avhenger av operatørens individuelle egenskaper, kapasitet og erfaringer (Eid et.al, 2006, s.19).

Delt oppmerksomhet: I hendelser der operatøren må løse flere oppgaver samtidig kan feil raskt oppstå, da operatøren må holde nok fokus og oppmerksomhet over en lang tidsperiode. En slik delt oppmerksomhet vil svekke operatørens evne til å fokusere lenge nok (Eid, 2006, s.83).

Persepsjon: «en indirekte prosess som dels er automatisert og dels avhengig av at vi analyserer og fortolker det vi sanser» (Eid, 2006, s.81). Persepsjonen påvirkes av blant annet individuelle ulikheter, følelser og behov (Eid, 2006, s.81).

En persons opplevde stressbelastning må ses i sammenheng med hvilke tilgjengelige ressurser, kunnskap og sosialt støttenettverk han har. Er disse komponentene i balanse, er sannsynligheten større for at personen opplever mestring (Lazarus og Folkman, 1984, s.19). Dette er med på å knytte arbeidssituasjonen opp mot sykepleiernes psykisk helse.

2.2 Teknologi og stress

Teknologi som kilde til stress har ikke vært søkelys på arbeidsplassen før i den senere tid. Nå har teknologien gjort seg gjeldende i de fleste bransjene, og “det synes uunngåelig at slike endringer vil få konsekvenser for enkeltarbeidere (Dragano et al., 2021, s.1112)”. Brod anses som grunnleggeren til begrepet “teknostress”. Han definerte det som “en moderne tilpasningssykdom forårsaket av manglende evne til å håndtere de nye datateknologiene på en sunn måte (Brod. 1984, i Dragano et al., 2021, s.1112)”.

SINTEF gjorde to ulike studier om teknologi og arbeidsliv i 2016-2017. Teknostress blir her definert som “arbeidstakeres egenopplevde stress knyttet til bruken av digital teknologi som en del av jobben, innenfor og utenfor normal arbeidstid” (Torvatn et.al 2016, s. 3). Videre kommer det frem at de som lager teknologien, og de som skal benytte seg av den ofte står langt fra hverandre. Dette er en betydelig kilde til stress (Torvatn et.al 2016, s.8). Derfor kan også implementeringen av teknologien på arbeidsplassen gir økt grad av stress hos arbeidstakerne. Forhold som øker teknostress er det å ha for mye/for lite å gjøre, teknologi som ikke virker som det skal, for lite opplæring og at man ikke blir tatt med i organisasjonsendringer (Torvatn et.al 2016, s.31). Årsaker som reduserer teknostress viser seg å være samhandling mellom mennesker, teknologi og organisasjonen. Videre viser studiet at ny teknologi også blir tatt godt imot av ansatte, som også tar i bruk ny teknologi. Blir den ikke brukt, er det på grunn av tekniske feil eller at arbeidstakerne ikke har blitt involvert i den overordnede organisatoriske tenkningen (Torvatn et.al 2016, s.33).

Den andre SINTEF-rapporten (Torvatn et.al., 2017) omhandlet arbeidstakernes syn på digitalisering. Resultatene her viser at ansatte i helseetater bruker digitale verktøy mindre, og er mindre fornøyd med de digitale verktøyene enn andre bransjer (Torvatn et.al., 2017, s.29). På spørsmål om produktivitet gevinst, opplever flertallet at produktiviteten øker, men ansatte i helseetaten er kritiske til nytteverdien av de ulike digitale verktøyene (Torvatn et.al., 2017 s.30). Når det kom til opplæring viser det seg at den klart beste opplæringsformen er en formell opplæring i form av kurs med repetisjon, for deretter å supplere med å spørre en kollega og få hjelp (Torvatn et.al., 2017, s.41). Dette har en stor effekt på reduisering av stress og for økt produktivitet (Torvatn et.al., 2017, s.50)

2.3 Psykologisk trygghet og ivaretagende kollegafellesskap

Psykologisk trygghet er et begrep som har blitt mer kjent de siste årene, selv om det har blitt forsket på i en årrekke allerede. Det har likevel blitt mest kjent gjennom forskningen til Amy Edmondson. Hun beskriver at psykologisk trygghet eksisterer på arbeidsplassen når man opplever at det er trygt å komme med sine personlige tanker og meninger uten å være redd for å bli ydmyket, avvist eller straffet av kollegaene. Videre hevder hun at psykologisk trygghet innebærer respekt for hverandre, men også respekt for ulikhetene. Når psykologisk trygghet er til stede vil det være enklere å tåle uenigheter i samarbeidet, men det vil også være enklere å lære av hverandre (Edmondson, 1999, s. 354).

Å få til et arbeidsmiljø som er preget av psykologisk trygghet er avhengig av kollegaene. Haavik & Toven (2020, s.77) beskriver det så godt: “Et godt kollegafellesskap øker både motivasjonen og evnen til å håndtere krevende mellommenneskelige situasjoner med brukerne av tjenestene. Indirekte får dermed hjelpernes arbeidsmiljø i høyeste grad betydning for brukerne”. Å jobbe med mennesker handler ofte om tvil og usikkerhet. Ga man riktig råd, eller ville en annen måte å gripe samtalen på vært mer riktig? Det å styrke kollegaer i slike situasjoner i utfordringer med mye usikkerhet er svært viktig i akutte og kritiske situasjoner der det kan handle om liv og død, eller om pasienten skal være hjemme uten legetilsyn, slik som på legevaktsentralen. Får man til en samtale der ulikhetene blir utforsket med nysgjerrighet og respekt, blir kollegafellesskapet tryggere (Haavik & Toven, 2020, s.81). Det er i samspill med menneskene rundt oss at vi bygger trygghet, gjennom respekt og tilpasning slik at tryggheten oppleves for alle (Fyhn, 2021, s.123). “Jo, tryggere relasjonene i kollegagruppen er, desto mer utfordring kan man tåle seg imellom (Haavik & Toven, 2020, s.77)”.

2.4 Etske problemstillinger i legevaktsentralen

Som operatør i legevaktsentralen møter man mange ulike problemstillinger som skal løses. Problemene må som oftest løses raskt, og man har ikke alltid så mye tid til å tenke gjennom alle sider av saken. Det er umulig for sykepleierne å unngå etiske aspekter i møte med pasienter, og dette gir automatisk sykepleierne et visst ansvar for pasienten (Langeland & Sørli, 2010, s. 2068). Derfor er det veldig viktig at sykepleier er forberedt på forskjellige situasjoner og utfordringer av etisk karakter som kan oppstå slik at man er best mulig forberedt (Realfsen,

2021, s.184). Det gir bedre forutsetninger for sykepleierne som jobber i akuttmedisinsk førstelinjetjeneste for å løse problemer som kan oppstå om de på forhånd har blitt analysert (Nordby, 2014, s.17).

Det å skulle ta beslutninger som er godt gjennomtenkte og velbegrunnede, og samtidig basert på faglig skjønn, krever at man har evnen til å reflektere over etiske problemstillinger. Dette er fordi sykepleierne har en kunnskapsmakt og en posisjonsmakt som må brukes på en riktig og etisk forsvarlig måte (Hansen, 2016, s.144). Det er mulig å utvikle etisk kompetanse ved hjelp av trening og bevisstgjøring. Dette fordrer at ledelsen både påtar seg et ansvar for at en slik trening blir iverksatt, og setter etikk på dagsorden (Realfsen, 2021, s.184). For å ivareta rett moralsk handlingsevne og forhindre moralsk stress hos sykepleierne, er det avgjørende at man har regelmessige refleksjonsgrupper og veiledning (Bentzen et.al., 2013).

2.5 Digital etikk

Teknologien utvikler seg stadig, og det er også ønskelig at helsevesenet tar i bruk ny teknologi. Samhandlingsreformen sier blant annet at “elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å samhandle på i pleie- og omsorgstjenesten” (St.meld. Nr. 47, 2008-2009 s. 135).

Tekniske løsninger som benyttes til diagnostisering, behandling og rådgivning/opplæring av pasienten kan bidra til at pasienten sparer reisetid og reisekostnader (St.meld. Nr. 47, 2008-2009 s. 133).

Det er ikke bare uproblematisk å ta i bruk nye digitale løsninger uten å se på hva det gjør med relasjonen mellom pasienter og helsepersonell. Mange etiske problemstillinger dukker opp. Bergsjø og Bergsjø (2019, s.15) har sett på dilemmaer rundt teknologisk utvikling, og mener at man stadig må spørre om de valgene som tas kan forsvares etisk, eller er etisk begrunnet. For eksempel hvordan det oppleves at hjemmet blir en arena for helsepersonell som kommer “hjem i stua” til folk. “Målet med digital etikk er å identifisere fordeler ved ny teknologi og hvilke bidrag den kan gi til det gode liv, og samtidig identifisere og begrense risiko. Det handler om å minimere faren for både misbruk og tapte muligheter” (Bergsjø & Bergsjø. 2019, s.17).

Det er lite hensiktsmessig å introdusere ny velferdsteknologi samtidig som eldre mennesker blir mer og mer ensomme. Det kan se ut som at velferdsteknologien har noen mangler når det

kommer til menneskers behov for omsorg, behov for fysisk kontakt og relasjoner til å fremme og bevare sin egen helse (Hofmann, 2010, s.29). Selv om fremtidens eldre blir vesentlig flinkere i mestring av teknologi enn eldre i dag, må man ha i bakhodet at det er ikke sikkert de vil mestre morgendagens teknologi (Hofmann, 2010, s.26). Velferdsteknologi er ikke bare en teknologi, men mange ulike. Det de likevel har til felles er at kunnskapen om fordelene av velferdsteknologien mangler (Liaschenko, 1994).

Hjemmet oppfattes av mange som pasientens private sone - en frisone. Når teknologien inntar denne sonen, vil det kunne gjøre noe med vår oppfatning av hjem og av privatsfæren. (Liaschenko, 1994). Det handler ikke om sykepleie og omsorg versus teknologi. Sykepleierne kan utnytte teknologien ved å forbedre og støtte pasientsentrert kommunikasjonen og sykepleie med pasientene, i stedet for å begrense det (Lie, 2019, s. 8). En studie fra USA viste imidlertid at video benyttet i primærhelsetjenesten gav pasientene en rekke fordeler de var fornøyd med. Dette var blant annet fordi de sparte tid og penger, men også fordi andre familiemedlemmer kunne være med på legetimen og at det var komfortabelt å være hjemme (Powell et.al., 2017, s.225-229)

Det er også viktig å tenke på etiske hensyn på arbeidsplassen. Forskning viser at teknostress har innvirkning på arbeidstakeres mentale helse. Både fordi man får en teknologisk overbelastning, og høy grad av menneske-maskin interaksjon som kan føre til utbrenthet. Det å implementere ny teknologi på en arbeidsplass er ikke bare en teknologisk nyvinning, men endrer også relasjonen mellom arbeidstakerne, roller og arbeidsformer (Dragano, 2021, s. 1114-1118).

2.6 Lovverk

Akutforskriften beskriver hvordan arbeidet i legevaktsentralen skal foregå. Operatørene i legevaktsentralen må ha en 3 årig helsefaglig utdanning, fortrinnsvis bachelor i sykepleie. Responstid på telefonen er høyst 2 minutter (Akutforskriften, 2015).

Arbeidsmiljøloven skal sikre at arbeidstakerne har et trygt og godt arbeidsmiljø uten psykiske og fysiske skadevirkninger (Arbeidsmiljøloven, 1977, §1).

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasient og bruker rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2).

Helsepersonelloven stiller krav til at helsepersonellet gjør jobben sin med omsorg og faglig forsvarlig, også kalt forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Arbeidet skal organiseres på en slik måte at ansatte skal være i stand til å overholde lovpålagte tjenester.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023 skal sørge for trygge og sikre tjenester, og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Dette skal blant annet skje gjennom kvalitetsforbedring, kompetanseheving blant ansatte og etablere systemer som understøtter pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019).

Stortingsmelding nr 9. En innbygger – en journal.

Målet til regjeringen med denne stortingsmeldingen er at kontakten med helse- og omsorgstjenesten skal blir enklere med digitale tjenester, og at innbyggerne opplever det som både enkelt og tilgjengelig. Det er ønskelig at pasient og bruker skal bli mer delaktig og være med å utforme eget tjenestetilbud (St.meld. Nr 9, 2012-2013, s.10). Og det er også forventninger blant brukere og pasienter om å kommunisere med helsetjenestene digitalt (St.meld. Nr 9, 2012-2013, s.10). Videre sies det i Stortingsmeldingen at “Elektronisk dialog med helsepersonell kan frigjøre kapasitet til pasienter som trenger mer oppfølging, bidra til redusert ventetid og bedre utnyttelse av kapasiteten i helse- og omsorgssektoren. Innføring av elektroniske dialogtjenester vil kreve trening og opplæring av både brukere og helsepersonell. I tillegg må det vurderes hvilke pasient- og brukergrupper denne formen for dialog passer for (St.meld. Nr 9, 2012-2013, s.35)”.

Stortingsmelding nr 47. Samhandlingsreformen ble innført for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Behandlingsansvar ble overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og formålet var at pasientene skulle få rett behandling – på rett sted til rett tid. Helsetjenestene oppfordres til bruk av teknologi for økt effektivitet (St.meld. Nr 47 2008-2009, s.133).

3.0 Metode

3.1 Vitenskapelig ståsted

Den teoretiske referanserammen er de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre. Ofte endres og utvikles denne referanserammen underveis i forskningen, gjennom datainnsamling, analyse og når man får mer kunnskap om temaet (Malterud, 2017, s. 47). For å kunne finne ut hva sykepleierne opplever rundt bruken av video, benyttet jeg en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i forskningen min. I lys av psykisk helsearbeid skal funnene i denne studien trekke veksler med teorier, og med min forforståelse.

Gjennom fenomenologien ønsket jeg å få frem sykepleiers egne opplevelser av situasjonen, og deres forståelse av det de opplevde. Fenomenologi kan oversettes med «læren om det som viser seg» eller «læren om det som kommer til syne (Thomassen, 2018, s.103)». For å få til dette måtte jeg klare å legge bort allerede etablerte oppfatninger jeg må ha om temaet, og la fenomenet selv tre frem i datainnsamlingen (Thomassen, 2018, s.114). Hensikten med forskningen var å få frem fellesnevnerne som sykepleierne hadde.

Som sykepleier i legevakt hadde jeg allerede en bevisst formening om fenomenet jeg skulle forske mer på. Datainnsamlingen ble derfor fortolket av meg som forsker. Hermeneutikkens kjennetegn er å forstå og fortolke mening. Det gjelder å fange meningsdimensjonen i menneskelige ytringer og kommunikasjon (Thomassen, 2018, s. 162).

3.2 Forskningsdesign

Studien er en kvalitativ undersøkelse av sykepleiers opplevelse av arbeidet på legevaktsentralen. Det ble derfor foretatt en til en intervjuer, slik at sykepleiernes opplevelser skulle komme godt frem. Det ble utviklet en semi-strukturert intervjuguide, og gjennomført sju intervjuer av sykepleiere med erfaring i bruken av video på ulike legevakter, hvor to av sykepleierne var fagutviklingssykepleiere. Intervjuene foregikk på en legevakt i en storby, og to legevakter i mindre byer.

3.3 Førforståelse

Jeg har jobbet i flere år som sykepleier på legevakt og legevaktsentral, og har inngående kunnskap om hva det vil si å jobbe på en legevaktsentral. Da jeg hørte om muligheten til å benytte video på legevakt var jeg negativt innstilt til dette. Jeg tenkte at det ville bli for mye å forholde seg til som operatør i legevaktsentralen.

I tillegg til å være sykepleier på legevakt er jeg ansatt i en liten stilling i Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). KoKom fikk i 2020 oppdrag av Helsedirektoratet å evaluere pilotprosjektet «Video på legevakt». Vi var tre som foretok fokusgruppeintervjuer blant sykepleiere med erfaring med video på tre ulike legevakter etter at de hadde brukt verktøyet i tre måneder. Jeg fikk høre mye om fordeler og ulemper, og ble vel noe mer positiv til video etter disse intervjuene. Jeg ble spurt av KoKom om jeg kunne tenke meg å skrive en masteroppgave om video på legevakt. Dette syntes jeg virket interessant, og tok utfordringen.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne studien rekrutterte sykepleiere fra de legevaktene som hadde brukt video mest utfra Stiftelsen Luftambulansen sitt register, og som ikke hadde vært med på fokusgruppeintervjuene som ble holdt tidligere. Dette for å tilføre noe nytt til forskningen. Sykepleierne på disse legevaktsentralene ble derfor ekskludert fra studien. Et av inklusjonskriteriene var at deltakerne hadde brukt video minst 30 ganger.

3.5 Rekruttering

Avdelingsledere på ulike legevakter ble kontaktet. Noen avdelingsledere fikk jeg ikke svar fra, noen avdelingsledere var veldig positive, men fikk ikke med seg sykepleierne. Det ble rekruttert 7 informanter fra 3 ulike legevakter, noen fra storby og noen fra litt mindre legevakter. Alle informantene var kvinner, alle med ulik alder og bakgrunn. Aldersspredningen var fra 31 år til 62 år. Noen var fagutviklingssykepleiere, noen hadde videreutdanning. Noen hadde jobbet i legevaktsammenheng store deler av yrkeslivet, mens andre kun hadde noen års erfaring i legevaktsentralen. Felles for alle var at de hadde jobbet på legevaktsentralen en god stund, og hadde god erfaring med bruk av video.

3.6 Intervju

Intervjuene med de syv sykepleierne tok utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide (Vedlegg 4). Det vil si at informantene fikk i det store og hele samme spørsmål, men at jeg fulgte opp svarene de gav med spørsmål som “kan du si litt mer om det?” eller “har du noe eksempel på dette?”. Noen av informantene var mer ordknappe enn andre, mens andre hadde bedre evne til å reflektere og opplevdes derfor som lettere å få på gli. Alle gav uttrykk for at de syntes det var fint å delta i studien, og få reflektert litt rundt bruken av video. Etter hvert intervju satt jeg meg ned og skrev ned de umiddelbare tankene jeg fikk om det informantene hadde fortalt meg.

Intervjuene varte fra 35 - 55 minutter, og endte opp i 120 transkriberte sider.

Tabell 1 Oversikt over hvor mange ganger informantene hadde brukt video

Spl	Hvor mange ganger brukt video
1	30+
2	30-40
3	30
4	30+
5	50
6	200 +
7	30-50

3.7 Etiske overveielser

Kvalitative intervjuer krevde samtykke fra informantene om å delta, samt god informasjon om at det hele tiden er mulig å trekke intervjuet sitt hvis det er ønskelig (Vedlegg 5). Informantene vil forbli anonyme, og det vil heller ikke komme frem fra intervjuet hvor de jobber.

Gjennom lydopptaket som ble tatt opp kunne informantene bli kjent igjen på stemmen.

Lydopptakene ble derfor transkribert til bokmål, og personopplysningene ble anonymisert.

Videre ble lydopptakene lagret på en sikker forskningsserver ved Universitetet i Oslo.

Studien ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sommeren 2021. Det ble gitt tillatelse fra NSD til datainnsamling om personopplysninger (Referansenummer 815977).

Prosjektet ble også godkjent av lokal etisk komite på Høgskolen Innlandet (Sak 13 -2021 Arkiv: 21/01894, Vedlegg 6).

3.8 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (Kvale og Brinkmann, 2015, s.205). Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv, slik at jeg kunne bli godt kjent med innholdet ord for ord. Jeg hadde til sammen 291 minutter på lydfil som ble transkribert til 120 sider med tekst. Da jeg lyttet til intervjuene og skulle transkribere det jeg hørte, fant jeg flere utfordringer. Språket i intervjuene bar preg av ufullstendige ord og setninger. Informanten kunne begynne å fortelle om noe, for deretter å hoppe inn i en ny setning eller tankegang uten å fullføre det som først ble begynt på. Det nonverbale språket fikk jeg ikke på opptak. Jeg kunne ikke hele tiden notere ned ansiktsuttrykk eller gestikulering underveis i intervjuet. Noen ganger forstod jeg ikke hva som ble sagt på opptaket, da det enten ble snakket veldig fort, eller at ord på dialekt gjorde det vanskelig å forstå. Jeg markerte det i teksten der noe var uforståelig.

3.9 Transparens, overførbarhet og pålitelighet

Når det kommer til studiens pålitelighet, er det samme forsker som har intervjuet, transkribert, analysert og fortolket. Studien tar sted i forskerens eget praksisfelt, noe som kan ha vært med på å påvirke resultatet. Det har imidlertid gjennom hele studien blitt lagt vekt på å beskrive hva som har blitt gjort, slik at arbeidet skal fremstå på en troverdig måte. Informantenes beskrivelse av sine opplevelser har vært i fokus under både analyse og diskusjonskapittelet.

Denne studien er preget av at det er få informanter som har blitt intervjuet. Å skulle trekke konklusjoner fra disse informantenes opplevelser er derfor ikke tilstrekkelig til å gjelde for alle sykepleiere på legevaktsentralene i Norge. Det at legevaktsentralene er organisert på svært ulike måter gir dessuten noen begrensninger på overføringsverdien av resultatene. Studiens resultater kan likevel være gjenkjennbare for mange sykepleiere i legevaktsentralen, og gi verdifull kunnskap om et tema som hittil ikke har blitt forsket mye på.

3.10 Analysemetode

Som analysemetode har jeg valgt å bruke Braun og Clarke (2006) sin trinnvise modell på seks trinn.

Trinn1: Gjøre seg kjent med dataen. Gjennom transkriberingen hadde jeg blitt godt kjent med dataen jeg hadde samlet inn. Intervjuene ble lest igjennom på nytt flere ganger, og jeg skrev små notater i marginen og strekte under det jeg fant nyttig i forhold til problemstillingen.

Trinn 2: Generere innledende koder. Deretter begynte jeg med kodingen, og hadde ingen begrensninger i hvor mange koder jeg satte. Noen steder ble flere koder brukt samtidig.

Trinn 3: Søke etter temaer. Deretter kom jeg frem til tema som gikk igjen i de ulike intervjuene, og kodene ble organisert tema vis. For å sikre at jeg ikke hadde forbigått noe ble denne organiseringen kvalitetssikret ved at jeg på nytt gikk igjennom intervjuene for å fange opp eventuelt forbigåtte temaer.

Trinn 4: Evaluere temaer. Jeg gikk gjennom kodene flere ganger, for å være sikker på at jeg ikke hadde oversett noe. Jeg leste igjennom transkriberingen flere ganger underveis, for å kvalitetssikre funnene jeg til slutt satt igjen med.

Trinn 5: Definere tema. Ikke alle temaene var like relevante for oppgaven, så jeg måtte utelate de funnene som ikke hadde noe med temaet for oppgaven å gjøre. Jeg satt igjen med fem tema, hvor tre tema ble tatt med videre i studien.

Trinn 6: Produsere det skriftlige arbeidet.

Fordelene med denne analysen er at den nettopp er trinnvis, og dermed enkel å følge for en som er nybegynner i forskningsarbeidet. Den tar utgangspunkt i det som informantene beskriver, og innehar dermed en induktiv forståelse. Braun og Clarke peker imidlertid på at det er umulig å være fullstendig induktiv, siden vi alltid tar med oss noe til den dataen vi analyserer (Braun & Clarke, 2006, s.84).

4.0 Resultat

Hovedresultatene fra intervjuene vil bli grundig presentert i artikkelen. Resultatene som kom frem var at sykepleierne opplevde en trygghet i beslutningen sin ved å bruke video, da de fikk se

problemet til pasienten. De opplevde også at pasientene synes det var trygt at sykepleierne hadde sett det de ønsket hjelp med på video. Videre opplevde sykepleierne til tider det stressende å sitte i legevaktsentralen. Når de opplevde stress ble det til at de ikke benyttet video i like stor grad som når de hadde god tid. Det var ulike erfaringer rundt det å bruke video og «komme hjem» i stua til folk. Noen syntes det var uproblematisk, mens andre var redd pasienten skulle oppfatte at sykepleieren var nysgjerrig og kontrollerende. Noen opplevelser satt mer spor enn andre, og det var ofte kollegaer ble brukt til å snakke om det de hadde behov for. Det var ingen av legevaktene til informantene som hadde etablerte refleksjonsgrupper eller andre faste møtepunkter for å dele erfaringer eller etiske problemstillinger.

I tillegg presenteres funnet digital etikk i rammeverket, da det som oppfattes som høyst aktuelt når det gjelder å belyse sykepleieres erfaringer med bruk av video og psykisk helsearbeid.

4.1 Digital etikk

Sykepleierne fortalte om opplevelser rundt det digitale aspektet ved å komme “hjem i stua” til folk. Noe som ble nevnt var at pasientene nok ikke forstod faktisk hvor mye et mobilkamera fanget opp under filmingen. Sykepleierne så derfor flere ting enn det som var selve årsaken til at pasienten ringte i utgangspunktet. Det kunne være i selve stuen, med for eksempel rusmidler liggende synlig på bordet, eller mer naken hud enn det som var nødvendig for sykepleieren å se.

Sykepleierne opplevde også at problemet pasientene ringte om kunne være “usynlig” på video. En sykepleier fortalte om en pasient som hadde ringt inn om noen hovne fingre med dobbel størrelse, men sykepleieren klarte ikke se noe hevelse i det hele tatt. Hun skulle da ha ønsket at det var mulig å ta et “screenshot” av videoen, som kunne legges inn i journalen for dokumentasjon. Hun var redd det kunne være hendelser som skulle ende opp i klage, og at det da ville ende opp med ord mot ord.

Et annet funn var at en sykepleier var redd for at pasientene skulle oppleve at hun brukte video fordi hun ikke trodde på hva pasienten sa. Hun var derfor svært ydmyk når hun brukte videoen, og slo den av med det samme hun hadde sett det hun trengte. Dette fordi hun ikke ville at pasientene skulle tro hun ville overvåke dem eller var nysgjerrig på hvordan de hadde det i hjemmet.

En annen sykepleier hadde reflektert over en hendelse om det å “komme hjem” til pasienten som hun opplevde slik: “... *det var kanskje ikke riktig setting liksom, under frokosten hvor far sitter i underbuksa og plutselig får beskjed “nå får du en lenke her ...”*. Og en annen sykepleier fortalte dette: “*jeg synes synd på folk. Hvis de føler seg ille til mote fordi det er så rotete hos dem. Så kan jeg også tenke at jeg føler så med deg, så jeg avslutter den videoen nå*”. En annen sykepleier fortalte at hun hadde hørt en kollega kommentere “... *ja, nå ser jeg den fine sofaen din ...*” Selv ville hun aldri ha gjort noe lignende, og mente at dette var en etisk uriktig tilnærming.

Ingen av sykepleierne var sikre på hvilke retningslinjer de hadde på arbeidssstedet for hvordan de skulle gå frem hvis de var bekymret for det de måtte se i hjemmet. Men noen ytret at de ville ta kontakt med barnevernet hvis de mente det var behov for det.

Alle sykepleierne gav uttrykk for at de fikk gode tilbakemeldinger fra pasientene om at de syntes det var fint å benytte seg av video, slik at de kunne bli hjemme de gangene vurderingen ble slik, uten å måtte sitte å vente lenge på legevakten. En av sykepleierne fortalte dette: «*Nei, jeg har ikke opplevd noe annet enn at de er takknemlige etterpå. Også har de sagt at det er kjempefint at teknologien har kommet så langt. Det er jo sånn standard som de sier på slutten*». En annen sykepleier mente at pasientene hadde blitt vant til videokonsultasjoner med fastlegen, på grunn av covid pandemien.

Arbeidsmiljøet fikk en ny giv etter at videoløsningen kom, var den en sykepleier som påpekte. Selv om de alltid hadde hatt et godt samarbeid seg imellom opplevde hun at det var større samarbeid nå enn tidligere. Det å bruke hverandre som støtte var enkelt, da de kunne gå inn på hverandres videoer i LVS fra hver sin arbeidsstasjon.

5.0 Diskusjon

Hoved diskusjonen av resultatene blir presentert i artikkelen (Vedlegg 1). Dette gjelder stress i legevaktsentralen, video – trygghet for pasienter og ansatte, og video og etisk refleksjon. Her kommer tilleggsdiskusjon av digital etikk.

Problemstilling: Hva er sykepleiers opplevelse av å bruke video på legevaktsentralen?

5.1 Digital etikk

Vi vet at velferdsteknologien har blitt etablert på grunn av effektivisering og økonomistyring i helsetjenestene i dagens samfunn. I Stortingsmelding nr 9 «En innbygger – en journal» sies det at for å frigjøre kapasiteten i helse- og omsorgssektoren er det ønskelig med digital kommunikasjon mellom pasienter og helsetjenesten (St.meld. Nr. 9, 2012-2013, s.35). Velferdsteknologien er til for menneskers velferd ble det sagt (Hofmann, 2010, s.8), men hvordan kan vi være sikre på at velferdsteknologien omfavner alle, og kan gi positiv ytelse til hver enkelt? Målet med digital etikk, at man identifiserer fordeler med ny teknologi, men også ser på ulempene som følger med (Bergsjø & Bergsjø, 2019, s.17).

En av fordelene sykepleierne på legevaktsentralen opplevde var at pasientene var positive til at det ble benyttet video i samtalen. Slik kunne sykepleierne raskere kartlegge hastegraden av problemet de hadde. I de akuttmedisinske situasjonene som skjedde både på kveld og natt, virket det som om pasientene syntes det var godt å slippe å dra ut fra hjemmet, hvis ikke de måtte. Samhandlingsreformen ønsker at tekniske løsninger skal benyttes mest mulig, slik at pasientene sparer tid og penger (St.meld. nr 47, 2008-2009, s.133). Dette tilbudet om video er altså i tråd med det myndighetene ønsker. Samtidig vet vi at ikke alle innringere har smarttelefon. Dette kan være eldre mennesker eller andre sårbare grupper. De har dermed ikke mulighet til å benytte seg av dette tilbudet. En av sykepleierne nevnte at det ikke var et stort problem for eldre pasienter å benytte videoløsningen. Enten klarte de fint å ordne videooverføringen selv, ellers hadde de stort sett pårørende sammen med seg når de ringte til legevakten, og som kunne hjelpe til. Likevel påpekes det at selv om eldre i dag mestrer dagens teknologi er det ikke sikkert at de mestrer morgendagens teknologi (Hofmann, 2010, s.26).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1) skal sikre at kvaliteten på tjenestene er god. Men hvordan vet vi at bruken av video gir god sykepleie i legevaktsentralen? Resultatene i studien viste at alle sykepleierne nettopp kjente på en trygghet ved å få se problemet selv, da noen pasienter til tider syntes det kunne være vanskelig å forklare seg på en god nok måte. Når sykepleierne fikk sett problemet var det lettere å få iverksatt riktig tiltak, det hendte til og med at sykepleierne fanget opp andre ting enn det pasienten ringte om. Men fyller et video-møte behov på samme måte som et ansikt til ansikt møte med sykepleieren? Vet vi omfanget av hva en slik distanse til pasientene som video gir, medfører for pasientsikkerheten?

Teorien peker på at hjemmet er privat, og en friso (Liaschenko, 1994). Er det etisk gjennomtenkt og plutselig skulle dra “hjem i stua” til folk? Video kan lett fange opp mye mer enn det som i utgangspunktet er meningen. Hvordan skal sykepleierne forholde seg til det de ser? Ingen av sykepleierne var sikre på hvordan de skulle gå frem hvis de så noe de bekymret seg for i hjemmet til pasienten. Langeland & Sørli (2010, s.2068) hevder at det er umulig å unngå etiske aspekt i møtet med pasienter, og dermed også et stort ansvar for at pasienten får forsvarlig omsorg. Men vil den digitale distansen i høyere grad føre til en avstand til pasienten likevel, og gjøre det vanskeligere å vise omsorg?

Resultatene i studien viste at sykepleierne hadde stor respekt for pasientene, uavhengig om de så på video eller snakket i telefonen. Flere av sykepleierne hevdet at et slikt tilbud som videoløsning hadde vært etterspurt av innringere og pasienter lenge. Sykepleierne antok at pasientene hadde blitt vant til videokonsultasjon med fastlegene under covid pandemien, og funnet det nyttig. Dette er i tråd med forskning fra USA, der pasienter oppgav flere fordeler med videokontakten de hadde med primærhelsetjenesten (Powel et.al., 2017, 225). Sykepleierne påpekte også at video var et tilbud til pasienten, og at de alltid spurte om det var i orden før de sendte melding på telefonen med lenke til videoløsningen. Det var kun en sjelden gang at pasienten ikke ønsket dette, og da ble det respektert. Målet må være å skape en refleksjon og bevissthet rundt etiske sider av den nye teknologien og valg som sykepleierne på legevaktsentralen står i daglig.

5.2 Drøfting av metode

Målet med denne studien var å få frem sykepleierne på legevaktsentralen sine opplevelser i å bruke video. Det var da hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode (Malterud, 2017, s.31). Utfordringen med en slik metode starter allerede med intervjuguiden, og måten å stille spørsmål på. Siden forsker er uerfaren i å foreta dybdeintervju på i forskersammenheng, kan det ha vært med på å forme svarene til informantene. Disse ble også foretatt alene, uten en moderator tilstede, og dermed lite rom for drøfting rundt intervjuene med andre. Tanker rundt intervjuene ble imidlertid drøftet med veileder og medstudenter. Intervjuguiden var semi-strukturert, og svarene ble fulgt opp med blant annet: «kan du si litt mer om det?» eller «har du et eksempel på

dette». Jeg gjorde meg mange erfaringer som jeg reflekterte over, og tok med videre i neste intervju. På slutten av hvert intervju ble det tatt en oppsummering, og informantene ble spurt om det var noe de hadde lyst til å legge til. Dette ble gjort for å forsikre at det de mente skulle komme frem.

5.3 Studiens styrker og begrensninger:

Denne studien er en av de første som har undersøkt bruken av video på legevakten. En av styrkene ved denne studien er at sykepleierne har fått mulighet til å fortelle om sine opplevelser om bruken av denne teknologiske løsningen. En begrensning ved studien er størrelsen, og at det på grunn av tidsaspektet kun har vært sju informanter. Det er en liten gruppe i en stor sammenheng, og utgjør derfor en svakhet.

Jeg har reflektert over min forforståelse av at jeg er sykepleier selv på en legevakt. Det å skulle forske på arbeid jeg selv utfører, fører med seg en unik forståelse for hva informantene snakket om, men kan også være med på å styre forskningsprosessen på en subjektiv måte. Jeg kan ikke ta bort min erfaring, den kan ha vært med på å farge meg som forsker, men jeg har vært den bevisst. Jeg ser derfor på dette som en styrke.

5.4 Klinisk relevans og konsekvenser for praksis

Studien er en av de første som undersøker bruk av video i legevaktsentralen. Dette er svært relevant for legevakter som ikke har tatt i bruk video enda, og som ønsker å få et innblikk i hvordan sykepleiere kan oppleve det.

Teknologi har kommet for å bli, også i helsetjenesten. Det er lite kritikk å finne knyttet til dette, og lite forskning på om pasientsikkerheten blir godt nok ivaretatt gjennom teknologiske løsninger. Det kommer også frem et ønske fra noen av sykepleierne om at det burde vært mulig med en form for lagring av video, eller et «screenshot» av video for dokumentasjon i pasientens journal. Dette innebærer at sykepleierne får et dokumentasjonsgrunnlag for sin beslutning.

Studien gir også et innblikk i hvordan organiseringen av sykepleiernes arbeid i legevaktsentralen oppleves. Arbeidsgiver har et overordnet ansvar for å legge til rette slik at sykepleierne kan utføre arbeidet sitt på en forsvarlig måte (Helsepersonelloven, 1999, §4). Det kan tyde på at

sykepleiernes opplevelse av stress er høy, og at det derfor bør vurderes å omorganisere legevaktsentralen med flere operatører samtidig, der dette ikke er tilstede. I tillegg anbefales det å ha faste refleksjonsmøter slik at sykepleierne kan dele erfaringer og vanskelige etiske situasjoner.

Det kan se ut som at det krever mer organisert opplæring og øvelse av videoløsningen enn det som fremkommer her.

6.0 Konklusjon

Denne studien har undersøkt sykepleiers opplevelser av å bruke video på legevaktsentralen. Resultatene viser at sykepleierne opplevde en trygghet i å få sett pasientens problem gjennom video for å iverksette rett tiltak. De opplevde at pasientene også syntes det var trygt at helsepersonell hadde sett problemet sitt.

Opplevelsen av stress i legevaktsentralen var til stede blant sykepleierne. Når sykepleierne opplevde at de var under stress i legevaktsentralen, var det ofte at video ikke ble benyttet. Sykepleiernes opplevde imidlertid at videosystemet var enkelt å bruke, og de hadde hatt lite opplæring før de tok det i bruk. Man kan jo undre seg over hvorfor det da ikke ble benyttet i stressede situasjoner. Kan det ha bakgrunn i at nettopp opplæring og implementering har vært for dårlig? Ville en formell opplæring og trening i systemet gjort en forskjell?

Sykepleierne opplevde at det var lett å samarbeide med kollegaene når det var noe på videoen de var litt usikre på. De var veldig fornøye med at det var et godt arbeidsmiljø på legevakten sin. Det gjorde det enkelt å få en kollega til å vurdere videoen sammen med sykepleieren, slik at det også ble gjort en kvalitetssikring av tjenesten. Dette er en mulighet som hittil nok ikke benyttes i like stor grad på telefonen, da sykepleierne enkelt kunne vurdere video fra egen arbeidsstasjon. Godt arbeidsmiljø er bra for den psykiske helse, men kan man med sikkerhet si at bruk av video er bra for den psykiske helsen til sykepleierne? Ut fra funnene i denne studien er det lite å utsette på bruk av video i den sammenheng. I rammeverket ble også digital etikk diskutert. Samlet sett kan det virke som at det er lite fokus i aktuelle legevakter å prate om etiske utfordringer og videoer man har sett i en formell setting.

7.0 Videre forskning

Mer forskning på pasientenes sine opplevelser av denne tjenesten hadde vært av stor interesse, da denne studien kun baserer seg på sykepleiernes oppfatninger. Det hadde også vært ønskelig med forskning på digital etikk ved bruk av video på legevaktsentralen, slik at vi med sikkerhet kan slå fast at også denne teknologien er med på å bidra til det beste for pasientene.

8.0 Litteraturliste

Akuttmedisinforskriften. (2015). FOR-2015-03-20-231. Sist endret i FOR-2021-04-30- 1318.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2021-06-18-127) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arbeidstilsynet. (2022, 13.januar). Arbeidsrelaterte psykiske plager.

<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/arbeidsrelaterte-psykiske-plager/>

Bentzen, G., Harsvik, A., Brinchmann, B.S. (2013). "Values That Vanish into Thin Air": Nurses' Experience of Ethical Values in Their Daily Work. *Nursing Research and Practice*. 2013, 1-8.

<https://doi.org/10.1155/2013/939153>

Bergsjø, L.O., Bergsjø, H. (2019). *Digital etikk. Big data, algoritmer og kunstig intelligens*. Universitetsforlaget.

Bolle, S.R., Scholl, J., Gilbert, M. (2009). Can video mobile phones improve CPR quality when used for dispatcher assistance during simulated cardiac arrest? *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53 (1), 116-120. [doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01779.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01779.x)

Braun, V., & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brod, C. (1984), *Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution*, Addison-Wesley, Reading, MA.

Dragano, N., Riedel-Heller, S.G. & Lunau, T. (2021). Haben digitale Technologien bei der Arbeit Einfluss auf die psychische Gesundheit? *Nervenarzt* 92, 1111–1120.

<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1007/s00115-021-01192-z>

Edmondson, A. (1999) Psychological safety and learning behavior in work teams.

Administrative science quarterly, 44 (2) 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>

Eid, J. (2006) Persepsjon. I Eid, J., & Johnsen, B.H. (red) *Operativ psykologi* (2.utg, s.81-97) Fagbokforlaget.

Eid, J., Johnsen, B.H., Laberg, J.C. (2006). Introduksjon til operativ psykologi. I Eid, J., & Johnsen, B.H. (red) *Operativ psykologi* (2.utg, s.13-30) Fagbokforlaget.

Fyhn, B. (2020). “Waiting for the host to start this meeting ...” - Psykologisk trygghet i digitalt samarbeid. *Necesse*, 5 (2), 117-128.

Gillis, J.S. (1993). Effects of life stress and dysphoria on complex judgments. *Psychological Reports*, 72, 1355-1363.

Hansen, E.H. (2016) Kommunikasjonsferdigheter i legevaktsentralen. I Hansen, E.H., & Hunsgår, S. (red) *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere* s. 143-149. Gyldendal.

Haavik, M. & Toven, S. (2020) *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette*. Universitetsforlaget.

Helsebiblioteket. (2022, 24. januar) Psykisk helsearbeid.

<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/psykisk-helsearbeid>

Helsedirektoratet. (28.02.2020). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 04.02.2022, fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-oglegevaktsentral/organisering-av-legevakt#kommunen-skal-tilbylegevaktordning-som-sikrer-befolkningens-behov-for-oyeblikkelig-hjelpbegrunnelse>

Helsedirektoratet. 2019. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/> /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Meld. St. 9 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hofmann, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi*. (Notat fra Kunnskapssenteret).
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Etiske utfordringer med velferdsteknologi.pdf](#)

Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. I R. Hughes (Red.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>

Kramer-Johansen, J., Brattebø, G., Zakariassen, E., Riddervold, I., Hjortdahl, M., Idland, S., Iversen, E., Jamtli, B. (2020). *Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS)*. Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering.
https://www.nakos.no/pluginfile.php/95197/mod_folder/content/0/Evalueringsrapport%20for%20pilotprosjekt%20om%20bruk%20av%20video%20i%20medisinsk%20n%C3%B8dmeldetjeneste.pdf?forcedownload=1

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Langeland, K., & Sørli, V. (2011) Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of clinical nursing*. 20 (11) 2064-2070. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lee, S.G.W., Kim, T.H., Lee, H.S., Shin, S.D., Song, K.J., Hong, K.J., Kim, J.H., Park, Y.J. (2021). Efficacy of a new dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation protocol with audio call-to-video call transition. *The American Journal of Emergency Medicine*, 44, 26-32.

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.049>

Liaschenko, J. (1994) The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science*. 17 (2) 16-26. DOI: [10.1097/00012272-199412000-00005](https://doi.org/10.1097/00012272-199412000-00005)

Lie, S.S. (2019) Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien forskning*, 107, 1-11 DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.78902](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78902)

Lied, I.B., Lindgren, M.L., Helberget, L.K. 2021. Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sygepleje* 35 (3), 242-254.

doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05

Linderoth, G., Østergaard, D., Fjordholt, M., Folke, F., Lippert, F. (2019). Livestreaming from smartphones to the dispatch senter in real emergency calls.

BMJ Open 9 [doi: 10.1136/bmjopen-2019-EMS.19](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-EMS.19)

Linderoth, G., Lippert, F., Østergaard, D. *et al.* (2021). Live video from bystanders' smartphones to medical dispatchers in real emergencies. *BMC Emerg Med*, 21, 1-101.

<https://doi.org/10.1186/s12873-021-00493-5>

Malterud, Kirsti. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin- og helsefag*. Universitetsforlaget.

Midtbø, V., Raknes, G. & Hunskaar, S. (2017). Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 18, 84.

<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z>

Mosadeghrad A. M. (2013). Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *International journal of health policy and management*, 1(2), 169–176.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.30>

Nordby, H. (2014). *Etikk og kommunikasjon i ambulansesarbeid*. Akademika forlag.

Obstfelder, A. & Lotherington, A.T. (2014) Sykepleie og teknologi – en komplisert relasjon.

Nordisk sygeplejeforskning 4 (4) 309-313. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-06>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Powell, E.R., Henstenburg, J.M., Cooper, G., Hollander, J.E., Rising, K.L. (2017). Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *The Annals of family medicine*, 15 (3) 225-229.

Realfsen, V. R. (red.). (2021). *Helsehjelp via telefon – Kunsten å kommunisere. En verktøykasse for god kommunikasjon*. KoKom.

Selye, H. (1965). The stress syndrome. *The American journal of nursing*. 65 (3), 97-99

<https://doi.org/10.2307/345311-9>

Stipulante, S., Delfosse, A.S., Donneau, A.F., Hartsein, G., Haus, S., D'orio, F., Ghuysen, A. (2016). Interactive videoconferencing versus audio telephone calls for dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation using the ALERT algorithm: *A randomized trial. European journal of emergency medicine.* 23, 418-424.

<http://dx.doi.org.ezproxy.inn.no/10.1097/MEJ.0000000000000498>

Stiftelsen Norsk Luftambulans. Hentet 25.01.2022. <https://norskluftambulans.no/video-i-hjelp113/>

St.meld. Nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet 06.02.2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B. (2007). The impact of technostress on role stress and productivity. *J Managem Inform Syst* 24, 301-328.

<https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222240109>

Thomassen, M. (2018). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Gyldendal akademiske.

Torvatn, H.Y., Andersen, T.K., Kløve, B. (2016). Teknologiutbredelse og stress i norsk arbeidsliv (A28108). SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport-teknologiutbredelse-og-stress-i-norsk-arbeidsliv.pdf>

Torvatn, H., Kløve, B., Landmark, A.D. (2017). Ansattes syn på digitalisering. (2017:00681) SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-00681-ansattes-syn-pa-digitalisering.pdf>

Vaught, C., Brnich, M., Mallett, L., Cole, H., Wiehagen, W., Conti, R., Kowalski, K. and Litton, C. (2000). Behavioural and organizational dimensions of underground mine fires. Information Circular 9450, US Department of Health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health (*NIOSH*) *Publication dissemination*.

<https://www.cdc.gov/niosh/mining/userfiles/works/pdfs/ic9450.pdf>

9.0 Vedlegg

- Vedlegg 1 Artikkel
- Vedlegg 2 Forfatterveiledning, Tidsskrift for omsorgsforskning
- Vedlegg 3 Brev til legevaktene fra Helsedirektoratet
- Vedlegg 4 Semi-strukturert intervjuguide
- Vedlegg 5 Informasjon til informantene
- Vedlegg 6 Godkjenning fra lokal etisk komite

Tittelside

Artikkelens navn: Hvordan opplever sykepleierne bruken av video på legevaktsentralen?

Forfatter: Gunvor Moreskine, masterstudent, spesialsykepleier, Bråset legevakt
gunvor.moreskine@asker.kommune.no

Medforfatter: Ann-Mari Lofthus, postdoktor, Høgskolen Innlandet
annmari.lofthus@inn.no

Antall ord: 5006

Antall figurer: 0

Antall tabeller: 0

Vedlegg 1

ARTIKKEL

Sammendrag

HENSIKT: Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleierne opplevde å bruke video i arbeidet sitt på legevaktsentralen.

METODE: Det ble benyttet individuelle intervjuer av sju sykepleiere på tre ulike legevaktsentraler. Intervjuene varte fra 40 – 55 min, ble tatt opp på bånd, og resulterte i 120 sider transkribert materiale. Funnene ble deretter analysert ved hjelp av Braun og Clarks tematiske analysemetode.

RESULTATER: Sykepleierne opplevde en trygghet i å bruke video i beslutningen, da de kunne se hva pasienten/innringer snakket om. De opplevde at pasienten ble tryggere av at et helsepersonell hadde sett problemet. Sykepleierne opplevde stress i legevaktsentralen, men mente at selve videoverktøyet var enkelt å bruke. De opplevde også at det ble økt samarbeid mellom kollegaene for vurdering av videoene.

KONKLUSJON: Sykepleierne opplevde mest fordeler med å bruke video i legevaktsentralen. Legevaktene kan med fordel gi bedre formell opplæring av systemet for å unngå teknostress, samt tilby sykepleierne faste møtepunkt for erfaringsutveksling av utfordringer i arbeidshverdagen.

NØKKELOORD: legevaktsentral, video, psykisk helse, teknostress, teknologi, sykepleiere, stress, etikk,

Abstract

PURPOSE: The purpose of the current study is to explore how the nurses experienced using video in their work at the emergency room

METHOD: Individual interviews with seven nurses at three different outpatient centers. The interviews lasted from 40 to 55 minutes, were recorded on tape, and resulted in 120 pages of transcribed material. The findings were then analyzed based on Braun and Clark's thematic analysis method.

RESULTS: The nurses experienced a sense of security in using video in the decision, as they could see what the patient was talking about. They experienced that the patient became more confident that a healthcare professional had seen the problem. The nurses experienced stress in the emergency room, but believed that the video tool itself was easy to use. They experienced increased collaboration between colleagues.

CONCLUSION: For the most part, the nurses experienced benefits from using video in the emergency room. Emergency services can – to their advantage – work to provide better formal training of the video system, thus avoid techno stress. As well, offer the nurses regular meetings where they can share the experiences they have had facing the challenges of everyday work.

KEYWORDS: after-hours care, video, mental health, stress, nurses, techno stress, ethics

Hva vet vi allerede om dette emnet:

Video på legevaktsentralen er et relativt nytt fenomen som vi vet lite om. Det er få studier så langt i Norge.

Hva tilfører denne studien?

Denne studien viser at sykepleierne er positive til bruken av video på legevaktsentralen, og finner det nyttig å bruke i forhold til vurdering av pasientens hastegrad. Det må gis bedre opplæring og trening i bruk av video før det tas i bruk. Det er viktig med et godt arbeidsmiljø for å snakke om utfordringer, erfaringer og vanskelige hendelser i legevaktsentralen.

Bakgrunn

Akuttmedisinforskriften (2015) slår fast at kommunene har ansvaret for å tilby legevaktjenester til befolkningen som trenger øyeblikkelig hjelp. Det er en sykepleier som vil være det første møtet med pasienten, både på telefon og ved oppmøte på legevakten. Oppgaven til legevakten er “gjennom hele døgnet, å motta og håndtere telefonhenvendelser fra personer som oppholder seg i legevaktdistriktet tilknyttet sentralen. Dette inkluderer å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og iverksette nødvendige tiltak” (Helsedirektoratet, 2020). I 2014 endte 23% av henvendelsene til legevaktsentralen med telefonrådgivning fra sykepleier (Midtbø et al., 2017). “Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral” anbefaler at pasientene ringer til legevakten som første kontaktpunkt, slik at sykepleier på legevaktsentralen skal ha mulighet til å styre ressursene best mulig etter hastegrad og behov (Helsedirektoratet, 2020).

Den digitale utviklingen er på full fart inn i helsetjenestene. Den har en innvirkning på ansatte i ulike bransjer, enten negative i form av teknostress, eller positive i form av nyttige digitale verktøy eller at arbeidet organiseres til det bedre på grunn av ny teknologi (Dragano et al., 2021, s. 1112). Legevaktene har nå fått muligheten til å benytte video som en utvidet del av beslutningsverktøyene i legevaktsentralene (LVS), i samtale med pasienten. Hensikten med denne studien er å se nærmere på sykepleiers opplevelser av å bruke video på legevakten.

Arbeidet i legevaktsentralen

Arbeidsdagen på en legevakt er uforutsigbar. Det kan være stressende å sitte i en LVS, når det ene øyeblikket handler om sykdom med akutt behov for medisinsk behandling, og i neste øyeblikk om ufarlige tilstander, og det samtidig står nye telefonhenvendelser på vent for besvarelse. Lazarus og Folkman (1984, s.19) sier at stress er en opplevelse av en «uoverensstemmelse mellom kravene i situasjonen og individets ressurser». Evnen til å håndtere stress avhenger av personens oppfattelse og tolkning av en hendelse, og ikke nødvendigvis de stressende omstendighetene (Gillis, 1993, s.1355). Det som oppleves som veldig stressende for noen trenger ikke oppleves som stress for andre (Jennings 2008, s.137).

Noen LVS er rene sentraler hvor operatøren kun har dette som jobb, mens andre jobber også i legevakten eller har andre tilleggsfunksjoner samtidig. For å kartlegge, prioritere og iverksette rett tiltak må sykepleier ha gode kommunikasjonskunnskaper, faglig kompetanse, vise gode

holdninger og ha kunnskap om etikk (Hansen, 2016, s.143). “Sykepleier har både en posisjonsmakt og en kunnskapsmakt som må forvaltes på en god og etisk forsvarlig måte” (Hansen, 2016, s.144). Det å skulle ta beslutninger som er godt gjennomtenkte og velbegrunnede, og samtidig basert på faglig skjønn, krever at man har evnen til å reflektere over etiske problemstillinger. Det er mulig å utvikle etisk kompetanse ved hjelp av trening og bevisstgjøring (Realfsen, 2021, s.184), samtidig som det er svært viktig med refleksjonsgrupper regelmessig for å forhindre moralsk stress hos sykepleierne (Bentzen et.al., 2013).

Det å ta rett beslutning i LVS avhenger av mange menneskelige faktorer som påvirker operatøren. Det kan være tidspress, fortolkning av situasjonen, og det å ha flere oppgaver samtidig (Eid, 2006, s.83). Tidspress i seg selv kan føre til at sykepleierne opplever en utilstrekkelighet over å ikke få utført oppgavene sine på en god nok måte, og medføre utbrenthet og moralsk stress (Lied, et.al., 2021, s.251). Dette kan igjen gå utover pasientsikkerheten, da dette kan svekke sykepleiers evne til å skape god kommunikasjon, samt få en forståelse av pasientens tilstand (Lied et.al., 2021, s.249).

Legevakten er kanskje den mest sårbare delen av primærhelsetjenesten når det kommer til risiko av feilvurdering. Det kan komme av at man ikke kjenner pasientene fra før, arbeidet utføres stort sett på kveld og natt når helsepersonellet ikke er mest uthvilt, og høyt tempo og arbeidspress (Bondevik, 2016, s.354). Det er ikke lovpålagt hva slags pasientsikkerhetstiltak som skal iverksettes (Stokke, 2020, s.169), men Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet (1999, §1). Legevakten har et ansvar for å organisere driften slik at sykepleierne får utført sine oppgaver (Helsepersonelloven, 1999, §16), og kommunene har ansvaret med å systematisk bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4).

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøloven gir ansatte krav på et arbeidsmiljø som er helsefremmende med trygge arbeidsforhold og et godt yringsklima (Arbeidsmiljøloven, 2015 §16). For å få til et slikt arbeidsforhold må det foreligge psykologisk trygghet. Det oppstår på arbeidsplassen når alle får lov til å ytre sine meninger uten å være redd for å bli avvist eller ydmyket av kollegaer, men bli respektert for eventuelle ulikheter (Edmondson, 1999, s. 354). Samtidig er opplevelsen av støtte

svært viktig: “Et godt kollegafellesskap øker både motivasjonen og evnen til å håndtere krevende mellommenneskelige situasjoner med brukerne av tjenestene. Indirekte får dermed hjelpenes arbeidsmiljø i høyeste grad betydning for brukerne” (Haavik & Toven, 2020, s.77).

Teknologi og teknostress

I Samhandlingsreformen (St.meld. Nr 47 2008-2009, s.133) oppfordres det til bruk av teknologi i helsetjenesten, for å effektivisere kontakten mellom pasientene og helsetjenesten. Dette gjelder også legevaktene. Det sies lite om hvordan tryggheten til pasientene skal ivaretas ved innføring av nye teknologiske tjenester (Stokke, 2020, s. 165), og hvordan implementeringen av velferdsteknologi skal foregå. Forskning viser at ny teknologi på arbeidsplassen er en betydelig kilde til stress hos arbeidstakerne (Dragano, 2021, Tarafdar et.al., 2007, Torvatn et.al., 2016).

Teknostress blir definert som “en moderne tilpasningssykdom forårsaket av manglende evne til å håndtere de nye datateknologiene på en sunn måte” (Brod, 1984). SINTEF trekker frem i rapporten “Teknologiutbredelse og stress i norsk arbeidsliv” at teknostress som oftest oppstår når de som utvikler teknologien står langt unna brukerne, teknologien ikke fungerer som den skal og arbeidstakere ikke blir tatt med i prosessen (Torvatn, et.al., 2016, s.31-33). Videre pekes det på at teknostress reduseres dersom nytteverdien av teknologien er stor, arbeidstakerne blir involvert og det gis god opplæring (Torvatn, et.al., 2016, s. 31). Men digital teknologi kan også ha en positiv innvirkning på arbeidstakerne, dersom de opplever at teknologien gir en bedre arbeidsorganisering (Dragano, 2021, s. 1118).

Forskning på bruk av video i nødmeldetjenesten

Studier fra Danmark viser at video benyttet på nødtelefon virker nyttig for operatørene for å forbedre pasientvurderingene og gi passende hjelp, og at innringerne var fornøyde (Linderoth et.al., 2019). En annen studie viste at bruk av video på nødtelefon kan være utfordrende med operatørens utsendingsprotokoll, og at det må mer forskning til (Linderoth et.al., 2021). Annen forskning som finnes om video i nødmeldetjenesten er fra utlandet, og dreier seg hovedsakelig om video brukt i forhold til veiledning av hjerte- og lungeredning (HLR) (Lee et.al, 2021, Stipulante et.al., 2016, Bolle et.al., 2009). Det finnes lite eller ingen forskning på bruk av video i

norske legevakter, fordi denne løsningen er tatt i bruk relativt ny i Norge, og ble raskt innført på grunn av pandemi. Helsedirektoratet utfordret de nasjonale kompetansetjenestene fra “Sammen redder vi liv”-dugnaden til å evaluere innføring av video i nødmeldetjenesten, og arbeide med følgeforskning. Rapporten konkluderte imidlertid med svakheter i datainnsamlingen, og at behovet for videre forskning på temaet derfor er stort (Kramer-Johansen et al., 2020, s.4).

Videoløsningen som brukes på legevaktene ble utviklet av Stiftelsen Norsk Luftambulansse i 2020 (Stiftelsen Norsk Luftambulansse, u.å.). Operatøren ber om tillatelse fra pasienten om å få tilgang til video gjennom pasientens smarttelefon. Etter å ha sendt en link til pasienten på SMS, som godkjennes og åpnes av pasienten, kan operatøren se videoen. Videoløsningen gir kun bilder en vei, så pasienten kan ikke se operatøren.

Følgende problemstilling for denne studien er:

“Hvordan opplever sykepleierne å bruke video på legevaktsentralen?”

Metode

Studien er en kvalitativ undersøkelse av sykepleiers opplevelse av bruk av video på legevaktsentralen. Det ble derfor foretatt individuelle intervjuer, slik at informantenes opplevelser skulle komme godt frem. Det ble utviklet en semi-strukturert intervjuguide, og gjennomført sju intervjuer av sykepleiere med erfaring i bruken av video på ulike legevakter, hvor to av sykepleierne var fagutviklingssykepleiere, og hadde vært med på implementering av video løsningen. Intervjuene foregikk på en legevakt i en storby, og to legevakter i mindre byer. Intervjuene varte fra 40 – 55 minutter, til sammen 291 minutter som utgjorde 120 sider med transkribert materiale.

Rekruttering

Forsker kontaktet avdelingsledere ved fem ulike legevakter via e-mail, og deretter på telefon. Noen legevakter svarte ikke på henvendelsen min, og ble derfor utelatt. Avdelingslederne på tre ulike legevakter stod for rekrutteringen, og fikk deretter tilsendt skriftlig informasjon om studien.

Forskningsetikk

Alle sykepleierne signerte samtykket om deltakelse. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og lagret på Universitetet i Oslo sin sikre server. Transkriberingen ble gjort om til bokmål, slik at informanter ikke ville bli gjenkjent. Studien ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sommeren 2021. Det ble gitt tillatelse fra NSD til datainnsamling om personopplysninger (Referansenummer 815977). Prosjektet ble også godkjent av lokal etisk komite på Høgskolen Innlandet (Sak 13 -2021 Arkiv: 21/01894).

Analyse

Braun og Clarke (2006) sin trinnvise tematiske modell ble valgt som analysemetode. Trinn 1 bestod i å bli kjent med materialet. Jeg hadde gjennom transkriberingen blitt godt kjent med dataen jeg hadde samlet inn. Trinn 2: Her begynte jeg med kodingen, og hadde ingen begrensninger hvor mange kode jeg satte. Trinn 3: Jeg fant tema som gikk igjen i de ulike intervjuene, og jeg organiserte kodene i disse temaene gjennom tankekart og sitatskjema. Trinn 4. Temaene ble evaluert. Jeg gikk gjennom kodene flere ganger for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt. Transkriberingen ble også lest gjennom på nytt for å sikre at temaene jeg satt igjen med var riktige. Trinn 5. Temaene ble definert, og jeg måtte derfor utelate noen av temaene som ikke var relevante for problemstillingen. Trinn 6. Skrive teksten.

Funn

Det kom frem tre hovedpunkt i analysen. Henholdsvis opplevelse av stress, bruk av video gir trygghet, og bruk av video og etisk refleksjon.

Opplevelse av stress i legevaktsentralen

I utgangspunktet opplevdes det å bruke video i seg selv verken som en ulempe eller som et stressmoment for sykepleierne. Systemet opplevdes som enkelt å bruke, og flere av sykepleierne hadde ikke engang hatt noe opplæring i det, mens andre hadde tatt et ti minutters e-læringskurs. Flere sa omtrent det samme som denne sykepleieren: «Det er et godt verktøy, og veldig enkelt i bruk!» Alle var svært fornøyde med å ha fått et nytt godt verktøy.

Verktøyet ble benyttet når sykepleier var i tvil om pasienten trengte legetilsyn på legevakten samme dag, eller om det kunne vente til fastlegen dagen etter. Video ble også brukt hvis man ikke helt forstod hva som var problemet. Likevel var det ved flere anledninger at sykepleierne lot være å bruke video, selv om de kunne hatt nytte av å bruke det. Det var for eksempel i tilfeller der de så at det var mange som ringte samtidig, og det dannet seg kø på telefonen. En sykepleier sa: «Video er gjerne noe jeg unner meg når det er god tid!» Selv om videosystemet var enkelt å bruke, og hastegradsvurderingen gikk raskt med video, opplevde likevel flere av sykepleierne at det gjerne tok litt lengre tid å koble opp video enn å gjennomføre en vanlig telefonsamtale.

En av sykepleierne sa at det var litt stressende å ta det i bruk i starten før de ble vant til systemet, men at det gikk raskt over etter å ha fått prøvd det noen ganger. Det ble fortalt at det var vanlig å la de nyansatte vente litt med å bruke video, siden det var så mange ting de skulle sette seg inn i fra før. Det kom også frem at å bruke video var noe som var basert på frivillighet, og at det var helst på grunn av nytteverdien de hadde begynt å bruke det. De fant ut at det var et nyttig verktøy, og da de så andre benytte det ville de også gjøre det selv.

Alle sykepleierne fortalte i intervjuene at det kunne være stressende å sitte i legevaktsentralen og ta riktige avgjørelser. Både fordi mange av problemstillingene kunne være komplekse, og fordi sykepleierne ble sliten av den store pågangen av telefoner. Det var flere som gjorde seg opp tanker om at de var redde for at de skulle gjøre en feilvurdering, blant annet på denne måten: «... for vi har hatt enormt trykk. At det blir noen ganger sånn at man er redd for at du gjør feil, ikke sant, at du glipper på noe for at det har vært så mye trykk ...»

Det ble også fortalt om krevende telefonsamtaler hvor pasienten på forhånd hadde en klar forventning til hva de ønsket å oppnå før de ringte, og hvor de ble sinte når sykepleieren stilte en del spørsmål. En av sykepleierne sa: «Man må hele tiden være forberedt på å argumentere og begrunne argumentasjonen din. Og det er jo krevende». Og i slike situasjoner hvor innringer var sint eller stresset valgte de fleste sykepleierne å ikke bruke video. En av sykepleierne lot også være å bruke video hvis hun forstod at innringer var stresset selv. Sykepleier hadde da ikke lyst til å påføre denne personen mer stress med å begynne å veilede bruk av video.

Noen av sykepleierne mente at det å sitte i LVS krevde en del av sykepleieren, og at det derfor ikke var en jobb for alle. Andre mente man måtte ha erfaring som sykepleier, være i stand til å gjøre flere oppgaver på en gang, faglig tyngde, være observant og tydelig, ha fokus og evnen til å jobbe strukturert. I tillegg sa en av dem: «Du må tåle en god del kjeft, du kan ikke være hårsår. Du kan ikke gå i forsvar når noen angriper deg, det er helt mot sin hensikt. Så du bør ha en personlighet som tåler litt».

Bruk av video gav trygghet

Samtlige sykepleiere sa at det å bruke video på LVS gav en trygghet. De fikk sett det som innringer snakket om, og fikk dermed en «ekstra sans» å bruke i vurderingen sin. I tillegg opplevde de at kommunikasjonen gikk lettere når sykepleier så med egne øyne hva det var snakk om, og ikke måtte være så prisgitt det innringer fortalte. En av sykepleierne uttrykte det slik: «For da slipper du liksom å lytte mellom linjene, eller hva er det ikke pasienten forteller meg, skjønner du?» Sykepleierne kunne noen ganger tvile på egen avgjørelse, og video ble da et nyttig verktøy for å bekrefte eller verifisere det sykepleieren hadde fanget opp på telefon.

Sykepleierne fortalte også at pasientene var veldig positivt overrasket og takknemlige for at sykepleier kunne se såret, eller utslettet. De gav tilbakemelding om at de følte seg bedre ivaretatt, selv om det endte opp med at de ikke trengte å komme til legevakten slik som de kanskje hadde forventninger om da de ringte.

Det hendte at sykepleier fanget opp andre ting på video enn det innringer fortalte om. Det kunne dreie seg om små barn som var tungpustet, eller eldre mennesker som ikke fortalte alle fakta eller kunne underdrive. En sykepleier fortalte om en slik opplevelse på denne måten:

«En gang så ringte de inn for vondt i et kne. Og kneet var så hovent. Også koblet vi opp video, også ser jeg at han har et svært sår, svært nekrotisk sår. Og det var jo sikkert det som var bunnen da. Også begynte vi å nøste, og jeg så det såret og tenkte infeksjon ... også får jeg spurt om tilstanden, ja han er tyngre i pusten, puster fort, klam og svett. Også fikk vi sendt ut en rød tur (som betyr ambulans med blålys), også var det mistanke om sepsis».

Sykepleiere opplevde også at de hadde en annen kunnskap om for eksempel syke barn enn det foreldrene kanskje hadde. En av sykepleierne hadde opplevd dette:

«...de ringte inn med et sykt barn. Hun var tung i pusten, men jeg hørte hun skrek godt i bakgrunnen og var hissig. Også spurte jeg liksom om inndragninger. Forklarte godt, nei ikke noen inndragninger, ikke i det hele tatt. ... så sa jeg kanskje jeg kan få se i sammen med deg, så kan vi koble opp? Så gjorde vi det, og da ser jeg jo at hun var kjempebesværet. Blek og slapp og sliten og hadde skikkelige inndragninger (som betyr økt respirasjonsarbeid)».

Da sykepleier fikk sett via video ble denne teknologien en trygghet for sykepleieren i vurderingen sin. Sykepleierne opplevde at foreldrene var mer mottakelige for rådgivning i de tilfellene det ble vurdert til at det ikke trengte legetilsyn, når de hadde vurdert barnet på video, og gav en mer tilpasset rådgivning til deres barn.

Videre fortalte sykepleierne at samarbeidet med kollegaene hadde endret seg etter at de begynte med video. Det var enkelt å få en annen sykepleier til å se på video sammen med seg, da den andre sykepleieren kunne logge seg på aktuell video fra sin egen arbeidsstasjon. Utfordrende problemstillinger ble derfor kvalitetssikret av flere sykepleiere ved behov. Dette gjorde at sykepleier ble tryggere på avgjørelsene sine, og uttrykt på denne måten: «... hvis det er noe jeg er usikker på, noe jeg ser på video, så kan jeg gå til en jeg føler meg trygg på som kanskje vet mer om barn eller mer om et sår eller et eller annet ...»

Det ble også beskrevet at kulturen blant sykepleierne på LVS var god, og at det var rom for spørsmål og åpenhet. Både når det kom til vurderinger av video, men også at de snakket sammen om ting som dukket opp i LVS. En av sykepleierne sa det slik: «... det er en sånn generell kultur vi har, som er bra på legevakta her, at det er veldig åpent for spørsmål. Om det er på telefon eller på stasjonær legevakt». Alle gav uttrykk for at det var viktig og trygt å ha kollegial støtte.

Bruk av video og etisk refleksjon

Mange ganger var det episoder som festet seg og satte spor hos sykepleierne. Det var gjerne de gangene hvor innringer var sint og aggressiv, og skjelte ut sykepleieren. Da kunne sykepleieren kjenne på mange følelser, og den ene sykepleieren sa: «Du blir jo selvfølgelig veldig, veldig sliten. Du blir irritert, men det må du prøve å legge unna. Du må senke.. Ikke gå inn i den samme argumentasjonen som pasienten har. For de er jo gjerne stressa, fortvilet og livredde ...»

Ingen av sykepleierne hadde noen faste møtepunkter på legevakten sin, hvor de kunne snakke om opplevelser rundt ting de opplevde i forbindelse med bruken av video eller telefonsamtaler. Det ble imidlertid gitt uttrykk for at de brukte å snakke med kollegaer om det de trengte, og at det ikke nødvendigvis var et savn at de ikke hadde refleksjonsgrupper, eller faste møter, men at de gjerne kunne deltatt på dette hvis det fantes. På spørsmål om de pratet om vanskelige ting de hadde opplevd, sa den ene sykepleieren: «Ja, ja. Vi prater med hverandre om det. Vi har jo ikke lagt på før vi begynner å prate om det der. Så det gjør vi ja».

Det ble også beskrevet hvordan det var å komme uanmeldt «inn i stua» til folk, og få innsikt i privatlivet deres. Noen av sykepleierne synes til tider det det kunne være invaderende å komme “hjem” til folk, og var litt redd for at innringer skulle tro at hun ikke stolte på det de sa, og derfor ville bruke video. En av sykepleierne var redd for at hun skulle virke nysgjerrig og kontrollerende, og sa: «Jeg er veldig rask, altså når jeg har sett det jeg vil se så føler jeg meg nesten litt sånn ydmyk på det. Så bare “nå kutter jeg videoen, jeg har sett det jeg trenger å se” sånn at de liksom ikke skal føle at jeg liksom tar meg for og titter rundt der». Noen utfordringer med tanke på å kunne se rett inn i pasientens privatliv var for eksempel dette: «Det hender jo jeg ser ting jeg ikke har behov for. En del leiligheter som er ganske skitne for eksempel. Eller det er særlig et tilfelle hvor det åpenbart er en del narkotika. Eller at dem viser deler av kroppen som de ikke trenger. Det er jo en utfordring ...». Det ble også nevnt blant noen av sykepleierne at det hadde hendt de hadde sett leiligheter som var i en slik stand at det umulig kunne være bra for et barn å skulle bo der. Det hadde da blitt snakket om når barnevernet skulle bli koblet inn, og hvem sitt ansvar det var.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var på å finne ut hvordan sykepleierne på legevaktsentralen opplever å bruke video.

Beslutningstaking, stress og teknostress

Å skulle ta beslutninger under stress kan føre til menneskelig feil og gå utover pasientsikkerheten (Lied et.al., 2021, s.249-251). Evnen til å håndtere dette avhenger blant annet av operatørens personlige egenskaper, opplevelsen av stress og hvordan operatøren tolker det som skjer. Sykepleierne beskrev en travel hverdag på LVS full av komplekse og utfordrende oppgaver. Sykepleieren skal ikke bare «vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og iverksette nødvendige tiltak» (Helsedirektoratet, 2022), men også ta i bruk et nytt teknologisk verktøy, som hun eller han kanskje ikke har fått opplæring i.

Forskning viser at teknostress absolutt er til stede blant arbeidstakerne i dag (Dragano, 2021, Tarafdar et.al., 2007, Torvatn et.al., 2016). Dette skyldes flere ting, blant annet for lite opplæring (Torvatn et.al, 2016, s.8). Sykepleierne i studien sa ganske enstemmig ifra at videosystemet var enkelt å bruke. Samtidig viste resultatene at de valgte bort videoen når de ble stresset både på grunn av krav om responstid på å svare på telefoner innen to minutter (Akutforskriften, 2015), at telefonkøen hopet seg opp og at det av og til tok tid å forklare innringer fremgangsmåten for å få koblet opp videoen. Kunne disse utfordringene ha blitt enklere å håndtere med grundigere opplæring og repetisjon (Torvatn et.al., 2017, s.41)? Videosystemet ble gitt ut til flere av sykepleierne uten brukerveiledning eller opplæring. Det var mange som ikke hadde hatt noen gjennomgang eller trening i implementeringen av det nye systemet. Hvordan hadde opplevelsen av stress blitt for sykepleieren hvis det hadde vært mer fokus på praktiske øvelser i ulike situasjoner i forkant av implementeringen, og sykepleierne hadde blitt fortrolig med alle trinnene i videoløsningen? Forskning viser at praktisk trening i nye teknologiske verktøy minsker opplevelsen av teknostress (Torvatn et.al., 2017, s.50).

Video var frivillig å bruke, fortalte sykepleierne. Det i seg selv kan være med på å redusere stress, at beslutningen om å ta i bruk et nytt teknologisk verktøy kan man ta selv. Forskning i

norske bedrifter viser at medvirkning i organisasjonen er av stor betydning for opplevelsen av stress (Torvatn et.al., 2016, s.31). Det kan imidlertid oppleves frustrerende for både ansatte og pasienter at tilbudet blir ulikt i forhold til hvilken sykepleier man møter på. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1) skal sikre lik behandling av pasientene. Er det da greit at noen av sykepleierne benytter video, og andre ikke? Ville det medført en mer presis og rett behandling hvis alle sykepleierne brukte video?

Ifølge Lazarus og Folkman (1984, s.19) oppleves stress når det er uoverensstemmelse mellom krav og individets ressurser. Arbeidsmiljøloven (2005, §4) slår imidlertid fast at arbeidsforholdene skal være trygge, og at arbeidsgiver har ansvar for å verne arbeidstaker mot uheldige psykiske belastninger. Resultatene i denne studien viser at sykepleierne opplevde sinte innringere som kjefte på sykepleierne når de stilte en del spørsmål om problemet de hadde, eller vurderte situasjonen annerledes enn innringeren. Hva gjør det med sykepleierne som helsepersonell og privatpersoner når sinte mennesker kjefte?

Ifølge Jennings (2008, s.137) kan stress oppleves ulikt fra person til person, og også evnen til å håndtere det er ulikt. En sykepleier sa at man ikke må gå i samme modus som innringeren som er sint, og svare på samme måte. I tilfeller der sykepleier var i tvil om pasientens helsetilstand benyttet de gjerne video for å bekrefte eller avkrefte det de hadde tenkt. Resultatene viste at video ikke ble benyttet i situasjoner der pasienten var aggressiv på telefonen. Dette kan skyldes at sykepleierne ikke ønsket å se den sinte pasienten, eller få følelsen av at pasienten kom nærmere sykepleieren gjennom video, enn bare å ha vedkommende på øret. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2) skal alle ha rett på øyeblikkelig hjelp, og en av oppgavene til sykepleier er å vurdere hastegraden til pasientens problem (Helsedirektoratet, 2022). Men ikke alle henvendelser til LVS trenger øyeblikkelig hjelp. Dette kan også ende opp i et etisk dilemma, der innringer og sykepleier har ulikt syn på behovet for hjelp. Video vil som sykepleierne beskriver muligens føre til mer enighet om vurderingen, da innringer føler seg "sett" i dobbel betydning.

På spørsmål om sykepleierne opplevde at video var et stressmoment, var det et enstemmig nei. Den umiddelbare reaksjonen blant informantene, var at teknostress ikke var noe de var opptatt

av. Likevel kom det frem at nyansatte sykepleiere ikke fikk opplæring i video med det samme, da det nok kunne bli litt mye for dem. Det var også noen kollegaer som ikke hadde tatt det i bruk enda. Det kom også frem at det i begynnelsen var et stressmoment å skulle ta i bruk det nye verktøyet, men at det ikke tok lang tid før det ble en ressurs på LVS og i beslutningen til sykepleieren. Så hvorfor var den umiddelbare reaksjonen at det nye verktøyet ikke medførte noe stress? Det var ikke mange av sykepleierne som hadde hørt om teknostress, og hadde heller ikke reflektert noe særlig over at teknologien kunne være en stressfaktor.

Video – trygghet for pasient og sykepleier

Dragano (2021, s.1118) fant i sin forskning at ny teknologi på arbeidsplassen også kunne oppleves som noe positivt blant arbeidstakerne, dersom de fant den nyttig. Dette blir bekreftet i resultatene i denne studien. Et av funnene som gikk igjen var at opplevelsen av å bruke video som verktøy gav dem en ekstra trygghet som sykepleier i LVS. På den måten fikk sykepleierne ivaretatt pasienten på en best mulig måte, ved å se hva pasienten faktisk snakket om, og kunne dermed også kvalitetssikre pasientbehandlingen. Ved en slik kvalitetssikring ble pasientsikkerheten ivaretatt på en god måte (Helsedirektoratet, 2019), og dermed også forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleierne opplevde at innringer og pasient gav uttrykk for en trygghet over at sykepleieren hadde sett det de snakket om, for eksempel når pasienten ikke helt klarte å forklare hva problemet omhandlet.

Vi vet at det på legevaktene er risiko for å foreta feilvurderinger, da det er mange negative faktorer som spiller inn (Bondevik, 2016, s.354). En av sykepleierne fortalte om noen foreldre som ringte inn for deres syke barn, som vist i resultatdelen. Avgjørende fakta var ikke til stede før sykepleier benyttet video. Deretter ble situasjonens utviklingspotensiale vurdert, og rett tiltak iverksatt.

Et nært samarbeid mellom sykepleierne krever at det foreligger psykologisk trygghet på LVS, slik at det er rom for å spørre om hjelp også ved bruk av video (Edmondson, 1999). Funnene i denne studien viser at sykepleierne opplevde at det alltid var rom for å spørre noen av kollegaene hvis de stod fast. Og det var tydelig at den respekten de hadde for pasienten også stod i stil med respekten for kollegaene. En av sykepleierne benyttet seg bevisst av kompetansen til en av

kollegaene som var utdannet helsesykepleier, fordi hun visste at visse ting hadde hun mer kompetanse på enn henne. Dette kan virke noe selvmotsigende, hvorfor benyttes kollegaer oftere til å vurdere videoer fremfor telefonsamtaler? Er det slik at sykepleierne på en LVS har mistet noe av sitt kliniske blikk kontra telefonhenvendelser?

Video og etikk

Det å jobbe med mennesker som får en akutt sykdom, eller gjennomgår en krise kan være utfordrende. Realfsen (2021, s.184) tar opp viktigheten av å trene på den etiske kompetansen ved å bevisstgjøre operatørene hva som spiller inn når man skal ta raske avgjørelser, og hva det gjør med sykepleierne. Sykepleierne var litt delt i opplevelsen av det å komme “hjem i stuen” til pasientene. Noen så på det som helt uproblematisk og veldig praktisk, mens andre var redd for at pasientene skulle tro at sykepleier ikke trodde dem, og måtte ha bevis for at de snakket sant.

Vil det de ser på video skape en empati og omsorg for pasienten som overstyrer de medisinskfaglige kriteriene for hvem som trenger å komme til legevakten? Man kan også tenke seg motsatt problemstilling, vil pasienten lettere får hjelp hvis det ser ut som at pasienten bor i et velstående og velstelt hjem, kontra en rotete og nedslitt leilighet?

Inntrykkene for sykepleierne er mange, og forskning har vist (Bentzen et.al, 2013, s.8) at faste tider for etisk refleksjon på arbeidsplassen er viktig for å forhindre utbrenthet og sykemelding blant sykepleiere.

Studiens styrke og begrensning

Det er få studier som har undersøkt bruken av video på legevakten. En av styrkene ved denne studien er nettopp at leserne får et innblikk i hvordan sykepleierne opplever å ta i bruk ny teknologi i arbeidet sitt. En svakhet ved studien er størrelsen, og at det på grunn av et tidsaspekt kun har vært sju informanter. Dette gjør at det er en begrensning i overføringsverdien til å gjelde for sykepleiere ved andre LVS. Forskeren jobber selv ved en legevakt, og har kjennskap til forskningsfeltet. Dette kan gi fordeler ved at forståelsen for hva informantene snakket om var stor. Samtidig kan ulempen være at det har vært med på å påvirke forskningsprosessen på en subjektiv måte. Forsker har så langt det har vært mulig hatt det i bakhodet.

Konklusjon

Denne studien har undersøkt sykepleiers opplevelser av å bruke video på LVS.

Resultatene viste at sykepleierne opplevde mest fordeler med å benytte video i LVS.

De opplevde til tider mye stress i LVS. Da ble ikke video benyttet like ofte som når de ikke opplevde stress, selv om de gjerne skulle ha benyttet det. Det stiller spørsmålet om en omorganisering av arbeidet i LVS hadde frigjort sykepleierne fra noe av stresset, og fått bedre tid til beslutningstakingen.

Sykepleierne opplevde en trygghet både for seg og pasientene ved bruk av video, og samarbeidet mellom sykepleierne økte ved bruk av video, da det var enkelt å få en sykepleierkollega til å vurdere videoer de var usikre på. Det var tydelig at dette var en mulighet som var enklere å få til ved video enn på telefon, da sykepleierne kunne se på videoen fra egen arbeidsstasjon.

Sykepleierne opplevde at det ikke var noe problem og spørre om hjelp, og de kunne også prate med kollegaene sine om vanskelige hendelser de opplevde i legevaktsentralen. Sykepleierne på legevakten burde derfor hatt faste refleksjonsmøter for erfaringsutveksling av utfordringer de står i.

Forsker er ansatt i KoKom. Ingen interessekonflikter.

Litteraturliste

Akuttmedisinforskriften. (2015). FOR-2015-03-20-231. Sist endret i FOR-2021-04-30- 1318.

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2021-06-

18-127) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Bentzen, G., Harsvik, A., Brinchmann, B.S. (2013). "Values That Vanish into Thin Air": Nurses' Experience of Ethical Values in Their Daily Work. *Nursing Research and Practice*. 2013, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2013/939153>

Bolle, S.R., Scholl, J., Gilbert, M. (2009). Can video mobile phones improve CPR quality when used for dispatcher assistance during simulated cardiac arrest? *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 53 (1), 116-120. [doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01779.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01779.x)

Bondevik, G.T. (2016) Pasientsikkerhetskultur. I Hansen, E.H., & Hunsgår, S. (red) *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere*. (s.354-358) Gyldendal.

Braun, V., & Clarke V. 2006. Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brod, C. (1984), *Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution*, Addison-Wesley, Reading, MA.

Dragano, N., Riedel-Heller, S.G. & Lunau, T. 2021. Haben digitale Technologien bei der Arbeit Einfluss auf die psychische Gesundheit? *Nervenarzt* 92, s.1111–1120. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1007/s00115-021-01192-z>

Edmondson, A. (1999) Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44 (2) 350-383. <https://doi.org/10.2307/2666999>

Eid, J. (2006) Persepsjon. I Eid, J., & Johnsen, B.H. (red) *Operativ psykologi* (2.utg, s.81-97) Fagbokforlaget.

Gillis, J.S. (1993). Effects of life stress and dysphoria on complex judgments. *Psychological Reports*, 72, 1355-1363.

Grønkjær, L.L. 2013. Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. *Klinisk sygepleje* 27 (1), s.15-26.

Haavik, M. & Toven, S. (2020) Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette. Universitetsforlaget.

Hansen, E.H. (2016) Kommunikasjonsferdigheter i legevaktsentralen. I Hansen, E.H., & Hunsgår, S. (red) *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere* s. 143-149. Gyldendal.

Helsedirektoratet. (28.02.2020). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 04.02.2022, fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/organisering-av-legevakt#kommunen-skal-tilby-legevaktordning-som-sikrer-befolkningens-behov-for-oyeblikkelig-hjelpbegrunnelse>

Helsedirektoratet. 2019. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2020-06-19.78). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hofmann B. 2010. Ethiske utfordringer med velferdsteknologi. Notat fra Kunnskapssenteret 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. I R. Hughes (Red.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. (s.127-158) Agency for Healthcare Research and Quality (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>

Kramer-Johansen, J., Brattebø, G., Zakariassen, E., Riddervold, I., Hjortdahl, M., Idland, S., Iversen, E., Jamtli, B. 2020. Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS). Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering.
https://www.nakos.no/pluginfile.php/95197/mod_folder/content/0/Evalueringsrapport%20for%20pilotprosjekt%20om%20bruk%20av%20video%20i%20medisinsk%20n%C3%B8dmeldetjeneste.pdf?forcedownload=1

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.

Lee, S.G.W., Kim, T.H., Lee, H.S., Shin, S.D., Song, K.J., Hong, K.J., Kim, J.H., Park, Y.J. 2021. Efficacy of a new dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation protocol with audio call-to-video call transition. *The American Journal of Emergency Medicine*, 44, s.26-32.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.049>

Lied, I. B., Lindgren, M. L., Helberget, L. K. 2021. Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sygepleje* (35) 3, s. 242-254.
<https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>

Linderoth, G., Østergaard, D., Fjordholt, M., Folke, F., Lippert, F. 2019. Livestreaming from smartphones to the dispatch senter in real emergency calls.

BMJ Open 9, [doi: 10.1136/bmjopen-2019-EMS.19](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-EMS.19)

Linderoth, G., Lippert, F., Østergaard, D. *et al.* (2021) Live video from bystanders' smartphones to medical dispatchers in real emergencies. *BMC Emerg Med* (21), 1-101 .

<https://doi.org/10.1186/s12873-021-00493-5>

Midtbø, V., Raknes, G. & Hunskaar, S. 2017. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 18, 84.

<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Realfsen, Vibeke R. (red.). 2021. *Helsehjelp via telefon – Kunsten å kommunisere. En verktøykasse for god kommunikasjon*. KoKom.

Stipulante, S., Delfosse, A.S., Donneau, A.F., Hartsein, G., Haus, S., D'orio, F., Ghuysen, A. 2016. Interactive videoconferencing versus audio telephone calls for dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation using the ALERT algorithm: *A randomized trial*. *European journal of emergency medicine*, Vol.23, s.418-424.

<http://dx.doi.org.ezproxy.inn.no/10.1097/MEJ.0000000000000498>

St.meld. Nr. 47 (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen*. Hentet 06.02.2022 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Stokke, R., Furnes, M., Vifladt, A., Odberg, K.R. (2020) Pasientsikkerhet og velferdsteknologi – parhester i utakt. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 165-171 <https://doi->

<http://dx.doi.org.ezproxy.inn.no/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-12>

Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B. 2007. The impact of technostress on role stress and productivity. *J Managem Inform Syst* 24, s. 301-328 <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.2753/MIS0742-1222240109>

Torvatn, H.Y., Andersen, T.K., Kløve, B. (2016). Teknologiutbredelse og stress i norsk arbeidsliv (A28108). SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport-teknologiutbredelse-og-stress-i-norsk-arbeidsliv.pdf>

Torvatn, H., Kløve, B., Landmark, A.D. (2017). Ansattes syn på digitalisering. (2017:00681) SINTEF. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport-00681-ansattes-syn-pa-digitalisering.pdf>

Vaught, C., Brnich, M., Mallett, L., Cole, H., Wiehagen, W., Conti, R., Kowalski, K. and Litton, C. (2000). Behavioural and organizational dimensions of underground mine fires. Information Circular 9450, US Department of Health and Human Services, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) *Publication dissemination*. <https://www.cdc.gov/niosh/mining/userfiles/works/pdfs/ic9450.pdf>

Vedlegg 2

FORFATTERVEILEDNING TIDSSKRIFT FOR OMSORGSFORSKNING INNSENDING AV MANUS

Manuskript sendes som Word-filer til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-postadressen red-tfo@hvl.no

Ved innsending legger du ved tre dokumenter/filer:

1. Et **kort følgebrev** som inneholder:

- Beskrivelse av artikkelens relevans for tidsskriftet
- Redegjørelse for hva artikkelen tilfører forskningsfeltet av ny kunnskap (gjelder vitenskapelige artikler)
- Stadfesting av at manuskriptet ikke er publisert eller under vurdering i et annet tidsskrift

2. **Tittelside** med informasjon om:

- Artikkelens tittel
- Forfatterrekkefølge, med forfatterens navn, stillingstittel, institusjonstilknytning og e-postadresse
- Antall ord i artikkelmanuskriptet (ikke medregnet tittel, sammendrag, referanser og eventuelle tabeller og figurer)
- Antall figurer og tabeller

3. **Artikkelmanuskriptet**, inkludert eventuelle tabeller, figurer og takksigelser, samt opplysninger om finansiering og interessekonflikter.

FORMALKRAV FOR ULIKE ARTIKKELSJANGRE

Vitenskapelige artikler

Artikkelmanuskriptet skal inneholde:

- *Tittel* (gjerne kort og poengtert). Ved skandinavisk hovedspråk skrives tittel også på engelsk.
- *Sammendrag* (maks 180 ord) og 3–6 *nøkkelord* på hovedspråk (som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen). Ved skandinavisk

hovedspråk skrives sammendrag og nøkkelord også på engelsk. For empiriske artikler skal sammendragene inneholde bakgrunn, metode, hovedresultater og konklusjon.

- For empiriske artikler skal det etter sammendragene helt kort angis:
 - *Hva vet vi allerede om dette emnet?*
 - *Hva tilfører denne studien?*Inntil to kulepunkter per spørsmål. Til sammen maksimum 100 ord for de to spørsmålene.
- Hovedteksten, *inkludert eventuelle tabeller og figurer*
- Eventuelle *takksigelser*
- *Opplysning om finansiering*: Forfatter skal oppgi hvem som har finansiert studien.
- *Beskrivelse av interessekonflikter*. Forfatter skal opplyse om eventuelle interessekonflikter i artikkelmanuskriptet. Med interessekonflikt menes finansiering eller andre forhold som kan påvirke studien og/eller en objektiv vurdering av manuset. Dersom ingen interessekonflikter skrives følgende: Ingen interessekonflikter.
- Eventuelle nummererte *noter*, organisert som sluttnoter.
- *Litteraturreferanser*

Artikkelmanuskriptet skal normalt ikke overskride 5 000 ord, eksklusive sammendrag, nøkkelord, referanser, tabeller, figurer, takksigelser, finansiering, interessekonflikter, noter og litteraturreferanser.

Tidsskrift for omsorgsforskning ønsker å fremme åpenhet, transparens og etterprøvbarhet i forskning. Vi oppfordrer forfattere til å gjøre sine grunnlagsdata i anonymisert form åpent tilgjengelig så langt det er mulig (se «Publiseringsetikk og medforfatterskap» under).

Fagartikler

Fagartiklene skal i særlig grad tilby perspektiver, forståelse, erfaring og viten med praktisk og/eller teoretisk relevans.

Fagartiklene skal baseres på ny innsikt, men er friere i formen enn vitenskapelige artikler. Det legges vekt på klar argumentasjon og god formidling. Fagartikler kan inneholde nye empiriske analyser, men kan også være teoretiske arbeider, diskusjoner av faglige metoder, modeller og begreper, oversikter over forskningstemaer eller erfaringsoppsummeringer.

Fagartikler skal normalt ikke overskride 5000 ord, eksklusive sammendrag, referanser og eventuelle tabeller, figurer, takksigelser, finansiering, interessekonflikter, noter og litteraturreferanser.

Tittel og sammendrag skrives kun på hovedspråket. Det skal ikke oppgis nøkkelord.

Bokanmeldelser og bokessay

Bokanmeldelser skal normalt ikke overskride 1 200 ord. Et bidrag her skal inneholde:

- Bokforfatter
- Boktittel
- Bokens utgave og årstall
- Bokens forlag og utgivelsessted
- Antall sider i boken
- Hvem som anmelder med stillingstittel, arbeidsplass og epostadresse

Bokessay er omtaler av flere publikasjoner sett i sammenheng. Det gis større rom for å presentere egne perspektiver. Bokessay skal normalt ikke overskride 2 500 ord.

Bokanmeldelser og bokessay sendes og publiseres etter avtale med redaksjonen. Ta gjerne kontakt for å diskutere mulig bokanmeldelse eller bokessay med redaktøren.

Kommentarartikler, debattartikler og kronikker

Kommentar-, debattartikler og kronikker drøfter saker og emner som er særlig aktuelle for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, samt andre relevante forskningsfaglige temaer. Disse skal normalt ikke overskride 2 000 ord, eksklusive referanser og eventuelle tabeller, figurer, takksigelser, finansiering, interessekonflikter, noter og litteraturreferanser.

Tittel skrives kun på hovedspråket. Det skal ikke oppgis nøkkelord.

FELLES FORMALKRAV FOR ALLE ARTIKKELSJANGRE

Tidsskriftets har ingen fast mal med hensyn til overskrifter og struktur. Forfatterne oppfordres til å følge en gjennomtenkt struktur i overensstemmelse med de fagtradisjoner og metodiske og analytiske tilnærminger arbeidet springer ut av. Overskrifter og eventuelle underoverskrifter i løpende tekst skal være uten tallangivelse og klart angitt. Det skal være maksimum tre nivåer av overskrifter.

Referansestil

Tidsskriftet bruker referansestilen APA 7. Flere nettsteder kan konsulteres for en innføring i hvordan referanser i tekst og litteraturlisten føres slik, for eksempel [Kildekompasset](#), [SØK & SKRIV](#) og [APA Style](#).

DOI-nummer

Referansene i referanselisten skal alltid inkludere DOI-nummer (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI-nummer skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen.

Eksempel: Huang, L. & Mossige, S. (2012). Academic achievement in Norwegian secondary schools: The impact of violence during childhood. *Social Psychology of Education*, 15, 147–164. <https://doi.org/10.1007/s11218-011-9174-y>

Du kan eventuelt søke etter DOI-nummeret til en referanse [her](#).

Sitat i teksten

Sitat fra litteratur eller tekst over tre linjer skilles ut i eget avsnitt. Kortere sitater integreres i løpende tekst med anførselstegn. Sitater skal ikke kursiveres. Boktitler og begreper brukt i løpende tekst kan enten kursiveres eller markeres med anførselstegn.

Tabeller, figurer og illustrasjoner

Alle tabeller, figurer og illustrasjoner som benyttes i manuskriptet må være tillatt å publisere. Dersom det ikke er forfatteren selv som har laget den selv, skal navnet på opphaver oppgis. Forfatteren innhenter selv tillatelse til bruk av

tidligere trykte illustrasjoner. Illustrasjoner må ha oppløsningsgrad på minst 300 dpi.

Publiseringsetikk og medforfatterskap

Det som publiseres i tidsskriftet skal ha høy faglig kvalitet og følge internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til [Committee of Publication Ethics \(COPE\)](#).

For medforfatterskap kreves at en oppfyller [Vancouverreglene](#). For å bli regnet som medforfatter, må en forsker ha bidratt vesentlig til:

- a) planlegging, utforming, innhenting av data eller analyse og tolking av data; OG
- b) utarbeidelse av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av innholdet; OG
- c) godkjenning av endelig manuskriptversjon

Alle andre som har bidratt, men uten å tilfredsstillere kravene til medforfatterskap, skal nevnes under «Takksigelser».

Åpen tilgang til forskningsdata: Tidsskrift for omsorgsforskning ønsker å fremme åpenhet, transparens og etterprøvnbarhet i forskning. Vi oppfordrer forfattere til å gjøre sine grunnlagsdata i anonymisert form åpent tilgjengelig så langt det er mulig. Grunnlagsdataene bør som hovedregel publiseres i databaser tilrettelagt for dette, men kan også utgis som tilleggsmateriale til artikkelen på Idunn ved behov og etter en konkret vurdering.

Interessekonflikter: Forfatter skal opplyse om eventuelle interessekonflikter i et eget avsnitt i artikkelmanuskriptet. Med interessekonflikt menes finansiering eller andre forhold som kan påvirke studien og/eller en objektiv vurdering av manuset.

Redaksjonsmedlemmer som forfattere: I tilfeller hvor gjesteredaktør, redaksjonsmedlem eller ansvarlig redaktør er forfatter av et innsendt manuskript, skal denne ikke ta del i vurderinger og beslutninger som gjelder eget manuskript. I slike tilfeller skal ansvar for fagfellevurderingsprosessen og

beslutninger vedrørende manuskriptet ivaretas av et annet uavhengig redaksjonsmedlem. Alternativt kan en annen tiltrodd ekspert som ansvarlig redaktøren oppnevner, ivareta den redaksjonelle håndteringen av manuskriptet. Den som opptrer som redaktør vil navngis som redaktør for artikkelen, slik at det klart fremgår at redaksjonsmedlemmet/redaktøren som er forfatter ikke har vært delaktig i vurderinger og beslutninger omkring egen artikkel.

MASTEROPPGAVER, ANDRE OPPGAVER OG RAPPORTER

Dersom manuskriptet bygger på resultater presentert i masteroppgave eller annen oppgave, må forfatter opplyse om dette og om oppgaven er klausulert. Tidsskrift for omsorgsforskning publiserer ikke oppgaver eller rapporter som allerede er publisert, kun originalforskning. Dette for å unngå dobbelpublisering. Eventuell publisering må bestå av nye resultater, analyser og diskusjoner.

VURDERINGSPROSESSEN

Artikler blir først vurdert av redaktør/redaksjonen med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det sendt til fagfeller for vurdering (én fagfelle for fagartikler, to eller flere for vitenskapelig artikler). Verken forfatteren eller fagfellene får opplyst hverandres identitet i vurderingsprosessen.

De oppnevnte fagfellene vurderer (gjelder vitenskapelige artikler):

- Artikkelens vitenskapelig kvalitet og holdbarhet
- Om forfatterne viser kjennskap til sentral litteratur innenfor temaet
- Om metoden er tydelig beskrevet og om artikkelen er i en form som gjør resultatene transparente/etterprøvbare og anvendelige for andre forskere og praktikere
- Om artikkelen tilfører ny innsikt/noe genuint til forskningsfeltet
- Artikkelens leservennlighet med tanke på språk og meningsfull logisk struktur
- Hva som eventuelt kan bidra til å øke artikkelens kvalitet

Revidering av manuskript

Etter fagfelle vurderingen blir manuskriptet sendt tilbake til forfatter med vurdering fra både fagfeller og redaktør.

Forfatter skal systematisk gjøre rede for hvordan de har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør gjennom å utarbeide et *revidert* manuskript og et *svarbrev*. Alle endringer i det reviderte manuskriptet skal markeres med rød skrift eller ved bruk av 'spor endring'. I svarbrevet beskriver forfatter hvordan hver enkelt av tilbakemeldingene fra fagfeller og redaktør er håndtert/innarbeidet.

Godkjenning av manuskript

Etter godkjenning fra redaktøren, blir manuskriptet teknisk og språklig bearbeidet. Forfatter mottar språkvasket manuskript for gjennomgang og godkjenning.

RETTIGHETER

Tidsskrift for omsorgsforskning publiseres under lisensen Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)). Artikler gjengitt i tidsskriftet reguleres av bestemmelsene i denne lisensen.

Gull åpen tilgang: Alt publisert innhold vil bli lagret og gjort åpent og gratis tilgjengelig for alle på www.idunn.no.

Vedlegg 3



Returadresse: HelseDirektoratet, Postboks 220 Skøyen, 0213 Oslo, Norge

Mottakers navn vil bli flettet inn ved ekspedering.
Evt. kontaktpersons navn vil også bli flettet inn her.

Deres ref.:
Vår ref.: 20/10238-8
Saksbehandler: Bjørn Jamtli
Dato: 15.04.2020

Her kommer forklarende tekst til evt. kopimottaker(e)

Videoløsning for AMK- og legevaktsentraler

Det vises til møte mellom HelseDirektoratet, Helse Sør-Øst RHF (HSØ) og Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) 7. april 2020 og behandling i interregionalt IKT-ledermøte 15. april 2020.

Bakgrunn

HelseDirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet initiert og koordinert arbeidet med den nasjonale førstehjelpsdugnaden [Sammen redder vi liv](#). Dugnaden involverer akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, nasjonale kompetansetjenester, frivillige og ideelle organisasjoner og kommersielle aktører. Målet er å øke overlevelsen og redusere varige funksjonstap ved hjertestans og andre tidskritiske akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus og er en direkte oppfølging av Akuttvalgets innstilling NOU 2015:17 «Først og fremst».

De regionale helseforetakenes medvirkning i dette arbeidet følger av oppdragsdokumentet fra

Helse- og omsorgsdepartementet for 2017. Dugnadenes satsningsområder er også forankret i Nasjonalt råd for akuttmedisin hvor de regionale helseforetakene deltar. Rådet ledes av Helse Sør-Øst RHF sin representant.

Satsningsområdene for dugnaden er beskrevet i et eget [strategidokument](#). To viktige innsatsområder er å utvikle kunnskapsgrunnlaget for prehospital innsats og utvikle og anvende teknologi. Ift. sistnevnte er det spesifikt beskrevet satsninger mot medisinsk nødnummer 113 og anvendelse av moderne kommunikasjons og posisjoneringsteknologi.

Om prosjektet *Videooverføring til AMK- og legevaktsentraler*

Både AMK- og legevaktsentralene har definert videooverføring som nyttig for raskere og med større presisjon å kunne vurdere behovet for helsehjelp ved henvendelser til medisinsk nødnummer 113 og legevakt 116 117. Nyttien er bla. knyttet til:

- Verifisering av korrekte brystkompresjoner ved hjertestans
- Slagpasienter med uklart beskrevne symptomer – verifisering av FAST
- Konferanse med legevaktlege/AMK-lege for vurdering av behandling til barn, pasienter med kramper, utslett, sårskader etc.

- Vurdere behovet for besøk på legevakt, utsending av lege eller ambulanse ved ambulansebestilling

Oppstart pilotering

Det aktuelle prosjektet *Videooverføring til AMK- og legevaktsentraler* har vært testet og planlagt pilotert ved AMK Oslo i lang tid, men var opprinnelig satt på vent som følge av den pågående Covid19-pandemien. Bla. har alle AMK-sentralens operatører gjennomgått opplæring i bruk av systemet.

AMK- Bergen, AMK-Bodø og legevaktsentralen i Voss er i tillegg til AMK Oslo planlagt som lokasjoner for pilotering av systemet.

Ledelse, eierskap, forankring og evaluering:

- Den tekniske løsningen er utviklet av Stiftelsen Norsk Luftambulans og gjøres kostnadsfritt tilgjengelig for Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet eier prosjektet som innebærer å gjøre ny teknologi tilgjengelig for landets AMK- og legevaktsentraler.
- Helsedirektoratet ivaretar dialogen mot Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) som utvikler.
- Helsedirektoratet vil i samarbeid med HDO og SNLA sikre en fortløpende evaluering og videreutvikling av videoløsningen som piloteres.
- For å sikre et best mulig beslutningsgrunnlag for en mulig fremtidig nasjonal utrulling har Helsedirektoratet bevilget midler til å etablere et opplegg for følgeforskning i samarbeid med NKLM, NAKOS, KOKOM og forskningsavdelingen i SNLA.

Risikovurderinger:

Videoløsningen er en ende-til-ende kryptert løsning. Løsningen benytter minimum AES 128 (Advanced Encryption Standard). Ideolink mellom AMK og innringer vil kun være en direktefeed, og det vil ikke lagres noe informasjon. Med en gang samtalen avsluttes, avsluttes også videobildet uten noen form for lagring. Før en slik video-feed opprettes vil innringeren bli bedt om å godkjenne opprettelsen av video-feed. Dette vil man be om ettertrykkelig for hver unike samtale.

De ansatte vil være skjermet da dette kun fungerer en vei, fra innringer og inn til AMK.

Som ledd i den planlagte oppstarten ved Oslo universitetssykehus er det gjennomført en ROSanalyse i regi av OUS IKT datert 2. oktober 2019. Kopi følger vedlagt.

Forholdet til innovasjonsprosjektet ved Vestre Viken HF

Bidragene som utvikles under "Sammen redder vil liv" paraplyen, er fritt tilgjengelig for alle aktører i Helsetjenesten. Helsedirektoratet er invitert inn som observatør i Vestre Viken sitt prosjekt og vil sørge for løpende utveksling av informasjon om utviklingen av de forskjellige prosjektene.

Helsedirektoratet har gjennom dialog med SNLA, avklart at SNLA ikke vil være en eventuell kommersiell tilbyder i innovasjonsprosjektet.

Vår vurdering er at pilotering av den aktuelle videoløsningen i et utvalg AMK- og legevaktsentraler, sammen med erfaringene med videokonsultasjoner fra pågående legevakt-piloter Sogn og Fjordane og Romsdalsregionen, både vil tilføre innovasjonsprosjektet i Vestre Viken og planleggingen av ny AMK-løsning verdifulle erfaringer.

Oppdrag:

Vi ber med dette om at HSØ i samarbeid med øvrige regionale helseforetak gir HDO i oppdrag å bistå Helsedirektoratet i arbeidet med å pilotere videoløsningen som er beskrevet over ved et utvalg AMK- og legevaktsentraler. Dette gjelder både teknisk utrulling og tilrettelegging, utforming av maler for teknisk utrulling, support, gjennomføring av testing/pilotering og drift.

Etter piloteringen er det ønskelig at det gjennomføres en evaluering av pilotperioden som kan inngå i en beslutning om videre nasjonal utrulling.

Det gjøres ny vurdering av hvordan teknologien benyttes i AMK og legevaktsentralene når de regionale helseforetakene har kommet videre med innføringen av ny AMK-løsning og når ny fremtidig løsning for landets legevaktsentraler blir besluttet. Resultater fra innovasjonsprosjektet i Vestre Viken og andre fremtidige utviklingsprosjekter vil kunne inngå i et slikt vurderingsgrunnlag.

Gitt den pågående situasjonen med stor belastning på flere AMK- og legevaktsentraler som følge av Covid19 – pandemien, anser vi det som viktig med en snarlig oppstart av dette prosjektet. Vi ber derfor Helse Sør-Øst RHF prioritere arbeidet og ser frem til videre samarbeid og dialog om den konkrete gjennomføringen.

Vennlig hilsen

Steinar Olsen e.f.

avdelingsdirektør

Bjørn Jamtli seniorrådgiver

Her kommer godkjenningsteksten når dokumentet er godkjent, og blir ekspedert

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet (11)

Vedlegg 4

Semistrukturert intervjuguide

Intro:

- Presentasjon av prosjektet og intervjuere.
- Info om bruk av det som kommer frem og hvordan intervjuet transkriberes, anonymiseres og opptaket slettes.
- Presisere at det ikke må fremkomme personidentifiserende pasientopplysninger pga. taushetsplikten, og informere om at intervjuerne vil avbryte dersom slike opplysninger kommer frem.
- Presisere at det som blir sagt holdes her og ikke spres ut til andre (inkl. ledere ved avd.)
- Presisere at det er frivillig å være med, og at ingenting av det som blir sagt vil bli brukt mot informanten på noen måte.

Tema:

Nytte/fordeler

- Hva synes du om å bruke video på LVS?
- Hvilken informasjon gir video som du ikke får på tlf?
- Mer effektivt?
 - Raskere avklart?
 - Raskere beslutning?
 - Beslutning tatt, deretter bruke video som støtte?
- Opplevd trygghet?
- Hvilke områder/tilstander/hendelser har video vært nyttig

Ulemper/utfordringer

- Hvilke utfordringer opplever du med å bruke video på LVS?
- Ubehagelig? (sanseinntrykk?)
- Opplever du at du blir lettere stresset når du bruker video?
- Har du opplevd at du angret på å bruke video?
- Hvilke oppgaver har sykepleier i legevaktsentralen?
- Hva kan være årsak til at noen velger bort å bruke video?
- Eksempler?
-

Kommunikasjon

- Hvordan er det å kommunisere med pas gjennom video?
- Har legevakten din regelmessige debriefingsmøter, eller møtevirksomhet hvor etiske dilemma blir diskutert?

-

Opplæring

- Hvordan var opplæringen du fikk i forkant?
- Mentalt forberedt?
- Teknisk forberedt?
- Opplever du støtte fra nærmeste leder ved utfordringer som måtte oppstå på ved bruk av video på LVS?

Hva har vært det beste/mindre bra med video?

Har du noen andre innspill eller kommentarer til det vi har snakket om?

Spørsmålene blir fulgt opp med:

- Hva mener du med ...?
- Kan du fortelle litt mer om ...?
- På hvilken måte påvirket måten du jobbet på?
- Har du et eksempel på dette?

Vil du delta i forskningsprosjektet

«*Bruk av video på legevakt*»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om bruk av video på legevakt kan gi sykepleier på legevaktsentralen psykiske belastninger. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskeren er selv sykepleier på en legevakt, og holder på med masterutdanning i psykisk helse. Nå er tiden inne for å skrive masteroppgaven.

Helsedirektoratet har innført muligheten til å benytte video på alle landets legevaktsentraler. Dette er et nytt hjelpemiddel i legevaktsammenheng, og for sykepleierne på legevaktsentralen. Forskeren ønsker å se nærmere på bruk av video i et psykisk helseperspektiv gjennom å belyse hvilke erfaringer sykepleier på legevakt har om bruken av video?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig å intervju 7-10 sykepleiere på ulike legevaktsentraler i Norge, som har erfaring med å bruke video. Noen fra små legevakter, og noen fra større legevakter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet er det ønskelig med et intervju med deg om hvordan du opplever å bruke video på legevaktsentralen. Intervjuet vil vare ca en time. Det tas lydopptak og notater fra intervjuet.

Under intervjuet vil vi komme inn på tema som berører din mentale helse, herunder stress. Du bestemmer selv hva du vil fortelle under intervjuet.

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.

Lydopptakene vil bli lagret på Universitetet i Oslo sin server, og det er kun student og veileder som vil ha tilgang til lydopptakene.

Lydopptakene transkriberes i etterkant hvor navn erstattes med «sykepleier 1, sykepleier 2» osv.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i mai 2022. Lydopptakene vil etter dette bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Høgskolen Innlandet ved student Gunvor Moreskine, email: mrsmoreskine@hotmail.com eller veileder Ann-Mari Lofthus, email: annmari.lofthus@inn.no
- Vårt personvernombud: Anne Sofie Lofthus, email: anne.lofthus@inn.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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Bruk av video på legevakt», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6

Masterstudent Gunvor Moreskine
Veileder Ann-Mari Lofthus
Høgskolen i Innlandet
Fakultet for helse - og sosialvitenskap

Deres ref: melding mottatt 29.6.21

Vår ref: Sak 13 -2021 Arkiv: 21/01894 Saksbehandler: anne.lofthus@inn.no

Dato: 27.08.2021

Etisk vurdering av planlagt masterprosjekt ved Høgskolen i Innlandet

Prosjekttittel: Sykepleiers opplevelse av bruk av video i legevaktsentral

Prosjektleder/veileder: Ann-Mari Lofthus

Student: Gunvor Moreskine, Master i psykisk helse

Prosjektvarighet: 20.8.21 - 04.05.22

LEKF utfører forskningsetisk vurdering etter mandat godkjent av det sentrale FoU-utvalget 21.4.20. Dette planlagte masterprosjektet sorterer under prioritet 1, det vil si obligatorisk forskningsetisk vurdering av forskning på mennesker og som ikke er hjemlet i

Helseforskningsloven, men som allikevel har potensiale for feil, skade, belastning og/eller krenkelse for forskningsdeltakerne.

Framleggelse/søknad med vedlegg til Lokal etisk komité for forskning ble mottatt som melding i Nettskjema 16.8.21. Vurdering av prosjektet er utført i komitémøte 19.8.21.

Prosjektopplysninger

Masteroppgaven er etter initiativ fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. Masterstudenten er selv sykepleier i legevaktstjeneste.

Legevaktsentralene mottar og håndterer henvendelser av medisinskfaglig art, og det er sykepleiere med gjennomgått opplæringsprogram som betjener sentralen. Sykepleier skal kartlegge pasientens situasjon,

fastsette hastegrad, vurdere og sette i gang rett tiltak og gi råd og veiledning, inkludert kontakt med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) ved medisinske nødsituasjoner. Under pandemien (2020-21) igangsatte legevaktene i Norge bruk av videomøter med pasienter for å begrense antall fysiske oppmøter.

Formål og problemstillinger

Formålet med studien er å få innsikt i om bruk av video vil være til psykisk belastning for sykepleier, og et stressmoment eller et faktisk hjelpemiddel i jobben som legevaktoperatør.

I intervju skal følgende bli belyst:

- Hvilke psykiske belastninger kan bruken av video i en legevaktsentral gi sykepleieroperatøren?
- Vil sykepleier oppleve mer stress av å se på video alvorlig skadde som trenger hjelp og uten å direkte kunne gripe inn?
- Kreves det ekstra trening og opplæring for sykepleiere i legevaktssentralen til å håndtere video?
- Er det kun de mest erfarne og drevne sykepleierne med masse ressurser som kan håndtere bruken av video?
- Hva har arbeidsgiver bidratt med av støtte og opplæring av sykepleier i oppstart med et nytt hjelpemiddel? Er det regelmessige tilbud om debriefingsmøter eller samtaler rundt etiske dilemmaer på arbeidsplassen? Opplever sykepleier at det er etablert et system for støtte og oppfølging ved behov, fra ledelsen eller eventuelt kollegaveiledning/-støtte?
- Hvor mange oppgaver er det forventet at en legevaktoperatør skal kunne klare? og Hvor stor kapasitet skal en sykepleier på legevaktsentralen kunne ha?
- Er det etablerte etiske refleksjonsgrupper for å ta opp vanskelige hendelser knyttet til bruken av video?
- Ser sykepleieren ting på video som hun helst ikke ville sett?

Utvalg, innsamling og analyse

Semistrukturert intervju av 6-8 sykepleiere som har erfaring med å bruke video (minst 20 ganger). Varighet 1 time, personlig oppmøte.

Strategisk utvalg av legevakt etter størrelse og geografisk beliggenhet.

Intervjuene skal analyseres ved hjelp av 'Malteruds systematiske tekstkondensering'.

Sammendrag

I dette masterprosjektet er målet å finne ut om sykepleierne på legevakten får psykiske belastninger ved å bruke video i legevaktsentralen, og hvorvidt video faktisk er et hjelpemiddel.

Prosjektleders og masterstudentens risikovurdering

Potensielle fordeler med prosjektet er slik masterstudenten ser det, først og fremst at det kan bidra til mer kunnskap om hvordan videomøter kan fungere for sykepleiere i

legevaktstjenesten. Dette er kunnskap som kan komme alle norske legevakter til gode. På den annen side kan resultatet på forskningen medføre økonomiske konsekvenser for legevaktene som følge av at det må settes i gang tiltak for opplæring og ivaretagelse av sykepleierne. Det kan medføre at noen legevakter ikke ønsker å innføre video på bakgrunn av resultatene.

På det individuelle planet ser masterstudenten at hun som intervjuer må trå varsomt og behandle informanten forsiktig da det kan komme frem situasjoner som informanten har opplevd som vanskelig. Hun er bevist på at hun må vise forståelse og anerkjennelse under intervjuet for å ivareta informanten best mulig.

Avveining

Masterstudenten beskriver at det er viktig å finne en balansegang mellom å få svar på spørsmål og la samtalen flyte godt, samtidig som at informanten skal oppleve at det som blir sagt blir tatt imot på en respektfull måte. Skulle uventede hendelser finne sted vil hun ta dette opp med informanten, og ved samtykke bistå med å oppsøke medisinsk hjelp.

Masterstudenten ser fordelene i at hun selv er sykepleier på legevakt, og kan sette seg inn i informantenes hverdag, og har stor forståelse for det de måtte oppleve av for eksempel arbeidspress, stress og nye verktøy. Følgelig ser hun flest fordeler ved prosjektet sitt – og skriver at «forskning på en gruppe sykepleiere som skal få enda en ny oppgave i en allerede krevende stilling må prioriteres, slik at ny kunnskap kan bidra til eventuelle nødvendige og forbedrende tiltak.»

Vurderinger

Generelt

Prosjektet fremstår som relevant og gjenspeiler at masterstudenten selv jobber som sykepleier i legevakt og kjenner dermed organiseringen og oppgaver. Det er med på å styrke for relevansen til prosjektet og for å skape en god intervjusituasjon. På den annen side har ikke masterstudenten drøftet de metodiske og etiske utfordringer som kan oppstå når man selv er en del av sted/situasjon som skal studeres. Man kan ende opp med å styre problemstillinger, spørsmål og analyse i den retning som man selv opplever sin egen arbeidssituasjon.

I dette prosjektet er problemstillingen «Hvilke psykiske belastninger kan bruken av video i legevaktsentral gi sykepleieroperatøren?» For LEKF blir det da åpenbart at informantene skal svare på hvordan de mener bruk av video er belastende, og det blir lite rom for å framheve hva som kan være positivt. Hvis man antar at det uansett kan være psykisk belastende å jobbe i legevakt, vil nødvendig forskningsobjektivitet tilsa at man belyser 'nettoeffekten' av fordeler og ulemper ved innføring av nye

arbeidsmetoder. Som informant kan man bli styrt i en retning som ikke nødvendigvis alle vil kjenne seg igjen når forsker/mastestudent allerede har slått fast at det *er* psykisk belastende med bruk av video.

At helsetjenesten undersøker egen tjenesteutøvelse er ikke et problem i seg selv, men det er desto viktigere at forsker/masterstudent i en dobbeltrolle er seg bevisst potensiell bias i hypotese, analyser og fortolkning.

Informasjon til deltakerne

LEKFs hovedmål er å sikre forskningsdeltakernes sikkerhet og rettigheter. Enhver deltaker må fullt ut forstå hva man sier 'ja' til å delta i (=informert samtykke). Derfor må informasjons- og samtykkeskrivet være vel gjennomarbeidet, klart og forståelig, slik at forskningsdeltakerne ser at deres rettigheter, integritet og helsemessige trygghet ivaretas i prosjektet.

Skrivet er inneholder tilstrekkelig informasjon til at forskningsdeltakere kan forstå hva de samtykker til. LEKF-komiteen stiller seg imidlertid tvilende til setningen «Under intervjuene kan vi komme inn på tema som berører din mentale, herunder stress. Dersom du ønsker å dele slike opplysninger vil jeg inkludere det min analyse.» Det er vel nettopp mentale belastninger, herunder stress, som ønskes kartlagt? Det er uklart hva som menes. Derfor må dette presiseres/omskrives eller strykes.

Det må opplyses i informasjons- og samtykkeskrivet at Moreskine selv er ansatt i legevaktstjenesten.

Personvern

Masterprosjektet er obligatorisk meldt til NSD Personverntjenester for vurdering av hvorvidt behandling av personopplysninger er i henhold til personvernlovgiving for behandling av personopplysninger. Prosjektmelding 815977 er ferdigbehandlet og godkjent 13.8.21.

Metodiske vurderinger

LEKF tar ikke stilling til om et forskningsdesign er mer egnet enn et annet, men er derimot opptatt av at rekrutterte deltakere vet at deres bidrag faktisk er relevant for formålet, og om metodene gir valide svar på forskningsspørsmålene. Komitémedlemmene mener det er vanskelig å se resonnementene for valgt utvalgsstørrelse (~7 legevaktstjenester) opp mot fordeling mellom by/land-kommuner, mellom tjenester med stort eller lite arbeidstrykk (antall henvendelser/antall ansatte), og videre kjønnsfordelingen og antall år som legevaktansatt for enkeltpersonene som skal intervjues. Disse variablene vil trolig kunne medføre sprikende resultater med liten utvalgsstørrelse.

På den bakgrunn, oppfordrer LEKF masterstudenten om å innarbeide resonnementer rundt utvalget i prosjektplanen, hvor det også tas høyde for risiko for frafall.

Konklusjon

Lokal etisk komité for forskning ved Høgskolen i Innlandet har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av prosjektet «Sykepleiers opplevelse av bruk av video i legevaktsentral» og støtter oppstart av prosjektet på nevnte vilkår, under forutsetning av overnevnte endringer i informasjons- og samtykkeskrivet. Revidert skriv sendes til LEKFsekretariat før inklusjon av deltakere starter opp.

Endringer av selve prosjektplanen er ikke satt som vilkår, kun som anbefaling.

Vedtaket er avgrenset til fremlagte dokumentasjon. Dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektet som kan ha betydning for deltakernes helse og sikkerhet, skal dette legges fram for komiteen før eventuelle endringer kan iverksettes.

Lykke til med prosjektgjennomføringen!

Med hilsen



Grethe Netland

Leder av Lokal etisk komité for forskning – Høgskolen i Innlandet