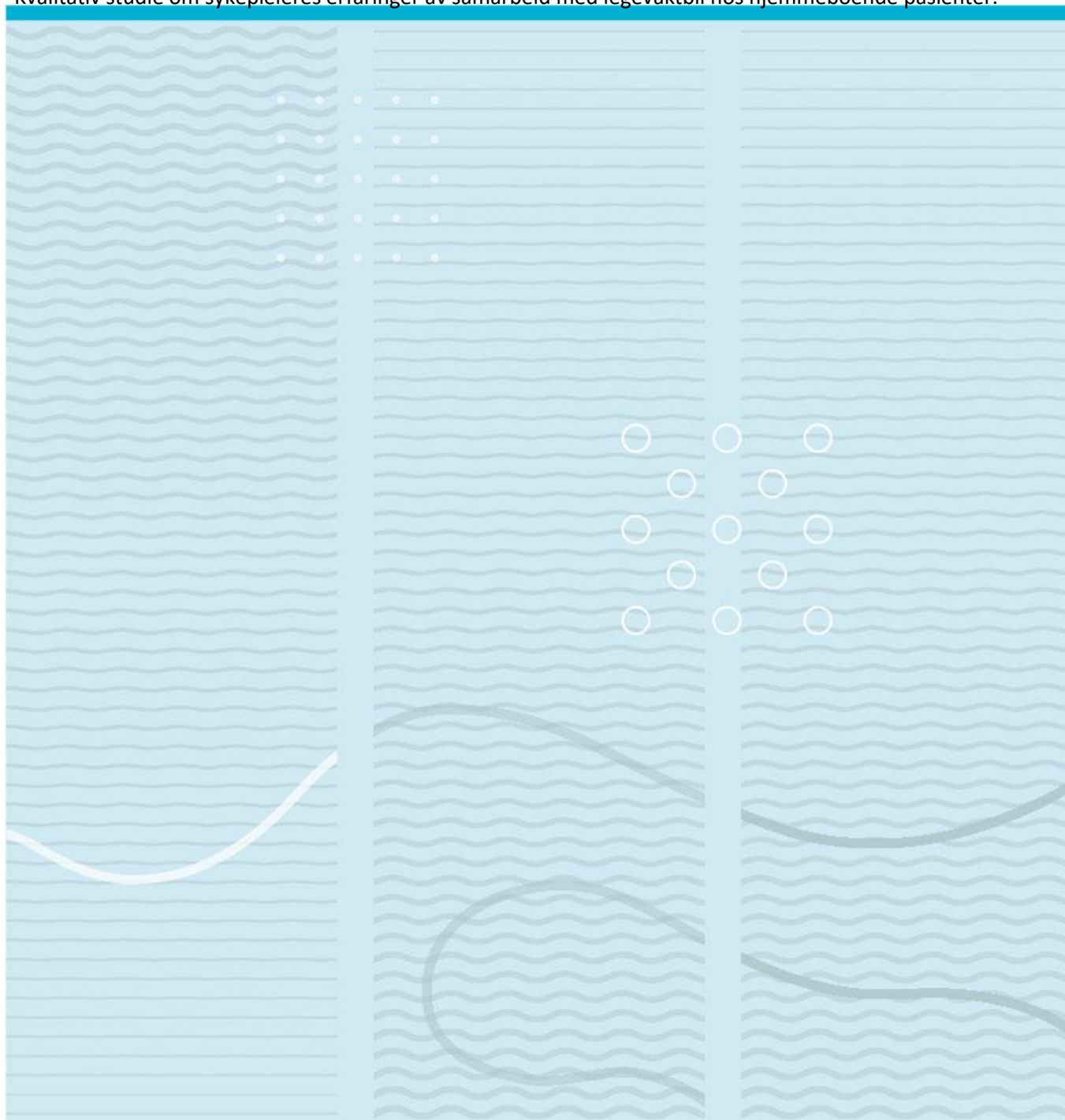


Hanna Mäki-Maukola

Samarbeid mellom hjemmesykepleie og legevaktbil

Kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende pasienter.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Hanna Mäki-Maukola

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Kommunehelsetjenestens utfordringer med stadig økende antall av hjemmeboende multisyke pasienter utfordrer kommunens plikt til å tilby forsvarlige helsetjenester. Legevaktbil er en tjeneste for kommunens innbyggere som tilbyr medisinsk vurdering av ulike sykdomstilstander i pasientens eget hjem utenom fastlegers kontortid. Legevaktbil er dermed en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien som er nærmest pasienten og er ansvarlig for kartlegging, oppfølging og iverksetting av tiltak hos pasienter med sammensatte lidelser. Det finnes midlertidig lite kunnskap om hvordan en slik ambulerende helsetjeneste fungerer og hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien erfarer samarbeid med legevaktbil.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende pasienter.

Metode: Studien hadde kvalitativ design. Datainnsamlingsmetode bestod av ti semistrukturerte intervjuer av sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien. Analysen var inspirert av tematisk analyse.

Resultat: Gjennom analysen kom det frem to hovedkategorier, fremmende og hemmende faktorer for samarbeid. Hovedtyngden av de fremmende faktorene for samarbeid bestod av god kommunikasjon og deltageres inkludering i pasientvurdering. De hemmende faktorene var preget av manglende kommunikasjon og uklar ansvarsfordeling mellom legevaktbil og hjemmesykepleie.

Konklusjon: Deltagerne hadde ulike erfaringer knyttet til samarbeid med legevaktbil. Den mest fremmende faktoren så ut til å være god kommunikasjon med legevaktbil i hele kommunikasjonskjeden. Det var flere faktorer som var hemmende for samarbeid. Manglende kommunikasjon både før-, under- og etter hjemmebesøk av legevaktbil var fremtredende.

Abstract

Background: The municipal health service's challenges with the ever-increasing number of multi-illness patients living at home, challenge the municipality's duty to offer sufficient health services. An ambulant physician-paramedic-team is a service for the municipality's residents that offers medical assessment of various medical conditions in the patient's own home outside the GP's office hours. This ambulant service is thus an important partner for home health care, where nurses are closest to the patient and is responsible for identifying symptoms, follow-up and implementation of measures in patients with complex disorders. There is temporarily little knowledge about how such an ambulatory service works and how nurses in home health care experience cooperation with this service.

Purpose: The purpose of this study is to explore and describe nurses' experiences of collaboration with ambulant physician-paramedic-team in patients living at home.

Methods: The study had a qualitative design. The data collection method consisted of ten semi-structured interviews with nurses who worked in home health care. The analysis was inspired by thematic analysis.

Results: Through the analysis, two main categories emerged, promoting and inhibiting factors for collaboration. The majority of the promoting factors for collaboration consisted of good communication and the participants' inclusion in patient assessment. The inhibiting factors were characterized by a lack of communication and an unclear division of responsibilities between the physician-paramedic-team and nurses in home health care.

Conclusion: The participants had different experiences related to cooperation with the ambulant physician-paramedic-team. The most promoting factor seemed to be good communication with the physician-paramedic-team throughout the entire communication chain. There were several factors that inhibited cooperation. A lack of communication both before, during and after home visits by the team was prominent.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Bakgrunn	8
2.1 Hvordan er helsetjenesten strukturert.....	8
2.2 Utfordringer i kommunehelsetjenesten	9
2.3 Hjemmesykepleie	11
2.4 Kommunale legetjenester	13
2.5 Legevaktbil.....	14
2.6 Hensikt og problemstilling.....	15
2.7 Avklaring av sentrale begrep	16
2.7.1 Samarbeid	16
3 Metode	17
3.1 Design.....	17
3.2 Utvalg	17
3.3 Rekruttering	18
3.4 Datainnsamling.....	18
3.4.1 Forberedelse til intervju	19
3.4.2 Gjennomføring av intervju	19
3.5 Dataanalyse	20
3.5.1 Forberedelse	20
3.5.2 Koding.....	21
3.5.3 Kategorisering	21
3.5.4 Rapportering	21
3.6 Forskningsetiske vurderinger	22
3.6.1 Risiko- og nytteverdi.....	22
4 Resultater	23
4.1 Fremmede faktorer for samarbeid.....	23
4.1.1 God kommunikasjon med legevaktbil	23

4.1.2	Bli inkludert i vurdering av pasienten	25
4.1.3	Utvexling av informasjon	25
4.1.4	Hjemmesykepleie som tilrettelegger for kommunikasjon mellom pasient og legevaktbil	27
4.2	Hemmende faktorer for samarbeid.....	27
4.2.1	Ineffektiv kommunikasjon med legevaktbil.....	28
4.2.2	Legevaktbilens begrenset operativ tid	29
4.2.3	Uklar ansvarsfordeling i samarbeid med legevaktbil	31
5	Diskusjon	32
5.1	Betydningen av manglende kommunikasjon.....	32
5.2	Sykepleieres rolle i avansert hjemmesykepleietjeneste	34
5.3	Behov for styrking av tverrfaglig samarbeid	35
5.4	Diskusjon om metoden.....	36
5.5	Relevans for videre praksis	36
6	Konklusjon	38
	Referanser	39
	Vedlegg.....	46

Forord

Lite visste jeg hva jeg gikk til når jeg startet denne masteroppgaven. Arbeidet med denne oppgaven har inneholdt både oppturer og nedturer og det er med blandede følelser jeg nå leverer den fra meg.

Først og fremst vil jeg takke alle deltagere som har deltatt i denne studien. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre denne studien uten dere. Tusen takk for tillit dere har vist meg og all informasjon dere har bidratt med!

Jeg ønsker også å takke mine 3 barn for tålmodigheten når deres mamma over lang tid har vært i skrivetåka. Dere er verdens fineste.

Kjæresten min – takk for all oppmuntring og for at du har vært der for meg hele veien. Nå gleder meg til alle de fine turene som venter på oss!

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder Linn-Hege Førund som stødig har guidet meg gjennom denne krevende prosessen! Tusen takk for innspill, tilbakemeldinger og oppmuntring som jeg har fått hele veien fra start til slutt.

Sem, 15.09.2022

Hanna Mäki-Maukola

1 Innledning

Sammen med regionale helseforetak skal kommuner bidra til et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2022, § 6-1). Kommunehelsetjenesten sammen med spesialisthelsetjenesten danner grunnlaget for ivaretagelsen av befolkningens rett til nødvendig helsehjelp. I kjølvannet av samhandlingsreformen har det kommet fastlegekrise og økning i antall svake etterspørrere av helsetjeneste, samtidig er sykehjems plasser gradvis nedbygget. Dette har medført at ytelse av helsehjelp i økende grad har blitt utviklet fra å skje hos spesialisthelsetjenesten eller i kommunal institusjon til å skje nærmere pasienten, stadig oftere i pasientens eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 10). For å imøtekomme de økende behov for helsehjelp til hjemmeboende eldre og andre med hjelpebehov fra hjemmetjenester er det de siste årene satt i gang ulike tjenesteutviklingsprosjekt. Utprøving av primærhelseteam er ett eksempel på dette (Helsedirektoratet, 2022). Et annet konkret eksempel er ambulerende tjeneste med legevaktbil som tilbyr hjemmebesøk. Ordningen ble tidlig tatt i bruk i Trondheim etterfulgt av blant annet Drammen, Asker og Bærum og det er i hovedsak eldre pasienter som mottar besøk av legevaktbil (NOU 2015: 17, s. 122). Formålet med legevaktbilens tjeneste er å være en forlenget arm fra legevakten som et viktig tilbud til hjemmeboende pasienter med behov for medisinsk vurdering av lege utenfor fastlegenes åpningstid. Legevaktbilen er dermed en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien, som er den utøvende helsetjenesten nærmest pasienten. Utprøving av helsetjeneste med legevaktbil er fortsatt nytt i norsk sammenheng, og det finnes lite kunnskap om hvordan de som jobber i hjemmesykepleien erfarer samarbeidet med legevaktbilen hjemme hos pasienten. Dette er derfor tema i denne masteroppgaven.

Videre i denne oppgaven vil det neste kapitlet presentere bakgrunn for studien. Deretter presenteres studiens design og metode, etterfulgt av resultater. Til slutt diskuteres studiens resultater og metode, samt relevans for praksis.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet blir studiens bakgrunn presentert. Som grunnlag for oppgavens tematikk gis det først en overordnet beskrivelse av organiseringen av helsetjenesten i Norge, samt sentrale føringer av betydning for oppgaven. Deretter beskrives utfordringer i kommunehelsetjenesten før det videre beskrives hjemmesykepleie, kommunal legeordning og legevaktbil.

2.1 Hvordan er helsetjenesten strukturert

Primærhelsetjenesten, som også omtales som kommunehelsetjenesten eller førstelinjetjenesten, har som overordnede ansvar å yte forsvarlig helsehjelp og tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere i alle pasient- og brukergrupper. Kommunen skal blant annet tilby skolehelsetjeneste, helsestasjonstjenester, fastlegeordning, legevakt, helsetjenester i hjemmet og opphold i sykehjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2022, § 3-1, § 3-2). I tillegg kan fastlegen, som har det overordnede medisinske ansvaret for pasientene sine, henvise innbyggere videre til spesialisthelsetjenesten for utredning og behandling (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 4-24). Spesialisthelsetjenesten er statlig drevet, og skal blant annet tilby sykehustjenester, medisinske laboratorie- og radiologiske tjenester og ha akuttmedisinsk beredskap, det vil si plikt til å ta imot pasienter som er i behov av øyeblikkelig helsehjelp (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, § 2-1.a, § 3-1). Akuttmedisinforskriften regulerer både kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Akuttmedisinske tjenester består av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste (bil-, båt-, luftambulanse) og medisinsk nødmeldetjeneste. Det er kommunene og de regionale helseforetakene sitt ansvar å koordinere innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden (Akuttmedisinforskriften, 2015, § 2, §3, § 4).

Utviklingen av kommunehelsetjenesten i Norge er forholdsvis ung, og fikk sin fremvekst først på 80-tallet der kommunene i 1988 fikk et helhetlig ansvar for alle deltjenester innen pleie- og omsorgstjenestene (SINTEF, 2004, s. 20-21). Siden den gang har det vært utprøvd ulike tjenestemodeller for både institusjonsbasert – og hjemmebasert omsorg, og det har vært gjennomført store reformer for utvikling av tjenesten slik de ser ut i dag. Den allmenne samfunnsutviklingen med støtte fra politiske vedtak har tydelig påvirket de kommunale helsetjenestene i motsetning til spesialisthelsetjenestens utvikling som i større grad preges av medisin og helsefag (St.meld. nr. 50 (1996-1997), s. 7; St.meld. nr. 47 (2008-2009), s.47-48; Meld. St. 26 (2014-2015), s. 28). Spesialisthelsetjenesten har på sin side også gjennomgått en rekke reformer og flere av reformene har berørt samarbeidet mellom disse overordnede tjenestene (St.meld. nr. 31 (2000-2001), s. 7-11; Meld. St. 11 (2015-2016), s. 130-132; , Meld. St. 7 (2020-2023), s. 26-27).

Frem til 2001 var det fylkeskommunene som hadde ansvar for spesialisthelsetjenesten. Iverksetting av helsereformen samme året overførte ansvar og eierskap av sykehusene og spesialisthelsetjenestene til staten og formålet med denne reformen var å skape enklere og klarere ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 31 (2000-2001), s. 2). Iverksetting av den nasjonale helsepolitikken i helseregionen ble dermed de regionale helseforetakene sitt overordnede ansvar (Helseforetaksloven, 2001, § 2a.).

Samhandlingsreformen var den første, omfattende reformen hvor målsetningen var å utvikle nye samarbeidsformer mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene. Bakgrunnen for reformen var en erkjennelse av at selv om helse- og omsorgstjenestene i Norge hadde høy, velfungerende standard for de fleste pasienter og brukere, var mange systemer rettet inn mot deltjenestene på kommune- og spesialisthelsetjeneste nivå (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 21-22). Samhandlingsreformen skulle sørge for mer helhetlig pasientforløp samt koordinerte helsetjenester. Det ble påpekt at det var for stort fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner hos spesialisthelsetjenesten og at fokuset måtte bli rettet mot forebygging og tidlig intervensjon hos kommunehelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 22-23). De nyere reformene og nasjonale helsepolitiske strategiene har medført økt satsning på å gi pasienten behandling der den bor. Leve hele livet (Meldt. St. 15 (2017-2018) setter fokus på eldre sin mulighet til å mestre eget liv der de bor ved hjelp av tiltak innenfor aktivitet og felleskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenhengende tjenester (Meld. St. 15, 2018, s. 7). Kompetanseløft 2025 på sin side skal sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6). Lindrende behandling og omsorg (Meld. St. 24 (2019-2020) tar for seg viktig tema om livets siste fase og døden og skal bidra til at mennesker i livets aller siste fase skal få god omsorg og pleie, også i sitt eget hjem. Dette forutsetter tilstrekkelig kompetanse og tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper både i kommune- og spesialisthelsetjeneste (Meld. St. 24, (2019-2020), s. 39-40).

2.2 utfordringer i kommunehelsetjenesten

De mange reformene som er gjennomført i den norske helse- og omsorgstjenesten de seneste 10 årene har ikke bare hatt som formål å omstrukturere tjenestene, men også for å imøtekomme utfordringer i helsetjenesten når det kommer til ressursbruk og kapasitetsproblemer (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 30-31). Sentrale utviklingstrekk som demografiske endringer, økende mangel på fagkompetanse og det faktum at mulighetene og ønskene overstiger ressursene i helse- og omsorgstjenesten har bidratt til at tjenestene har måttet tenke nytt (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 6). I dette kapitlet skal jeg kort oppsummere noen av de viktigste utfordringene i kommunehelsetjenesten. Deretter går jeg nærmere inn på de ulike tjenestene som har direkte relevans for tematikken i denne studien.

En av de største utfordringene er kapasitetsproblemene i fremtidens helsetjeneste. Vi blir stadig flere eldre, og stadig flere brukere av helsetjenestene har sammensatte og komplekse behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5; Meld. St. 16 (2010-2011), s. 63-64; Meld. St. 7 (2019-2020), s. 14-15). Mer enn halvparten av personer over 75 år har fire eller flere sykdommer de trenger behandling for, i tillegg som det ser ut som at de lever lengre med sykdommene enn før (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 34). Samtidig med at antall mottakere av helsetjenester i hjemmet hadde økning i perioden 2011-2020, var det trend med nedgang i langtidsopphold i institusjon i samme periode (Helsedirektoratet, 2020, s. 5-6). Dette gjør at det ikke bare er flere pasienter som trenger hjelp, men flere pasienter trenger også avansert helsehjelp i eget hjem. Sammen med økende mangel på helsepersonell og fastlegers begrensede kapasitet til oppfølging av pasienter setter dette kommunehelsetjenesten under stort press (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 14-15).

Pasienter blir i dag utskrevet fra sykehus tidligere enn før, noe som har ført til mer avansert behandling og flere oppgaver i kommunehelsetjenesten. Dette berører også fastlegene som har opplevd en sterk økende arbeidsbelastning selv om listelengdene har blitt kortere (Kompetanseløft 2025, s. 10). Fastlegeordningen som ble innført i 2001 hadde som primærhensikt å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid. I den senere tid er det spesielt brukere med komplekse og sammensatte behov som har økt i antall, noe som har utfordret strukturen i fastlegeordningen (Helsedirektoratet, 2022, s. 9). Dette sammen med kommunehelsetjenestens økende ansvar for å tilby nødvendig helsehjelp og oppfølging av pasienter setter fastleger i en presset situasjon der behovet for blant annet e-konsultasjoner med kommunehelsetjenesten blir stadig mer aktuelle former for å forsikre tett samhandling (Borgen et al., 2015).

Endringene i kommunehelsetjenesten med økende antall pasienter som behandles hjemme samtidig som det er høyere terskel for innleggelser og det å søke pasient til høyere omsorgsnivå påvirker også sykepleietjenesten. En studie utført av Norheim og Thoresen (2015) viste at sykepleiere i hjemmesykepleien opplevde at pasienter som ble sendt hjem fra sykehus var både sykere og mer tidkrevende enn tidligere. Samtidig opplevde noen sykepleiere en økende restriktiv holdning blant fastleger og legevaktleger i forhold til innleggelser av hjemmeboende pasienter (Norheim & Thoresen, 2015, s. 16). I en studie gjort i kommunehelsetjeneste i Norge av Bing-Jonsson et al. (2016) kom det fram at helsepersonell i hjemmesykepleie hadde svakere kompetanse sammenlignet med helsepersonell på sykehjem. Helsepersonell i hjemmesykepleie jobbet mer selvstendig i pasientenes hjem uten mulighet til å støtte seg til «kollektiv kompetanse» som helsepersonell på sykehjem hadde bedre tilgang til (Bing-Jonsson, 2016, s. 9). Mangel på fastleger kombinert med lang avstand til helsetjenester kunne føre til lang ventetid for eldre pasienter å få medisinsk vurdering, noe som igjen kunne føre til unødvendige innleggelser (Bomann et al., 2019, s. 3).

2.3 Hjemmesykepleie

Det har gjennom alle tider skjedd pleie av syke og svake i Norges hjem, men mye har skjedd siden slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet når menighetssøstre allerede den gangen måtte håndtere allsidige pleie- og omsorgsoppgaver. Like gjerne som de delte ut blomster og julehefter til eldre og syke eller ledet barneforening eller søndagsskole, måtte de rykke ut til selvmord og arbeidsulykker (Glavin et al., 2016, s. 18-22). Etter hvert ble både behovet for hjelp og utgiftene knyttet til ytelse av helsehjelp større slik at Stortinget i 1959 gjorde vedtak om statsstøtte til hjemmesykepleietjenestene, primært rettet mot pasienter utskrevet fra sykehus. Men på 1960-tallet var politikerne mest opptatt av institusjonsomsorg og i 1971 var det kun 4,6% av yrkesaktive sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleie, i motsetning til 85,5% i sykehusene (Glavin et al., 2016, s. 22-23). 70-tallets hjemmesykepleie ble sett som et supplement til sykehus og den offentlige eldreomsorgen var den gang dominert av gamlehjem og sykehjem. Dette har endret seg frem til i dag der hjemmesykepleien har en sentral plass i helsetjenestetilbudet ettersom avinstitusjonalisering og desentralisering har vært sentralt i reformene i Norge fra tidlig 1980-tallet (Fjørtoft, 2016, s. 18-19).

I dag er tjenester til hjemmeboende den tjenestegruppen med flest tjenestemottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Her skiller vi mellom såkalt hjemmehjelp som er praktisk bistand til blant annet rengjøring, klesvask og handling av dagligvarer. Hjemmesykepleie derimot yter døgnskuttet helsehjelp til kommunens innbyggere i deres egne hjem. Helsehjelp defineres som «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende eller pleie- og omsorgsformål» (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 1-3). Det er ingen nedre eller øvre aldersgrense for å motta tjenester fra hjemmesykepleie, men det er multisyke eldre som er den største brukergruppen. Grunnen til at hjemmeboende pasienter mottar helsehjelp er mange. Det kan dreie seg om kroniske somatiske og psykiske lidelser, rusproblemer, varierende grad av funksjonshemming eller et ønske om å dø hjemme (Glavin, Snøtun, Gjevjon & Kvarme, 2016, s. 24).

Oppgavene i kommunehelsetjenesten generelt er mer komplekse enn tidligere og pasientene som skrives ut til hjemmet kan ha pågående behandling. Dette kan være intravenøs behandling som medfører håndtering av sentralt venekateter, håndtering av PEG-sonde eller respiratorbehandling (Grimsmo, 2013, s. 153). I tillegg kan hjemmesykepleie yte hjelp til personlig hygiene og ernæring, kartlegging, oppfølging og behandling av kroniske tilstander, sårbehandling og legemiddelbehandling. Hjemmesykepleie samarbeider tverrfaglig med blant annet fastlege, ergoterapeut, fysioterapeut og demens- og kreftkoordinator. Hensikten med hjemmesykepleie er altså ikke bare å sørge for lovfestet tjeneste til alle innbyggerne, men også møte innbyggernes økende behov og ønske for å bo hjemme lengst mulig, ofte helt til livets slutt. Det

er forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering som legges til grunn på hvilke helsetjenester som kan ytes i hjemmet (Helsedirektoratet, 2018).

Ettersom samhandlingsreformen har ført til flere og sykere hjemmeboende pasienter, har også kompetansekravene til sykepleiere i hjemmesykepleien økt. Hjemmesykepleie har gått fra å bli ansett som «enkel» til å bli avansert og komplekst (Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 49). Det har vokst seg fram behov for sykepleiere med både generalistkompetanse og avansert klinisk kompetanse. Dette gjelder i flere sykepleiefaglige områder som vurdering, beslutningstaking, behandling, oppfølging og forebygging. Avansert klinisk sykepleier har eksistert i over 50 år i USA, i Norge ble de første AKS'ere utdannet i 2014 (Bing-Jonsson, 2019, s. 166).

Sykepleiere i hjemmesykepleien er et viktig ledd i kommunikasjon mellom mange eldre hjemmeboende pasienter og pasientens lege (Borgen et al., 2015). Mange skrøpelige eldre er ikke i stand til å bestille time eller møte opp fysisk på legekantoret. Fjørtoft (2016) understreker at denne pasientgruppen er avhengig av tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege for få forsvarlig oppfølging. Her er sykepleieres oppgave å utføre og formidle observasjoner og endringer i pasientenes helsetilstand til fastlegen (Fjørtoft, 2016, s. 205). Denne kommunikasjonen skjer som oftest via standardiserte elektroniske meldinger, også såkalte PLO- (pleie- og omsorg) meldinger. Som regel har fastlegen 3 dagers svarfrist på e-meldinger men dette blir ofte overgått (EY og Vista Analyse, 2019, s. 53; 108). PLO-meldinger er dermed ikke egnet kommunikasjonsform mellom fastlege og hjemmesykepleie ved akutte eller subakutte tilstander hos pasienter. Ofte er det ønskelig at fastlegen tar hjemmebesøk hos pasienten, noe som er vanskelig å få til (EY og Vista Analyse, 2019, s. 109). Disse sistnevnte utfordringene øker risikoen for at pasienten må avklares med legevakt utenfor fastlegekontorets åpningstid.

Studie fra Tønnesen et al. (2016) viser en skjevfordeling av makt mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. For eksempel kan sykehuslegene ta avgjørelser som berører hjemmesykepleiens arbeidshverdag, uten at de blir involvert. Sykepleiere i studien erfarte at de måtte bare ta imot pasientene som ble utskrevet, selv om behandlere på sykehuset kanskje har lovet tjenester som hjemmesykepleie ikke kan tilby. Selve samhandlingen kan også sees fra ulike synspunkter: spesialisthelsetjenesten er mer opptatt av den medisinske behandlingen av pasienten mens hjemmesykepleie har mer fokus på pasientens funksjonsnivå og hjemmesituasjon. Dette kan gjøre samhandlingen problematisk på grunn av pasientens situasjon og behov defineres ulikt (Tønnesen et al., 2016, s. 20-22). Og det øker behovet for helhetlig breddekompetanse nær pasienten.

2.4 Kommunale legetjenester

Fastlege har en egen liste over de innbyggerne som han/hun har ansvar for å yte helsehjelp til. Dette ansvaret dekker pasientgrupper innen somatikk, psykisk helse og rus og har til hensikt om å sikre nødvendige allmennlegetjenester til alle personer bosatt i Norge (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 1-1; § 2-10). Dette innebærer også at fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk der pasienten ikke er i stand til å møte opp selv eller der hjemmebesøk er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 4-23). Erfaringsmessig må hjemmebesøk planlegges minst 2-3 dager i forveien. Fåttall av fastleger tar hjemmebesøk på kort varsel samme dag. Samhandlingsreformen påpeker også at det er store variasjoner i samarbeid mellom fastleger og omsorgstjenestene. I små kommuner drar fastlegen på hjemmebesøk til litt under halvparten av pasientene sine, mens i storbyer er dette nærmest fraværende (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 90). Helsedirektoratets rapport viser at det er de eldste innbyggere over 80 år som har langt oftere sykebesøk av fastlege enn øvrige aldersgrupper (Helsedirektoratet, 2022, s. 98). Dette kan igjen gjenspeile graden av skrøpeligheit i de eldste aldersgruppene og deres begrensede mulighet til å oppsøke legekantoret.

Fastlege er hjemmesykepleiens nærmeste samarbeidspartner når det gjelder behov for medisinsk vurdering. Fastlegekontorer tar imot pasienter mellom klokken 08-15 i hverdagene. Stadig flere oppgaver og økende arbeidsbelastning hos fastleger gjør at fastlegeordningen er kritisk utfordret i dag. Per september 2021 var det 118 000 mennesker uten fastlege. Dette utfordrer ikke bare kommunehelsetjenesten, men vil også gi alvorlige konsekvenser i form av kapasitetsutfordringer for spesialisthelsetjenesten som vil få store kapasitetsutfordringer (Helse Sør-Øst, 2022, s. 14).

Utenom fastlegekontorets åpningstid er det legevaktordning som skal sikre kommuneinnbyggernes behov for øyeblikkelig hjelp (Akuttmedisinforskrift, 2015, § 2-6). Legevakt er døgnåpen og er tilgjengelig til alle innbyggerne i kommunen, dog skal alle innbyggerne henvende seg først til fastlegen sin i kontortid.

Personer som av en eller annen grunn er uten fastlege eller for eksempel er på ferieopphold i en annen kommune kan man henvende seg direkte til legevakt uansett tidspunkt i døgnet.

Rapport fra Helsedirektoratet viser at det var ca. 1,36 millioner konsultasjoner på legevakten i 2014. Barn under 6 år og de over 80 år hadde flest konsultasjoner. Eldre i aldersgruppene 80-89 år og eldre enn 90 år brukte legevakten litt mer enn deres andel av befolkningen tilsier (Helsedirektoratet, 2016, s. 22).

Både fastleger og legevakt har en viktig rolle i prosessen med å «sile ut» pasienter som ikke er i behov av sykehusinnleggelse. Dette for å sørge for at spesialisthelsetjenesten har kapasitet til de sykeste pasientene som er i akutt behov av sykehusinnleggelse. Blinkenberg et al. (2019) har gjort studie om fastlegers og legevaktlegers rolle som «portvokter» ved innleggelser i akuttmottak. Selv om det er disse to legegruppene

som ansees å ha nøkkelrolle i forsøket på reduksjon av antall innleggelser er det samtidig disse to gruppene som står for 56% av pasienter som blir sendt til akuttmottak (Blinkenberg et al., 2019, s. 17).

Selv om fastlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for hjemmesykepleien i oppfølgingen av hjemmeboende pasienter, har Andersson et al. (2017) påpekt at sykepleiere i hjemmesykepleien har begrenset mulighet til å samarbeide med, og konsultere leger og andre kolleger, for eksempel på kveldstid og i helgene. Samtidig skal både medisinsk- og pleiebehov oppfylles for at pasientene skal kunne bo hjemme (Andersson et al., 2017, s. 1-2). Denne utfordringen sammen med en økende gruppe av svake etterspørrere av helsetjenester stiller høye krav til sykepleieres kompetanse til å kartlegge, observere, sette i gang tiltak og evaluere utøvelsen av helsehjelp som blir utøvd hjemme. Det økende behovet for døgnekontinuerlig oppfølging av syke og eldre som bor i sitt eget hjem, sammen med fastlegers begrensede kapasitet til oppfølging av denne pasientgruppen i kontortid bidrar til et behov for tjeneste som kan tilby medisinsk tilsyn på kveld og helg.

2.5 Legevaktbil

Hjemmeboende pasienter kan bli syke utenom fastlegers kontortid. Utfordringen med hjemmeboende eldre, ofte skrøpelige pasienter som krever medisinsk tilsyn er at de har nedsatt mobilitet, svekkede sanser og ofte begrensede sosiale ressurser for å klare å komme seg til legevakt (NOU 2015: 17, s. 124). Akutte og subakutte tilstander som infeksjoner, fall, forskjellige type smertetilstander og forvirring hos eldre er alle tilstander som ofte kan behandles hjemme. Slike tilstander kan likevel kreve medisinsk tilsyn for å utelukke mer alvorlige tilstander som kan trenge behandling hos spesialisthelsetjenesten. Rapport utgitt av NORCE (2021) viser til flere utfordringer ved eldre pasienter i den akuttmedisinske kjeden. For det første kan eldre ha atypisk sykdomsbilde ved akutte tilstander; manglende brystmerter ved akutt koronarsykdom, infeksjon uten feber og manglende magesmerter ved akutt abdomen (Sortland et al., 2021, s. 9). Dette i seg selv stiller krav til tilstrekkelig kompetanse til helsepersonellet i kommunehelsetjenesten som er i daglig kontakt med pasienten og har dermed en nøkkelrolle hos mange eldre for å fange opp tidlig tegn på sykdom. I tillegg viste rapporten at eldre (70 år eller eldre) utgjør en større andel i den akuttmedisinske kjeden enn de utgjør av den totale befolkningen og får oftere sykebesøk hjem til seg (Sortland et al., 2021, s. 10).

Sammen med de regionale helseforetakene har kommunen et ansvar for å tilby forsvarlige akuttmedisinske tjenester. Videre er det akuttmedisinforskriften (2015) som definerer krav til innholdet og kvaliteten på tjenestene og sier blant annet at legevaktlege skal kunne rykke ut til syke og skadde og ha nødvendig utstyr til rådighet (Helsedirektoratet, 2018, s. 6). I USA er det blitt utviklet et ambulerende tverrfaglig team som nettopp har til hensikt å ha systematisk hjemmeoppfølging hos de mest komplekse pasientene og

storforbrukere av helsetjenester. Igangsetting av slike team har ført til nedgang av innleggelse (Myers et al., 2020).

I Norge er legevaktbil blitt prøvd som et tilbud der legen kan komme hjem til pasienten og foreta medisinsk vurdering for deretter ved behov forordne hensiktsmessig tiltak og behandling i samarbeid med hjemmesykepleien. I Nedre Romerike ble legevaktbil tatt i bruk i 2017 for å ha bedre mulighet til å utrede og behandle pasienter hjemme. Dette ble ansett for å gi trygghet for pasienter og redusere sykehusinnleggelse (Kongsvik, 2017, s. 771). I Vestfold er legevaktbil et samarbeidsprosjekt mellom sykehus og legevakt og er bemannet med lege fra legevakten og ambulansesarbeider fra sykehuset. Den er utstyrt med ordinært legevaktutstyr samt akuttmedisinsk utstyr tilsvarende en ambulanse. En slik ordning er forholdsvis nytt og har vært prøvd ut siden 2018 (Sykehuset i Vestfold, 2018).

Selv om legevaktbiltjenesten eksisterer i Norge, er det fremdeles lite omtale i sentrale dokumenter om legevaktstjenestens evne til å foreta utrykning og sykebesøk. Denne oppgaven ansees fortsatt i stor grad å tilhøre ambulansetjenesten (NOU 2015: 17, s. 117). Beslutning om behovet for sykebesøk er sammensatt, men ansees spesielt hensiktsmessig der pasienten, for eksempel på grunn av sin medisinske tilstand eller funksjonsnivå, trenger ambulansetransport for å komme til legevakten for å motta helsevurdering og det er lite sannsynlig at pasienten er i behov av innleggelse (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). Det er gjort foreløpige rapporter om legevaktbil, men det er fortsatt et stort behov for å innhente kunnskap om denne nye tjenesten som har flere samarbeidspartnere, hvorav hjemmesykepleie er en av dem.

2.6 Hensikt og problemstilling

Legevaktbil er en forholdsvis ny tjeneste, men likevel viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien i en tid der sykepleiere må håndtere stadig sykere pasienter hjemme og få medisinsk avklaring også utenfor fastlegekontorets åpningstid. Det finnes midlertidig lite kunnskap om hvordan legevaktbil samhandler med andre helsetjenester. Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer som de har fått i forbindelse med samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende pasienter. Ut ifra funnene kan man diskutere hvilken betydning samarbeid med legevaktbil kan ha for hjemmesykepleien og eventuelt hvilke utfordringer som er knyttet til samarbeidet.

Problemstillingen er formulert slik: «Hvilke erfaringer har sykepleiere av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende pasienter?»

2.7 Avklaring av sentrale begrep

2.7.1 Samarbeid

I følge Kversøy & Hartviksen (2018) oppstår det nesten alltid samarbeid i et felleskap. Fravær av samarbeid er ikke synonym til at vi ikke samarbeider, men i stedet for å samarbeide mot hverandre bør vi fokusere på konstruktivt samarbeid (Kversøy & Hartviksen, 2018, s. 124). Også Orvik (2015) understreker at samarbeid er kjennetegnet av en positiv innstilling i kommunikasjon mellom enkeltpersoner som har en gjensidig interesse for samarbeid (Orvik 2015, s. 211). I en tverrfaglig setting mener Lauvås og Lauvås (2004) at ulike fagpersoner deler sin spesialkompetanse med andre for å utvikle ny tverrfaglig kunnskap for å løse utfordringer (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53).

Samarbeid i denne studiens kontekst handler om hvordan hjemmesykepleiere og legevaktbil arbeider sammen som representanter fra to forskjellige tjenester for å ivareta den hjemmeboende pasienten og hvilke faktorer som påvirker dette samarbeidet.

3 Metode

3.1 Design

Studien har et kvalitativt, eksplorerende design som kjennetegnes av den kvalitative metodens fleksibilitet og evnen til å tilpasse seg til ny informasjon under datainnsamling (Polit & Beck, 2021, s. 471). I kvalitative studier består materialet av tekst, som kan stamme fra samtaler eller observasjoner, mens de kvantitative metodene bygger på data i form av tall. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer. Kvalitative tilnærminger passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017, s. 30-31). Denne studien ville utforske samarbeid mellom legevaktbil og hjemmesykepleie og dermed var det hensiktsmessig å benytte kvalitative metoder for innsamling og analyse av materiale. Det ble utført semi-strukturerte intervjuer for å kunne berøre bestemte temaer, men samtidig gi plass til intervjupersonens egne beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 46).

3.2 Utvalg

I kvalitative studier der hensikten er å få fylldige beskrivelser av fenomenet og dets kontekst, er ikke tilfeldig trekking av utvalget velegnet. Studiets formål definerer hvilke deltagere som er mest relevante og interessante. I denne studien ble det benyttet strategisk utvelgelse. I strategisk utvelgelse identifiserer forskeren først relevant målgruppe for å få samlet nødvendige data. Deretter tar man hensiktsmessighet som utgangspunkt når man velger ut personer fra en målgruppe (Johannessen et al., 2016, s. 110-115). Når vi jobber kvalitativt, forsøker vi å få mye informasjon (data) om et begrenset antall informanter. Det er altså viktigere å skaffe et relevant utvalg av informanter enn å skaffe mange (Johannessen et al., 2016, s. 112).

Forutsetning for å bli inkludert i denne studien var at deltagerne var sykepleiere som arbeidet pasientnært i hjemmesykepleien og hadde erfaring av minst en situasjon hjemme hos pasienten der legevaktbilen foretok et hjemmebesøk. Jeg ønsket å se på samarbeid mellom deltagerne og legevaktbil i selve situasjonen hjemme hos pasienten, og dermed var eksklusjonskriterier kun erfaringer av telefonisk kontakt med legevakt eller legevaktbil. Det ble ikke samlet demografisk av hensyn til å beskytte deltagerens anonymitet, og da dette ble ansett som ikke relevant for studiens hensikt og problemstilling der sykepleieres erfaringer av et bestemt fenomen stod i fokus. Deltagerens alder og arbeidserfaring varierte, men det ble ikke utført systematisk samling av demografisk data av hensyn til å beskytte deltagerens anonymitet.

Det ble valgt ut 3 kommuner på Østlandet som legevaktbilen hadde som sitt arbeidsområde og var en godt etablert tjeneste. Dermed var det forventet at sykepleierne i hjemmesykepleien i disse kommunene hadde erfaringer av samarbeid med legevaktbil. Deltagerne i utvalget hadde tilhørighet i alle 3 kommuner for å få frem eventuelle variasjoner mellom kommunene. To av deltagerne ble ekskludert i etterkant av intervjuene da det kom frem under intervju at den ene ikke hadde vært fysisk til stede hjemme hos pasienten under besøk av legevaktbil og den andre jobbet i en kommune som var utenfor legevaktbilens operasjonsområde. Deretter ble det rekruttert 2 nye deltagere som underveis i rekrutteringsprosessen hadde uttrykt ønske om å delta i studien. Det endelige utvalget bestod til slutt av 10 informanter fra 3 forskjellige kommuner. Deltagernes alder og arbeidserfaring varierte.

3.3 Rekruttering

Virksomhetsledere for hjemmetjenesten i de respektive kommunene videresendte e-post med informasjonsskriv om studien til sine soneledere i kommunens hjemmesykepleie med forespørsel om de kunne rekruttere informanter til studien. Sonelederne spurte sykepleiere som oppfylte inklusjonskriteriene om de ønsket å delta. Deretter ble kontaktinformasjonen til de som ønsket å delta i studien formidlet til undertegnede, som tok kontakt enten på e-post eller telefon, eller avtalte tidspunkt for intervju direkte med soneleder slik at den passet til den daglige driften på sonen. Grunnen til at rekrutteringen gikk via virksomhets- og soneledere var for å unngå at sykepleiere skulle føle seg presset til å delta hvis undertegnede selv hadde tatt kontakt med de personlig.

3.4 Datainnsamling

I denne studien ønsket jeg å få rike beskrivelser av sykepleieres egne erfaringer knyttet til samarbeid med legevaktbil. Dermed ble det utført semi-strukturerte intervjuer som både sikrer at intervjueren går gjennom forhåndsdefinerte temaer samtidig som det gir informantene frihet til å fortelle og beskrive sine erfaringer med egne ord (Polit & Beck, 2021, s. 514). Semi-strukturert intervju er hensiktsmessig når vi ønsker fylldige og detaljerte beskrivelser av informantenes forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 144). Ved hjelp av semi-strukturert intervju er det rom for å korrigere intervjuguiden underveis i datainnsamlingsprosessen slik at spørsmålene på intervjuguiden skal på en best mulig måte gi svar på problemstillingen. For meg som fersk forsker var en-til-en-intervju mest aktuell der intervjusituasjonen lignet på en samtale der jeg kunne støtte meg til intervjuguide. Før oppstart av hvert intervju fikk deltagerne på nytt informasjon om studiens hensikt og det ble hentet skriftlig samtykke fra deltagerne. Deltagerne fikk også informasjon om ivaretagelsen av anonymitet, behandling av personopplysninger samt retten til å trekke seg fra studiet når som helst.

3.4.1 Forberedelse til intervju

Som en del av forberedelsene til intervju ble det utformet intervjuguide. Den inneholdt forhåndsbestemte temaer som skulle dekkes og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 162). Jeg som ny forsker var opptatt av å holde meg innenfor tematikken rundt problemstillingen, samtidig som jeg ikke ønsket slavisk å følge forhåndsdefinerte spørsmål. Dette ga muligheten for å være åpen for ny kunnskap gjennom deltageres fortellinger og dermed ikke være begrenset av min egen forforståelse av tematikken (Malterud, 2017, s. 133-135).

Det ble utført et pilotintervju med hensikt å teste intervjuguide og for at intervjueren kunne få erfaring av intervjusituasjon. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden justert slik at spørsmålene var mer i samsvar med problemstilling. Deltageren i pilotintervju ble ikke inkludert i studien siden vedkommende falt utenfor inklusjonskriteriene.

3.4.2 Gjennomføring av intervju

Selve intervjuene ble utført i tidsrom fra oktober til desember 2021. Alle intervjuene ble gjennomført i deltageres arbeidstid unntatt en som fant sted på deltagerens fritid. Dette var basert på frivillighet fra deltagerens side og avtalt på forhånd. De fleste intervjutidspunktene ble avtalt mellom deltageren og intervjueren direkte, men enkelte intervjutidspunkt ble satt opp av enhetsledere slik at dette passet inn i den daglige driften på sonen. Alle intervjuene fant sted på informantenes arbeidssteder. De fleste hadde funnet et ledig rom i forkant av intervju, på enkelte arbeidssteder var dette utfordrende på grunn av den daglige driften og høyt arbeidspress på arbeidssted.

For å geleide deltagerne inn i studiets problemstilling ble det under intervjuet først stilt et åpent spørsmål der deltagerne ble bedt om å fortelle om sine erfaringer med legevaktbil. Hos enkelte deltagere var ikke dette nok til å gi detaljerte beskrivelser slik at de ble videre utfordret til å fortelle om en konkret episode hjemme hos en pasient med legevaktbil til stede. Intervjueren benyttet seg av forhåndslaget intervjuguide (se vedlegg 2). Denne ble brukt mer som en huskeliste for å gå gjennom temaene som var ønskelig å ta opp for å få svar på problemstillingen. Intervjuguide med hjelpespørsmål ble revidert underveis i studien ettersom det kom informasjon fra deltagerne som intervjueren vil få mer utfyllende svar på. Dette gjaldt spesielt kommunikasjon med legevaktbil. Bruken av intervjuguiden varierte fra deltager til deltager. Hos enkelte deltagere ble intervjuguiden samt hjelpespørsmål brukt mer hyppig for å få flyt i samtalen og for å få mer detaljerte beskrivelser. Hos andre deltagere var det nesten ikke nødvendig med oppfølgingsspørsmål da disse deltagere beskrev erfaringene sine i detaljer uten oppfordring fra intervjuer. Det ble utført et intervju per dag unntatt en dag da intervjueren hadde 2 intervjuer med noen timers mellomrom. Dette ga nye perspektiver til intervjuguiden som intervjueren kunne gå mer i dybden på i neste intervju.

Etter 10 intervjuer var det flere temaer som gjentok seg og metningsmålet ble ansett som tilfredsstillende oppnådd. I en kvalitativ studie samles det data inntil det ikke kommer ny informasjon og det er blitt identifisert mønstre og kategorier av det fenomenet som blir studert. Metningsmål kan oppnås ved hjelp av et relativt lite antall informanter så lenge kommunikasjon er effektivt og reflektivt. Andre ganger kreves det større antall informanter for å oppnå metningsmål (Polit & Beck, 2021, s. 55, 502). Materialet ble vurdert til å være tilstrekkelig for å gi svar på problemstillingen. Det ble også tatt hensyn til studiens omfang og tidsbegrensning samt at intervjueren utførte både intervjuene, transkribering og videre analysering alene.

3.5 Dataanalyse

Analyse av datamaterialet var inspirert av Johannessen et al. (2021) sin tematiske analyse som kjennetegnes av sin fleksible tilnærming til analysering av datamateriale. I en kvalitativ studie ser forskeren etter data med viktige fellestrekk og kaller disse grupperingene for *tema*. Slik kan vi skape orden i dataene og identifisere nye sammenhenger i dem. Johannessen snakker om tematisk analyse som en oppskrift på hvordan man kan lete i data for å få svar på spørsmål (Johannessen et al., 2021, s. 278-280).

Selv om Johannessens tematiske analyse har vært førende i analysering av data i denne studien, har ikke analysen i denne studien vært en linjeformet prosess.

Tematisk analyse består av fire faser; forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. Videre blir disse fasene beskrevet.

3.5.1 Forberedelse

Forutsetning for denne første fasen i analysen var tilgang til materialet. I denne studien bestod materialet av lydfiler som ble transkribert. 10 intervjuer ble transkribert ordrett til 69 sider med word-dokument med linjeavstand på 1,0. Noen av intervjuene ble transkribert umiddelbart etter intervju, mens andre transkripsjoner fant sted noe senere. Hvert intervju ble lyttet til minst 2 ganger for få inntrykk av helheten og fange opp detaljer som intervjueren kunne ha gått glipp av under transkribering. Etter transkripsjon ble hele materialet lest gjennom en gang for å få et overblikk av datamaterialet (Johannessen et al., 2021, s. 284). Under gjennomlesing ble det stikkordsmessig notert refleksjoner om hva materialet handlet om. Disse refleksjonene ble tatt med videre i analyseprosessen.

3.5.2 Koding

I denne fasen av analysen blir de viktige poengene i dataene fremhevet og satt ord på. Det kan gjøres på en valgfri måte, for eksempel enten ved å tusje eller streke under. Slik får vi oversikt over innholdet i datamaterialet, for deretter kunne generere nye og dypere innsikter. Til slutt vil koding hjelpe oss med å tilrettelegge data til analysens neste fase, kategorisering (Johannessen et al., 2021, s. 284-285).

I denne studien ble materialet kodet ved å kopiere setninger og avsnitt fra transkripsjon og deretter flytte de over på eget word-dokument. Deretter ble hvert avsnitt lest flere ganger for deretter skrive essensen av hvert avsnitt i margin i stikkord. I tillegg ble hele materialet lest flere ganger for å sikre at alle meningsbærende enhetene ville bli fanget opp. Slik ble de viktige poengene i teksten fremhevet og satt ord på.

3.5.3 Kategorisering

Førrige analysefase, koding, dannet grunnlaget for kategorisering der kodene nå ble sortert og satt i «bokser». I hver boks ble det samlet data som hadde ting til felles. Koding handlet om å sortere data i mer overordnede kategorier og se hvordan kategoriene kunne settes sammen til en større helhet. Nå skulle blikket flyttes fra detaljer til det store bildet (Johannessen et al., 2021, s. 294-295).

Utfordringen i denne fasen var å bestemme hva de forskjellige kategoriene skulle inneholde og hvilke kriterier skulle hver og en kategori ha for innholdet. Underveis i denne fasen ble det stilt spørsmål: «Hva handlet de om? Hva var det som egentlig ble beskrevet her? Hva var viktig her?» Heretter ble kodene som hadde fellestrekk sortert og samlet under hver sin kategori. Hver kategori fikk sitt eget navn og til slutt var det 7 hovedkategorier. Denne fasen var krevende og man gikk hele tiden tilbake til teksten samt sørget for at kategoriene var i samsvar med problemstillingen.

3.5.4 Rapportering

I denne siste fasen av analysen ble temaer skrevet frem med formål om å svare på forskningsspørsmål (Johannessen et al., 2021, s. 301). Selv om det i forrige analysefase ble dannet 7 kategorier som var i samsvar med problemstillingen, fortsatte analysering videre ut i hele rapporteringsfasen. Det ble oppdaget at enkelte kategorier handlet om det samme og ble enten satt sammen eller fikk en annen betydning. Ut ifra materialet ble det analysert og skrevet flere utkast av resultatene og til slutt stod jeg igjen med 2 hovedkategorier med flere subkategorier.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for personvern vurdering og det ble opprettet datahåndteringsplan i NSD portalen. Deltagerne ble informert både muntlig og skriftlig om studien og samtykket til studien ved å signere samtykkeskjema rett før intervju. Ved hjelp av samtykke ble det forsikret at forskeren ville ivareta menneskerettighetene og respektere menneskeverdet og privatlivet til de som blir involvert i forskning (Slotfeldt & Ellingsen, 2020, s. 207). All deltagelse i studien var frivillig og deltagerne ble informert at de kunne når som helst trekke seg ut av studien. All informasjon som kom frem under studien ble behandlet konfidensielt. Lydopptak ble gjort ved hjelp UiO sin «Nettskjema Diktafon» der lydopptakene også ble lagret. Transkriberte lydopptak ble lagret på passordbeskyttet PC samt på en passordbeskyttet minnepenn. Både lydopptak og transkripsjonene var anonymisert og inneholdt ikke navn, fødselsnummer eller oppholdssted. Samtykkeskjema samt utskrift av transkripsjonene ble oppbevart i et låsbart skrin. Studien følger for øvrig retningslinjer for behandling og oppbevaring av forskningsdata ved USN (Universitet i Sør-Øst Norge, 2021).

3.6.1 Risiko- og nytteverdi

Ivaretagelsen av anonymitet har vært høyt prioritert i denne studien. Sitatene er blitt veid med varsomhet slik at det ikke skal være mulig for gjenkjenning av deltagerne. Intervjuene ble utført under coronapandemien da helsevesenet var i en presset situasjon. Det kan ikke utelukkes at deltagelse har medført ulempe for deltagerne når det gjelder utsettelse av arbeidsoppgaver og avbrytelse av arbeidsdagen. Studien ansees å ikke ha bidratt negativt i forhold til deltageres karriere eller økonomi. Potensiell nytte av forskningen er blitt vurdert opp mot eventuelle ulemper for deltagerne.

4 Resultater

Analysen viste at deltagerne hadde ulike erfaringer knyttet til samarbeid med legevaktbil. Gjennom arbeidet med analysene ble de ulike erfaringene kategorisert som fremmende og hemmende faktorer for samarbeid. Det som kjennetegnet beskrivelsene av de fremmende faktorene var god kommunikasjon med legevaktbil, det å bli inkludert i vurdering av pasienten samt mulighet for informasjonsutveksling. Faktorer som ble beskrevet som hemmende for samarbeid var ineffektiv kommunikasjon, legevaktbilens begrensede operative tid og situasjoner der ansvarsfordeling mellom deltagerne og legevaktbil var uklar.

I dette kapittelet presenteres funnene i de to hovedkategoriene; fremmende og hemmende faktorer for samarbeid med legevaktbil.

Legevaktbil består av lege og ambulansesarbeider. Som oftest kommuniserte deltagerne med legen på legevaktbil men for enkelthetens skyld brukes begrepet legevaktbil i resultatdelen.

4.1 Fremmende faktorer for samarbeid

Resultatet viste at mange deltagere hadde gode erfaringer om samarbeid med legevaktbil. Slik deltagerne beskrev, var god kommunikasjon, og det å bli inkludert i vurdering av pasienten med på å styrke erfaringen av godt samarbeid. Flere deltagere erfarte at legen ønsket deres tilstedeværelse under hjemmebesøket, noe deltagerne mente var nødvendig for at pasienten skulle få helhetlig vurdering under hjemmebesøk. Det at deltagerne fikk muligheten til å formidle deres opplysninger om pasienten og vurdering av situasjonen til legevaktbil ble også sett som fremmende faktor for samarbeid. Videre vil disse faktorene utdypes.

4.1.1 God kommunikasjon med legevaktbil

Analysen viste at god kommunikasjon var en viktig fremmer for samarbeid slik deltagerne erfarte det. God kommunikasjon kunne for deltagerne bety noe så enkelt som det de beskrev som «alminnelig høflighet». En av deltagerne beskrev det slik: *"Jeg synes det (samarbeid) er veldig bra. De er høflige og greie med oss, det synes jeg" (5)*. Også en annen deltager fortalte: *"...jeg har bare gode erfaringer med dem, jeg har aldri opplevd at de hverken er sure eller tverre eller ikke vil høre på oss..." (8)*.

Deltagerne vektla at betydningen av god kommunikasjon ikke bare var viktig i selve situasjonen hjemme hos pasienten, men også i forkant av konsultasjonen med sykepleieren på legevakt, som var med i vurdering av behovet for legevaktbil. Her la deltagerne vekt på betydningen av det å få kollegial støtte av sykepleier på legevakt. De fremhevet også erfaringene av å bli trodd på og tatt på alvor og at sykepleieren sørget for at legevaktbil ville kontakte deltagerne når deltagerne vurderte at pasienten var i behov av legevaktbil.

Det som også ble sett som fremmede faktor for samarbeid var muligheten til å snakke med legen på telefon for å vurdere behov for hjemmekonsultasjon sammen. En deltager fortalte at hun nesten alltid fikk rekvirert legevaktbil ut til pasientene når hun så behov for det. Hun hadde først en telefonsamtale med legen på legevaktbil hvor de sammen vurderte behovet for hjemmebesøk: *"Jeg opplever jo egentlig nesten alle gangene at legen tar meg seriøst og kommer på legetilsyn" (10)*. En annen deltager presiserte viktigheten av faglighet i kommunikasjon med legevaktbil som fremmede faktor for samarbeid: *"Jo mer konkret du har...jo lettere og bedre det er å få dem (LV-bil) ut da...vi må på en måte gi dem noe matnyttig, så det ligger mye ansvar på oss også" (8)*. Her mente deltager at hun hadde ansvar for å formidle en god faglig vurdering med konkrete observasjoner av pasienten for å gi legevaktbil nok grunnlag til å dra ut på hjemmebesøk. Hun mente at en slik faglighet i kommunikasjon der det ble formidlet fakta og konkrete observasjoner i stedet for å bruke vage og upresise uttrykk var med på å fremme samarbeid.

Det at legevaktbil informerte deltagerne når de var i ferd med å foreta hjemmebesøk ble også ansett som viktig fremmede faktor for godt samarbeid. De fleste deltagere fortalte at de ble oppringt av legevaktbil i forkant av hjemmebesøk og at legevaktbil kun unntaksvis hadde glemt å ringe ved enkelte tilfeller. Ifølge deltagerne førte denne kommunikasjonen fra legevaktbil til at de kunne planlegge bedre slik at vekten ble mer forutsigbar. Det ga dem også muligheten til å være til stede under hjemmebesøket, noe de beskrev som viktig. Konkrete tilbakemeldinger fra legevaktbil om at deltagerens tilstedeværelse var ønskelig under hjemmebesøk var med på å fremme erfaringen av samarbeid.

En faktor som også fremmet godt samarbeid var gjensidig kjennskap til prosedyrer. Som et eksempel på dette fortalte en deltager om en god erfaring hos en døende pasient, der legevaktbil hadde kommet og legen hadde god kjennskap til prosedyren om livets siste dager. Deltageren ga uttrykk for at dette skapte ro rundt situasjonen og følte trygt for både deltager, pasient og pårørende. *"H*n (legen) kom ganske fort og vi hadde en veldig fin samtale, h*n undersøkte og kjente godt til livets siste dager og derfor var det lett å kommunisere. Og h*n skrev ut medisiner og vi fikk ordna alt sammen" (6)*.

4.1.2 Bli inkludert i vurdering av pasienten

En annen viktig faktor som deltagerne vektla som fremmende for samarbeid var det å bli inkludert i vurdering av pasienten under besøk av legevaktbil. Flere deltagere erfarte at legevaktbil ønsket deres tilstedeværelse under hjemmebesøk, noe deltagerne selv så som en forutsetning for at pasienten kunne få en god helsevurdering. En deltager beskrev dette slik: *"De (legevaktbil) spør etter vitale verdier og hvordan vi vurderer, jeg synes de er flinke til å bruke, hvertfall min erfaring, vært flinke til å bruke oss i forhold til å gjøre tiltak videre da, de hører på hva vi kommer med er min erfaring. Det er ikke sånn, «nei nei du trenger ikke være her, vi ordner oss selv vi»" (8)*. Deltageren hadde gode erfaringer av samarbeid der legevaktbilen hadde vist interesse for hennes vurdering av pasienten samt forslag om videre tiltak. Hun fortalte om *dialog* med legen på legevaktbil og erfarte at vurdering av pasienten ble gjort *sammen* med legevaktbil i stedet for at begge partene vurderte pasienten hver for seg. *"Jeg synes det er bra samarbeid, jeg har ikke noe, for de spør oss, altså, jeg føler jeg er med i det, du blir ikke satt til side" (4)*. Denne deltageren var fornøyd med samarbeid og refererte her til sin aktive rolle under hjemmebesøk der legevaktbilen stilte spørsmål og på denne måten inkluderte henne i vurdering av pasienten.

Et annet eksempel om å bli inkludert ble beskrevet slik: *"Legevaktsbilen ønsker at vi skal komme og fortelle om alt mens en ambulanse ofte bare egentlig kommer, stormer inn, tar målinger og så flyr de avgårde med pasienten uten at kanskje vi en gang har blitt spurt om en eneste ting da, så jeg føler samarbeidet er nok mye bedre med legevaktsbil..." (9)*. Denne type erfaringer var det flere sykepleiere som delte. Deltagerens erfaring av at legen hadde oppriktig interesse både for pasienten og deltagerens vurdering av situasjonen var med på å fremme samarbeid, slik deltagerne erfarte det. Deltagerne beskrev at i slike situasjoner fikk pasienten helhetlig vurdering og avklaring samt at deltagerne fikk beskjed om videre oppfølging og tiltak, noe som både fremmet samarbeid og i tillegg førte til forutsigbarhet i arbeidshverdagen hos deltagerne.

4.1.3 Utveksling av informasjon

Forrige avsnitt viste hvordan det å bli inkludert i vurdering av pasienten under hjemmebesøk ga deltagerne muligheten til å formidle nødvendig informasjon til legen når legevaktbilen ankom. Videre skal betydningen av nettopp slik informasjonsutveksling beskrives.

Mange deltagere beskrev informasjonsutveksling som en svært viktig fremmende faktor for samarbeid fordi det var deltagerne som hadde best kjennskap til pasienten gjennom å ha kjent pasienten over lengre tid. Deltagerne så seg selv som en slags "informasjonsbank" som hadde detaljert informasjon om pasientens fysiske og psykiske funksjonsnivå, daglige vaner, medikamentforbruk og vitale parametere både

i habituell tilstand og i den aktuelle situasjonen. Basert på denne kunnskapen, og opplysningene om pasienten, kunne deltagerne fange opp og vurdere de endringene som hadde oppstått hos pasienten. Flere av deltagerne vektla at de ville få frem og formidle nettopp disse opplysningene for å bidra til en best mulig vurdering hos pasienten. *"Jeg føler at det er viktig at vi er der for å få fram riktig informasjon"* sa en deltager (2). Med dette refererte deltager til pasienter som bodde alene uten ektefelle eller pårørende i nærheten og som kunne derfor bli stresset og utrygge av å få legevaktbil hjem. Deltagerne fortalte om pasienter som var bekymret for å ikke kunne uttrykke seg eller var redde for å glemme å si de viktige tingene til legen. *"Ja, det er derfor jeg føler at det er viktig at vi ofte er der for å på en måte få fram riktig informasjon og trygge pasienten selvfølgelig som da kjenner oss bedre enn de, spesielt hvis de er alene og ikke har pårørende der at de føler seg tryggere i situasjon, at de har noen"*. (2) Deltageren erfarte at pasienten hadde stor trygghet i deltageren som hadde kjennskap til pasienten. Dette gjorde at pasienten lettere kunne uttrykke seg når legevaktbilen kom, noe som deltageren erfarte som fremmede for samarbeid da pasientens egen beskrivelse av situasjonen kunne ha stor betydning for å få et sannferdig bilde av pasientens totalsituasjon.

Samtidig som deltageren vektla viktigheten av å få frem riktig informasjon, mente vedkommende at *"de fleste gangene så står du bare og gir opplysninger, står litt i bakgrunn og hører etter hva de finner ut av"* (2). Og nettopp dette var det flere deltagere som fortalte. For til tross for at de så seg selv som sentrale informasjonskilder, fortalte flere deltagere at de valgte å stå i bakgrunnen mens legen undersøkte pasienten. Med dette ønsket de å gi legen arbeidsro samtidig som de var tilgjengelig for legen for å svare på spørsmål. En deltager forklarte: *"Prøver ikke å blande meg så veldig mye akkurat når de er der, da vil jeg heller at de spør sånn at de kan få jobbe i fred og ro, kun fokusere på pasienten så kan jeg fylle inn der jeg trenger å fylle inn"* (10). Med dette ønsket vedkommende at legen skulle danne sin egen objektive mening om situasjonen uten for mye informasjon fra deltageren som kjente pasienten i detaljer.

Deltagerne beskrev at det ikke bare var viktig å få frem riktig informasjon om pasienten, de vektla også sitt eget ansvar for riktige opplysninger for å kunne bidra til å gi legens vurdering mer tyngde. *"Jeg opplever jo at mange av legene legger mye over på oss i forhold til å legge fram pasienten...de spør jo om veldig mye...jeg opplever at de er, kan jeg bruke ordet avhengig av oss for å kunne gjøre en god status selv..."* (8). En deltager ga detaljert informasjon om pasientens helsetilstand til legen med hensikt om å unngå å påføre pasienten ytterligere smerte eller ubehag i en undersøkelsessituasjon. Hun så dette som et viktig aspekt for å fremme samarbeid. *"...det er mye sånne små ting som vi kjenner til, "ikke dra i det benet" og sånt, neida, det er mange sånne små ting som vi vet, som er greit å opplyse"* (7). En annen deltager fortalte om viktigheten av å gi riktige opplysninger til legen hos kognitivt svekkede og alkoholpåvirkede pasienter, da disse to pasientgruppene ofte ikke var i stand til å gi pålitelige opplysninger om hendelsesforløpet og om

sin egen helsetilstand. " *"Ja første gang jeg faller" og da har han falt ti ganger det siste året...og folk som er påvirket av alkohol «nei jeg har ikke drukket noe» men, ja, det vet jo du at, du kjenner dem jo så da vet du at det har dem jo" (2).*

4.1.4 Hjemmesykepleie som tilrettelegger for kommunikasjon mellom pasient og legevaktbil

Analysen viste at det ikke bare var informasjonsutveksling, og det å bidra til riktige opplysninger om pasientsituasjonen, som deltagerne var opptatt av. De vektla også sin betydning i det å skape trygghet for pasienten når legevaktbilen var til stede. Dette var med på å skape god kommunikasjon mellom pasient og lege, slik deltagerne erfarte. Deltagerne erfarte denne «brobyggingen» som fremmede for samarbeid. En deltager beskrev *"jeg er vel kanskje sånn mellomledd mellom pasienten og legen"* (5) og mente at hun var like mye tilstede for pasienten som for legen. Dette betydde å gi trygghet til pasienten i form av å se pasienten og tolke små endringer i tilstanden og videre formidle disse til legen når pasient selv ikke var i stand til dette og dermed *"hjelp pasienten å si ting eller si hvordan de har det"* (5).

I praksis betydde dette å gi pasienten trygghet i form av fysisk tilstedeværelse og være pasientens "tillitsperson". Trygging av pasient kunne være noe så enkelt som et bekreftende blikk, holde pasienten i hånda eller bare være tilstede og ikke forlate pasienten. *"Jeg tenker at først og fremst så skal jeg roe pasienten, jeg er der, for det kan være litt overveldende at det kommer to stykker i uniform eller rødt eller blågult eller hva de har på seg, og med den svære bagen sin"*. (6). Her refererte deltageren til legen og ambulansarbeideren som var ukjente for pasienten og dermed "fremmede" i pasientens eget hjem i motsetning til deltageren som kjente både pasienten og de fysiske omgivelsene.

4.2 Hemmende faktorer for samarbeid

Analysen viste at deltagerne ikke bare vektla beskrivelser av faktorer som virket fremmede for samarbeid. Analysen avdekte også faktorer som deltagerne beskrev som hemmende for samarbeid med legevaktbilen. Deltagerne beskrev hvordan ineffektiv kommunikasjon, legevaktbilens begrensede operative tid samt uklart ansvarsfordeling i visse pasientsituasjoner var hemmende for samarbeid. Her presenteres kategoriene for hemmende faktorer.

4.2.1 Ineffektiv kommunikasjon med legevaktbil

I analysen kom det fram at flere deltagere erfarte det de kalte for ineffektiv kommunikasjon med legevaktbil som hemmende faktor for samarbeid. Deltagerne erfarte at det var tidskrevende å få snakke direkte med legen på legevaktbil og at graden av kommunikasjon var avhengig av hvem som hadde vakt på legevaktbil.

Deltagerne forklarte at hjemmesykepleien hadde ikke direktenummer til legevaktbil og dermed måtte all kommunikasjon til legevaktbil gå via sykepleieren på legevakt. I situasjoner der deltageren og sykepleieren på legevakt hadde blitt enige om behovet for legevaktbil, formidlet sykepleieren deltagerens telefonnummer videre til legen på legevaktbil. Når legevaktbil ringte til deltageren, kunne det hende at vedkommende ikke hadde mulighet til å ta telefonen der og da. Dermed måtte deltageren igjen ringe til sykepleieren på legevakt og be henne om å gi beskjed til legen at han måtte ringe på nytt. *"Vi mister mye tid, det er veldig ineffektivt og mye stress" (8).*

Noen deltagere fortalte at graden av samarbeid var preget av hvilke personer som var på jobb i legevaktbil. *"Litt (avhengig av) hvem team som er på, hva dem gjør, hvor mye de tar kontakt" (2).* En annen deltager beskrev dette slik: *"Noen er hvertfall kjempehyggelige og hjelpsomme og gjør liksom en god innsats, mens andre kommer og er nesten litt irritert fordi vi ringer, så det er litt forskjell." (1).* En tredje deltager beskrev erfaringen av å ikke bli tatt på alvor av sykepleieren på legevakt når deltageren begrunnet hvorfor pasienten var i behov av legevaktbil: *"...det er jo den proppen som er sykepleieren på legevakten, som jeg noen ganger må jobbe med" (6).*

Når deltagerne først hadde fått rekvirert legevaktbil erfarte to av deltagerne at legevaktbil sjelden ringte som avtalt i forkant av hjemmebesøket til tross for at legevaktbilen alltid ble bedt om å gjøre det og fikk nummeret til deltagerne. Dette kunne føre til at legevaktbil tok hjemmebesøk hos pasienten uten deltagerne til stede. Deltagerne fortalte om episoder der de hadde ventet på telefon fra legevaktbil i flere timer uten å ha blitt kontaktet. Først etter å ha ringt til legevakt og etterlyst legevaktbil, kunne de få beskjed om at legevaktbil allerede hadde vært hos pasienten. *"Ofte så sier vi kan dere ikke ringe oss før dere kommer så vi kan være der, og det gjør de jo i en av ti tilfellene kanskje, og så må vi ofte ringe de og spørre hva som har skjedd, for de gir ikke beskjed til oss" (1).* Deltagerne beskrev at i situasjoner der legevaktbil hadde vært hos pasienten uten å informere deltagerne i forkant hadde deltagerne kun pasientens ord om videre tiltak og oppfølging i etterkant av besøket, noe som kunne potensielt gå utover pasientsikkerheten. Dette svekket erfaringen av samarbeid og deltagerne var tydelige på at deres tilstedeværelse under hjemmebesøk var nødvendig i og med flere av pasientene ikke klarte å oppfatte hva legen sa eller hadde glemt det etterpå. Deltagerne beskrev usikkerhet og manglende struktur som

konsekvens når de ikke fikk snakke direkte med legen og ikke visste hvilke tiltak som skulle iverksettes hos pasient. Dermed måtte de ringe til sykepleieren på legevakt for å bli satt i kontakt med legen på legevaktbil for å få informasjon om hva som ble besluttet under hjemmebesøket. Deltagernes erfaring var at denne prosessen var både frustrerende og tidskrevende og kunne ha blitt unngått hvis legevaktbil hadde informert deltagerne når de var i ferd med å foreta hjemmebesøk hos pasienten.

En deltager fortalte at i tilfellene der pasienten ventet på legevaktbil men ikke var kritisk syk pleide deltageren dra videre på sine faste oppdrag ettersom det kunne ta alt fra en til flere timer før legevaktbilen kom. *"Når ikke de ringer så vet ikke vi når de dukker opp så da er det flaks når du kommer samtidig for du skulle på tilsyn igjen se hvordan det går og så ser du at dem står der"* (2). Deltageren opplevde det stressende å håndtere sine faste oppdrag i tillegg til å være i "beredskap" og vente på telefon fra legevaktbilen og være klar for å møte opp hos pasienten. En annen deltager beskrev at manglende kommunikasjon fra legevaktbil førte til at hun foretrakk å ringe ambulanse i stedet for legevaktbil. Deltageren forklarte at hun aldri visste hvor lenge pasienten måtte vente på legevaktbil eller om de kom i det hele tatt. I slike situasjoner valgte deltageren å tilkalle ambulanse, selv om hun var klar over at det var legevaktbilen som var best egnet for vurdering av pasienten der og da. *"Tenker da skal de (pasientene) være litt sånn småstabile hvis jeg bruker legevaktbilen for de kan jo komme alt fra en halvtime til å ikke komme i det hele tatt"* (1).

Analysen viste også at deltagerne hadde lite kommunikasjon med ambulansarbeideren på legevaktbil under hjemmebesøket noe som de erfarte som hemmende for samarbeid. Som en deltager sa, *"Jeg prater jo egentlig mest med legen også er det han andre som tar de andre tinga"* (9). Flere deltagere ga uttrykk for å være noe usikre på hvilken funksjon ambulansarbeideren egentlig hadde og erfarte dette som en hemmende faktor for samarbeid. Ambulansarbeideren ble sett som en person som var legens sjåfør og tok seg av praktiske oppgaver etter forespørsel fra legen. Slike oppgaver var måling av vitale parametere, ta EKG, legge inn veneflon, bestille ambulanse og ta telefoner. Ambulansarbeideren ble også omtalt som "sjåfør, han med bagen, sykepleieren og hjelperen". *"At de (ambulansarbeideren) fremstår nesten som sjåføren til legen, ikke som noe ressurs, de tar noen ganger noe målinger og sånn men ikke...synes ikke de ha sånn kjemperolle, synes jeg i hvertfall"* (1).

4.2.2 Legevaktbilens begrenset operativ tid

Funnene viste at flere deltagere erfarte legevaktbilens begrensede operativ tid som hemmende faktor for samarbeid. Her refererte deltagerne til legevaktbilens arbeidstider som på kveldstid var klokken 14.30-22.30 og i helgene klokken 11.30-20.00. De mente at legevaktbilen burde ha kjørt fra tidlig om morgenen til

sent på kvelden spesielt i helgene, i stedet for å begynne å kjøre på formiddagen og avslutte klokken 20.00. De beskrev at begrenset operativ tid kunne føre til unødvendig bruk av ambulanse og påfølgende innleggelse, når pasient egentlig var i behov av medisinsk vurdering hjemme. Enkelte deltagere fortalte at de ikke hadde noe annet valg enn å ringe til 113 selv når pasientens tilstand ikke krevde det. *"Det er også en utfordring for oss hvis vi får en som er litt forverret sånn i ti-tiden (formiddag) så må vi vente over to timer til vi får bestilt en lege, da kan det også være at nei men det tør vi faktisk ikke, vi ringer 113, og så kan det kanskje bli en unødvendig innleggelse da..."* (8). Deltageren forklarte her at hun ikke hadde mulighet til å få hjemmebesøk av legevaktbil til pasientene sine før etter klokken tolv i helgene. En annen deltager sa: *"Det at de ikke starter før kl 12 da, det er jo litt dumt....de kunne gjerne vært hele døgnet og kanskje 2 biler."* (5). Alternativ var dermed å ringe ambulansen som kunne komme og ta sin vurdering av pasienten og eventuelt transportere vedkommende til legevakt. Flere deltagere fortalte at det var i utgangspunktet nettopp dette både deltagerne og pasientene ville unngå fordi det å flytte på pasienten ble vurdert til å være svært belastende for pasienter som hadde sterkt nedsatt funksjonsnivå og varierende evne til å gjøre rede for seg. *"De eldre som er litt dårlig, de er jo litt dårlig fra før og, så, veldig slitsomt da, og det sier de jo bare nei til ofte, orker ikke det, så det er lettere for dem at legevaktbil kommer"* (5).

Enkelte deltagere hadde erfart at legevaktbil ikke hadde kapasitet til flere oppdrag når behovet egentlig var til stede. En deltager hadde erfart at legevaktbil hadde "full liste" og måtte prioritere de sykeste først. Dermed ønsket hun seg at legevaktbil kunne ha lengre operativt tid: *"...for det er jo ofte helgene for det er da (fast)legen er stengt så det er hovedsakelig da og så kveldstid...selvfølgelig hadde det vært fint hvis de hadde begynt på morran..."* (3). I tillegg var det tre deltagere som mente at det burde ha vært 2 legevaktbiler i drift både på kveld og helg for å forsikre at flere hjemmeboende pasienter kunne blitt avklart raskere.

En hemmende faktor for samarbeid var også at legene på legevaktbil hadde dårlig tid hjemme hos pasienten, slik deltagerne erfarte. En deltager stilte spørsmål om legene i det hele tatt rakk å sette seg inn i pasientens situasjon og ta en god beslutning på så kort tid. Deltageren beskrev: *"De rykker jo ut på ting men legene har det så travelt at det blir så kjappe undersøkelser at jeg står igjen og lurer på om det kanskje var helt forsvarlig på en måte"* (10). Hun hadde erfart at dette gjaldt spesielt om sommeren da legevaktbil så ut til å være presset, *"jeg føler jo de er litt overarbeidet, stadig samme legen som er på tur"* (10). Tidspres og lite tid hos hver enkelt pasient ble sett som hemmende faktor for godt samarbeid.

4.2.3 Uklar ansvarsfordeling i samarbeid med legevaktbil

Flere deltagere erfarte at uklar ansvarsfordeling mellom legevaktbil og hjemmesykepleie var hemmende for godt samarbeid. Dette gjaldt spesielt i situasjoner der deltagerne beskrev utfordringer med å få hjelp av legevaktbil til å vurdere psykiatriske pasienter. Som en deltager sa, "*det føles at, psykiatrien faller litt sånn imellom*" (2) og refererte til erfaringen av at legevaktbilen var bedre til å håndtere somatiske pasienter som de lettere kunne "fikse" der og da.

En annen deltager fortalte om en hjemmeboende pasient med psykisk lidelse som fikk forverring av sin tilstand på en lørdag. Uten å ha tatt hjemmebesøk vurderte legevaktbil at pasienten kunne vente til mandag for deretter å bli vurdert av sin fastlege. Deltager beskrev dette som en vanskelig situasjon å prøve å følge opp pasienten gjennom helgen. Pasienten ble lagt inn på psykiatrisk avdeling med en gang på mandag av fastlegen sin.

En annen deltager fortalte at legevaktbil hadde vært hjemme hos en psykiatrisk pasient flere ganger i løpet av en uke. Hun opplevde at legevaktbil hadde kun fokus på pasientens somatiske sykdom men hadde ikke tatt stilling til hans psykiske utfordringer fordi legen mente at pasienten var kommunens ansvar. Pasienten ble til slutt lagt inn ved siste hjemmebesøket. "*...den må dere ta..det er kommunens ansvar..men det hjelper ikke det når det er helg og pasienten ikke klarer å ta vare på seg selv.... de mente at det må kommunen fikse og ordne og sånn, men, når legger seg naken på badegulvet for å dø så....*" (2). Her ga deltageren uttrykk for frustrasjon og fortvilelse og mente at i denne pasientsituasjonen hadde hun ikke noen andre instanser å henvende seg til enn legevakt og legevaktbil. Hun mente at det var for stort ansvar å måtte håndtere en psykisk syk pasient hjemme alene uten bistand fra andre.

5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende pasienter. Funnene viser hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien hovedsakelig var fornøyde med legevaktbiltjenesten og trakk fram betydningen av god kommunikasjon og det å bli inkludert i vurdering av pasienten som fremmede for samarbeid. Men særlig utfordringer knyttet til manglende kommunikasjon og uklar rollefordeling var hemmende for samarbeid.

I dette kapittelets første del diskuteres studiens hovedfunn opp mot annen forskning og litteratur. I kapittelets andre del diskuteres metode og til slutt drøftes relevans for videre praksis.

5.1 Betydningen av manglende kommunikasjon

Manglende kommunikasjon fra legevaktbil hemmet samarbeid og kunne ifølge deltagerne føre til uforutsigbarhet, usikkerhet, unødig tidsbruk og svekket pasientsikkerhet.

Resultatene i denne studien viste at manglende kommunikasjon med legevaktbil og deltagernes fravær under hjemmekonsultasjon var hemmende for samarbeid. Sett i lys av hvor komplekse og syke hjemmeboende pasienter er i dag, kan dette sees som overraskende funn. Studien gir ikke svar på hvorfor legevaktbilen ikke kontaktet deltagerne før hjemmebesøket. En tilnærming til dette kan være at leger er vant til å jobbe selvstendig og ta avgjørelser ofte basert på sine egne vurderinger. Studie gjort av Zwarenstein et al. (2013) påpeker at leger tar avgjørelser om pasientens behandling basert på sine egne og andre legers vurderinger, men at denne vurderingen tar sjelden hensyn observasjoner og vurderinger fra andre yrkesgrupper (Zwarenstein et al., 2013, s. 1). På en annen side blir legevakten som organisasjon driftet i stor grad som butikk der aktivitetsbaserte refusjoner sammen med egenandeler fra pasientene er styrende for inntekt (NOU 2015:17, s. 120, kap. 10). Dette kan være medvirkende årsak til at leger, også på legevaktbil, er vant til å arbeide selvstendig. Dette gagnar midlertidig ikke den hjemmeboende pasienten som ofte ikke er i stand til å gjøre rede for sin sykdomshistorikk eller fortelle til hjemmesykepleien hva som ble sagt under hjemmekonsultasjon. Disse faktorene ble ansett som hemmende og potensielt svekke pasientsikkerheten.

Flere deltagere erfarte ambulansesarbeidere som passive under hjemmebesøket, noe som de erfarte som hemmende for samarbeidet. Dette kan ansees som noe overraskende funn da ambulansepersonell til vanlig

kan ansees å jobbe svært selvstendig ettersom 78% mente at deres egen yrkesgruppe hadde best kompetanse i å håndtere pasienter med akutt sykdom og skade prehospitalt (Førland, Zakariassen & Hunskår, 2009). Deltagerne beskrev usikkerhet i møte med ambulansarbeideren på legevaktbil. Deltagerne var vant til at ambulansarbeidere som jobbet i ambulansetjenesten, tok som regel alltid «styringen», arbeidet svært selvstendig og var klare i sin kommunikasjon. Slik deltagere beskrev det, hadde de svært lite kommunikasjon og samarbeid med ambulansarbeideren i forbindelse med hjemmebesøk av legevaktbil.

Deltagerne erfarte at deres manglende tilstedeværelse under hjemmebesøk av legevaktbil var hemmende for samarbeid. Dette kunne gå både utover pasientsikkerheten og føre til uavklarte pasientsituasjoner. Studie utført av Saga og Thomassen (2018) viser til legens rolle som er tuftet på et syn som «ekklusiv ekspert», samtidig som pasienten innretter seg etter rolle som «passiv og avhengig» (Saga & Thomassen, 2018). Dette vil potensielt gå utover pasientsikkerheten der legen mangler sykepleierens vurdering om situasjonen og baserer sin vurdering kun på sin egen øyeblikksbilde av pasienten og pasientens egen forklaring. I et arbeidsteam bestående av lege og sykepleier er det funnet at leger er usikre på hva sykepleiere har kunnskap om og hvilke kompetanseområder de innehar. Dette fører til usikkerhet i oppgavefordeling, og manglende kommunikasjon mellom lege og sykepleier kan føre til ineffektiv bruk av kompetanse (van der Biezen et al., 2017, s. 4).

I tillegg til ineffektive kommunikasjonslinjer kan manglende kunnskap om profesjonsutøvelsen til samarbeidspartnere skaper samhandlingsutfordringer (Vik, 2018, s. 132). Resultatet i studien viser at deltagerne hadde gjort en vurdering av pasienten og hadde en faglig grunn til å kontakte legevaktbil. Likevel hadde deltagerne erfaringer som pekte i retning at de ikke ble trodd på. Kassah & Tønnesen (2016) sin studie tyder på at hjemmesykepleierens faglige vurderinger blir lagt lite vekt på av ansatte på legevakt. For å få medisinsk vurdering for pasienten må hjemmesykepleierne forhandle med ansatte på legevakten og enkelte ganger fraskrive seg ansvaret når de opplever at det er fare for pasientens liv og helse. Slik blir de ansatte på legevakt presset til å ta medisinsk vurdering av pasienten (Kassah & Tønnesen, 2016, s. 354-355). Gapet mellom forståelse for hverandre sin kompetanse og ansvarsområde kan virke å være stor.

Det kom frem i studien at deltagerne hadde ikke direktenummer til legevaktbil. Her kan det trekkes paralleller til hjemmesykepleiers kommunikasjon med fastlegene der hjemmesykepleiere benytter seg av samme telefonnummer som vanlig listepasienter for å komme i kontakt med legevaktkontoret. Dette er naturligvis tidskrevende, og som regel er ikke fastlegen tilgjengelig for telefonsamtale på grunn av samtidighetskonflikt med pasientkonsultasjoner. Dermed er det ofte først etter pasientansvarlig sykepleier er ferdig med sin arbeidsdag at fastlegen kan ringe tilbake (EY og Vista Analyse, 2019, s. 107). Dette kan

igjen føre til uavklarte spørsmål som i subakutte tilfeller blir legevaktens ansvar. Dette kan sees som en uheldig «vond sirkel» der fastlegens kapasitetsproblemer sammen med ineffektive kommunikasjonskanaler fører til forskyvning av fastlegeoppgaver over til legevakten. Dette vekker spørsmål om legetjenesten er skeptiske til å tilrettelegge for direktekommunikasjon med hjemmesykepleiere og at denne muligheten er forbeholdt kun den akuttmedisinske tjenesten/kjeden?

5.2 Sykepleieres rolle i avansert hjemmesykepleietjeneste

Sykepleiere, spesielt i kommunehelsetjenesten, er vant til å samarbeide på tvers av virksomhetene og rådføre seg både med fastleger, ergoterapeuter, demenskoordinator og tildelingskontoret. Til forskjell fra leger som utøver sitt yrke svært selvstendig, er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleie vant til å ta et mer «kollektivt ansvar» i kommunehelsetjenesten og jobber på en måte som muliggjør dem ikke bare til å ivareta pasienten og pårørende, men også tilrettelegge for samhandling og samarbeid mellom andre kommunale helsetjenester. Samtidig må de møte kompetansekravene for å kunne ta imot stadig sykere, utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, ofte på kort varsel (Norheim & Tønnesen, 2015, s. 19; Gjevjon & Fjørtoft, 2016, s. 47; Fagerström, 2019, s. 21).

Sykepleiere er nærmest pasienten og ansvarlige for den daglige utøvelsen av helsehjelpen. Sett i lys av dette er det overraskende at det ikke var bedre tilrettelagt for den daglige kommunikasjonen og informasjonsutvekslingen mellom hjemmesykepleie og legetjeneste, slik resultat av denne studien viser. Manglende notat fra legevaktbil, forsinkede PLO meldinger fra fastlegen og bruk av tidskrevende kommunikasjonslinjer for å få skaffet medisinsk hjelp til pasientene virker å være hverdagen i hjemmesykepleien. Det forventes at hjemmesykepleie skal håndtere skrøpelige multisyke eldre hjemme, og sykepleiere blir stadig pålagt mer avansert kartlegging, oppfølging og sykepleiefaglige oppgaver og prosedyrer. Det er derfor motstridende at hjemmesykepleie ikke får nok tilgang til informasjon om sine pasienter. Er dette organisatorisk utfordring eller snakker vi om gammeldags syn tuftet på at hjemmesykepleie fremdeles er tjeneste som kun gir stell og pleie til de eldre? Hva er sykepleieres eget ansvar i dette?

Fagerström (2019) etterspør større selvstendighet og autonomi for sykepleiere og mener at stive hierarkier hindrer oss i å få ut det maksimale potensialet i den samlede kompetansen til helsepersonell (Fagerström, 2019, s. 17-18). Deltagerne ga motstridende beskrivelser om deres egen rolle under hjemmebesøket med legevaktbil. På en side mente deltagerne at det var de som kjente pasienten best og at deres tilstedeværelse var helt nødvendig. På en annen side var det flere som ga uttrykk for å stå litt i sidelinjen og la legen ta «styringen» i situasjonen. Det kan undres hvorfor flere av deltagerne valgte denne rollen? Spiller

hierarki en rolle her? Studie gjort av Mertens et al. (2019) påpeker at dynamikken mellom leger og sykepleiere preges fortsatt av gamle hierarkiske tankemåten der legen er sykepleierens «overordnede» (Mertens et al., 2019, s. 3681). En slik tilnærming kan være hemmende for samarbeid og vil alltid til syvende og sist gå utover pasienten. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning sier: «Kandidaten skal kunne ta ansvar for og gjøre selvstendige, systematiske kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger, samt kritisk vurdere effekten av sykepleie og behandling» (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 2). Forskriften referer til sykepleierens selvstendige rolle i utøvelsen av nødvendig helsehjelp. Dette gir sykepleiere både ansvar og handlingsrom i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten uavhengig hvem de samarbeider med. Denne kunnskapen, kompetansen og fagligheten bør bringes mer synlig ved at sykepleiere ser på seg selv som likeverdige *samarbeidspartnere* uavhengig hvem eller hvilken faggruppe de samarbeider med. Betydningen av å kunne bruke sin egen kompetanse kan ansees å være stor. Av de sykepleiere som ønsket å slutte i jobben sin i hjemmesykepleie eller på sykehjem, oppga 38% at grunnen til dette var at de hadde for lite varierte oppgaver. 50% ønsket å slutte fordi de jobbet for mye alene (Gautun, 2020, s. 34).

5.3. Behov for styrking av tverrfaglig samarbeid

Flere deltagere beskrev at ansvarsfordeling rundt psykiatriske pasienter var uklar og at de ikke alltid fikk støtte fra legevaktbil til å håndtere psykisk syke pasienter. Deltagerne uttrykte at de ble pålagt et ansvar som de ikke var komfortable med. Dette ble erfart som hemmende for samarbeidet. Studie gjort av Kirchhoff (2011) påpeker at ansvar og følelsen av å ikke strekke til er faktorer som gir opplevelsen av stress (Kirchhoff, 2011, s. 150). For å unngå at sykepleiere blir stående alene med psykisk syke pasienter, bør det være klarere retningslinjer på håndtering av denne pasientgruppen på kveldstid og i helgene. Korsvold & Thomassen (2018) understreker i sin studie at psykososialt arbeidsmiljø blir ofte individualisert og at utfordringer knyttet til arbeidsmiljø sjelden sees fra organisatorisk perspektiv (Korsvold & Thomassen, 2018). Det kan ikke utelukkes at deltagerne har behov for å styrke sin kompetanse om pasienter med psykiske lidelser. Men stress og utilstrekkelighet som deltagerne beskriver kan sees i sammenheng med usikkerhet rundt organisering av tilbud om helsehjelp til psykiatriske pasienter.

Ut ifra deltagernes beskrivelser er det behov for å opprette tiltak som kan forbedre kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og legevaktbil. Dette vil også kunne bidra til styrking av tverrfaglig samarbeid. Teamarbeid kan ha mange fordeler når samhandling mellom teammedlemmene er god; det kan føre til økt effektivitet og gi bedre behandlingsresultat for pasienten. Dårlig teamarbeid kan derimot føre til produktivitetstap, gi dårligere behandlingsresultat for pasienten og skape konflikter og mistriivsel hos teammedlemmene (Stubberud, 2018, s. 56). Tverrprofesjonell samhandling er når flere yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål. Forutsetningene er at partene i fellesskap tar beslutninger og fordeler

oppgaver. Det er en helhetlig tilnærming som tar utgangspunkt i at problemene må belyses fra flere hold. Sentralt i tverrprofesjonelt samarbeid er evnen til fleksibilitet og til å arbeide mot et felles mål (Fjørtoft, 2016, s. 201-202).

Vi må tenke nytt for å få en god og helhetlig tjeneste til hjemmeboende pasienter. Det er flere tjenesteutøvere i kommunehelsetjenesten, blant annet hjemmesykepleien, som har ytret ønske om egen tilsynslege for sine pasienter (EY og Vista Analyse, 2019, 109). En ambulerende geriater som jobber i kommunehelsetjenesten tett sammen med hjemmesykepleien hadde vært et interessant tiltak for å ivareta den medisinske oppfølgingen av hjemmeboende multisyke eldre.

5.4 Diskusjon om metoden

Legevaktbil som tjeneste er nytt i norsk sammenheng og det var nødvendig å støtte meg til internasjonal forskning og litteratur som handlet om andre ambuleringstjenester. Mye av teorien er overførbart til denne studien, men det må tas hensyn til kulturelle, befolkningsmessige og helsepolitiske forskjeller i internasjonale studier. Siden jeg ønsket å forske på samarbeid mellom hjemmesykepleie og legevaktbil, falt det naturlig å bruke sykepleiere i hjemmesykepleien som informanter i utvalget. Under intervjuene hadde jeg hele tiden et bevisst forhold til min forskerrolle og etiske overveielser ble gjort underveis i prosessen. Jeg prøvde å la informantene snakke mest mulig selv uten avbrytelser og tåle taushet og usikkerhet under intervjuprosessen.

Jeg hadde kontinuerlig fokus på min egen for forståelse ettersom jeg selv jobber i hjemmesykepleien. Dermed var det enda viktigere for meg å forholde meg til intervjuguiden og stille åpne spørsmål i stedet for å lede informantene i en bestemt retning og potensielt gå glipp av ny kunnskap. Studien er ikke generaliserbar på grunn av sin kvalitative natur. Den kan likevel ha elementer som kan være overførbare i andre sammenheng.

5.5 Relevans for videre praksis

Kompetanseløft 2025 påpeker til dels manglende tverrfaglighet, samarbeid og samhandling innen helse- og omsorgstjenesten. Mange hjemmeboende pasienter har flere tjenester og mer avanserte helsetjenester enn før (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 25). Vi er nødt til å tenke nytt i forhold til oppgave- og ansvarsfordeling, både på system- og individnivå. I Trondheim kommune er det blitt utviklet en felles

helsevaktsentral som yter helsehjelp i akutte og subakutte situasjoner. I helsevaktsentral er det samlet både «stasjonerte» tjenester og flere ambulerende team (NOU 2015:17, s. 90).

Per i dag finnes det ingen klar prosedyre eller skriftlige kriterier når man kan kontakte legevaktsbil. I en setting der hjemmesykepleie er involvert, er det opptil hver enkel sykepleier å vurdere behov for dette sammen med sykepleieren på legevakt. Det finnes heller ingen retningslinjer for hvordan konsultasjonen foregår hjemme hos pasienten i samarbeid med legevaktsbil. Det hadde vært interessant å se nærmere på kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere og sykepleiere på legevakt og hvordan hjemmesykepleiere kommuniserer behovet for legevaktsbil og hva de legger til grunn i sin vurdering. Det er også behov for å se på rollen til ambulansarbeider ettersom den fremsto som uklar for deltagerne. Det kan videre stilles spørsmål om det kan være hensiktsmessig at teamet i legevaktsbil består av lege og sykepleier.

6 Konklusjon

Denne studien hadde som hensikt å utforske erfaringer som sykepleiere har av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende eldre. Deltagerne var hovedsakelig fornøyde med legevaktbiltjenesten og flere deltagere løftet fram god kommunikasjon og inkludering i vurdering av pasienten som viktige elementer for godt samarbeid. På en annen side var manglende kommunikasjon og uklare roller fremtredende som hemmende faktorer for samarbeid. I studien fokuseres det på sykepleieres perspektiv. Det vil være interessant å utforske tema fra legevaktbilens perspektiv, både i lys av lege og ambulansarbeider sine erfaringer for å kunne utvikle legevaktbiltjenesten og dets samarbeid med hjemmesykepleien videre.

Referanser

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson M. & Jonasson, L-L. (2017). Nurses' competencies in home healthcare: an interview study. *BMC Nursing*, 16(65). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0264-9>
- van der Biezen, M., Wensing, M., Poghosyan, L., van der Burgt, R. & Laurant, M., (2017). Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2548-x>
- Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Result from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5), <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bing-Jonsson, P. (2019). Avansert klinisk sykepleie i helse- og omsorgstjenester i kommunene. I L. Fagerström (Red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 161-177). Gyldendal Akademisk.
- Blinkenberg, J., Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø, Sandvik, H. & Hunskaar, S. (2019). General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. *BMC Health Services Research*, 19(568).
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4419-0>
- Boman, E., Glasberg, A.-L., Levy-Malmberg, R. & Fagerström, L. (2019). 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nursing*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0350-2>
- Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R. & Steinsbekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 42-48.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53388>
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Fagerström, L. (2019). Avansert klinisk sykepleie – et begrunnet behov. I L. Fagerström (red.), *Avansert klinisk sykepleie* (s. 17-29). Gyldendal.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>

- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-412>
- Førland, O., Zakariassen, E. & Hunskaar, S. (2009). Samhandling mellom ambulansarbeider og legevaktlege. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 129(11)1109-11. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0501>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA Rapport 14/20). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Gjevjon, E. & Fjørtoft, A-K. (2016). Hjemmesykepleietjenesten. I E. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 38-54). Fagbokforlaget.
- Glavin, K., Snøtun, Å., Gjevjon, E. & Kvarme, L. (2016). Utvikling av kommunale sykepleietjenester utenfor institusjon. I E. Gjevjon (Red.), *Sykepleie i kommunehelsetjenesten. Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie* (s. 16-37). Fagbokforlaget.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 8(2), 148-155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester* (Rapport IS-2375). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsetjenester i hjemmet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/rapportering-av-tjenester-med-definisjoner-og-rapporteringskrav/helsetjenester-i-hjemmet>
- Helsedirektoratet. (2020). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2020/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202020.pdf/_attachment/inline/0794d739-d96e-42cb-ac7a-52a059ccabd1:5a96b4fc833c906ecac232821961dc52f1345891/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%202020.pdf

- Helsedirektoratet. (2020). *Legevakt og legevaktsentral. Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/utrykning-og-sykebesok#lege-i-vakt-skal-ha-tilbud-om-sykebesok-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2022). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Årsrapport 2021*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/pdf-versjon-av-rapport-og-vedlegg/Handlingsplan%20for%20allmennlegetjenesten%20-%20C3%A5rsrapport%202021.pdf/_/attachment/inline/c4bbc244-d9f3-4e00-8375-4f165faa9f70:bc296de6bb318639e97bf0adc11cc81e661f61a2/Handlingsplan%20for%20allmennlegetjenesten%20-%20C3%A5rsrapport%202021.pdf
- Helsedirektoratet. (2022). *Primærhelseteam – pilotprosjektet*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak mm.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Kompetanseløft 2025. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for perioden 2021–2022*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helse Sør-Øst. (2022). *Regional utviklingsplan 2040, Del 1. Trender og satsingsområder*. Hentet fra: <https://helse-sorost.no/horing-regional-utviklingsplan-2040>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg). Abstrakt Forlag.
- Johannessen, L., Rafoss, T. & Rasmussen, E. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Kassah, B. & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 342-358. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04>
- Kattouw, C.E. & Wiig, S. (2018). Organiseringen av hjemmesykepleie kan gå utover sikkerhet og kvalitet. *Sykepleien Forskning*, 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74391>
- Kirchhoff, J. (2011). Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. *Sykepleien Forskning*, 2. <https://doi.org/104220/sykeplf.2011.0100>

- Kongsvik, L. (2017). Suksesslegevakt på fire hjul. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 10(137). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2017/05/aktuelt-i-foreningen/suksesslegevakt-pa-fire-hjul>
- Korsvold, L. & Thomassen, O. J. (2018). Tiltak for å bedre sykepleierens arbeidsmiljø er ofte individrettet. *Sykepleien Forskning*, 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71109>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Gyldendal.
- Kversøy, K. & Hartviksen, M. (2018). *Samarbeid og konflikt – to sider av samme sak* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Meld .St. 15 (2017-2018). *Lev hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld.St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld.St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf>
- Meld.St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>
- Mertens, F., De Gendt, A., Deveugele, M., Van Hecke, A. & Pype, P. (2019). Interprofessional collaboration within fluid teams: community nurses' experiences with palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3680-3690. <https://doi.org/10.1111/jocn.14969>

- Myers, L., Carlson, P., Krantz, P., Johnson, H., Will, M., Bjork, T., Dirkes, M., Boer, J., Gunderson, K. & Russi, C. (2020). Development and Implementation of a Community Paramedicine Program in Rural United States. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1227-1233.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.44571>
- NORCE. (2021). *Eldre i den akuttmedisinske kjeden* (Rapport nr. 1-2021). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Hentet fra <https://norce-research.brage.unit.no/norce-research-xmlui/bitstream/handle/11250/2729947/Rapport%2bnr.1-2021%2bEldre%2bi%2bden%2bakuttmedisinske%2bkjeden.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. & Beck, C. (2021). *Nursing Research. Generating and assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Saga, E. & Thomassen, O.J. (2018). Den tradisjonelle lege-pasientrollen kan umyndiggjøre pasienten. *Sykepleien forskning* 13. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73845>
- SINTEF Helse. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill* (Rapport STF78 A045018). Hentet fra https://www.ks.no/contentassets/426f1a2be66e475c85e9680bdda8e4c4/2514_034023_rapport1_og2linjetj.pdf
- Slotfeldt-Ellingsen, D. (2020). *Forskningsetikk. Yrkesetikk ved forskningsvirksomhet*. Universitetsforlaget.
- Sortland, L.S, Haraldseide, L.M. & Sebjørnsen, I. (2021). *Eldre i den akuttmedisinske kjeden* (Rapport nr. 1-2021). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, avdeling Helse, 2021. Hentet fra: <https://www.norce-research.no/prosjekter/eldre-i-den-akuttmedisinske-kjeden>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten mm.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

- St.meld. nr. 50 (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Sosial- og helsedepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a9dcdeb5dc473eb8fdef01e0b5125d/no/pdfs/stm199619970050000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 43 (1999-2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6d416043caa545e1ace76fef809637f8/no/pdfa/stm199920000043000dddpdfa.pdf>
- St. meld. nr. 31 (2000-2001). *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*. Kommunal- og regionaldepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/667fcc3d966b409b9bd262c28561c056/no/pdfa/stm200020010031000dddpdfa.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Sykehuset i Vestfold (2018). *Legevaktbil i Tønsbergregionen*. Hentet fra https://www.siv.no/om-oss/nyheter/legevaktbil-i-tonsbergregionen?fbclid=IwAR2VDBWimJQ0YDuKqCYnbtCYh_se15zljPS1VQI00gTSHvRWWy_8BjyT_Rw
- Tønnesen, S., Kassah, B. & Tingvoll, W-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning* 1, 16-23.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Universitet i Sør-Øst Norge.(2021). *Innsamling, lagring og oppbevaring av forskningsdata*. Hentet fra <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning* 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-9. Hentet fra <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1472-6963-13-494.pdf>

Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykkeskjema til deltagelse i studien

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har sykepleiere av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende eldre?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse erfaringer som sykepleiere har av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende eldre. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Kommunehelsetjenesten har siden Samhandlingsreformen i 2012 kjent på utfordringer knyttet til håndtering av flere og sykere pasienter i deres egne hjem. Siden oktober 2018 har kommunene Tønsberg, Færder og Holmestrand hatt til disposisjon en legevaktbil bestående av en lege og en ambulansemedarbeider. Dette er en tjeneste som ble opprettet i kjølvannet av Samhandlingsreformen for å avlaste ambulansetjenesten og for å sikre tilbud om medisinsk tilsyn til hjemmeboende pasienter som av ulike grunn ikke er i stand til å oppsøke legevakt utenom fastlegekontorets åpningstid.

Intern 1-årsevaluering av legevaktbilen viste stor tilfredshet både blant pasienter og helsepersonell. Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive sykepleieres erfaringer av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende eldre pasienter. Disse erfaringene er viktige for å kunne få fram nytteverdien av samarbeid med legevaktbilen samtidig som man kan drøfte utfordringer for eventuell videre utvikling av samarbeid.

Denne studien er en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge ved førsteamanuensis Linn Hege Førsum er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i fordi du oppfyller inklusjonskriteriene. Inklusjonskriteriene i denne studien er sykepleiere som arbeider pasientnært i hjemmesykepleien i kommunene Tønsberg, Færder og Holmestrand, og som har erfaring av minst en situasjon hos hjemmeboende eldre der legevaktbilen har vært tilstede og foretatt vurdering av pasienten. Det er i første omgang 6-8 sykepleiere som får forespørsel om å delta i denne studien. Sykepleiere som kun har erfaringer av telefonisk kontakt med legevakt eller legen på legevaktbil blir ikke inkludert.

Soneledere har sendt ut informasjon om denne studien til sine sykepleiere. Undertegnede har fått tilsendt kontaktopplysninger via soneledere.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli intervjuet. Under intervjuet vil det bli stilt åpne spørsmål om samarbeid med legevaktbil og sykepleieres rolle i møte med legevaktbil. Det vil bli tatt notater under intervju samt gjort lydopptak. Intervju vil vare ca. 45-90 minutter og avhengig av restriksjoner knyttet til Covid-19 pandemi vil intervju foregå enten på deltakers arbeidsplass eller digitalt (f.eks. Zoom).

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. Veileder, Linn Hege Førstund ved Universitetet i Sørøst-Norge, vil ha tilgang til prosjektet, men ikke ha tilgang på navn og kontaktopplysninger på deltagerne. Etter hvert intervju vil lydbåndet bli transkribert, og intervjuene anonymisert. Transkripsjonene vil bli oppbevart kryptert på privat PC, mens samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel vil bli oppbevart separat i innelåst safe. Lydopptakene vil bli lagret på nettskjema diktafon som USN har avtale med til 31.12.2022.

Det skal ikke gis ut sitater i studien som kan gi mulighet til gjenkjenning av deltagerne. Når resultatene publiseres, vil du ikke kunne gjenkjennes i materialet. Det vil kun opplyses om at resultatene baseres på intervjuer med sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten og har hatt erfaring med legevaktbil. Det vil ikke opplyses om hvilken kommune du jobber i.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet når prosjekt avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.12.2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge 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:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved (student) Hanna Mäki-Maukola på e-post hannama_@hotmail.com eller (veileder) Linn Hege Førstund på e-post Linn.Hege.Forsund@usn.no
- Vårt personvernombud: Paal.L.Solberg@usn.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

Linn Hege Førstund
Førsteamanuensis

Hanna Mäki-Maukola
Student

-

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilke erfaringer har sykepleiere av samarbeid med legevaktbil hos hjemmeboende eldre?*» 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 2: Intervjuguide

INTERVJGUIDE

1. Kan du fortelle meg om dine erfaringer med legevaktbil?
2. Kan du beskrive en konkret situasjon der du har samarbeidet med legevaktbil?
3. Hvordan vil du beskrive samarbeid med legevaktbil?
4. Hvilke muligheter eller begrensninger har du erfart med legevaktbil?