

Siw-Cathrine Digre Randmæl

# Hvilke erfaringer har sykepleierne med bruk av videokonferanse i legevaktsentral?





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

<http://www.usn.no>

© 2022 Siw-Cathrine Digre Randmæl

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

## Bakgrunn:

Legevaktsentralene i Norge opplever et økende antall henvendelser pr telefon og tidvis stor pasientpågang. Det medfører høyere krav til selektering av telefonhenvendelsene for å redusere antall fysiske oppmøter i legevakt. Videokonferanse er tatt i bruk ved nesten 50% av landets legevaktsentraler, men det eksisterer lite kunnskap som gjelder sykepleiernes erfaringer med bruk av videokonferanse.

## Hensikt:

Utforske og beskrive erfaringer og utfordringer sykepleierne har med bruk av videokonferanse.

## Metode:

Det er benyttet kvalitativ metode i studien. Fire fokusgrupper med til sammen 16 sykepleiere ble intervjuet og dannet datagrunnlaget for studien. Lydbåndopptakene ble transkribert og analysen er inspirert av Tematisk analyse.

## Resultater:

Analysen avdekket tre overordnede temaer for erfaringene sykepleierne hadde med videokonsultasjon; erfaringer, kommunikasjon og utfordringer. Informantene hevdet videokonferanse bidro til bedre og mer hensiktsmessig kommunikasjon med innringer, spesielt ved vurdering av helsetilstand og hastegrad. Videokonferanse ble oppfattet ressursbesparende bl.a. med tanke på tidsbruk, økonomi og bruk av personell. Utfordringer var sykepleiernes kliniske kompetanse, tekniske vansker, dokumentasjon og etikk.

## Konklusjon

Studien viser at informantene var positive til bruk av videokonferanse. Flere av sykepleierne oppga å bruke videokonferanse for vurdering av almenntilstand, spesielt for små barn og eldre. Bruk av videokonferanse for verifisering av egne vurderinger, spesielt ved grønn hastegrad, ble også framhevet av informantene. Sykepleierne opplevde iten grad av utfordringer med videokonferanse.

Nøkkelord:

Videokonferanse, telehelse, legevakt, akuttmottak, erfaringer og sykepleiere

# Abstract

## Background:

Emergency centers in Norway are experiencing an increasing number of calls by phone and sometimes a large number of patients. This entails higher requirements for the selection of telephone inquiries in order to reduce the number of physical attendances in the emergency department. Video conferencing has been adopted at almost 50% of the country's emergency centres, but there is little knowledge regarding the nurses' experiences with the use of video conferencing.

## Purpose:

To explore and describe experiences and challenges the nurses have with the use of videoconferencing.

## Method:

A qualitative method has been used in the study. Four focus groups with a total of 16 nurses were interviewed and formed the basis for the study. The audio recordings were transcribed, and the analysis is inspired by Thematic analysis.

## Results:

The analysis revealed three overarching themes; experiences, communication and challenges. The informants claimed that video conferencing contributed to better and more appropriate communication with callers, especially when assessing the state of health and degree of urgency. Video conferencing was perceived as saving resources in terms of, among other things, time consumption, finances and the use of personnel.

## Conclusion:

The study shows that the informants were all positive about using videoconferencing. Many noted the need to have good clinical skills. Several of the informants stated that they used videoconferencing to assess the general condition, especially for young children and the elderly. The use of video conferencing for verification of own assessments, generally in the case of low urgency, was also highlighted. The nurses experienced a small degree of challenges with videoconferencing.

Keywords: Video conference, telehealth, emergency room, emergency department and nurses

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>11</b>
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>12</b>
2.1 <i>Presentasjon av studiens tematikk, samfunnsmessige og faglige relevans</i> .....	12
<b>2.2 Legevaktens funksjon</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3 Legevaktens beredskapsfunksjon</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4 Endret befolkningssammensetning</b> .....	<b>13</b>
<b>3.0 Problemstilling, hensikt og forskningsspørsmål</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3 Studiens forskningsspørsmål</b> .....	<b>19</b>
<b>4.0 Forskningsdesign og metode</b> .....	<b>20</b>
4.1 <i>Forskningsdesign</i> .....	20
4.2 <i>Metode</i> .....	20
4.3 <i>Utvalg</i> .....	22
4.4 <i>Rekruttering</i> .....	22
4.5 <i>Gjennomføring av intervjuene</i> .....	23
4.6 <i>Analyseprosessen</i> .....	24
4.7 <i>Etiske overveielser</i> .....	28
4.8 <i>Troverdighet i kvalitative studier</i> .....	28
<b>5.0 Resultater</b> .....	<b>29</b>
5.1 <i>Letter pasientvurderingene, kortere tid til å avklare hastegrad</i> .....	29
5.2 <i>Trygghet for sykepleierne</i> .....	30
5.3 <i>Letter kommunikasjonen</i> .....	31
5.4 <i>Sykepleiernes kliniske kompetanse</i> .....	33
5.5 <i>Tekniske utfordringer</i> .....	34
5.6 <i>Etikk</i> .....	35
<b>6.0 Diskusjon</b> .....	<b>35</b>



6.1 Tryggere vurderinger.....	37
6.2 Bedre kommunikasjon.....	39
6.3 Effektivisering av pasientbehandlingen .....	40
6.4 Nødvendig sykepleierkompetanse ved bruk av videokonferanse.....	41
6.5 Tekniske utfordringer.....	42
6.6 Dokumentasjon .....	42
6.7 Etikk.....	43
6.8 Metodediskusjon .....	44
<b>7.0 Konklusjon.....</b>	<b>48</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>50</b>

## **Vedlegg**

## Forord

Innlevering av masteroppgaven markerer slutten på mitt mastergradstudium i avansert klinisk sykepleie med fordypning i akutt medisin ved Universitetet i Sørøst Norge. Arbeidet med oppgaven har vært både spennende og lærerikt, men også til tider utfordrende og frustrerende.

Jeg vil gjerne få rette en takk til mine informanter fra de ulike legevaktene i studien som åpne og imøtekommende stilte opp til intervju – uten dere ville ikke studien vært mulig å gjennomføre.

Jeg vil også takke min veileder Elisabeth Holm Hansen for ærlige og direkte tilbakemeldinger under arbeidet med oppgaven.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min familie og venner, som har støttet og motivert meg gjennom denne lærerike prosessen. Sist, men ikke minst, en stor takk og applaus til min arbeidsgiver Drammen legevakt som har vist en fantastisk velvilje ved å tilrettelegge for at studien skulle være mulig å gjennomføre - i tillegg til støtte og forståelse fra alle mine gode kollegaer. Gleder meg til å komme tilbake til jobb!

Holmestrand, 12. september 2020

Siw-Cathrine Digre Randmæl

## 1.0 Innledning

Denne studien handler om sykepleiere og hvilke erfaringer og utfordringer de har med bruk av videokonferanse ved telefonhenvendelser til legevaktsentral.

Av alle telefonhenvendelsene som kommer inn til legevaktsentralene er det et fåtall som handler om livstruende tilstander. En del kan være subakutte, eller kan av ulike årsaker haste. Det store flertallet av henvendelsene ender som oftest opp med grønn hastegrad, som vil si at pasienten kan bli værende hjemme og ta kontakt dersom situasjonen forverrer seg (Hansen & Hunskår, 2016).

Personlig er jeg opptatt av kommunikasjon, og ønsker at publikum skal møtes på en god måte uansett om de henvender seg på telefon eller møter direkte i legevakt. Kommunikasjon kan være både vanskelig og kompleks, og kan gi rom for misforståelser. Telefonhenvendelsene til legevakten har stor variasjon. Det kan dreie seg om alt fra enkle problemstillinger til mer alvorlige og livstruende hendelser. I løpet av de siste årene har flere legevaktsentraler (heretter kalt LVS) tatt i bruk videokonferanse som verktøy ved telefonhenvendelser. I dag har ca. halvparten av landets legevakter tilrettelagt for videokonferanse med innringer (Sandal, 2022). Tall fra Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO) bekrefter at 57%, dvs. 54 av landets legevakter benytter videokonferanse. I en hverdag hvor beslutninger må fattes raskt over telefonen, er det tenkt at videokonferanse kan være til hjelp ved å gi mulighet for å fange opp alvorlige problemstillinger eller sykdomstilfeller raskere. Etter søk i ulike databaser ble det funnet lite norsk og internasjonal forskning som omhandlet sykepleiernes erfaringer og opplevelser knyttet til bruk av videokonferanse.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Presentasjon av studiens tematikk, samfunnsmessige og faglige relevans

*«Økt velstand, høyere levealder og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsevesen. Livskvalitet er ikke bare knyttet til god helse eller til graden av plager og sykdom. Det handler like mye om muligheten til å kunne forstå, vurdere og mestre egen situasjon. Digitaliseringen gir uante muligheter og nye utfordringer både for individ og samfunn. En felles strategisk retning for et samlet helsevesen vil derfor være bærebjelken for et vellykket resultat»* (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 3).

Helsedirektoratet skriver i en rapport (2018) at etterspørselen etter e-konsultasjoner er sterkt økende, og at det brukes spesielt i områder hvor pasienten har lang reisevei. Flere studier fremhever fordeler ved å oppsøke lege eller helsehjelp digitalt, f.eks. via app eller videokonsultasjon (Willassen, 2020), ved at de bl.a. forkorter reisetiden og effektivisere pasientbehandlingen (Allertsen, M. & Morken, T. 2020). Mange sykehus tilbyr videoløsninger, f.eks. Sunaas med opptrening av pasienter pr video (Helsedirektoratet, u.å.), og en rekke oppfølging av spesifikke pasientgrupper, som f.eks. diabetes, hjertesvikt, psykisk syke etc. foretas via videokonferanse (Reitan, 2016). Helsedirektoratet oppfordrer til å likestille e-konsultasjoner med fysiske konsultasjoner for å tilrettelegge for mer utstrakt og hensiktsmessig bruk. Rapporten nevner at Danmark har som målsetting at hver tredje kontakt mellom lege og pasient skal være digital innen 2021, og at Sverige har en visjon om å være best i verden på e-helse i 2025. Som en illustrasjon var antallet videokonsultasjoner i 2015 den amerikanske helsetjenesten på 19,7 millioner, med forventninger om å øke til 158,4 millioner innen tre år (Kolstrup, 2016).

### 2.2 Legevaktens funksjon

Kommunen plikter med hjemmel i akuttmedisinforskriften å tilby akutt helsehjelp til mennesker som bor eller oppholder seg i kommunen. Ifølge forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. 2015, § 6, skal kommunen sørge for at det finnes et tilbud til de som blant annet står uten

fastlege, samt et helsetilbud utenom fastlegenes åpningstider. Legevakten skal være et lavterskeltilbud der man kan henvende seg for behandling, råd og veiledning. Den skal primært være et tilbud ved akutt sykdom eller skade i tillegg til å ha en slags «portvaktfunksjon» inn til andre spesialiserte helsetjenester når ikke fastlege er tilgjengelig (Helse- omsorgsdepartementet, 2011). Legevakten skal ikke fungere som et alternativ til, eller ha en slags utvidet fastlegefunksjon. Det er mange som ringer eller oppsøker legevakt for tilstander som ikke haster. Det kan være ulike årsaker til det. Enkelte av pasientene forstår muligens ikke hva slags funksjon den skal ha, og hva som er forskjellen på legevakt og fastlege. Andre benytter kanskje legevakten fremfor fastlegen fordi de opplever det som mer hensiktsmessig. Noen grupper i samfunnet har av ulike årsaker ikke tilgang på fastlege, som f.eks. fremmedarbeidere, besøkende, studenter fra andre land, enkelte rusavhengige, flyktninger o.l.

### 2.3 Legevaktens beredskapsfunksjon

Legevakten har også en beredskapsfunksjon og skal til enhver tid kunne ta imot akutte tilfeller ved større og alvorlige ulykker. Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2, 1. ledd, slår fast at legevakten skal være med å bidra ved akutte og større hendelser som ulykker og brann. Slike hendelser kan imidlertid medføre at det oppstår knapphet på ressursene som legevakten i utgangspunktet skal tilby. Dersom alle henvendelsene til legevakten skulle resultere i et tilbud til pasientene om å komme, ville det i ytterste konsekvens kunne undergrave legevaktens akuttfunksjon. Feilbruk av legevaktens ressurser vil potensielt kunne utgjøre en fare for å risikere å redusere tilbudet til de som er i behov av akutt hjelp. For å sikre at kapasiteten opprettholdes må legevakten selektere de pasientene som skal tilbys fysisk konsultasjon fra de som kan klare seg med medisinsk rådgivning. Dette er spesielt viktig på tidspunkt hvor de erfaringsmessige er mer sårbare som f.eks. nattestid når bemanningen er redusert. Pasientene på sin side skal være sikret samme vurdering uansett tidspunkt for henvendelsen og hvem de blir møtt av. Disse prinsippene inngår som et ledd i kvalitetssikringen, og er et tydelig definert mål for legevaktsarbeid (Hansen & Hunskaar, 2016).

### 2.4 Endret befolknings sammensetning

Befolkningen i Norge blir stadig eldre, og vi pådrar oss flere helseutfordringer og sykdommer etter hvert som vi eldes. Andelen eldre beregnes til å øke med 190% i tidsrommet 2010 til

2060 (Daatland & Solem, 2011). Det er nærliggende å tenke at andelen pasienter over 80 år vil øke på legevakten fremover. Ifølge Statistisk sentralbyrå (2014) er andelen konsultasjoner i legevakt for de over 80 år større enn for andre aldersgrupper. Det er i størst grad de eldste (over 80 og 90 år), samt de yngste barna (under 6 år) som oftest har behov for å kontakte legevakten. I disse aldersgruppene er det ikke uvanlig at det oppstår en rask sykdomsutvikling og akutt behov for legehjelp utenfor legenes kontortid (Allertsen & Morken, 2019). Når det gjelder endring over tid, har det vært nedgang eller stagnasjon i bruk av legevakt i de fleste aldersgruppene i årene 2013-2018. Unntaket er gruppen over 80 år, og særlig de eldste over 90 år. Legevakt bidrar dermed muligens til å kompensere for et lavt nivå i planlagt bruk av fastlegene for de aller eldste. Det kan bety at personer i denne aldersgruppen bruker legetjenester når de må, ikke når de bør. Fra 2018 til 2019 har det gjennomsnittlige antall legevaktkonsultasjoner fortsatt å øke blant de aller eldste. Ingen aldersgruppe hadde erfart noen klar nedgang i den gjennomsnittlige bruken av legevakt i 2019. I tillegg ser man at unge voksne bruker legevakt i ganske høy grad (Texmon, 2020). Nasjonalt og internasjonalt er det sett på pasienters opplevelse og bruk av videokonferanser i ulike deler av helsevesenet. Det viser seg at pasienter stiller seg mer og mer åpne for bruk av video, og det kan som nevnt være et nyttig bidrag til f.eks. tjenester i hjemmet og oppfølging av langtidssyke (Parimbelli et al., 2018). Med en befolkning som stadig blir eldre, samtidig som det er vanskelig å rekruttere både generalist- og spesialistkompetanse i distriktene, øker utfordringene ytterligere for å imøtekomme kravet til helsehjelp (Tønnesen et al., 2016; Weinhold & Gurtner, 2014).

## 2.5 Økt antall henvendelser i legevakt

I 2018 hadde landets legevakter til sammen over 2 millioner pasientkontakter og tallene er stigende. Av disse var det ca. 8% av henvendelsene som var akutte og hastet (Hunskår, 2020). Helsedirektoratet har som mål at alle landets legevakter skal kunne tilby videokonferanse til de som ringer (Sandal, 2022). Ifølge Midtbø et al, 2017, står telefonhenvendelser for et stort antall av det totale antall henvendelser til landets legevakter. Akuttmedisinforskriftene slår fast at 80% av telefonhenvendelsene skal besvares innen 2 minutter (Akuttmedisinforskriften). Disse henvendelsene er det hovedsakelig sykepleiere som besvarer. Sykepleierne skal ofte ut ifra lite eller unøyaktig informasjon og uklare/eller

komplekse problemstillinger kartlegge pasientens situasjon og vurdere hastegrad, samt vurdere hvilket nivå av hjelpetiltak som eventuelt skal igangsettes (Kramer-Johansen et al., 2021). De skal også gis råd og veiledning ved tilstander som ikke regnes som akutte (Hansen & Hunskår, 2016).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKML) startet for 14 år siden å følge og registrerer aktiviteten til 7 utvalgte legevaktdistrikt i Norge, såkalte «Vakttårn» (Eikeland et al., 2020). Prosjektet kalles Vakttårnprosjektet og de har nylig foretatt en 3 mnd. lang registrering av bruk av videokonferanse. Resultatet fra registreringen av videokonferanse viste at 13 % av henvendelsene pr telefon ble opptriagert. Det vil si at de fikk en høyere hastegrad. 21 % ble nedtriagert, som betyr lavere hastegrad. Over halvparten av samtalene ble avsluttet med tiltaket: «Rådgivning av sykepleier per telefon» (Sandal, 2022). Ut ifra disse resultatene kan det se ut som videokonferanse kan innvirke og ha betydning for bestemmelse av hastegrad for de pasientene som henvender seg til LVS pr telefon. Legevaksarbeid er variert og preges av et stort mangfold av tilstander, symptomer og sykdommer. Vaktene er vanskelig å planlegge da det kan komme pasienter med alt fra livstruende tilstander til trivielle plager som kan vente til fastlegen (Hansen & Hunskår, 2016). Til forskjell fra andre land blir legevakten i Norge oftere benyttet til slike henvendelser (Sandvik et al., 2012). Å ta imot telefonhenvendelser er en stor del av sykepleiernes arbeidsoppgaver, og er kanskje noe av det mest utfordrende de gjør i legevakt. Telefonsamtalene kan være krevende, og det kan ofte være språklige utfordringer som vanskeliggjør kommunikasjonen. Her må de, ofte under tidspress, ta avgjørelser som bl.a. omhandler behovet for helsehjelp. De må identifisere det aktuelle problemet og vurdere på hvilket nivå hjelpen skal gis. Til slutt skal de bestemme hastegrad og riktig nivå av helsehjelp som i stor grad kan være basert på sparsomme og unøyaktige opplysninger fra innringer, eller også komplekse problemstillinger (Kramer-Johansen et al., 2021).

## 2.6 Spredt befolkningstetthet

Spredt befolkningstetthet er et sterkt argument for bruk av videoløsninger, og rekruttering av leger kan by på utfordringer i griskrendte strøk. (Helsedirektoratet, 2020). Australia etablerte i 2012 «Emergency Telehealth Service» (ETS). I løpet av nesten et år hadde de over 3000 konsultasjoner, hvor 98% ble foretatt av sykepleiere i områder som i utgangspunktet ikke

hadde medisinsk dekning. Helsehjelp ble utført lokalt og man reduserte dermed også transportbruk. (Herrington et al., 2013). I rapporten «E-konsultasjon hos fastlege og legevakt» nevnes et pilotprosjekt fra Helsedirektoratet på legevaktsfeltet i 2018 hvor det sett på mulighet for å opprette såkalte satelittstasjoner. Det vil si legevakt bemannet av sykepleiere eller ambulanspersonell som i samråd med lege utfører definerte legeoppgaver, enten på grunn av lange avstander eller få henvendelser. Man fant det hensiktsmessig å innlemme videokonsultasjoner for bedre samarbeid og for å gi tilgang til relativt rask helsehjelp og vurdering (E-konsultasjon hos fastlege og legevakt). I en undersøkelse foretatt av Zanaboni & Wootton (2016) peker de på at til tross for at Norge har en av Europas største tetthet av leger, så sliter man med å sikre likhet for innbyggerne ifht helsehjelp spesielt i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen er at befolkningen bor spredt. I deres studie kommer det fram at telemedisin kan være med på å utjevne disse ulikhetene, men utviklingen med å sette det i system har tatt lengre tid enn antatt. De peker også på at det foreløpig er lite informasjon å finne angående effektiviteten av telemedisin, samt kost-nytte beregninger. De så likevel at bruken av telemedisin har økt i løpet av de 5 år som deres studie varte, og at det er en levedyktig løsning som nå representerer en stor andel av den totale pasientkontakten. Sammenlignet med andre land kommer det frem i deres studie at bruk av telemedisin i Norge likevel var lav.

## 2.7 Organisering av legevakt

I Norge er det store variasjoner i organiseringen av legevakt både med tanke på størrelse, lokalisering, rutiner og bemanning. Fastleger er pålagt vaktordning kveld og helg i legevakt. Ved større legevakter er det lege til stede gjennom hele døgnet, i tillegg til at vakter utenom vakttid dekkes av egne legevaktsleger eller vikarleger (Sandvik & Hunskår, 2016).

## 2.8 Telehelse

Å formidle helsetjenester på avstand kalles ofte telehelse, men begreper som velferdsteknologi, e-helse og telemedisin etc. brukes også. Begrepet oppsto på 70-tallet og ble først kalt telemedisin. I takt med utvikling av teknologi, internett og økt bruk av mobiltelefoner har feltet økt siden 1990-tallet og frem til i dag. Telehelse favner alle former for informasjons- og kommunikasjonsteknologi innenfor helse, og karakteriseres av den fysiske avstanden mellom pasient og utøver av tjenester (Wade et al., 2010).



## 2.9 Videokonferanse

Dagens samfunn har tekniske løsninger som er lett tilgjengelige og brukervennlige. Stadig flere har tilgang til egen smarttelefon, og mange bruker telefonen som verktøy for ulike tjenester (Slette-meås & Helle-Valle, 2012). Allerede for 50 år siden ble den første appen laget, den var tilrettelagt musikk. App'er, linker og lignende gjør at du i dag enkelt kan koble deg på forskjellige digitale løsninger for de aller fleste områder via din telefon (Eilertsen, 2021). I helsevesenet ligger mulighetene til rette for å benytte teknologi i ennå større grad enn det vi gjør i dag. Direktoratet for e-helse anbefaler helsevesenet å ta i bruk allerede tilgjengelige løsninger (Direktoratet for e-helse, 2020).

Videokonferanse er en form for telehelse og omfatter kommunikasjon (ofte enveis filming) med pasienter i ulike deler av helsevesenet. Det kan f.eks. være konsultasjon med fastlege, timeavtale på sykehus, samtale hos psykolog eller time hos fysioterapeut, og anvendes i dag i relativt stort omfang (Helsenorge u.å). Nasjonalt og internasjonalt er det sett på pasienters opplevelse og bruk av videokonferanser i ulike deler av helsevesenet. Det viser seg at pasienter stiller seg mer og mer åpne for bruk av video, og det kan være et nyttig bidrag til f.eks. tjenester i hjemmet og oppfølging av langtidssyke (Parimbelli et al., 2018).

## 2.10 Videokonferanse i legevakt

I legevakt foregår videokonsultasjoner ved å koble opp innringers smarttelefon. Det brukes til å vurdere pasienten, eller også veilede helsepersonell eller pårørende som er til stede hos pasienten. Det kan bidra til at pasienten får raskere hjelp, og kan gi store innsparinger ved at lege unngår unødvendige utrykninger. Samfunnsøkonomisk vil man kunne redusere utgiftene betydelig, ikke bare med å unngå lang reisevei, men også ved å slippe å benytte kostbare transportmidler som legebåt o.l. (Helsedirektoratet, 2018). Nesten alle legevakter tok videokonferanse i bruk i mars eller senere, altså ved starten av utbruddet av koronapandemien (Allertsen & Morken, 2020).

## 2.11 Triage

De største legevaktene kan til tider oppleve stor pågang både av pasienter som møter opp direkte, og pasienter som har tatt kontakt og er bedt om å komme. Det kan resultere i at mange pasienter oppholder seg over lengre tid på venterommet. Triagering skal sikre prioritering av helsehjelp til de pasientene som trenger hjelp først.

Triage er opprinnelig et fransk ord som betyr å sortere. Begrepet ble benyttet under Napoleonskrigen på 1800-tallet da det var behov for å sortere pasientene ut ifra behandling og evakuering (Hansen & Hunskår, 2016). Triagering er i dag et vanlig beslutningsverktøy som brukes til å bestemme hastegrad når det er samtidskonflikt ved oppmøte av pasienter i legevakt. Det finnes ulike internasjonale triageringssystemer, samt noen selvlagde systemer ved enkelte helseforetak. Det er store likheter blant triageringssystemene, og det brukes gjerne fargekoder for å dele inn pasientene etter sykdom eller skade. Selve triageringen startes når pasienten ankommer. Manchester Triage System er en mye brukt metode for triagering hvor man deler inn ved hjelp av fargekoder i følgende: RØD - representerer høyeste hastegrad og dreier seg om tilstander som kan være livstruende, pasienten skal tilsées umiddelbart. ORANSJE – nest høyeste og omhandler alvorlige tilstander som skal tilses innen 10 min. GUL – utenfor livsfare, men skal ha helsehjelp så snart som mulig, kan ha sterke smerter, tilses innen 60 min. GRØNN – kan vente, men bør tilses innen 2 timer. Til slutt er det BLÅ – disse bør tilbys hjelp innen 4 timer. De siste to kategoriene er det ofte ikke nødvendig med tilsyn samme dag og kan i mange tilfeller vente til fastlegen neste dag (Norwegian Manchester Triage Group, u.å)

36 av landets 168 legevakter, dvs. 21,4 %, har oppgitt at det ikke er aktuelt med triagering fordi legevakten sjelden eller aldri har samtidighetskonflikter. (Helsedirektoratet, 2022). Ved stor pågang av pasienter på et venterom kan det bli så fullt at man kan stå i fare for å miste oversikten over både pasienter og eventuelle hastegrader. På folkemunne kalles fenomenet «crowding», og det kan føre til at muligheten for adekvat oppfølging reduseres ved at pasientene bokstavelig talt forsvinner i mengden.

### 3.0 Problemstilling, hensikt og forskningsspørsmål

#### 3.1 Studiens problemstilling

Studiens problemstilling er som følger:

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av videokonferanse i legevaktsentral?»

#### 3.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å utforske og beskrive erfaringer og utfordringer sykepleierne har med bruk av videokonferanse. På hvilken måte kan videokonferanse hjelpe sykepleierne til å gjøre bedre vurderinger, og kan det bidra til en mer nøyaktig og raskere triagering av pasientene? Hvilke utfordringer opplever sykepleierne med bruk av videokonferanse og hvilke ulemper kan videokonferanse medføre? Håpet med studien er at erfaringene fra sykepleierne kan bidra til økt forståelse av hva som kan hemme eller fremme samhandling og kommunikasjon med innringer, slik at man kan sikre en mer nøyaktig og raskere vurdering av hastegrad. På den måten er det tenkelig at man kan få en mer nøyaktig selektering av de som vil ha behov for å komme til legevakten for konsultasjon.

#### 3.3 Studiens forskningsspørsmål

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- «Hvilke erfaringer har sykepleierne med vurderinger av pasienter ved bruk av videokonferanse?».
- «Hvilke utfordringer kan sykepleiere ha med bruk av videokonferanse?»

I studien belyses erfaringer til sykepleiere som svarer på telefonhenvendelser. I litteraturen refereres det enkelte ganger til operatør som besvarer telefonhenvendelsene. I oppgaven har jeg valgt å bruke sykepleiere, ut ifra at alle informanter i studien var sykepleiere. Med tanke på den som ringer inn har jeg brukt både benevnelse innringer og pasient. Innringer er ikke alltid den personen som er syk eller ønsker hjelp, men kan være en som henvender seg på

vegne av pasienten. Noen ganger kan det også være helsearbeidere. Begrepsbruken her går litt om hverandre.

## 4.0 Forskningsdesign og metode

I dette kapitlet blir forskningsdesign og metode presentert samt forberedelser før datainnsamling, metode for datainnsamling og analysemetode blir beskrevet i tillegg til etiske overveielsene som var aktuelle for studien.

### 4.1 Forskningsdesign

«Design skal tilpasses formålet i all forskning, og man velger den metoden som egner seg best til å svare på forskningsspørsmålene» (Thagaard, 2013, s.54).

Studien hadde et beskrivende og utforskende design (Malterud, 2003) og var basert på fokusgruppeintervjuer av sykepleiere fra 4 ulike legevakter i Norge. Studien har i tillegg et eksplorerende design som er nyttig for å utforske, da det er lite studier fra før på dette spesifikke området.

### 4.2 Metode

Metode er en forbindelse mellom grunnleggende spørsmål, empiri og teori. Metode beskriver fremgangsmåter som brukes i forskning ved at den viser til hvordan man samler datamateriale og bearbeider det» (Thornquist, 2003).

Denne studien har tatt sikte på å utforske erfaringer med videokonferanse i legevaktsentral. Kvalitativ metode ble ansett som velegnet da det var sykepleiernes egne erfaringer som var fokus for studien. Ønsket var å utforske de fortellingene og opplevelsene som kom frem i intervjuene – ikke telle, måle eller på andre måter sammenligne utbredelse eller antall som forskere gjør i kvantitative studier (Thagaard, 2013).

Metoden i studien var fokusgruppeintervju som ga tilgang og gjengivelse av erfaringene slik informantene selv beskrev dem. Thornquist (2003) hevder at erfaringsnære beskrivelser som

sier noe om deltakernes konkrete verden er det som karakteriserer god kvalitativ forskning. Observasjoner, intervjuer og gruppeintervjuer regnes alle for vanlige måter å samle inn kvalitative data på (Johannessen et al, 2016).

Kvalitativ metode er velegnet når målet er å beskrive, analysere og fortolke kvaliteter ved fenomenet man studerer som i dette tilfellet var sykepleiernes erfaringer med videokonferanse (Malterud, 2017). Intensjonen var å åpne en dør og gi innsyn, fremfor å kartlegge alt som kan være tenkelig å finne (Malterud, 2012). Analysen var deskriptiv - det søktes ikke å forklare, i stedet ønsket man å forstå og beskrive de erfaringene som sykepleierne hadde tilegnet seg. Det ble trukket frem at en virkelighet kan forstås på ulike måter – og det ble søkt å finne kunnskap som både ga variasjon og ulikheter (Malterud, 2012).

Dersom man f.eks. hadde ønsket en mer utvidet beskrivelse av den enkelte informants opplevelse eller følelse knyttet til et fenomen, eller at det var mer private temaer som skulle diskuteres, ville individuelle intervjuer bli regnet som en mer passende metode (Johannessen et al, 2016). For å innhente empirisk materiale falt valget på fokusgruppeintervjuer, som har en ikke-styrende intervjustil. (Kvale & Brinkmann, 2015).

Et av hovedtrekkene var å få frem forskjellige meninger rundt tema som skulle diskuteres, ikke nødvendigvis komme til en enighet eller løsninger. Moderator skulle stort sett sørge for en åpen atmosfære der alle fikk komme med sine meninger, og det ble forsøkt aktivt å benytte gruppeprosessen i diskusjonen for å få frem nye synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2015). Fokusgrupper kjennetegnes av gruppeinteraksjon og at tema er bestemt i forskningsøyemed. Det gjorde metoden spesielt egnet for å få frem erfaringsbasert data. Som virkemiddel ble det vektlagt gruppedynamikken for å hente frem synspunkter og avdekke erfaringer (Halkier, 2018). Fokusgruppeintervju åpner for mer utfyllende beskrivelser ved hjelp av gruppedynamikk, og samspillet mellom deltakerne åpner for spontane fortellinger og bruk av humor i samtalen (Polit & Beck, 2018).

På forhånd var det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med 4 områder med spørsmål og underspørsmål, dvs. hverken åpen samtale eller lukket samtale med spørreskjema (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne var ment til hjelp for moderator dersom det ble behov for å styre samtalen (Polit & Beck, 2018) (Vedlegg nr: 4)

### 4.3 Utvalg

Målgruppen var sykepleiere med minimum 2 års ansiennitet fra legevakt. Alle hadde brukt videokonferanse mer enn 10 ganger, noe som ga tilstrekkelig erfaringer ut ifra problemstillingen (Thagaard, 2013). Ut ifra nevnte inklusjonskriterier var utvelgelsen av informanter strategisk, men de ble selektert ut ifra hvem som var tilgjengelige og ønsket å delta. I kvalitative studier er deltakerne ikke tilfeldig, da man ikke skal foreta statistiske generaliseringer. I stedet vil man oppnå en fyldig beskrivelse og mest mulig kunnskap om fenomenet som skal undersøkes. Stikkord her var hensiktsmessighet og ikke representativitet (Johannessen et al 2016). For å få en viss spredning på deltakerne ble det rekruttert sykepleiere ved 4 forskjellige legevakter av ulik i størrelse.

Deltakerne hadde relativt ensartede egenskaper med tanke på relevante forhold for å kunne belyse temaet tilstrekkelig som utdanning, erfaring og minimum antall års ansiennitet (Malterud 2012). Alle informantene var kvinner. Flesteparten var godt voksne med flere års erfaring både som sykepleiere og fra legevaksarbeid, noe som bidro til en viss grad av homogenitet i gruppene.

Deltakere var kollegaer ved de respektive legevaktene og vant til å sitte sammen i møter o.l. Utvelgelsen var et bevisst valg og ble gjort for å øke tryggheten og senke terskelen for den enkelte med tanke på å snakke fritt og komme med tanker og opplevelser. Eksisterende grupper kan dra veksler på hverandre ved at de i større grad har samme referanser og deler mange av de samme erfaringene. Man unngår også risiko for unødig sjenanse som kan forekomme i grupper hvor deltakerne er fremmede for hverandre (Kitzinger, 1999). Selv om informantene var kollegaer fra samme arbeidssted, var det ingen selvfølge at de følte seg komfortable med å snakke fritt blandt kollegaer. Det er derfor tenkelig at det kunne gitt andre resultater dersom man hadde valgt individuelle intervjuer bare med informant og moderator.

### 4.4 Rekruttering

Før rekrutteringen av informanter ble nødvendige tillatelser innhentet. Prosjektet behandlet ikke pasientopplysninger. Den falt derfor ikke inn under helseforskningsloven (2008) og

måtte ikke meldes til Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien falt derimot inn under personopplysningsloven (2018) og måtte meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Malterud, 2012). Godkjenning fra NSD ble mottatt 30. mars 2022 (Vedlegg 6).

Etter at prosjektbeskrivelse og søknad til NSD var godkjent ble det tatt ny kontakt med fagsykepleierne ved de aktuelle legevaktene. De fungerte da som kontaktpersoner og portvakt (Malterud, 2012), og ga meg navnet på aktuelle sykepleiere som jeg igjen kontaktet på e-mail med spørsmål. Et informasjonsskriv ble sent til informantene der de ble spurt om å delta, og hvor de bl.a. ble informert om studiens tema, hensikt, rettigheter og kontaktinformasjon ble oppgitt (Vedlegg 2).

Totalt 4 fokusgruppeintervjuer med 4 sykepleiere i hvert intervju ble gjennomført, dvs alt i alt 16 informanter. Av praktiske årsaker ble 2 intervjuer gjennomført med fysisk oppmøte og 2 intervjuer ble gjennomført på Teams. Malterud (2012) beskriver fokusgruppetudier hvor antallet varierer mellom 4 og 12 deltakere. Hun påpeker at det er uttalt interaksjon mellom deltakerne som gjør at det kan kalles en fokusgruppe og ikke et individualintervju. Hun anbefaler å tilstrebe grupper med 5-8 deltakere for tilstrekkelig bredde og mangfold av data rundt fenomenet som er fokus. Kvale & Brinkmann (2019) hevder at «man skal intervjuer så mange personer som det trengs til å finne ut det du trenger å vite». Studiens utvalg ble rekruttert fra 4 legevakter – 2 små, en mellomstor og en stor legevakt. Utvalget var strategisk, informanter man antok å inneha kunnskaper om temaet ble valgt ut for å sikre rike og fyldige beskrivelser. For å belyse problemstillingen må man i et strategisk utvalg prioritere informasjonssterke deltakere (Patton, 2002).

#### 4.5 Gjennomføring av intervjuene

En intervjuguide med 4 spørsmål ble laget for å sikre at de aktuelle temaer ble diskutert i fokusgruppeintervjuene (Johannessen et al., 2016). Temaene i intervjuguiden var bl.a. ved hvilke typer situasjoner og ved hvilke henvendelser har sykepleierne opplevd at videokonferanse hadde betydning for hvordan en henvendelse ble håndtert, om videokonferanse påvirket kommunikasjonen samt utfordringer ved bruk av videokonferanse. Intervjuene var semistrukturerte. Det ble unngått å stille for mange spørsmål og informantene

ble oppfordret til å fortelle fritt om sine opplevelser og erfaringer (Johannessen et al., 2016 og Malterud 2016). Intensjonen var å få til en løs og uformell prat for å sikre spontanitet, samtidig som nevnte temaer ble diskutert og besvart. I følge Halkier, (2018) vil dataene du får avhenger av strukturen, som må stå i forhold til studiens hensikt. Før intervjuene ble det minnet om taushetsplikten og om å ikke komme med sensitive pasientopplysninger.

Deltakerne ble informert i forkant om hvordan intervjuene skulle foregå i praksis, og de fikk anledning til å komme med spørsmål. Varighetene på intervjuene var fra ca. 45 min til 1 time. Lydopptak ble brukt under samtlige intervjuer. Informasjon om mulighet for å trekke deltakelsen, rettigheter, moderators taushetsplikt og taushetsplikt innad i gruppen ble gjentatt etter hvert intervju. Nettskjema fra UIO.no ble benyttet for lagring av dataene som oppbevares av moderator så lenge arbeidet med masteroppgaven pågår. Etter innlevering og godkjenning av oppgaven vil dataene bli slettet. (UIO.no).

#### 4.6 Analyseprosessen

Å analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer for å avdekke et budskap eller en mening, og for å finne et mønster i datamaterialet» (Johannessen et al., 2016, s. 160).

I studien ble det valgt å bruke tematisk analyse etter modell fra Johannessen et al (2018): «*Hvordan bruke teori?*». De beskriver at de støtter seg til Virginia Braun og Victoria Clarke som ifølge dem har en mer kompleks tolkning av tematisk analyse enn den modifiserte utgaven de har valgt å benytte. Johannessen et al (2018) deler tematisk analyse inn i 4 følgende faser:

1. Forberedelse – samle inn og få oversikt over data
2. Koding – identifisere viktige poeng
3. Kategorisering – sortere dataene i generelle temaer
4. Rapportering – rapportere de temaene du kommer fram til og beskrive innholdet i disse.



#### 4.6.1 Forberedelse

Alle 4 fokusgruppeintervjuer ble transkribert fortløpende av prosjektleder. Det ble skrevet en kort oppsummering av forløp, stemning etc. under selve intervjuet mens det fortsatt var ferskt i minne. For at dataene skulle bli tilgjengelige måtte de bearbeides og organiseres.

Transkripsjon er prosessen hvor muntlig samtale konverteres til tekst og er starten på analysen. Det ble lagt vekt på å skrive ned samtalen ordrett for å gjengi den mest mulig i tråd med det informantene hadde til hensikt å fortelle (Malterud, 2003). Lydfilene ble lyttet til både før, under og etter transkriberingen. Det ble tatt hensyn til utsagn slik de ble uttrykt med gjentakelser, onomatopoetikon (lydord), markering av avbrutte setninger osv., og det ble skrevet inn pauser og latterutbrudd for å gi et så helhetlig bilde av intervjuet som mulig. Flere av informantene snakket dialekt som ble omgjort til bokmål i transkriberingen for å ivareta anonymiteten. Etter transkribering ble lydfilene slettet.

I analysen ble det forsøkt å se etter tema i dataene, dvs. gruppering av data med viktige fellestrekk. Hvert tema ble regnet som en kategori. På den måten kunne man gruppere «små» svar, dvs. at man inkluderte individuelle svar inn i mer generelle grupperinger eller temaer (Johannessen et al., 2018). Ved oppstart av analysen var det ikke formulert forskningsspørsmål i studien. Disse ble etablert på et mye senere tidspunkt i prosessen, faktisk helt på slutten ifbm. analysekapitlet.

#### 4.6.2 Koding

For å fremheve og synliggjøre poeng i teksten ble markeringstusj benyttet. Det ble vektlagt å ikke markere for store avsnitt. Ekstra viktige poeng ble i tillegg streket under, og det ble notert stikkord i margin for å sikre at de ble funnet igjen i teksten etterpå. Det ble også foretatt oppsummeringer/refleksjoner. Dataene ble gjennomlest og sortert i tre kategorier – ikke relevante, åpenbart relevante og potensielt relevante. De to siste kategoriene ble begge kodet grundig (Johannessen et al., 2018). Første steg i kodingen var å finne hva teksten handler om, samt utheve viktige poeng og utsagn. Det ble vektlagt å få med de små poengene, og heller litt for mye enn for lite tekst. Små poeng kan vise seg å bli store når man kommer videre inn i prosessen med analysen (Johannessen et al., 2018). Under stikkordoppsummering ble det lagt vekt på å formulere datanære oppsummeringer. Det vil si å bruke informantens egne ord i stedet for generelle ord (som f.eks. positiv/negativ). Det regnes som viktig for å

bl.a. sikre at man er tro til den opprinnelige meningen, får øye på nyanser og lettere kan se sammenhenger som kanskje ikke var forventet eller synlig ved første øyekast. Ved å bruke datanære oppsummeringer legger man til rette for neste steg i analyseprosessen der dataene skal sorteres i generelle kategorier. Selve prosessen med koding ble foretatt med følgende spørsmål i tankene: 1) Kunne man laget koden før kodingen, og 2) Skjønner man hva dataenes konkrete innhold er bare med å lese koden? (Tjora, 2017).

Etter kodingen ble intervjuene lest på nytt. Oppsummering og tanker ble skrevet i et nytt notat på et ark for å få plass til mer tekst. Intervjuene ble gått gjennom en gang til som kvalitetssikring for å ikke overse relevante data. Det ble foretatt ny gjennomlesning etterpå med ytterligere notering av viktige momenter og oppsummeringer. I dette steget av prosessen begynte konturene av forskningsspørsmålet å vise seg ved at bl.a. forskjellige bruksmåter av video mellom den største legevakten og de tre andre trådte fram. Det ble også avdekket felles temaer ved alle legevaktene.

#### 4.6.3 Kategorisering

Detaljrik data ble konvertert til et mer overordnet fokus, og ble satt inn i en større helhet ved å bli sortert i kategorier, også kalt temaer. Viktige poeng i dataene ble fremhevet (Johannessen et al., 2018). Etter koding pekte det seg ut følgende temaer: Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, triagering, klinisk vurdering, dokumentasjon, opplæring og etikk. Triagering hører naturlig inn under den helhetlige vurderingen, slik at den og klinisk vurdering ble slått sammen. De tre siste kategoriene var det hver for seg ikke så mye materiale å jobbe med. Det ble dermed laget en kategori på mulige ulemper ved bruk av videokonferanse hvor bl.a. opplæring, dokumentasjon og etikk har fått plass.

Iflg Johannessen et al (2018) skal man ha tilstrekkelig med materiale for å beskrive hvert tema. Temaet skal igjen ha en intern konsistens – det vil si at man sørger for å gruppere temaer som naturlig hører sammen. I tillegg skal de ha en ekstern konsistens der man sørger for at temaene kan stå alene og ikke overlapper hverandre i for stor grad. Under hvert tema ble det satt inn underkategorier. I denne fasen ble det brukt tankekart hvor forskningsspørsmålet var i midten og temaene ble satt rundt som bobler med undertemaer plassert under boblene. Dette er regnet som en enkel måte for å unngå inkonsistens i sorteringen (Johannessen et al., 2018).

#### 4.6.4 Rapportering

Rapportering vil her si å formidle det som ble funnet i studien, samt vise gyldighet i de svarene som kom frem (Johannessen et al, 2018). I dette avsnittet eksemplifiseres hvordan det er gått frem for å analysere uttalelsene fra informantene.

Eks:

*«Jeg tror vi bruker endel lengre tid på telefonen, men likevel så sparer vi jo tid når man legger det til, for det er jo ofte da man ikke tar de ned (til legevakt), ikke sant? Da sparer man jo tid i den forstand»*

Raskere situasjonsavklaring/tidsbesparende.

Kategori: Kommunikasjon, triagering.

*«...det er ikke alltid at mor eller far eller de rundt skjønner hva vi tenker på når vi spør om normal pust...» -*

Kvalitetssikring, bruker video for verifisering av tilstand

Kommunikasjon, triagering.

*«...folk klarte ikke mange ganger å formidle hva som var problemet. De ringte og hadde covid, men benektet at de var tungpustet. Så da hadde vi dem til å gå rundt og sånn og det ble veldig mye bedre av å se. Jeg synes det er fint å bruke også til allmenntilstand også nå... jeg bruker det mye mer på allmenntilstand nå enn jeg gjorde før...»*

Vurdere helhet/allmenntilstand.

Klinisk vurdering.

Kategoriene ble til følgende tema.

1. Erfaringer med bruk av videokonferanse og vurdering av pasientens tilstand
2. Kommunikasjon med innringer
3. utfordringer ved bruk av videokonferanse

#### 4.7 Ethiske overveielser

«All forskning som omhandler mennesker har etiske implikasjoner» (Furseth & Everett, 2012).

I følge Halkier (2018) er det 5 hovedområder som må ivaretas når det kommer til etikk. Det første er at det skal foreligge et informert samtykke. Deltakerne i studien hadde sagt klart ja at de ønsket å være med og det var innhentet informert og skriftlig dokumentasjon på samtykke. Neste punkt var anonymisering som var ivarettatt ved at det var kun moderator som hørte og transkriberte lydfilene. Det ble ikke benyttet navn på legevakt eller deltakerne i transkriberingen. Informantene hadde kjennskap til hva prosjektet omhandlet og hva deres deltakelse skulle brukes til, som i dette tilfellet var fokusgruppeintervjuer som inngår i en masterstudie. Det påpekes at man skal holde det man lover, og f.eks. ikke love egne rapporter etc. dersom det ikke er mulig. Legevaktene som deltar har blitt spurt om de ønsker kopi av den ferdige oppgaven, noe alle har takket ja til. Siste punkt er en påminnelse om at du som forsker kommer som representant for den akademiske verden, slik at man sørger for å oppføre seg ordentlig og på den måten legger til rette for de som kommer som forskere etterpå. De to viktigste punktene ved bruk av personer i forskning er iflg. Furseth & Everett (2012) at deltakerne må gi sitt informerte samtykke og at de ikke på noen som helst måte blir skadelidende ved å ha deltatt i forskningen. I denne studien er det brukt USN sine retningslinjer ifht ivarettakelse av personvern samt at studien er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

#### 4.8 Troverdighet i kvalitative studier

Ved kvalitative studier fordres en viss kunnskap om feltet for å kunne legge til rette for gode relasjoner mellom forskeren og informantene (Thagaard, 2003). Når man gjør en studie innenfor eget felt vil man ha god kjennskap til det man skal studere. Moderator jobber i legevakt og kan ut ifra det kjenne seg igjen og sette seg inn i de situasjoner og hendelser som omtales. Kunnskapen man bringer med seg fra eget felt er med på å gi forståelse av studien og problemstillingen, men det kan også være en viss fare for at man ikke er klar over integrerte holdninger og meninger som man ubevisst vil være farget av. En annen svakhet kan være at nyanser som avviker fra egne oppfatninger kan overses (Thagaard, 2013). Det kan dermed

både by på utfordringer, men kan også være et godt utgangspunkt og grunnlag for forståelsen av fenomenet som er i fokus. Temaet i denne studien anses nøytralt og fremstår ikke som privat eller personlig å diskutere. Forsker har ikke følelsesmessige bånd til tema, hvilket gjorde det relativt enkelt å ha et profesjonelt og tilstrekkelig distansert blikk på det som kom frem under intervjuene.

Et grunnleggende prinsipp i all forskning er å vurdere data eller kildenes kvalitet. Om dataene fremstår troverdige eller pålitelig er selvfølgelig noe som er vanskelig å måle eksakt. For å få en pekepinn kan man spørre seg om andre uavhengige observasjoner har kommet frem til samme eller tilnærmer likt resultat? (Furseth & Everett, 2012). Validitet eller gyldighet er et annet viktig prinsipp. Dataene som er innhentet er relevante for tema som ønskes undersøkt, og det er tilstrebet å inkludere alle data av betydning (Furseth & Everett, 2012).

## **5.0 Resultater**

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysen som bygger på fokusgruppeintervjuer av til sammen 16 sykepleiere som deler av sine erfaringer, tanker og refleksjoner ved bruk av videokonferanse. Resultatene fra de aktuelle legevaktene er slått sammen for å oppnå anonymitet. Det ble valgt å systematisere erfaringene i tre kategorier som beskrevet nedenfor.

For å utdype meningene som kom frem er det flettet inn sitater fra deltakerne fortløpende i teksten. Sitatene er ment både for å illustrere og sette farge på opplevelsene og erfaringene som fremstår som gjeldende for temaet som er i fokus, men også vise frem enkeltepisoder for å belyse helheten (Malterud, 2017). Resultatene er i størst mulig grad beskrevet med informantenes egne ord, slik at man sikrer å være så tro mot innholdet i intervjuene som mulig.

### **5.1 Letter pasientvurderingene, kortere tid til å avklare hastegrad**

Samtlige sykepleiere i studien rapporterte at videokonferanse på mange måter kunne lette arbeidet med å triagere. Ved å se pasienten var det lettere og raskere å avklare vedkommendes helsetilstand og hvorvidt vedkommende må komme til legevakten eller kan bli hjemme. For innringer kan det være vanskelig å vurdere om deres tilstand behøver akutt helsehjelp. Det er

f.eks. ikke alle innringere som vet hva unormal pust eller en feilstilling er. Da opplever sykepleierne det som svært nyttig å se pasienten eller skaden med videokonferanse. Det ble trukket frem at bruk av videokonferanse forhindret at man måtte spørre innringer gjentatte ganger om de samme tingene, eller komme med oppklarende spørsmål. På den måten hevdet informantene at videokonferanse effektiviserte telefonhenvendelsene. Mange ga uttrykk for at det var et svært praktisk verktøy, spesielt ved vurderinger som krevde visuell forståelse, som f.eks. respirasjon og allmenntilstand.

Eks:

*«Jeg synes utelukkende barn for å se hvordan de puster – det er liksom min nr. 1 ved konsultasjon med video, for det er ofte foreldrenes opplevelse av pust som er annerledes enn det vi opplever. Det er et ekstremt godt verktøy når det kommer til å vurdere pust og inndragninger».*

## 5.2 Trygghet for sykepleierne

For å triagere bør man vurdere hvilken type helsehjelp pasienten har behov for. Det kan spare tid ved at pasienten kanskje slipper oppmøte, og på den måten kan man bidra til å redusere køen på legevakten. I perioder med økt pågang kan det være til stor hjelp. Det kan også være nyttig ved usikkerhet om pasienten skal opp- eller nedgraderes i triage. Med andre ord kan det gi en bekreftelse på hastegrad, samt om man f.eks. skal sende ut ambulanse. Disse momenter er med på å sikre prinsippet med å tilby riktig helsehjelp på rett nivå.

Det ble av flere nevnt at ikke alle som ringer inn til legevakten klarer å gi nøyaktig eller korrekt beskrivelse av den aktuelle situasjonen. Ved videokonferanse kan man til en viss grad få bekreftet eller avkreftet på en bedre måte det innringer forteller. På den måten vil man kunne innhente mer nøyaktig informasjon noe som også kan medføre at man kan avdekke kritisk sykdom eller tilstander som ikke blir formidlet korrekt.

*«... og når jeg da fikk se det benet så var det bare sånn: Kom ned med én gang! Datteren (innringer) hadde ikke klart å formidle til meg hvor ille det var.»*

*«... det viktigste med dette her er jo ikke nødvendigvis at vi skal slippe å få folk inn, men at vi rett og slett sørger for at de får riktig type hjelp. Og da er det med å oppgradere like viktig som å nedgradere».*

Ved den største legevakten kom det fram at de i starten brukte videokonferanse mye til å vurdere bl.a. sår og kutt. I dag brukes det mer for vurdering av allmenntilstand til pasienten, også med tanke på å helhetsvurdere og kvalitetssikre de pasientene som de over telefonen triagerer til grønn. Med bruk av videokonferanse og visuell klinisk vurdering opplevde operatørene å stå tryggere i sine valg, og det ble regnet som en ytterligere bekreftelse på allerede tildelt hastegrad. En av legevaktene beskrev at de anvendte videokonferanse for å lage det de kalte for et «sikkerhetsnett» for pasienten. Med det mente de at de informerte innringer hva han eller hun skulle se etter, hvilke symptomer de skulle observere og på hvilken måte, når de skulle ta kontakt igjen - og hva de eventuelt kunne vente med til fastlegen åpnet neste dag. Informantene her var tydelige på at det er lettere å triagere når du ser pasienten. Da kan man på en bedre måte vurdere om det er kritisk, eller er det noe som haster, eventuelt om det kan tas med fastlegen - eller skal man se symptomene an til neste dag? Observere etter tegn til infeksjon var f.eks. en gjenganger som ble mye brukt her.

*«... så er det jo det dærre sikkerhetsnettet som vi lager med pasientene da, når vi liksom blir enige om veldig konkret hva de skal se etter når vi har lagt på, når de skal ta kontakt, hva som kan vente til fastlegen, det der sikkerhetsnettet, det er det som er så fint synes jeg, at vi kan implementere den videoløsningen i det.»*

### 5.3 Letter kommunikasjonen

Informantene samstemte i at det særlig ved kommunikasjonsvansker var nyttig med videokonferanse. Kommunikasjonsvansker beskrev de som alt fra språkproblemer hvor innringer hadde dårlig norsk- eller engelskkunnskaper, til at ikke alle har like godt ordforråd og sliter med å beskrive hva som har skjedd. Atter andre forsto kanskje ikke hva sykepleieren etterspurte.

Informantene hadde inntrykk av at publikum stort sett var positive til videokonferanse. Innringerne beskrev det ofte som en god opplevelse og mente det bidro til en enklere

kommunikasjon totalt sett. En del sa at de følte seg ivaretatt og seriøst behandlet ved at deres henvendelse ble vurdert «på direkten» av sykepleier. Sykepleierne på sin side opplevde det som lettere å gi råd, og publikum ga oftere uttrykk for større grad av tillit til utfallet av konsultasjonen. Til sammen resulterte dette i økt trygghet for begge parter. En av informantene nevnte at hun hadde ved en anledning valgt å koble opp på videokonferanse for å berolige en innringer som var engstelig. Sykepleieren fortalte pasienten hva hun observerte, samtidig som hun forklarte hva pasienten skulle gjøre for å roe seg ned. I dette tilfellet lyktes det pasienten å gjenvinne roen, og hun hadde ikke behov for å komme til legevakten i etterkant av hendelsen.

Informantene rapporterte at småbarnsforeldre ofte opplevde at videokonferanse ga større trygghet. Informantene på sin side følte de kunne gjøre en grundigere vurdering av hvert enkelt barn med videokonferanse, og til slutt gi en riktigere vurdering med tanke på hastegrad. Sykepleieren kunne f.eks. gå gjennom ABCD høyt med foreldrene, noe som ga trygghet også for sykepleieren. Dersom henvendelsen skjedde på natten så slapp kanskje foreldrene å ta med seg barnet til legevakten. Flere informanter ga uttrykk for at det også var lettere for foreldre å sette ord på tilstander og/eller symptomer når de ble fortalt hva de skulle se etter, som for eksempel pust/inndragninger hos små barn. Dersom barnet f.eks. hadde raskere respirasjon så opplevde sykepleier at det var fint å snakke med foreldrene og spørre om barnet hadde feber, samtidig som man observerte barnet og allmenntilstand. En sykepleier kom med et eksempel hvor en utenlandsk far hadde ringt til legevakten og fortalt at barnet ikke pustet. Det viste seg heldigvis å være dårlige norskkunnskaper fra far og et barn som pustet noe annerledes enn vanlig.

Eks.

*«...jeg oppfattet ikke dette som alvorlig, ehh så jeg spurte pappa, kan jeg se på barnet med video? Å jeg får ehh se på barnet, som sitter da på vaskemaskinen på badet og leker og er fornøyd».*

I studien svarte stort sett alle informantene at de opplevde besvarelsene pr telefon som mer effektive ved bruk av videokonferanse. Det kom fram at samtalene også varte kortere, til tross for at det gikk noe tid bort til tekniske ting som å koble opp innringer ved å sende link på tlf. etc. Ved én av legevaktene kom det fram at de ikke brukte mer tid nå i gjennomsnitt pr tlf. samtale enn før oppstart av videokonferanse.



## 5.4 Sykepleiernes kliniske kompetanse

Videokonferanse ble av de fleste informantene beskrevet som en trygghet for sykepleieren. Ved klassiske symptomer eller tilstander som f.eks. urticaria eller vannkopper var det mulighet for en raskere avklaring og tilbakemeldinger til innringer. Var man i tvil eller opplevde det som vanskelig å vurdere, kunne man få en kollega til å se sammen med seg. Den største legevakten sa at de brukte videokonferanse for andre vurderinger nå enn de gjorde i starten. De brukte det mindre på sår og utslett enn tilfellet var ved oppstart, men brukte det mer på vurdering av allmentilstand til pasientene. For å anvende videokonferanse optimalt ble det flere ganger fremholdt at operatør må ha klinisk erfaring. Man må vite hva som skal kartlegges, og hva man skal spørre om for å kartlegge. En del uttrykte skepsis ifht nyansatte eller nyutdannede sykepleiere som ikke har opparbeidet seg tilstrekkelig klinisk kompetanse til å foreta gode nok vurderinger noe de mente var en utfordring. Det ble diskutert hvorvidt videokonferanse som beslutningsverktøy passer for alle, noe gruppen konkluderte med at de ikke var enige i. Det ble videre begrunnet med at man må bruke både klinisk erfaring og klinisk skjønn for å utnytte potensialet som ligger i et slikt beslutningsverktøy.

Eks.

*«Det er viktig å spørre om de riktige tingene, og du må mistenke alvorlige tilstander».*

Dersom det lå til grunn at man både kunne bruke sin erfaring i tillegg til å observere, så mente en stor andel av informantene at videokonferanse var et verktøy som kunne hjelpe deg å gjøre en ennå bedre jobb. Det ble derimot trukket frem at man uansett ikke måtte stole blindt på det man fikk se. Eksempelvis ble det fortalt om en mann med FAST symptomer som ringte inn. Han beskrev at han følte at det ene kinnet var litt hovent, eller at det kanskje «hang» litt? Det ble koblet over på videokonferanse, og den erfarne sykepleieren kunne ikke se noe hun syntes var spesielt eller annerledes ved ansiktet. På bakgrunn av pasientens egen opplevelse valgte likevel sykepleieren å be ham komme til legevakten. Da pasienten kom var han også blitt snøvlete i talen og ble umiddelbart sendt videre til sykehus med mistanke om FAST symptomer.

Eks.

*«...det var en kar som skulle legge seg, og så følte han at det, at det var sånn, akkurat som han hadde hovnet opp i ene kinnet...det var jo det at han også beskrev at det **hang** som gjorde, men han hadde ingen andre FAST symptomer, ingenting å ta det på...»*

Det ble fremhevet av stort sett samtlige informantene at de opplevde det som krevende å sitte på telefonen. Anbefalinger og krav nasjonalt er at du bør ha jobbet i to år før du kan sitte selvstendig og besvare telefonhenvendelser (Helsedirektoratet). Det kom fram at det mange steder ikke blir fulgt. Å sitte på telefonen ble gjentatte ganger referert til som det desidert vanskeligste man gjør i legevakten. Det handlet om den vurderingen du må gjøre av alle som ringer inn, med påfølgende ansvar for å ta de riktige vurderingene og beslutningene. Ingenting må oversees eller glemmes her. Det kan være store forskjeller i henvendelsene og hvordan ting beskrives av den som ringer inn. Som sykepleier skal du klare å plukke ut de som ikke behøver å komme til legevakt, samtidig må du fange opp de som trenger hjelp, og du må vurdere hva slags type hjelp og på hvilket nivå hjelpen skal tilbys. For å klare dette ble det sagt at;

Eks.

*«Helhetsvurdering – selv folk som har jobbet lenge som sykepleier så betyr ikke det at du kan håndtere å sitte på telefonen, fordi du må tenke på en helt annen måte».*

## 5.5 Tekniske utfordringer

Videokonferanse er enkelt å bruke rent teknisk, men avhenger av bl.a. faktorer som at det er god kvalitet på kamera som benyttes. Lyssettingen i rommet eller der innringer befinner seg vil spille en stor rolle. Ved dårlig lyssetting eller i mørke rom kan det være vanskelig å vurdere f.eks. hudfargen på pasienten. Disse tingene vil være viktig å formidle til innringer slik at de evt. kan få slått på mer lys i rommet etc.

Eks.

*«...pasienten hadde ringt 113 selv fordi han var så bleik. Åsså hadde de sett ham på video og sa at han hadde ganske normal hudfarge. Og da han kom så var han jo kjempebleik da, og hadde lav HB og sånn da. Så det hadde jo vært med lyset da at det hadde vært helt annerledes på video'n. Man må vurdere da, det er ikke alt som kommer så godt frem...»*

Et annet moment som ble trukket frem var at spesielt eldre over 60 år kunne oppleve vansker med å bruke videokonsultasjon. De er ofte litt mindre flinke med tekniske ting, men det ble påpekt at det var stor variasjon med tanke på teknisk kunnskap og ferdigheter blandt eldre.

## 5.6 Etikk

Under intervjuene kom det frem noen få eksempler på dårlig dømmekraft og manglende etisk vurderingsevne hos enkelte innringere. Det var heldigvis ikke ofte at slike episoder forekom, men de episodene som ble formidlet ble betegnet som svært ubehagelige. Blant annet dreide det seg om uheldig filming (les: nedentil), eller at det ikke var hentet nødvendig samtykke ved f.eks. demente eller ruspåvirkede pasienter. Det ble påpekt at med videokonsultasjon kommer du rett inn i situasjonen, du får ikke forberedt deg på ubehagelige syn etc. Noen informanter beskrev at det fremstår som mange i dag ikke har et bevisst forhold til det de filmer, at de kanskje ikke tenker på at pasienten blir «utlevert». Informantene løftet frem forslag om etiske refleksjoner, som f.eks., kan man filme noen som ikke har gitt sitt samtykke til det?

Eks.

«.....hjemmesykepleien ringte inn pga. underlig adferd. Så da koblet jeg opp kamera og så jo at pasienten var, ehh, somatisk dårlig, endret bevissthetsnivå, men ikke sånn ehh, hun beveget seg jo rundt i rommet, «plukket» litt i luften. Da sendte vi jo lege, dette var natta, og hun ble lagt inn med delir ja.»

## 6.0 Diskusjon

«Å drøfte er å diskutere med seg selv» (Dalland, 2020).

«Innbyggerne i Norge er aktive nettbrukere som er vant til digitale tjenester, både til å innhente informasjon, kommunisere og til å utføre tjenester selv. Befolkningen forventer å kunne ta i bruk ulike typer digitale tjenester for kontakt med helse- og omsorgssektoren». (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 4).

Videokonferanse har avdekket endel om vanlige menneskers liv, og i USA fortelles det om at leger har fått et «sjokkerende innblikk» i pasientenes levekår. De peker på at Covid

pandemien viste oss hvor mye menneskelig kontakt betyr ved at vi mistet muligheten til å være sammen. Begrepet kalles for «digital avstandsnærhet» og kan være smitteforebyggende og effektivt, men det kan aldri erstatte genuin menneskelig kontakt. Det pekes på at teknologien har gitt oss en annen type «nærhet» ved at man kommer inn i pasientens private sfære (Guldbrandsen & Menichetti, 2021).

Det er gjort lite forskning på sykepleiernes erfaring med bruk av videokonferanse. Derimot finnes det endel studier over bruk av videokonferanse i sykehus samt legers bruk av verktøyet. Denne studien er et forsøk på å belyse hvilke erfaringer sykepleierne har.

Den største legevakten i studien opplyste at de startet for alvor å bruke videokonferanse når covid-19 epidemien rammet Norge. Da opplevde de økt behov for å se pasientene som ringte til legevaktsentral. Informantene fortalte at mange av innringerne med covid-19 hevdet at de følte seg «fin i pusten», noe som ikke alltid viste seg å stemme når de koblet over til videokonferanse og fikk se vedkommende. Samtlige informanter beskrev video som nyttig. I noen tilfeller mente de også at det var avgjørende å se med egne øyne for å klare vurdere riktig hastegrad og ressursbruk. Når innringere selv skal beskrive sin helsetilstand kan det være mange kilder til feilinformasjon. Det er også noen ganger sykepleiere ser for seg noe på telefonen som fremstår helt annerledes på video. Mange av informantene nevnte flere ganger at de brukte videokonferanse som en kvalitetssikring. Det ble utdypet med at det er ikke alltid ting er beskrevet eller oppfattet riktig over telefonen, og at det selvsagt er lettere å vurdere omfang og/eller alvorlighetsgrad når du selv ser en skade eller tegn til sykdom.

I intervjuene med informantene pekte det seg ut følgende kategorier: Hvilke betydninger kan videokonferanse ha for sykepleiernes vurderinger? Kommunikasjon med innringer/språkvansker og utfordringer ved bruk av videokonferanse. Hensikten med studien var å utforske og oppnå en mer utvidet forståelse av sykepleiernes erfaringer med bruk av videokonferanse. Hva kan eventuelt være med å fremme eller hemme samarbeidet med innringer, og hvilke ulemper finnes? Indirekte reises spørsmål om den teknologiske utviklingen gjør at sykepleierne får brukt sin kliniske kunnskap bedre - og kan videokonferanse løfte kvaliteten på samhandlingen mellom innringer og sykepleier ved telefonhenvendelser?

Det mest gjennomgående tema viste seg å være sykepleiernes opplevelse av økt trygghet i sine vurderinger av telefonhenvendelser. Tryggheten dreide seg i hovedsak om en subjektiv opplevelse av å vurdere vitale tegn bedre. Det mente de bidro til raskere og mer nøyaktig triagering, med påfølgende mer presise avgjørelser av hjelpetiltak for de pasientene som henvendte seg pr telefon. Ved kommunikasjonsvansker, særlig ved språklige utfordringer, mente de fleste at videokonferanse utgjorde en vesentlig forskjell for felles situasjonsforståelse med innringer. Sykepleierne hadde også erfaringer med at pasientene var mer fornøyde når videokonferanse ble benyttet. De følte seg betrygget av å ha hatt en konsultasjon og blitt vurdert av sykepleier, spesielt ble småbarnsforeldre nevnt i denne sammenhengen. Det ble videre nevnt områder som informantene mente kunne være utfordrende ved bruk av videokonferanse, bl.a. sykepleiernes kliniske vurderingskompetanse, tekniske utfordringer, og mindre tilfredsstillende tilrettelegging for dokumentasjon i pasientjournal og etikk.

## 6.1 Tryggere vurderinger

Som forventet kom det fram i fokusgruppeintervjuene at så godt som flesteparten av alle informantene opplevde at videokonferanse var til stor hjelp. Sykepleierne opplevde bl.a. at pasientens vitale parameter ble raskere oppfanget slik at de i større grad fikk brukt sin kompetanse til å vurdere helhetlige helsetilstand. De utdypet det med at det rett og slett var enklere å vurdere om f.eks. om vedkommende var tørr og varm i huden eller blek og klam, respirasjon/mulighet for å telle respirasjonsfrekvens, se på bruk av hjelpemusklene, grad av våkenhet/forvirring etc. når du har mulighet til å se det selv i stedet for å få det beskrevet over telefonen. På bakgrunn av dette mente stort sett samtlige at videokonferanse gjorde det mulig å foreta visuelle vurderinger der muntlig kommunikasjon ikke var tilstrekkelig eller at det var vanskelig. Flere av informantene mente i tillegg at videokonferanse bidro til en større grad av trygghet etter at de hadde foretatt triagering. Det ble påpekt at det var spesielt på grunn av at vurderingen av allmenntilstand ble opplevd som mer nøyaktig. Oppsummert var alle samstemte om at de følte de kunne utføre en bedre helhetsvurdering med videokonferanse, noe som ble fremholdt som positivt og som en kvalitetssikring. Resultatet viser på den måten at videokonsultasjon kan være med å redusere antall oppmøter i legevakter ved at det ikke blir nødvendig å gå dit så ofte, slik som også nevnt i studie utført av Karolinska Universitetssykehus (Karolinska Universitetssykehus. Innovation. U.å.) og at det gir mulighet

for at man raskere og med mer sikkerhet kan avgjøre hvilke pasienter som har behov for å oppsøke lege (Allertsen & Morken, 2020).

Informantene nevnte også at videokonferanse gjøre det mulig å fange opp pasienter som i utgangspunktet kanskje ikke hadde planer om å komme til legevakt. For eksempel de som ringer og bare vil ha svar på et spørsmål, - men som viser seg kanskje bør komme. Slike henvendelser kan eksempelvis komme av at innringer har lite kunnskaper om helse, sykdom eller skade, eller det kan være spesielle typer skader eller tilstander som utvikler seg raskt (Allertsen & Morken, 2020). Videokonferanse legger til rette for at telefonhenvendelsene kan sorteres mer effektivt, samt at det er mulig å gi råd til de som kan vente til fastlegen åpner neste dag uten større ulemper (Hansen & Hunskaar, 2016). Opplevelse av kvalitetssikring i forhold til vurderingene som sykepleierne foretar via telefon ble også nevnt av flere informanter i studien. Det ble sagt at videokonferanse gir flere valgmuligheter for kontakt og dermed øker tilgjengelighet av helsevesenet, noe som kan få pasientene til å føle seg sikrere.

På en annen side kan dette betraktes som at det hviler et større ansvar på sykepleieren som har foretatt den aktuelle vurderingen. Pasienten som har blitt vurdert via videokonferanse kan muligens i større grad «slappe av» og tenke at alt er OK – at han eller hun ikke er syk eller ikke har behov for helsehjelp. I ytterste konsekvens kan det medføre at pasienten overser en eventuell forverring av sin sykdomstilstand, har misforstått hvilke symptomer som var viktig å observere, eller ikke husker kriteriene for re-kontakt. Dersom sykepleieren skulle overse tegn til sykdom, eller at symptomer forverrer seg i løpet av kort tid, er det tenkelig at det kan få store konsekvenser for den enkelte pasient, men også for den aktuelle sykepleieren. Dette kan utdypes med at dersom helseinformasjon ikke fanges opp eller ikke videreformidles til riktig instans, kan det potensielt få alvorlige konsekvenser ved at en behandling kan bli forsinket eller det kan føre til at tilstander ikke oppdages (Direktoratet for e-helse, 2020). Et annet relevant punkt er at videokonsultasjoner kan bli benyttet i tilfeller der det også vil være nødvendig med fysiske undersøkelser eller prøvetaking. Da vil en videokonsultasjon komme i tillegg til en eventuell fysisk konsultasjon

En studie av legers bruk av videokonferanse, viser at en del ikke var fornøyde. Studien tar riktignok for seg en spesifikk pasientgruppe, men det er likevel interessant å sammenligne studien med denne, da det er legenes oppfattelse av videokonsultasjon som er i fokus. I studien kommer det fram at enkelte leger opplevde at når de ble fratatt mulighet til å

håndhilse eller ikke kunne etablere blikkontakt, så forsvant mye av vurderingsgrunnlaget deres. Det ble også hevdet at frykten for å ikke kunne foreta fysiske undersøkelser forhindrer mange leger i å bruke videokonferanse (Christensen et al., 2021). Kanskje er videokonferanse et viktigere verktøy innenfor akutt helse, da man ofte er mer avhengig av å få på plass elementære opplysninger raskt, mens en fastlege kanskje vil ha større nytte av å fysisk oppmøte for i større grad foreta undersøkelser og utredninger. Det vil uansett være forskjell på fastleger, sykehus, legevakt og andre instanser både på hvilken måte de møter pasienter og i hvilke situasjoner. En annen studie som nylig er utført viser at helsepersonell har sett på legers holdninger og opplevelse ved bruk av videokonferanse under covid pandemien. Der kommer det fram at leger har tro på å bruke videokonsultasjon for akutte henvendelser på lik linje med en ordinær konsultasjon. Det pekes på tidligere studier som viser liten sannsynlighet for feildiagnostisering, samt forbedring av legejournalen. I studien konkluderer de med at videokonferanse egner seg bra for oppfølging av kronisk syke, og at telemedisin bør brukes i større omfang (Alhajri et al., 2021).

## 6.2 Bedre kommunikasjon

I fokusgruppeintervjuene ble det nevnt at språkvansker er et vanlig problem. Mange innringere snakker dårlig norsk, og noen snakker heller ikke engelsk. Det kom frem at det ofte kan gå lang tid ut i samtalen før sykepleierne forstår hvorfor innringer tar kontakt. I situasjoner der det var vansker med å beskrive ulike tilstander opplevde informantene at de raskere fanget opp sannsynlig helsetilstand og alvorlighetsgrad. Informantene påpekte at nyansering og spesifisering, samt ordvalg for nødvendig oversikt over situasjon og hastegrad var svært viktig. «Han puster ikke» ble ved flere anledninger trukket frem av informantene som eksempel på et uttrykk som ikke var uvanlig. Utsagnet kan vise seg å ha flere betydninger –han puster annerledes, er kanskje den mest nærliggende beskrivelsen i mange tilfeller. I intervjuene ble det snakket om at det kan oppleves både skremmende og frustrerende av operatør å motta denne type informasjon over telefon. I utgangspunktet er dette opplysninger som tilsier akutt respons, med tilhørende ut alarmering av ambulanse og mange ressurser som skal settes i sving. Da er det selvfølgelig viktig at man har forstått innringer riktig, og at man er sikker på at man snakker om de samme tingene. Det ble trukket frem av informantene at videokonferanse kan hjelpe deg til å se på hvilken måte pasienten egentlig puster – er det fullstendig pustestopp (noe som er relativt sjeldent), eller er pasienten forkjølet, kanskje tett i nesen, eller har feber og dermed puster tyngre? Ved å se pasienten kan

man i større grad gjøre seg en mening angående inndragninger, bruk av hjelpemuskler, respirasjonsfrekvens og eventuelt for eksempel stridor.

Resultatene i denne studien sammenfaller med rapport av Allertsen & Morken (2020) som vises at det i stor grad er positive holdninger til bruk av videokonferanse blant både sykepleiere og pasienter. Sykepleierne nevner at de bruker det både som en kvalitetssikring ved tvilstilfeller, ved at det blir «lettere å avklare vanskelige case» og rent praktisk for å avklare om pasienten har behov for å komme til legevakten. Det blir også tatt frem i rapporten at det var «gode tilbakemeldinger fra pasientene som opplevde seg ivaretatt og slapp reise og oppmøte».

### 6.3 Effektivisering av pasientbehandlingen

Et relevant punkt i studien var at informantene opplevde at videokonferanse ga mulighet til å gå «rett på sak» og ta tak i det som var grunnlaget for henvendelsen. Erfaringsmessig er tidsbruk pr e-konsultasjon noen minutter kortere enn ved fysiske konsultasjoner. De oppleves i tillegg mer konsise og strukturerte ved at man i større grad holder seg til kun et problem, og at eventuelt utenomsnakk naturlig faller bort. Pasientene oppleves mer fokuserte i samtalen, noe som gjør det enklere å avslutte konsultasjonen til tiden (Helsedirektoratet, 2018). Det påpekes dog at e-konsultasjoner må tilrettelegges pasienter med spesielle behov som tolk, blindeskrift eller at vedkommende skulle ha behov for hjelp av assistent (Helsedirektoratet, 2018). Økt effektivitet i pasientbehandlingen sammenfatter at man både i Norge, Danmark og Sverige har som målsetting å bruke e-konsultasjoner i stadig større omfang.

Et annet viktig punkt er at kommunen plikter å tilby eller yte helsehjelp når det anses nødvendig, og med videokonferanse kan man unngå å binde opp ressurser unødvendig (Helse og omsorgstjenesteloven, §3-5). Helsedirektoratet har som mål at alle landets LVS skal ha tilgang til videoløsninger som kan understøtte arbeidet med å vurdere og prioritere henvendelser fra publikum om akutt helsehjelp, og de påpeker behov for at legevakten i større grad benytter videokonsultasjoner. Ikke alle steder i Norge er like godt dekket med tanke på helsehjelp, og samtidskonflikter kan oppstå. Mange steder er det store avstander og spredt befolkningstetthet. Tilgjengelighet for helsehjelp kan være vanskelig, og lang reisevei kan få store konsekvenser om flere alvorlige eller akutte hendelser skulle sammenfalle. Flere informanter trakk frem at videokonferanse effektiviserer pasientbehandlingen og sparer tid for pasientene ved at de kan slippe oppmøte, noe som er spesielt betydningsfullt for de med lang



reisevei. Helsedirektoratet har beregnet at pasienter kan spare flere hundre millioner kroner ved bruk av videokonferanse på grunn av redusert tidsbruk og spart reisekostnader (Helsedirektoratet, 2018). Undersøkelse av reisetid til legevakt i Norge publisert i Tidsskriftet for den norske legeforeningen viste en reisetid til legevakten på 22 min én vei, dvs. 44 min tur-retur. Ved å bruke mer e-konsultasjoner fremfor fysisk oppmøte vil man selvfølgelig spare reisetid og reiseutgifter. I tillegg vil infrastruktur i samfunnet spares, samt bidra til færre trafikkulykker og mindre utslipp, noe som vil gi samfunnsøkonomiske gevinster i tillegg (Raknes et al., 2014). I en spørreundersøkelse om videokonsultasjon foretatt av Helse Møre og Romsdal svarer 98% av de som deltok i undersøkelsen at de er fornøyde med videokonsultasjon, og at de også ville gjort det igjen (Dagens Medisin, 2021).

#### 6.4 Nødvendig sykepleierkompetanse ved bruk av videokonferanse

Epidemiologiske data fra legevaktene i Vaktårnprosjektet viser at i 2020 var 67,8% av telefon henvendelsene såkalte grønne hastegrader som kunne avvente. Et flertall av disse ender likevel opp som legekonsultasjoner (Vaktårnprosjektet, 2020). Det kan være vanskelig med videokonferanse å være sikker på at man har forstått situasjonen riktig, har man fanget opp alle symptomene? Ved videokonsultasjon vil vurdering av pasienten i stor grad foretas på bakgrunn av observasjoner. Det har likevel ikke vært foretatt fysiske undersøkelser, man har ikke kjent lukten i rommet, og det er vanskelig å vite om f.eks. lysforholdene var så bra at du har oppfattet pasientens hudfarge riktig. Noen dimensjoner legges til ved å se pasienten med videokonferanse, mens andre faller bort ved å ikke se pasienten ansikt til ansikt.

Pasienten på sin side kan føle seg betrygget over å ha blitt tilsett, og vil kanskje stole så mye på vurderingen som er foretatt at han eller hun overser eventuelle forverringer.

Vedkommende kan også ha glemt hvilke tegn de skulle se etter, eller husker kanskje ikke kriteriene for re-kontakt. På den måten kan man risikere at alvorlige symptomer ikke fanges opp, og videokonferanse kan gi en slags falsk trygghet på bakgrunn av at pasienten tross alt har hatt en konsultasjon. Informantene mente videokonferanse innebærer et større ansvar for sykepleieren og de påpekte at det bør brukes sykepleiere med nødvendig og tilstrekkelig erfaring, i tillegg til god klinisk kompetanse. Informantene var tydelig på at pasienten på sin side må informeres om at vurdering av helsetilstand med videokonferanse ikke er en garanti for at man er friskmeldt, og at situasjonen likevel kan endre seg eller bli forverret kort tid etter at man har vært i kontakt med legevakten.

## 6.5 Tekniske utfordringer

Videokonferanse fordrer at du har en smarttelefon og at du kan bruke den. Det vil si at du må ha et visst minimum av kunnskaper for å kunne ta imot en link som sendes deg på melding – og du må klare å trykke «OK» for å gi operatøren tilgang til mobilkameraet ditt. Lys i rommet, kvalitet på lyden, hvor bra telefonen og kamera er vil virke inn på kvaliteten av videokonsultasjonen. Dagens eldre ble av informantene fremholdt som en gruppe som ofte kommer til kort med tanke på bruk av teknologi. Eldre får dog stadig bedre datakunnskaper og vil forhåpentligvis i fremtiden kunne vise til et generelt høyere nivå når det kommer til både IT og bruk av generell teknologi. Det vil likevel være en viss fare for at e-konsultasjoner kan bli et tilbud til ressurssterke innbyggere både med tanke på å inneha teknisk utstyr samt kunne beherske digitale plattformer. For å sørge for at så mange som mulig kan ta del i tilbudet er det viktig å kunne tilby enkle og rimelige løsninger (Helsedirektoratet). I utgangspunktet skulle man tro at de eldre burde være blant de som kunne dra mest nytte av e-konsultasjoner fordi mange i denne gruppen har nedsatt mobilitet. Likevel er bruken lavere i denne gruppen da eldre oftere har høyere terskel for å ta i bruk ny teknologi. Erfaringer viser likevel at e-konsultasjoner kan brukes effektivt også her, forutsett at man er bevisst på disse utfordringene. F.eks. kan video-konsultasjon brukes i samarbeid med annet helsepersonell som f.eks. hjemmesykepleier og hjemmehjelp. Generelt øker også eldres digitale kompetanse fra år til år.

## 6.6 Dokumentasjon

Svært mange av informantene ga uttrykk for at de opplevde det uheldig med tanke på at det ikke var formalisert egne krav til dokumentasjon ifbm videokonferanse. Et relevant punkt er at det finnes ingen standardisering, mal eller lignende for dokumentasjon ifht symptomer og triagering ved videokonsultasjon. Det medfører et større ansvar for den aktuelle sykepleier å skrive hva man faktisk har sett og på hvilket grunnlag triagering er foretatt. I tillegg skal man notere hva man har formidlet til pasienten. Det vil dog være små muligheter for å etterprøve vurderingsgrunnlaget. Det betyr at dersom videokonferansen avsluttes med kategorien «medisinsk rådgivning, sykepleier» finnes det ingen standardisert mal og ingen spesifikke krav ifht hva slags informasjon pasienten skal ha mottatt, men journalnotatet forventes selvfølgelig ivaretatt ut ifra de generelle kravene til dokumentasjon som burde være

dekkende. Ved videokonferanse får man derimot raskere informasjon om pasienten, noe som kan gå så raskt at det kan være fare for å ikke klare å skrive ned alt. Pasienten vil være avhengig av at den aktuelle sykepleieren har husket alt som skulle formidles, samt tok seg tid til å forsikre seg at pasienten hadde forstått informasjonen. Mange av informantene nevnte at det bør være påkrevd at sykepleieren har en viss erfaring og kunnskap for å gjenkjenne symptomer, og ikke minst kunne fange opp eventuelle forvringelser av situasjonen. Til en viss grad må man også kunne lese mellom linjene. I en telefonkonsultasjon kan man stille spørsmål, men du har ingen mulighet til å observere og er prisgitt innringers formidlingsevne og situasjonsbeskrivelse. For eksempel er det jo ikke vanlig at noen ringer og sier «min far har fått slag...». I stedet sier de kanskje at; «han virker så rar, jeg får ikke kontakt» (Fonn, 2022). Ved videokonsultasjon vil man i større grad kunne foreta en klinisk vurdering av pasienten selv om sansene ikke kan benyttes med tanke på f.eks. lukt, hørselsinntrykk, følelser og berøring som faller bort ved bruk av teknologi (Lie, 2019). Det vil uansett være til hjelp at operatør kan se pasienten, men i ettertid og ved en eventuell klagesak er det ingen som vet hva du har sett med mindre du har dokumentert. I en vanlig telefonsamtale vil det være lydlogg. Med videokonferanse vil «filmen» ikke bli lagret, og på den måten kan det bli vanskelig å forsvare de valgene som ble tatt.

Sett fra en annen vinkel kan det bli vanskelig å skulle innføre ennå en ny sjekklister eller mal for dokumentasjon. I dag sitter sykepleierne som besvarer telefonhenvendelser som regel foran 3 dataskjermer som de veksler mellom under samtalen. Rent praktisk betyr det at du skal følge med på alle skjermene samtidig som du snakker med innringer og skriver journalnotat, foretar dine vurderinger og til slutt bestemmer hastegrad. Det er krevende og det skal samtidig gjøres på kortest mulig tid da det som regel er mange telefoner i kø.

## 6.7 Etikk

Informantene formidlet at det ikke er mange tilfeller av unødvendige og ubehagelige «syn» som møter dem i hverdagen, men dessverre finnes det graverende eksempler. Ofte kan det dreie seg om upassende filming, ukritisk utlevering av pasient, kan få se ting du ikke var forberedt på, eller ikke innhentet samtykke/ikke mulig å innhente samtykke fra den som blir filmet (les: demente eller psykisk syke f.eks). Samtlige informanter var enige i at det var svært ubehagelig å oppleve slike episoder selv om det var relativt sjeldent. Noen av informantene forklarte dette med at enkelte i dagens samfunn har liten bevissthet rundt det å

filme – noen oppleves å være lite tilbakeholdne og kan f.eks. tilfeldigvis filme andre familiemedlemmer samtidig. Det ble kommentert at valg av videokonferanse må kunne begrunnes, eksempelvis kan det være uheldig med videokonferanse for multibrukere da det kan gi en følelse av økt oppmerksomhet, og dermed kan føre til eskalering av kontakt. Alle var enige i at de gjerne ville hatt et forum for å diskutere både bruk av videokonferanse, men også for å gi plass til etiske refleksjoner og diskusjoner.

## 6.8 Metodediskusjon

«Proessen med å forske berøres av både forskeren og deltakerne. Deltakernes villighet til å dele informasjon vil være betinget av hvordan de oppfatter forskeren. Forskeren bør derfor reflektere over at hans eller hennes tilstedeværelse kan påvirke deltakerne i hvordan de formidler sine erfaringer og hvordan de deler av sin kunnskap. Dette kan igjen gi seg utslag i resultatet av forskningen». (Thagaard, 2013, s. 19).

Masteroppgavens retningslinjer gir føringer for rammene rundt studien. Tid og størrelse på det ferdige prosjektet gir begrensninger med blandt annet tanke på antall intervjuer det vil være realistisk å analysere. I denne kvalitative studien er det vektlagt å belyse og analysere erfaringene som kommer frem i intervjuene fremfor å generalisere. Dataene fra intervjuene vil ikke kunne regnes som allmenngyldige, men må i stedet sees som empiri (Johannessen et al, 2016). De kan gi innsikt og etablere en viss forståelse om hvordan sykepleierne erfarer bruken av videokonferanse. For å generalisere vil det være behov for et representativt utvalg legevakter og sykepleiere, noe som krever kvantitativ tilnærming. I studien er det benyttet fokusgruppeintervju som gir en nokså fri struktur, men som er en krevende måte å samle inn og jobbe med data på. Ved å velge en annen intervjuform med standardiserte spørsmål ville man kanskje fått mer presise svar og mer nøyaktighet i besvarelsen, men man ville tenkelig mistet nyansene og de personlige historiene.

Som forsker er det selvfølgelig lettere å identifisere seg med informanter innenfor «egen kultur» fremfor helt fremmede kulturer. Kanskje har man erfart lignende eller samme situasjoner som det som blir tatt opp. Ved å benytte egen arbeidsplass i studien er det tenkelig at man kan overse åpenbare feil eller mangler fordi de kanskje oppleves som etablerte sannheter, det kan medføre vansker med å analysere eller stille spørsmål rundt

problematikken (Thagaard, 2013). Du vil uansett være farget av tidligere erfaringer, verdier og holdninger vil som påvirke måten du planlegger, samler inn og tolker dataene på (Malterud, 2012). For å unngå forutinntatthet forsøkte moderator å være mest mulig lyttende i intervjuene. Intervjuguiden ble dermed mindre brukt enn tiltenkt. Når samtalen fløt fint mellom deltakerne følte det unaturlig å skulle ta frem spørsmålsguiden. De to intervjuene hvor moderator var fysisk til stede opplevdes praten å gå uanstrengt. Tema videokonferanse var et emne som engasjerte. Under intervjuene på Teams ble det litt «høflig» venting etter stort sett hvert enkelt innlegg. Det ble litt unaturlige pauser, og ga en noe «urytme» i diskusjonen. Moderator tolket det som at man ikke har lært tur-taking godt nok ved videomøter. Det er f.eks. ikke alle som er like påpasselig med å si fra når de er ferdige med innlegget sitt. Ved intervjuene i Teams ble det ikke ført talerliste. Det i seg selv var nok med på å gjøre samtalen litt ustrukturert og vanskelig, og medførte muligens at noen følte de måtte «kaste seg frempå» med kommentarer eller innspill. Det kan fortsatt oppleves noe unaturlig med gruppemøte via PC – man ser ikke hele kroppsspråket, bildet kanskje «fryser» i noen sekunder, noen er kanskje «mutet», det høres ut som det hakker eller blekklyd ved dårlig dekning. Alle disse momentene gir forstyrrelser og skaper en uvant setting mange ikke har vent seg til ennå.

Fokusgrupper svarte til forventningene med å få til samspill i gruppa og spontane ytringer. På bakgrunn av at informantene hadde mye av de samme referansene og erfaringsgrunnlaget, så var det lett å få til samspill i gruppa og komme opp med historier og spontane ytringersom de fleste gjenkjente. Størrelsen på fokusgruppene har betydning for datainnsamlingen og utvalget i studien var relevant, noe som er viktigere enn å ha mange deltakere (Johannessen et al, 2016). Det ble lagt vekt på å få et så rikelig datamateriale som mulig uten at det ble for omfattende (Malterud, 2011)

Det ble benyttet informanter fra ulike legevakter med ulik størrelse, noe som er tenkelig tilførte både bredde og styrke i utvalget.

Det var vanskelig og tidkrevende å samle informanter, og her kunne moderator nok startet mye tidligere med rekrutteringen. I stedet gikk det såpass mye tid til dette arbeidet at det var fare for å ikke få tilstrekkelig med datamateriale å jobbe med. Til slutt ble det 16 personer fordelt i 4 fokusgrupper, noe som er relativt få informanter. Med så få deltakere sier det seg selv at det da medfører vanskeligheter med å generalisere funnene som kommer frem.

Fokusgrupper er også avhengig av interaksjoner mellom deltakerne, noe som varierte under

intervjuene (Halkier, 2018). Det er dermed teoretisk mulig at man kunne fått andre resultater i den samme gruppen dersom man hadde tatt samme intervju en annen dag. Det er viktig å sette tidligere erfaringer sammen med konkrete situasjoner da det er enklere å huske spesifikke episoder fremfor tanker eller følelser. Uansett vil det som kommer fram i intervjuet også være påvirket av erfaringer informantene har gjort seg i ettertid. «Fortiden vurderes i lys av nåtidens erfaringer». Det er noe som forskeren må være klar over og ta hensyn til ved tolkning av data. (Thagaard, 2013).

For å sikre at de forhåndsvalgte temaene ble dekket falt valget på semistrukturert intervju. Det gir mindre grad av struktur, men i stedet tilføres mer ledighet med rom for innspill og spontanitet under intervjuet. Informantene ble spesifikt oppfordret til å komme med egne erfaringer - såkalte robuste data, i stedet for generelle utsagn (Halkier, 2018). Fordelene med å bruke små grupper er at det bl.a. var enklere å samle deltakere og hver enkelt deltaker fikk mer snakketid. Det opplevdes kanskje enklere å ta ordet, eller at mer komplekse temaer kan diskuteres (Johannessen et al, 2016). Moderator må være godt forberedt og være åpen for refleksjoner, men også «styre» gruppen eller enkeltpersoner dersom diskusjonen beveger seg i feil retning, noe som selvfølgelig vil være enklere i en liten gruppe (Malterud, 2012). Det ble gitt rikelig med anledninger til å utdype eller komme med innspill ved hvert fokusgruppeintervju. Moderator ser likevel i ettertid at det ville vært fordelaktig om man var to stykker under intervjuene slik at f.eks. talerliste kunne vært anvendt, samt at da ville man vært to til å observere og fange opp gruppedynamikken. Det var dog ingen informanter som utmerket seg ved å ta for mye plass, komme med avvikende synspunkter eller som ikke deltok i særlig grad. Tvert imot hersket det en god tone og det var tydelig gode kollegiale relasjoner i samtlige av gruppene. De lot hverandre i stor grad få snakke ferdig uten avbrytelse og det ble lagt vekt på konstruktive innspill.

Hatt flere fokusgrupper, etpar til, kanskje 5-6 i hver gruppe, sende spm på forhånd så kunne det gitt andre svar, mer tid til å tenke over spm og mer utfyllende: de fikk ikke spm på forhånd, tenkte ikke at det var nødvendig, pga ønsket spontane refleksjoner, kunne kanskje fått mer reflekterte svar. Ved videre forskning ville jeg hatt mer standardiserte spørsmål til leger, sykepleiere etc for letter å sammeligne svar i en kvantitativ metode med de begrensninger det har. Det ville nok ha tatt bort endel av spontaniteten.

Teknologiens inntog i helsevesenet vil åpne for mange muligheter fremover. Smarttelefoner har stort potensiale med bl.a. diverse app'er som stadig utvikles, stedsangivelse etc. som vil være mulig å benytte her. De fleste (i Norge) har sin egen smarttelefon, og den er stort sett med deg til enhver tid. Et hovedmoment med videokonferanse er at det i stor grad kan effektivisere helsekøer generelt, inkludert køen på legevakten. Covid-epidemien viste oss hvor sårbart samfunnet og helsevesenet er i møte med en smittsom pandemi. I takt med den enorme økningen i antall henvendelser ble det nødvendig å sortere på en effektiv måte. Det ble viktig å hjelpe de pasientene som satt hjemme og var dårlige, og man måtte forsikre seg mot nødvendigheten av å møte opp for de som ble bedt om å komme. Videokonferanse spilte en sentral rolle under epidemien, og uten tilbudet er det tenkelig at det ville vært et større oppmøte av pasienter i legevakt. Enkelte hevder at videokonferanse er med på å øke distansen mellom pasient og helsevesenet. Argumenter som at pasienten reduseres til et sett med symptomer, og at den medmenneskelige ivaretagelsen svinner vekk, forekommer. Videokonferanse bidrar uansett til å gjøre helsetjenester mer tilgjengelige for pasienter som av ulike årsaker ikke kan eller har problemer med å møte opp til konsultasjon, noe som også er med på å redusere smittespredning ved at potensielt smittede ikke behøver å møte opp fysisk for vurdering eller helsehjelp.

Erfaringene til sykepleierne med videokonferanse er viktige med tanke på evt. framtidige sykdomsutbrudd hvor det kan bli aktuelt med å redusere fysisk kontakt. Ut ifra et slikt perspektiv vil tilrettelegging av videokonferanse være av stor verdi med tanke på fremtidig beredskap ved kommende pandemier. Videokonferanse gjør det også mulig å snakke med ekspertise som kanskje befinner seg langt unna. Det er også tenkelig at det kan oppstå situasjoner i samfunnet hvor mennesker kan bli avskåret fra fysisk kontakt, som ulykker eller katastrofer. Da er det mulighet for at videokonferanse vil være et nyttig hjelpemiddel. Videre forskning anbefales derfor med tanke på pandemier eller katastrofer. Eller for å snakke med ekspertise som befinner seg langt unna.

For fremtiden anbefales videre forskning på digitale løsninger til beste for pasientene. Dette kan oppnås bl.a. ved å se på sykepleieres erfaringer som det til nå eksisterer relativt lite forskning på. Sykepleierne er ofte tett på pasientene i ulike settinger og vil ha mange verdifulle erfaringer å komme med fra sin arbeidshverdag. Kanskje en løsning kan være at videokonferanse blir standard ved alle telefonhenvendelser, at pasientene kan kobles opp automatisk når de henvender seg på telefon? Dersom videokonferanse skal brukes i større

utstrekning bør det settes av mer tid til opplæring, rutiner ifht. gjennomføring av videokonferanse samt hvordan dokumentasjon av samtalen bør være.

Ved å se innringer via videokonferanse vil det være mulig å få svar på endel vitale spørsmål som både kan være oppklarende samt gi en raskere situasjonsforståelse. I rapporten om videobruk i legevaktsentraler (Sandal, 2022) er det mange av funnene der som sammenfaller med funnene i denne studien. For eksempel er sykepleierne positive til innføring og bruk av videokonferanse, og mener det styrker vurderingene og støtter beslutningene de tar. Det kommer frem at innringere ofte opplever det som en lettelse, og da spesielt småbarnsforeldre. I tillegg trekkes det frem i studien fordelene med en felles situasjonsforståelse, raskere konkretisering av problemstilling samt ofte påfølgende endring av hastegrad. Også en studie om legers bruk av videokonsultasjon viser at de er fornøyde og føler de får tatt gode vurderinger. Motstand mot nye arbeidsmetoder var den største hindringen for implementering av det som verktøy (Christensen et al., 2021).

## 7.0 Konklusjon

Erfaringene til sykepleierne i studien viste at videokonferanse gjør det i stor grad mulig å foreta visuelle vurderinger der muntlig kommunikasjon ikke er tilstrekkelig. Økt effektivisering av pasientbehandling ble også fremhevet. Funnene i resultatene peker på at det vil være fornuftig å følge rådene til Helsedirektoratet om å øke antall e-konsultasjoner både ut ifra pasientenes og helsevesenets perspektiv, men også ut ifra et samfunnsperspektiv. Funnene samsvarer med annen forskning på flere punkter.

Informantene opplevde at det innebærer et større krav til sykepleierne ved videokonferanse siden det foretas en «konsultasjon». Mange av informantene påpekte at det bør brukes sykepleiere med nødvendig og tilstrekkelig erfaring for å sikre gode vurderinger av pasientene ved bruk av videokonferanse.

Enkelte utfordringer ved bruk av videokonferanse ble påpekt og bør utbedres i fremtiden. Det dreier seg om både krav til sykepleierne, tekniske utfordringer og et ønske om bedre brukervennlighet for pasientene, samt nødvendighet av en økt bevissthet rundt etikk og dokumentasjon bl.a.



Videre anbefalinger for forskningen vil være å videreutvikle teknologiske løsninger slik at videokonferanse oppleves mer tilgjengelig og med en større brukervennlighet totalt sett. Det gjelder både for selve software men også den fysiske utformingen for sykepleierne som skal betjene systemet. Man kan muligens tenke seg en automatisk oppkobling til videokonferanse, evt. styrt med stemmen til pasienten. I dag er pasientene f.eks. avhengig av nettilgang for å anvende videokonferanse, noe som gir systemet en viss sårbarhet.

Det anbefales å studere tema videre da det vil kunne ha verdi særlig med tanke på effektivisering. Funn i denne studien kan tenkes å ha overføringsverdi til andre lignende tjenester innenfor helsevesenet spesielt med tanke på organisering og struktur av tjenesten, men også for beredskap og sikkerhet i samfunnet ved bl.a. uforutsette hendelser.

Vedlegg 1 – Informasjon og forespørsel til legevaktene

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3- Samtykkeskjema

Vedlegg 4 – Intervjuguide

Vedlegg 5- Registreringsskjema for informanter

Vedlegg 6 – Meldeskjema for behandling av personopplysninger

## Litteraturliste

Alhajri N., Simsekler M. C. E, Alfalasi, B., Alhashmi, M., AlGhatrif, M., Balalaa, N., Al Ali, M., Almaashari, R. A. I., Memari, S., Al Hosani, F., Al Zaabi, Y., Almazroui, S., Alhashemi, H., Baltatu, O. C. (1. juni 2021). *Physicians' Attitudes Toward Telemedicine Consultations During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Study*. JMIR Med Inform.

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinforskriften>

Allertsen, M. & Morken, T. (2020) *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2020*. Norce. Norwegian Research Centre AS.

[https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755945/Legevaktorganisering\\_i\\_Norge\\_Rapport\\_fra\\_nasjonalt\\_legevaktregister\\_2020.pdf?sequence=2](https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755945/Legevaktorganisering_i_Norge_Rapport_fra_nasjonalt_legevaktregister_2020.pdf?sequence=2)

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, 3:2, 77-101 e-bok*

Christensen, N. P., Skou, K. E. & Danbjørg, D. B. (21.juli 2021). *Health care professionals experiences with the use of videoconsultation. Qualitative study*. JMIR Publications.

<https://formative.jmir.org/2021/7/e27094>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskrivning*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Daatland, S. O., & Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn: Innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Direktoratet for e-helse (2020,). *Digital arbeidshverdag under Korona: Praktiske råd til helsepersonell om god bruk av video*.

<https://www.ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>

Direktoratet for e-helse (2017): *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*.

<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/digitalisering/ehelse/overordnet-nasjonal-e-helsestrategi-2017-2022-pdf.pdf>

Eikeland, O. J., Fotland, S. L. S., Blinkenberg, J., Raknes G. (2020) *Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2020*. Rapport nr. 4-2021. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2021

<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2771061/Vakttarnrapporten2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Eilertsen, T. (17. oktober 2021). *Stadig flere apper til bruk på mobilen*. Teknologia.no

<https://teknologia.no/2021/10/stadig-flere-apper-til-bruk-pa-mobilen/>

[Fonn, M. \(23. februar 2022\). Vil gi nye muskler til 113-sykepleiere. Tidsskriftet Sykepleien.](#)

<https://sykepleien.no/2022/02/videreutdanning-i-medisinsk-nodmeldetjeneste-starter-opp-hosten-2022-vil-gi-nye-muskler-til>

Furseth, I. & Everett, E. L. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*.

Universitetsforlaget AS.

Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget, Bergen.

Halkier, B. (2018, 3. utgave, 2. opplag). *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur.dk.

Hansen E. H. & Hunskaar, S. (2016). *Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2021-06-18-118). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2022). *Legevakt - Triagering av oppmøtte pasienter på legevakt* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 23. juni 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/legevakt-triagering-av-oppmotte-pasienter-pa-legevakt>

Helsedirektoratet (2021). *Ny rapport om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 26.10.2021).

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-rapport-om-e-konsultasjon-hos-fastlege-og-legevakt>

Helsedirektoratet (2020). *Leger i kommune og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport 2020.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf/\\_attachment/inline/9bcf5459-80e6-4716-ab00-1766ee0cc0db:ac1f2b4e2a8216bf8aa6246e843249ffc49721db/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf/_attachment/inline/9bcf5459-80e6-4716-ab00-1766ee0cc0db:ac1f2b4e2a8216bf8aa6246e843249ffc49721db/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf)

Helsedirektoratet (2018). *E-konsultasjon – Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse*.

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/\\_attachment/inline/498cccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_attachment/inline/498cccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf)

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-202-12-04-133).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsenorge.no. *Slik kan du få helsehjelp hjemmefra. Konsultasjon på video eller telefon*.

<https://www.helsenorge.no/om-tjenestene/slik-kan-du-fa-helsehjelp-hjemmefra/#konsultasjon-pa-video-eller-telefon-utenom-helsenorge>

Herrington, G., Zardias, Y. & Hamilton, A. (2013). *A pilot trial of emergency telemedicine in regional Western Australia*. Journal of Telemedicine & Telecare.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24218359/>

Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag AS 2016.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, T. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Karolinska Universitetssykehus. Innovation. (u.å) *Remote healthcare preferable for many patients*.

<https://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/Innovation/telemedicine/>

Kitzinger, J. & Barbour, R. S. (1999). *Developing focus group research Politics, theory and practice*. London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE publications.

Konsmo, T. *Fokusgruppeintervju*. Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/kampanjer/ry/fokusgruppeintervju.pdf>

Kramer-Johansen, J., Brattebø, G., Zakariassen, E. & Skogstad Riddervold, I. (30. juni 2021). *Raske og livsviktige beslutninger på sparsomt grunnlag*. Dagens medisin.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/06/30/raske-og-livsviktige-beslutninger-pa-sparsomt-grunnlag/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019, 3. utg). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lie, S. S. (7. oktober 2019). *Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient*. Sykepleien, fagutvikling.

<https://sykepleien.no/forskning/2019/10/digitalisering-i-helsevesenet-skaper-nye-roller-sykepleier-og-pasient>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Midtbø, V., Raknes, G. & Hunskaar, S. (2017). *Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study*. BMC Primary Care. <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0651-z>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Video i legevakt – et nyttig verktøy. Publisert 20.05.22, oppdatert 10.08.22.

<https://nkml.norceresearch.no/aktuelt/video-i-legevaktsentral-et-nyttig-verktoy>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. *Vakttårnprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt*. Samlerapport for 2020. Rapport nr 4-2021.

<https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmllui/bitstream/handle/11250/2771061/Vakttarnrapporten2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Norwegian Manchester Triage Group. *Oppmøtetriage MTS*.

<https://www.nmtg.no/hva-er-mts>

Oftedahl, L. (2018). *Beredskapen reduseres ytterligere i Helse Førde*. Ambulanseforum, 8. mars 2018.

<https://ambulanseforum.no/artikler/beredskapen-reduseres-ytterligere-i-helse-forde>

Oslo universitetssykehus. *E-håndbok. Retningslinje. Triage*.

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/57177>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, C. A. SAGE Publications.

Personopplysningsloven (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysningsloven>

Polit D. F. & Beck, C. T. (2018). *Nursing research*. Wolters Kluwer Health.

Raknes, G., Morken, T., & Hunskår, S. (25. november, 2014). *Reisetid og avstand til norske legevakter*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2014/11/originalartikkel/reisetid-og-avstand-til-norske-legevakter>

Sandal, N. *Video i legevaktsentral*. Rapport nr. 2-2022. Bergen. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsentre, 2022.

<https://norceresearch.s3.amazonaws.com/Rapport-nr.-2-2022-Video-i-Legevaktsentral.pdf>

Sandvik, H., Hunskår S. & Blinkenberg J. (2020) *Årsstatistikk fra legevakt 2019*. Rapport nr. 1-2020. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2020.

[https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2650727/Årsstatistikk\\_fra\\_legevakt\\_2019.pdf?sequence=1](https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2650727/Årsstatistikk_fra_legevakt_2019.pdf?sequence=1)

Slette-meås, D. & Helle-Valle, J. (2012). *Smarttelefon og bruk av mobilbaserte tjenester blant norske forbrukere*. Statens Institutt for forbruksforskning.

[https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6072/file78766\\_prosjektnotat-17-2012\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6072/file78766_prosjektnotat-17-2012_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Texmon, I. (2020). *Flere konsultasjoner hos fastleger og legevakt i fjor*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-konsultasjoner-hos-fastleger-og-legevakt-i-fjor>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thomassen, E. E. K., Tveter, A. T., Kristianslund, E., Berg, I. J. & Østerås, N. (23. mai 2022). *Healthcare professionals' attitude towards remote monitoring*. BMJ Journals.

[https://ard.bmj.com/content/81/Suppl\\_1/238.1.abstract?utm\\_source=trendmd&utm\\_medium=trendmd&utm\\_campaign=institutional&utm\\_content=BMJUK\\_TMD\\_CM\\_2022&utm\\_term=ard](https://ard.bmj.com/content/81/Suppl_1/238.1.abstract?utm_source=trendmd&utm_medium=trendmd&utm_campaign=institutional&utm_content=BMJUK_TMD_CM_2022&utm_term=ard)

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg). Oslo, Gyldendal Akademisk.

Zanaboni, P. & Wootton, R. (20. september 2016). *Adoption of routine telemedicine in Norwegian hospitals: progress over 5 years*.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1743-5>



## Vedlegg 1

### Informasjon og forespørsel om å få lov til å utføre fokusgruppeintervju om hvilke erfaringer sykepleiere har med bruk av videokonferanse i legevaktsentral.

Hei!

Jeg heter Siw-Cathrine Digre Randmæl og er masterstudent ved Universitetet i Sørøst-Norge, ved helse- og sosialvitenskapelige fakultet, institutt for sykepleie- og helsevitenskap, studieprogram avansert klinisk sykepleie. Jeg er spesialsykepleier og jobber ved Drammen legevakt.

Jeg er i gang med å skrive masteroppgave med estimert innlevering september d.å. I den forbindelse ønsker jeg å intervju sykepleiere som jobber i legevakt om deres erfaringer med bruk av videokonferanse i konsultasjoner med pasienter som henvender seg til legevaktsentralen. Intervjuet er planlagt gjennomført som et fokusgruppeintervju. Opplysningene som fremkommer vil bli anonymisert i masteroppgaven slik at ingen utsagn vil kunne knyttes til den enkelte deltaker.

Hensikten med fokusgruppeintervjuet er å innhente data til masteroppgaven i avansert klinisk sykepleie. Mitt håp er at oppgaven kan være med på å bidra både til utvikling og bruk av videokonferanse i legevaktsentral. Jeg ønsker på denne måten å ta del i sykepleiernes erfaringer gjennom deres beretninger om bruk av videokonferanse. Etter avsluttet studie kan jeg formidle funn og opplysninger til ledere og annet personell i legevakt/den akuttmedisinske kjede dersom ønskelig. På denne måten håper jeg å bidra til diskusjonen om innføring og bruk av videokonferanse ved telefonkonsultasjoner med pasienter i legevaktsammenheng.

Hvem ønsker jeg å snakke med?

- Sykepleiere i legevakten som har minimum 2 års erfaring i jobben og som har brukt videokonferanse minimum 10 ganger. Ønske om totalt 5 stk sykepleiere til intervjuet.

De som blir med i studien vil delta i en gruppesamtale med forventet varighet ca 1 time. Det er selvfølgelig frivillig å delta, og man står fritt til å trekke samtykket i ettertid uten å måtte oppgi noen grunn for det. Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

Håper dette er av interesse for deres legevakt, og jeg ser frem til å høre fra dere!

Med vennlig hilsen

Masterstudent ved Universitetet i Sørøst-Norge

.....

Siw-Cathrine Digre Randmæl

Tlf: 91149491

E-post: [siwcat@gmail.com](mailto:siwcat@gmail.com)

## **Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til informantene**

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

#### **Sykepleieres opplevelse og erfaring med videokonsultasjon i legevaktsentral.**

Dette er et spørsmål til det om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke .....I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvilke opplevelser og erfaringer sykepleiere har gjort med videokonsultasjon i legevaktsentral.

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i legevaktsentraler. Forsknings spørsmål omfatter:

1. Hvilke fordeler ser sykepleierne ved bruk av videokonferanse i legevaktsentral?
2. Hvilke begrensninger ser sykepleierne ved bruk av videokonferanse i legevaktsentral?
3. Hvilke konsultasjoner brukes det mest videokonferanse?
4. Hva skal til for å bruke videokonferanse i større grad i fremtiden?

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

Universitetet i Sørøst-Norge (Institutt) er ansvarlig for prosjektet. Universitetet i Sørøst-Norge (Institutt for sykepleie- og helsevitenskap).

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil intervjues i en fokusgruppe. Du vil i forkant motta en lenke til et samtykkeskjema. Fokusgruppeintervjuet vil foregå digitalt (Zoom). Det vil vare i ca 6-70 min. Det vil gjøres videoopptak av fokusgruppeintervju for transkribering som lagres på sikker server.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg. I så fall kan du ta kontakt med prosjektleder så vil hun fjerne deg.

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

Vi vil bare bruke opplysninger om deg til formålet vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektansvarlig ved behandlende institusjon som vil ha tilgang til dataene.

- Navn og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data og oppbevart innelåst. Samtykkeskjema og datamateriale (videoopptak, transkripsjoner) vil lagres på sikker forskningsserver.
- Under transkripsjonsprosessen vil personidentifiserende informasjon anonymiseres. Videoopptak vil slettes etter transkripsjon.
- Helseopplysninger som kan framkomme gjennom rekruttering og datainnsamling vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner, da vi er opptatte av deltakernes opplevelser og ikke deres faktiske helseopplysninger.

All informasjon om deg vil anonymiseres og du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg,
- å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Siste frist for anonymisering av data er ved prosjektslutt innen 15. september 2022.

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

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

- Institutt for sykepleie- og helsevitenskap. Universitetet i Sørøst-Norge ved Siw-Cathrine Digre Randmæl, [siwcat@gmail.com](mailto:siwcat@gmail.com), tlf mob: 91149491.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost, [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller tlf: 55582117.

Ved å besvare på denne henvendelsen samtykker du at vi kan kontakte deg for tilsending av samtykkeskjema og videre informasjon om gjennomføring av fokusgruppeintervjuet.

Med vennlig hilsen

Siw-Cathrine Digre Randmæl

Masterstudent og prosjektansvarlig

## Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleieres erfaringer med bruk av videokonsultasjon i legevaktsentral» - fokusgruppeintervjuer, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju.

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

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato).

## Vedlegg 4 – Intervjuguide

### Intervjuguide Fokusgruppeintervju

#### Intro:

Velkommen til fokusgruppeintervju hvor temaet for intervjuet er «Hvilke erfaringer har sykepleierne ved bruk av videokonferanse i legevaktsentral?»

Jeg vil gjerne takke alle sammen for å stille opp og bruke av privat tid for å bidra til forskningsprosjektet. Hver og en av dere har masse erfaring som jeg er glad for å få lov til å ta del i, og jeg ser frem til å høre hvilke tanker dere har om temaet. Alle som er her har brukt videokonferanse i pasientkonsultasjoner i legevakt, og det som kommer fram og som vi snakker om i intervjuet i dag, vil kunne brukes i yrkessammenheng i fremtiden.

De som er tilstedeværende her har sagt seg villig til å delta i fokusgruppeintervju hvor jeg som masterstudent ved Universitetet i Sørøst-Norge, studieretning i avansert klinisk sykepleie, kan intervjuere dere. Intervjuet vil bli brukt som en del av min masteroppgave med estimert ferdigstillelse og innlevering september d.å.

Selve intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak (zoom) og transkribert etterpå. Det vil ikke forekomme personlige opplysninger i teksten eller andre ting som kan være gjenkjennelig for den enkelte. Lydopptaket transkriberes fortløpende og all informasjon blir da anonymisert. Transkripsjonen oppbevares på en kryptert minnepenn. Samtykkeerklæringer blir oppbevart i en låst skuff hvor det kun er jeg som har tilgang. I forkant av intervjuet har alle deltakerne registrert seg med noen enkle bakgrunnsopplysninger.

Før vi starter intervjuet vil jeg komme med litt praktisk informasjon:

- For å få best mulig lydopptak er det fint at man passer på å snakke én-og-én om gangen, og at man prøver å snakke så tydelig som mulig

- Mobiltlf må være av eller i lydløs-modus.
- Gruppesamtalen vil vare i 60 min. Dersom det er behov for pause underveis er det bare å gi beskjed.

## Intervjuet

Jeg har på forhånd laget noen spørsmål for å sikre svar på det jeg ønsker. Ut over det er ordet fritt og det er ønskelig at man forsøker å komme med personlige erfaringer fremfor å snakke generelt.

- Hvilke forventninger hadde dere til bruken av videokonferanse før oppstart?
- Ved hvilke typer henvendelser opplever dere å bruke videokonferanse oftest?

Voksne/barn, gamle, vurdere sår/kutt/utslett, type situasjoner

- Har videokonferanse noen betydning for pasientkommunikasjon?

Invandrere, språkvansker?

- Fortell kort om en hendelse der videokonferanse utgjorde en forskjell for hvordan en bestemt situasjon ble håndtert av sykepleier?

*F.eks triagere opp/ned, raskt få overblikk over situasjonen? Raskt få svar på kritiske spørsmål/informasjon? Be folk om å komme til LV/avvente og bli hjemme?*

- Har noen erfaring fra situasjoner hvor bruk av videokonferanse ble avgjørende for utfallet for pasienten?
- Har dere erfart situasjoner der bruk av videokonferanse har vært til ulemper/utfordringer for pasienten/pårørende?



*Tilbakemeldinger fra innringer – positiv/negativ*

- Hvordan ser dere for dere en optimal bruk av videokonferanse i fremtiden?

Til slutt – tusen takk for at dere har stilt opp på intervjuet – det har vært lærerikt å høre alle erfaringene og historiene som har kommet frem. Jeg ønsker dere alle lykke til videre

## Vedlegg 5 – Registreringsskjema for informanter

### Registreringsskjema for informanter

**Kjønn:**

Kvinne:.....

Mann:.....

**Alder:**

.....

**Jobbet antall år i legevakt: (Fornavn?)**

.....

**Informant nr:**

.....

(Forsker skriver inn hvilket nummer informant har).

## Vedlegg 6 – Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema / Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av videokonferanse i leg...](#) **Vurdering**

Referansenummer

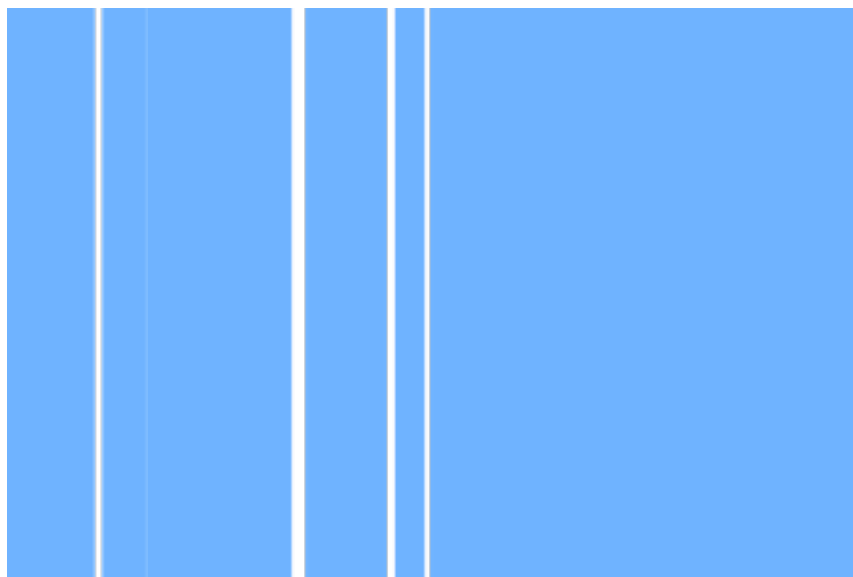
427291

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruk av videokonferanse i legevaktsentral?

Behandlingsansvarlig institusjon

/ Vurdering



Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Elisabeth Holm Hansen

Student

Siw-Cathrine Digre Randmæl

Prosjektperiode

01.03.2022 - 30.09.2022

[Meldeskjema](#)

Dato Type

30.03.2022 Standard

## Kommentar

### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til



<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61ad0013-5a1f-4770-9aca-7e10c8df140b> Side 1 av 2

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 13.06.2022, 13:09

behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for

formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61ad0013-5a1f-4770-9aca-7e10c8df140b> Side 2 av 2