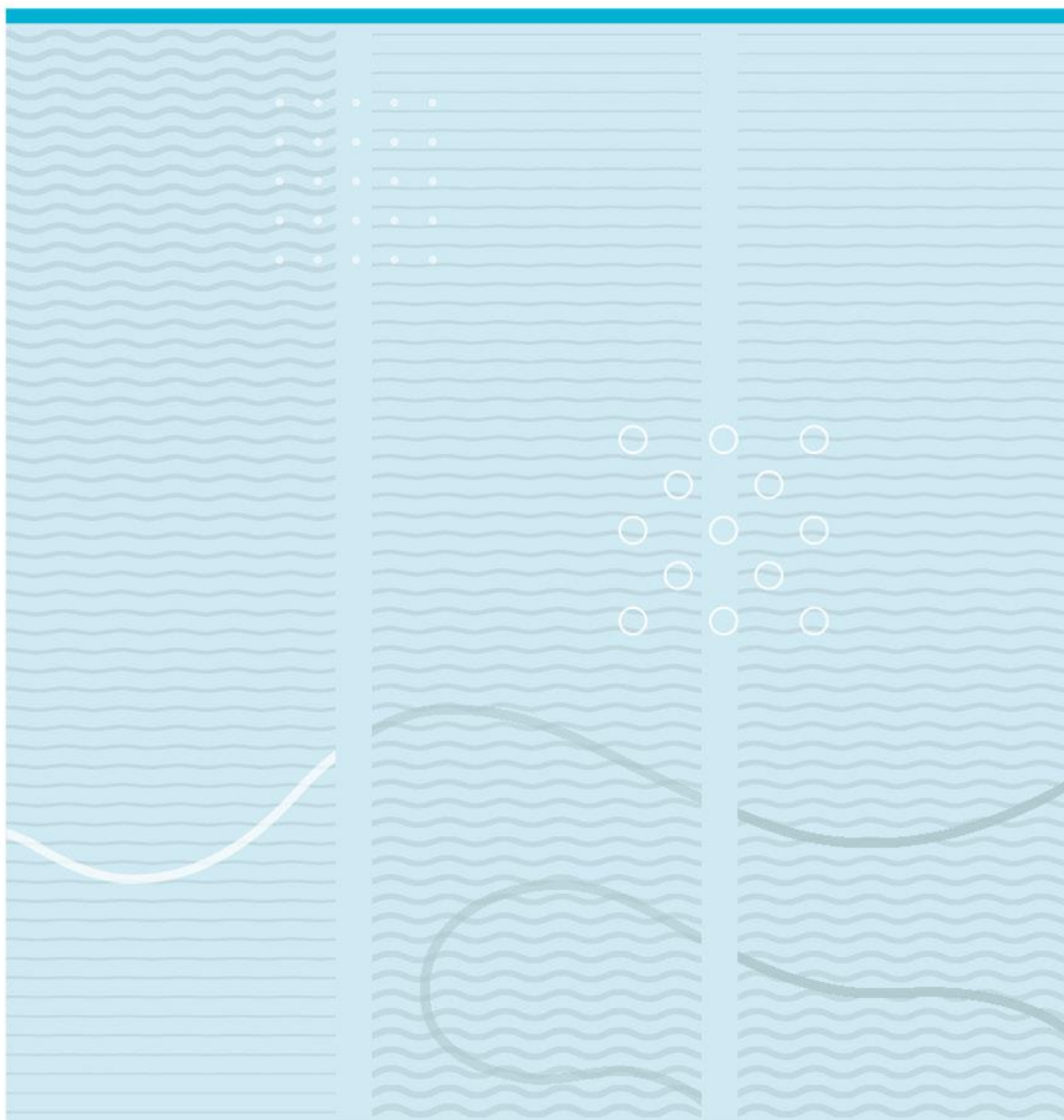


Britt Hasselberg

# Implementering og bruk av video på legevaktsentral





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

<http://www.usn.no>

© 2023 Britt Hasselberg

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

## FORMÅL

Hensikten med studien er å få dybdekunnskap om erfaringer sykepleiere har med implementering og bruk av video på legevaktsentral.

## BAKGRUNN

Legevaktsentralene, telefonnummer 116 117, har tatt i bruk video sammen med telefonsamtalene. Behovet er en brukervennlig og rask videoløsning, som gir legevaktsoperatør et bedre vurderingsgrunnlag. Helsedirektoratet ønsker at alle landets legevaktsentraler skal ha video tilgjengelig. Til nå er det svært begrenset evidens rundt bruk av video.

## DESIGN

Studien har et kvalitativt, eksplorerende design, med en induktiv tilnærming.

## METODE

Det er gjennomført tre semistrukturerte fokusgruppe-intervju med sykepleiere fra tre store legevaktsentraler. Analysen er gjort ved systematisk tekstkondensering.

## FUNN

Sykepleierne opplevde at det har vært en god implementering og tilstrekkelig opplæring. Det er ønske om at ledere bør følge opp med tydeliggjøring av rutiner for bruk av video. Sykepleierne følte seg tryggere i avgjørelsene, når de brukte video og mener det har potensiale for økt bruk. Det kan tyde på at det er en usikkerhet rundt aksept for bruk av video, når det er lang svartid på telefonen, og det er ønske om mer engasjement fra ledere rundt bruk av video. Video ble opplevd som brukervennlig. Sykepleierne oppgir å bruke video noe ulikt, til henvendelsene fra innringere/pasienter.

## KONKLUSJON

Det er erfart en god og tilstrekkelig implementering og opplæring, men det ønskes mer engasjement fra ledere.. Flere sykepleiere savner uttalte rutiner. Dette gjelder både strukturelt og på individnivå, da har video et potensiale til å bli utnyttet i større grad. Effekten erfares i hovedsak

som større trygghet og flere treffsikre avgjørelser og riktig bruk av helseressurser. Funn tyder på at video har et potensiale for økt bruk.

**Nøkkelord:** sykepleier, video, legevaktsentral og medisinsk nødmeldetjeneste

# **Abstract**

## **PURPOSE**

The purpose of the study is to gain in-depth knowledge about nurses' experiences with the implementation and use of video at the emergency primary health care centre.

## **BACKGROUND**

The emergency primary health care centres, telephone number 116 117, have used video in with the phone calls. The need is a user-friendly and fast video solution, which gives the out-of-hours operator a better basis for assessment. The Norwegian Directorate of Health wants all the country's emergency primary health care centres to have video available. To date, it is very limited evidence around the use of video.

## **DESIGN**

The study has a qualitative, exploratory design, with an inductive approach.

## **METHOD**

Three semi-structured focus group interviews were conducted with nurses from three large emergency primary health care centres. The analysis was performed by systematic text condensation.

## **FIND**

The nurses felt that there had been good implementation and adequate training. There is a desire for managers to follow up with clarification of routines for the use of video. The nurses felt more confident in their decisions when using video and believe it has the potential for increased use. This may indicate that there is uncertainty about acceptance of the use of video, when there is a long response time on the phone, and there is a desire for more engagement from managers around the use of video. Video was perceived as user-friendly. The nurses report using video somewhat differently to inquire from callers/patients.

## **CONCLUSION**

A good and adequate implementation and training has been experienced, but more commitment from managers is desired. Some nurses miss explicit routines. This applies both structurally and at

the individual level, as video has the potential to be exploited to a greater extent. The effect is mainly experienced as greater confidence and more accurate decisions and correct use of health resources. Findings suggest that video has a potential for increased use.

**Keywords:** nurse, video, emergency primary health care centre and out-of-hours service.

# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....                             | <b>2</b>  |
| <b>Abstract</b> .....                               | <b>4</b>  |
| <b>Innholdsfortegnelse</b> .....                    | <b>6</b>  |
| <b>Forord</b> .....                                 | <b>8</b>  |
| <b>1. Innledning</b> .....                          | <b>9</b>  |
| 1.1 Bakgrunn - Digitalisering som virkemiddel ..... | 9         |
| 1.2 Bruk av video .....                             | 11        |
| 1.3 Forskning på video i andre helsetjenester ..... | 14        |
| 1.1.1 Søkestrategi .....                            | 16        |
| 1.4 Hensikt med oppgaven .....                      | 17        |
| 1.1.2 Problemstilling .....                         | 17        |
| 1.5 Oppgavens oppbygning .....                      | 17        |
| <b>2. Teoretisk bakgrunn</b> .....                  | <b>18</b> |
| 2.1 Legevaktsentral .....                           | 18        |
| 1.1.3 Triagering på legevaktsentralen .....         | 18        |
| 1.1.4 Video på legevaktsentralen .....              | 19        |
| 2.2 Implementering .....                            | 20        |
| <b>3. Metode</b> .....                              | <b>24</b> |
| 3.1 Vitenskapelig posisjon .....                    | 24        |
| 3.2 Design .....                                    | 25        |
| 3.3 Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju .....   | 26        |
| 3.4 Kontekst og utvalg .....                        | 26        |
| 3.4.1 Inklusjonskriterier .....                     | 27        |
| 3.4.2 Rekruttering .....                            | 27        |
| 3.4.3 Utarbeidelse av intervjuguide .....           | 29        |
| 3.4.4 Datainnsamling .....                          | 29        |
| 3.4.5 Transkribering .....                          | 30        |
| 3.5 Analyse .....                                   | 30        |
| 3.6 Ethiske overveielser .....                      | 32        |
| 3.6.1 Personvern .....                              | 33        |
| 3.6.2 Forskerens rolle og forforståelse .....       | 33        |



|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>4.</b> | <b>Funn.....</b>   | <b>37</b> |
| 4.1       | Tettere oppfølging.....  | 37        |
| 4.1.1     | Ledelsens engasjement og tilrettelegging for opplæring er viktig ..... | 37        |
| 4.1.2     | Ledelsen må utforme rutiner og følge opp implementeringen.....         | 38        |
| 4.2       | Bruk av video gir gevinster .....                                      | 39        |
| 4.2.1     | Følelse av bekreftelse og trygghet i avgjørelsene .....                | 39        |
| 4.2.2     | Gevinster for pasientene ved bruk av video.....                        | 40        |
| 4.2.3     | Ingen har opplevd utfordringer av etisk karakter.....                  | 42        |
| 4.3       | Brukervennlighet og fremtidsønsker .....                               | 42        |
| 4.3.1     | Teknisk brukervennlighet i videoverktøyet .....                        | 42        |
| 4.3.2     | Muligheter for forbedringer .....                                      | 43        |
| <b>5.</b> | <b>Drøfting.....</b>   | <b>46</b> |
| 5.1       | Implementering.....  | 46        |
| 5.2       | Bruk av video .....  | 50        |
| 5.3       | Muligheter for forbedringer .....                                      | 54        |
| <b>6.</b> | <b>Konklusjon .....</b>  | <b>57</b> |
| <b>7.</b> | <b>Figurer, tabeller og vedlegg .....</b>                              | <b>58</b> |
| <b>8.</b> | <b>Referanser/litteraturliste.....</b>                                 | <b>59</b> |

# Forord

Uten de flotte sykepleierne som har stilt opp som informanter, hadde det ikke blitt noen oppgave.

Tusen hjertelig takk!

Fire skoleår går både fort og sakte på en gang. Det har gått opp og ned med frustrasjon og mestring. Starten høsten 2019, skulle egentlig kun bli ett semester, men fine studenter og lærere gjorde det lettere å fortsette, bare ett semester til og ett til og...

Takk til min arbeidsgiver, Drammen kommune, som har gjort dette mulig å gjennomføre.

Takk til veileder Hilde Solli, som tålmodig har veiledet og lest oppgaven min i timevis, og har sørget for at jeg kom i havn med innlevering - skjønt hun må ha tvilt noen øyeblikk.

Takk rettes også til Roar og nærmeste familie og venner, som har ventet mer eller mindre tålmodig. De har måttet tåle at jeg satt med skolearbeid, kvelder, helger, fridager og ferier, og til og med utsatt ferie.

Takk til Linn Lesjø, medstudent og heilagjeng! Og til Line på jobben, som tok seg tid til å lese gjennom og gi tilbakemeldinger.

Takk til alle dere andre flotte mennesker, som jeg har fått bli kjent med i løpet av disse fire skoleårene.

**“If we are to better the future, we must disturb the present”**

(Catharine Booth i Rønning, 2021, s. 15)

**Og det tror jeg at jeg har bidratt til, for egen del, gjennom denne utdanningen.**

Drammen, 14. mai 2023

Britt Hasselberg

# 1. Innledning

Økt digitalisering og innovasjon i helse- og velferdstjenester har ført til mer bruk av video, lyd og bilde, de siste årene. Hensikten er å få bedre kvalitet på tjenestene og demme opp for den demografiske utfordringen vi står overfor, i form av at flere er i behov av helse- og omsorgstjenester og færre til å utføre disse (Direktoratet for e-helse, 2021a). Gjennom pandemien har mange legevaktsentraler (LVS) tilgjengeliggjort video for sine operatører.

I 2022 var det registrert 168 legevakter (LV) og 94 legevaktsentraler. Organisatorisk er LVS ofte lagt til store kommuner sammen med legevakt (Ekornrud et al., 2023). Legevaktsoperatører er stort sett sykepleiere og har i 2021 håndtert i underkant av 1,4 millioner henvendelser. Dette er tall basert på innsendte regningskort fra LVS til HELFO (Sandvik et al., 2022). Video brukes i gjennomsnitt til 3 % av alle innkomne telefonhenvendelser, som strømmes ved siden av telefonsamtalen (Sandal, 2022, s. 5). Helsedirektoratet har satt som mål at alle landets legevaktsentraler skal ha tilgang til video, men det vites ikke når dette skal være gjennomført. Høsten 2022 har 80 % av LVS rapportert at de har innført video (Sandal, 2022).

Den medisinske nødmeldetjeneste består av LVS og akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Behovene for en sikker, brukervennlig og rask løsning for videosamtaler, sammenfaller med målsettingen fra innovasjonsprosjektet «Videokonferanse med AMK». Video må gi økt kvalitet på triagering og rådgivning. I tillegg skal løsningen ivareta informasjonssikkerhet, taushetsplikt og personvern for både sykepleier og innringer/pasient (Vestre Viken, 2021). Bruk av video på dansk AMK, gir effekter som; endring av hastegrad, altså en opp- eller nedgradering, i 51,1 % av alle samtaler hvor video er brukt (Linderoth et al., 2021). I en rapport fra Norge vises det til at 6 % av samtalene opptriages ved bruk av video, mens 13 % blir nedtriagert (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 23).

## 1.1 Bakgrunn - Digitalisering som virkemiddel

Etterspørselen etter helsetjenester øker, og utfordringene er ofte foreslått håndtert med virkemidler som tjenesteinnovasjon og digitalisering. For å utnytte digital teknologi og endre hvordan tjenesten leveres, viser Digitaliseringsdirektoratet til at det må skje en digital transformasjon. Denne defineres som; «..en prosess der virksomheten endrer hvordan det utfører

sine oppgaver, tilbyr bedre tjenester, jobber mer effektivt eller skaper helt nye tjenester» (Digitaliseringsdirektoratet, 2022). Endringen bør ha størst fokus på brukeren og opplevelsen av tjenesten som blir levert. Transformasjonen må dermed være omfattende og grunnleggende. Innovasjonen må påvirke og implementeres for alle nivå i organisasjonen; styring, prosesser, teknologi og folk. Digital transformasjon kan kun oppstå i en gjensidig avhengighet av hverandre, i et samarbeidende økosystem (Digitaliseringsdirektoratet, 2022).

Offentlige myndigheter har utarbeidet flere rapporter de siste årene, for å bidra for å løse morgendagens utfordringer ved hjelp av digitalisering. Blant annet er bruk av video, lyd og bilde i «Åpenhet i grenseland» (NOU 2019:10) med på å utforme rutiner og diskutere holdninger for bruk av video i helsetjenesten i kommunen. «En offentlig digital sektor» viser til at offentlige virksomheter må legge til rette for en enklere hverdag for blant annet innbyggere (Regjeringen, 2019). «Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025» viser til at god samhandling ved hjelp av nasjonale e-helseløsninger må komme innbyggere og helsepersonell til gode (Direktoratet for e-helse, 2020).

I tillegg til økt etterspørsel av helsetjenester, vil tilgangen på helsepersonell bli mindre. Helsepersonellkommissjonens «Tid for handling» (NOU 2023:4, s. 7), foreslår flere tiltak for å løse personellutfordringene, slik at helsetjenesten kan drive bærekraftig. Den viser til at det er nødvendig å satse på økt digitalisering og teknologisk utvikling som har potensiale for å effektivisere tjenestene. Det hevdes at for å lykkes med å ta ut gevinster av digitaliseringen, må helsepersonell ha kompetanse til å bruke de nye digitale løsningene (2023, s. 266). Det drøftes blant annet både oppgaveglidning mellom yrkesgrupper, prioriteringskriterier for pasientbehandling og journalsystemer som understøtter arbeidsprosessene, med integrerte løsninger og gode brukergrensesnitt. Våren 2023 er kunstig intelligens under lupen, og maskinlæring, datadrevet innovasjon og datafangst er også redegjort for i utredningen (2023).

KS (2022) påpeker også i sin rapport «Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet» at helse- og omsorgstjenestene må utvikles og endres, for å få økt kapasitet og bedre samhandling og pasientsikkerhet. Det vises til at teknologi og digitalisering må bidra til en reell endring av praksis og at dette må gi gevinster. Men for å ta ut disse gevinstene av digitaliseringen, ligger det ofte hindre i det organisatoriske, juridiske og institusjonelle i tjenestene (s. 11). Og at teknologien er

tilgjengeliggjort for helsepersonellet, er ikke det samme som at det har ført til en reell praksisendring eller en effekt for innbyggerne (Kommunenes sentralforbund, 2022).

## 1.2 Bruk av video

Her presenteres først en dansk studie fra «Akuttelefonen 1813». Så presenteres tre rapporter fra Norge, som anses som relevant. Videre ses det på forskning fra andre helsetjenester som er delvis sammenlignbare og overførbart for legevaktsentral.

### Dansk studie

En mixed-method studie fra København (Gren et al., 2022), viser til bruk av video på «Akuttelefon 1813» Operatørene, som er ansatt på sentralen, består av 80 % sykepleiere og 20 % leger. Studien er delt i flere deler, hvor en del har undersøkt innringeres erfaringer (foreldre) og en del har undersøkt operatørs erfaringer med bruk av video. Den har kartlagt hvor fornøyde foreldre var med bruk av video i vurderingen av sine syke barn, versus kun med telefonsamtale. Studien har inkludert barn fra seks måneder til seks år, med øvre luftveissymptomer eller feber. Her konkluderes det med at 83 % av foreldrene var fornøyd med bruk av video, og ønsket dette som et permanent tilbud. Det ble vist til at det oppsto færre misforståelser og at bruk av video ble oppfattet som en trygghet i triageringen. Der foreldrene ble hjemme med sine barn, etter kontakt med «Akuttelefonen 1813», var de generelt mer fornøyd med rådgivningen, da det ble brukt video. Det er påpekt at bruk av video har bidratt til færre innleggelser/konsultasjoner på sykehus (Gren et al., 2022).

Den samme studien (Gren et al., 2022) har også undersøkt operatørenes erfaringer med bruk av video, både som individuelle intervju og spørreskjema. Sykepleierne som var inkludert, rapporterte om at de følte de ble sikrere i egen avgjørelse (22 %; i veldig høy grad, 63 % i høy grad, 13 % delvis, 0,9 % i liten grad, og 0,8 % ikke i det hele tatt). På lik linje som i Norge, opplever de å ha en rolle som portvokter, det vil si å sikre at innbyggere får rett hjelp til rett tid, slik at ikke det blir et overforbruk av legevaktstjenester. Det konkluderes med at videotriage forbedrer pasientvurderingen. Sykepleier mener videosamtaler gir bedre informasjon, og er i stand til å trygge foreldrene bedre, noe som er en fin effekt og av god verdi for foreldrene. Det brukes her to-veis-videosamtale. Det påpekes at det oppstår tekniske utfordringer enkelte ganger, både ved dårlig billedkvalitet og ved at noen av deltakerne i studien synes å oppleve at brukervennligheten ikke var helt optimal (Gren et al., 2022).

## Tre norske rapporter

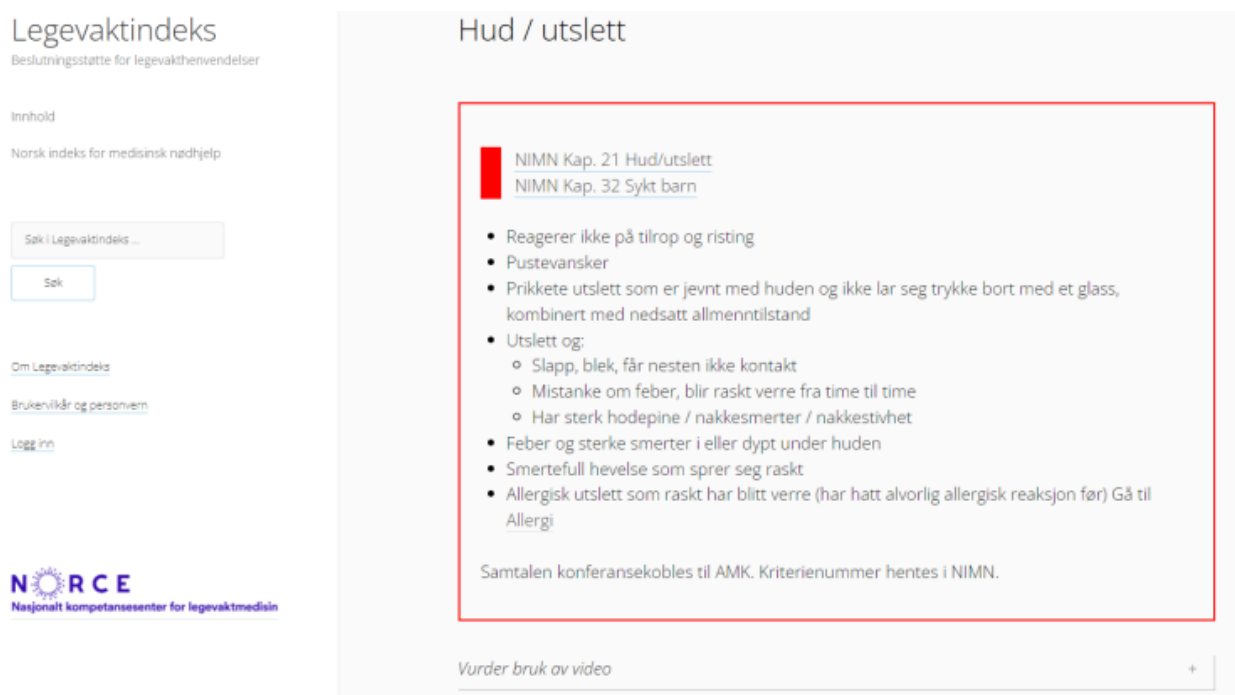
«Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS)» (Kramer-Johansen et al., 2020) er en bestillingsrapport fra Helsedirektoratet. Video beskrives som en ny teknologi for medisinsk nødmeldetjeneste. Det er fire AMK- og syv LV-sentraler, som danner grunnlaget for den erfaringsbaserte rapporten og er gjort ved hjelp av fokusgruppeintervju og spørreskjema. Det påpekes at bruk av video intuitivt vil gi bedre vurderinger og reduserer risikoen for feilvurderinger, ved å tilføre mer informasjon om pasientens tilstand, ut over det som beskrives av innringer. Det var en oppfatning fra funn i ett intervju at; «... veiledning og råd til innringer hadde blitt mer korrekt og med bedre effekt (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 29)». Likevel mener forskerne at det er bekymringsfullt at video kan få etablerte triageprosesser til å gi lavere kvalitet, som skyldes at kommunikasjons- og beslutningsprosessen blir endret, pga at operatør må ha oppmerksomhet på flere arbeidsflater, ikke bare journalsystemet og triageverktøyet. Når det gjelder behov for samtykke til å starte video, beskriver rapporten at dette oppleves som tilstrekkelig. Her må innringer selv aktivere lenken tilsendt på SMS (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 9).

«Rapport etter fokusgruppeintervjuer på Voss og Sandnes legevaktsentral» fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM) (2021), viser til at sykepleierne var fornøyde med å bruke video i triageringen. Pasientene har gitt positive tilbakemeldinger til sykepleiere, etter bruk av video. Noen utfordringer trekkes frem. Et eksempel er forskjell i det som beskrives i journalen, mens det som lagres på lydlogg er annerledes. Spesielt er det bekymring rundt journalnotatene som ikke beskriver situasjonen godt nok, slik at det kan komme i konflikt i en klagesak. Sykepleierne opplevde også at kommunikasjonen ble noe forstyrret når de brukte video. Filmingen dro noe av fokuset vekk, da eksempelvis barn ikke sto i ro for å bli filmet, og det ble av og til opplevd som et ekstra stress i samtalen (Lund et al., 2021).

«Video i legevaktsentral» (2022), fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM), har redegjort for ett av de to videoverktøyene som er i bruk i Norge; «Hjelp 113 video» som har hatt 33 122 videosamtaler fra uke 13 i 2021 til uke 10 i 2022. Funn herfra viser at sykepleierne opplevde en økt situasjonsforståelse, spesielt ved kommunikasjonsvansker. Og hudproblematikk, småskader og vurdering av allmenntilstand var vanlige bruksområder for video. En tredjedel av

samtalene endret triagering, ca. 13 % opptriageres og ca. 21 % nedtriageres. Over halvparten ble avsluttet med: «Rådgivning av sykepleier pr telefon», en tredel ble kodet med tiltak; «Legekonsultasjon ved fysisk oppmøte». Det ligger i tallene at 15 % av henvendelsene er nå blitt endret til at pasienten ikke trenger å komme til legevakt, mens 11,5 % endret til legekonsultasjon, når det opprinnelig var tenkt rådgivning av sykepleier. Rapporten konkluderer også med at det har vært positiv mottakelse av video både hos innringere/pasienter og sykepleiere. Det lå i oppdraget som NKLM hadde fått, at det skulle utarbeides et nettkurs, som nå er tilgjengelig for ansatte på alle landets LVS. I tillegg er «Legevaktsindeks», oppdatert med informasjon om bruk av video, som operatører i LVS kan vurdere underveis i håndteringen av henvendelsen (Sandal, 2022, s. 8, 9).

Rapporten inneholder videre et eksempel på et oppslagskort fra «Legevaktindeks».



The image shows a screenshot of the 'Legevaktindeks' website. On the left is a sidebar with navigation links like 'Innhold', 'Norsk indeks for medisinsk nødhjelp', and a search bar. The main content area is titled 'Hud / utslett' and contains a list of symptoms and signs. A red box highlights a specific section of the text, and a link 'Vurder bruk av video' is visible at the bottom of the content area.

**Legevaktindeks**  
Beslutningsstøtte for legevakthenvendelser

Innhold  
Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Søk i Legevaktindeks ...  
Søk

Om Legevaktindeks  
Brukervilkår og personvern  
Logg inn

**NORCE**  
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

### Hud / utslett

NIMN Kap. 21 Hud/utslett  
NIMN Kap. 32 Sykt barn

- Reagerer ikke på tilrop og risting
- Pustevansker
- Priklete utslett som er jevnt med huden og ikke lar seg trykke bort med et glass, kombinert med nedsatt allmenntilstand
- Utslett og:
  - Slapp, blek, får nesten ikke kontakt
  - Mistanke om feber, blir raskt verre fra time til time
  - Har sterk hodepine / nakkesmerter / nakkestivhet
- Feber og sterke smerter i eller dypt under huden
- Smertefull hevelse som sprer seg raskt
- Allergisk utslett som raskt har blitt verre (har hatt alvorlig allergisk reaksjon før) Gå til Allergi

Samtalen konferansekobles til AMK. Kriterienummer hentes i NIMN.

Vurder bruk av video +

**Figur 1:** Utklipp fra [www.legevaktindeks.no](http://www.legevaktindeks.no), under førstehjelpskriterier er «Vurder bruk av video» lagt inn som en aktiv lenke.

*Figur 1 Legevaktindeks - oppslagskort "Hud/utslett"*

(Sandal, 2022, s. 9)

Deretter kan man trykke på teksten «Vurder bruk av video», og følgende tekst er tilgjengelig på 42 av 50 oppslagskort.

### Vurder bruk av video

Det er operatøren som svarer anropet, som skal gjøre en vurdering om video skal benyttes. Hensikten er å øke operatørens situasjonsforståelse og optimalisere muligheten for å gi tilpasset hjelp.

Bruk av video støtter operatørens beslutning om rett respons, gir mulighet for god veiledning av innringer, og bedre grunnlag for å gi råd tilpasset den aktuelle hendelsen. Video kan også benyttes til vurdering av operative forhold.

Nytteverdien av å bruke video må vurderes individuelt. Bruk av video skal ikke forsinke responstid og helsehjelp.

**Figur 2:** Utklipp fra [www.legevaktindeks.no](http://www.legevaktindeks.no), når lenken «Vurder bruk av video» blir klikket på, kommer denne teksten.

### Figur 2 "Vurder bruk av video"

(Sandal, 2022, s. 10)

Rapporten viser til statistikk for initiert bruk av video, med verktøyet «Hjelp 113 video», som varierer fra 12,7 % av alle besvarte henvendelser hos Nesodden LVS til 2,2 % hos Stavanger LVS i uke 45 – 51 i 2021 (Sandal, 2022, s. 11).

Rapporten viser til tema som er diskutert i tre digitale arbeidsmøter; «...opplæring, innringers opplevelser, kommunikasjon og vurdering, dokumentasjon, etikk, bruksområder, hastegrad og tiltak» (Sandal, 2022, s. 11). Bruk av video presenteres med statistikk på årsaker til bruk av video, som hudproblematikk som den største årsaken. Hvilken hastegrad som er brukt og hvordan denne er endret, i tillegg til hvilke tiltak opprinnelig var vurdert, og hva det ble endret til, etter bruk av video. Alder og kjønn er også registrert, og bekrefter tidligere forskning, hvor innringer utgjør 61,1 % av registreringene og kjønn er omtrent jevnt fordelt ved bruk av video (Sandal, 2022, s. 23).

## 1.3 Forskning på video i andre helsetjenester

En norsk studie (Norberg et al., 2021) på videokonsultasjon hos fastleger, konstaterer at videokonsultasjon kanskje mest er egnet for triagering på LVS og som et verktøy for sykepleiere. For



konsultasjoner i egen fastlegepraksis, viser artikkelen til at ikke alle henvendelser var like egnet for video. Fastlegene ville helst bruke video der hvor det allerede er en eksisterende relasjon og kjente pasienter. Den store gevinsten for pasientene var at de ikke måtte ta fri fra jobb. Videokonsultasjon ble sammenlignet med telefonkonsultasjon, viste til at video ga en bedre forståelse og oversikt over pasientenes helsetilstand og alvorlighetsgrad. Triagevurderingen i egen praksis, er vurdert til å bli av bedre kvalitet. Studien beskriver foreldres henvendelser, hvor barnet beskrives med betraktelig redusert allmenntilstand. Men ved bruk av video vurderte legen barnet som friskere. Personvern er diskutert i artikkelen, med bekymring over at pasienten var i sitt hjemmemiljø, og andre kunne være til stede og overhøre, overvåke eller kontrollere samtalen. Men det ble også vurdert til å være positivt, der pårørende var regnet som en støtte. Det ble også uttalt at konsultasjonene kunne være mer målrettede, effektive, enkle og trygge. Studien viser til at det er viktig å kjenne til egne begrensninger og være nøye med å forklare og avklare videre tiltak for pasientene. (Norberg et al., 2021).

I en kvantitativ pilotstudie fra Frankrike, hvor leger kunne veilede innringere eller ambulanspersonell, ble det konkludert med at bruk av video er nyttig for å få en bedre oversikt over situasjonen og vurdere type bistand som er nødvendig. Også denne studien rapporterer om endret triage, men det er ikke vurdert triage uten video (Pineau et al., 2021).

En oversiktsstudie fra Tsjekkia (2022), har sett på bruk av video fra innringers mobiltelefon inn til nødmeldetjenestene (Video emergency calls), og har funnet tolv kvantitative artikler fra perioden 2012 til 2022, skrevet på engelsk. Det vises til at hjertestans og bruk av video sammen med akuttmedisinsk nødtelefon (EMDC) er der hvor video er best dokumentert, også med meta-analyser. Det konkluderes med at det er store kunnskapshull, spesielt for implementeringsaspekter for video. Studien konkluderer med at video gir lovende kliniske resultater med betraktelig bedre veiledning for innringer, ved videoassistert HLR. Her rapporteres det om effekter som bedre nevrologisk utfall og flere overlevende (Sýkora et al., 2022). Ett eksempel er en studie gjort hos AMK viser at video fører til at operatør kan gi innringer mer korrekt veiledning for hjerte-/lungeredning (HLR) (Linderoth et al., 2021).

Video i helsevesenet er ansett for å være godt etablert hos flere aktører. Forskning er gjort på bruk av video i psykiatri-behandling, hos spesialisthelsetjenesten og hos fastleger (Greenhalgh et al.,

2020). I tillegg er digital hjemmeoppfølging fra kommunehelsetjenesten implementert hos mange kommuner. Telefonsentral for akutte henvendelser, er noe annerledes i andre land. Det skyldes at vi har organisert en todeling av akutt-tilbudet med AMK og LVS (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 35). Det er funnet en masteroppgave om bruk av video på legevaktsentral (Randmæl & Holm Hansen, 2022), ellers er det så langt ikke funnet forskning på legevaktsentral og sykepleiers bruk av video i triageringen fra Norge.

Fra internasjonal forskning er det stort sett funnet studier for akutte henvendelser, mer lik det som kommer til AMK, som hjertestans og HLR eller for spesifikke sykdommer. En studie for fastlegers bruk av video, etterlyser mer kunnskap om hvilket potensiale video har, og likeledes fallgruver (Norberg et al., 2021).

«Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS)» (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 35-36) viser til at det er behov for forskning på hvor sikkert og effektivt bruken av video er for legevaktsentralen. Det påpekes det at det foreligger begrenset evidens når det gjelder hvorvidt legevaktsoperatør bør initiere videosamtaler for ulike henvendelser. Rapporten som publisert for tre år siden, konkluderte da med at det foreligger begrensede kvalitative og publiserte forskningsstudier for bruk av video til veiledning og rådgivning eller triagering mellom legevaktsoperatør og innringere/pasienter. «Rapport etter fokusgruppeintervjuer på Voss og Sandnes legevaktsentral» (Lund et al., 2021) viser til at det til da var få tydelige retningslinjer ved bruk av video og i og med at det her var pandemifokus og sommerferieavvikling, ble opplæringen for enkelte ikke-eksisterende eller lite (2021). Og «Video i legevaktsentral» (Sandal, 2022, s. 25) påpeker at det trengs flere kunnskapsbaserte undersøkelser, for å si noe om hvilke konsekvenser bruk av video kan ha for pasientene, eksterne ressurser og ikke minst, for legevaktenes ressurser.

### 1.1.1 Søkestrategi

Det er søkt etter forskningsartikler i Oria, Google Scholar, Cinahl og Sykepleien Forskning. PubMed gir 18 treff i april -23, når det her eksempelvis er søkt på: Video emergency medical dispatch Center. Det ble fort klart at begrepene er forskjellig, fra forfatter til forfatter og fra land til land. Det er søkt etter teori på området, og brukt snøballmetoden og referanser fra andre artikler med relevans til tema. Og databasene tilbyr valg som: «lignende artikler/søk», som også har vært nyttig.

Malterud (2017, s. 177) viser til at det kan bli skjevhet i materialet som er funnet, ved for utstrakt bruk av snøballmetode. Det kan skyldes at man da ofte finner eldre artikler, men samtidig kan man finne artikler som har hatt god rekkevidde og er anerkjent av flere (Astrup Nielsen et al., 2021).

Ord som har vært viktige søkeord er eksempelvis: *Telenursing, triage, video, emergency medical dispatch Center, telehealth, eHealth, telemedicine, out-of-hours (OOH)* sammen med *nurse*.

## **1.4 Hensikt med oppgaven**

Målet med studien var å få dybdekunnskaper om erfaringer sykepleiere har med implementering og bruk av video på legevaktsentral.

### **1.1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av ovenstående er det utarbeidet følgende problemstilling:

**Hvilke erfaringer har sykepleiere med implementering og bruk av video på legevaktsentral?**

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven består av fem etterfølgende kapitler:

2. Her presenteres mer bakgrunn i legevakt og legevaktens organisering og hvilke oppgaver som tillegges disse. Implementeringsrammeverket Re-aim er gitt en rolle som teoretisk holdepunkt for oppgaven.
3. Her redegjøres det for design og metode som er valgt. Videre beskrives det hvordan data er innhentet og analysert.
4. Her presenteres funn.
5. Diskusjon rundt utvalgte funn fra studien.
6. Presenterer en oppsummering av oppgaven.

## 2. Teoretisk bakgrunn

Dette kapitlet redegjør for lovpålagte og sentrale funksjoner på legevaktsentral, hva triagering innebærer og hvordan video teknisk sett fungerer på LVS. Deretter presenteres implementeringsrammeverket Re-aim, som er valgt for å støtte opp under det teoretiske perspektivet for problemstillingen.

### 2.1 Legevaktsentral

Alle kommuner er pålagt å delta i en legevaktsordning, med tilhørende medisinsk nødmeldetjeneste, legevaktsentral. Legevakt og LVS er en lett tilgjengelig helsetjeneste for befolkningen i Norge og karakteriseres som en tjeneste med høy kontaktrate, sett i forhold til andre land (Johnsen et al., 2020). Om du slår telefonnummeret 116-117, kommer samtalen inn til nærmeste legevaktsentral, i forhold til hvor du geografisk befinner deg.

«Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. Akuttmedisinforskriften (2015, § 12-13)» beskriver at legevaktsentralen er pålagt ha et kommunikasjonsteknisk system som skal varsle og håndtere; «... henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten...» (2015). Operatører som bemanner LVS er helsepersonell, og er stort sett sykepleiere (Helsedirektoratet, 2020). Det er krav til at LVS har utstyr for lydopptak og lagring av telefonsamtalen eller den muntlige kommunikasjonen i både AMK- og LV-sentralene, i tre år, men foreløpig ikke video eller bilde (Akuttmedisinforskriften, 2015, § 20).

#### 1.1.3 Triagering på legevaktsentralen

Arbeidsoppgavene på legevaktsentralen er i hovedsak å motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig medisinsk hjelp. Operatøren skal registrere, og ved behov, kunne videreformidle henvendelsen til riktig tjeneste og gjøre en hastegradsvurdering, altså en prioritering av henvendelsene, kalt triagering. Det gis medisinskfaglige råd og veiledning og operatøren skal iverksette og følge opp pasientens henvendelse (Allertsen & Morken, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ofte er sykepleier den eneste pasienten er i kontakt med, hvis det ikke trengs legetilsyn (Midtbø et al., 2017).

Triagering er i hovedsak delt opp i et trafikklys-system som har grønne, gule, oransje og røde «kriterier», som angir hvordan prioriteringen inn til behandling og ev. legekonsultasjon skal håndteres, og angir anbefalt tid før legetilsyn eller annen helsehjelp. Telefontriagering har færre kriterier, enn ved fysisk oppmøte og mulighet for å vurdere pasienten klinisk (Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2018). Det er krav om at 80 % av alle henvendelser skal besvares innen to minutter (Direktoratet for e-helse, 2021b). Her kan det stilles krav om at det gjennomføres tiltak for å nå dette målet.

Det finnes flere anbefalte verktøy for triagering, eksempelvis Manchester Triage System og Legevaktsindeks (2018). Triagering er utfordrende og krever god sykepleierkompetanse. Og sykepleier skal ivareta «portvokterfunksjonen», noe som anses for viktig for å kunne sørge for at pasienten kommer til riktig omsorgsnivå, og for å prøve å unngå en overfylt legevakt. Det kliniske skjønnemålet er viktig, selv om det standardiserte triage-verktøyet gir god støtte (Johannessen, 2018).

#### 1.1.4 Video på legevaktsentralen

Det er ikke funnet utfyllende beskrivelser av den tekniske bruken på video, så teksten er egen beskrivelse: Sykepleier vurderer selv om det er behov for bruk av video, og initierer dette overfor innringer. Videoverktøyet hentes opp fra en nettleser/nettadresse. Det bes så om et muntlig samtykke av innringer/pasient for å bruke video i samtalen. Når dette er bekreftet, må innringers telefonnummer skrives inn i videoløsningen. Så sendes det en lenke fra nettsiden til mobiltelefonen til innringer. Innringer forblir samtidig i lydsamtalen og må sette telefonen på høyttaler for å aktivere og trykke «tillat» i den tilsendte lenken, og det tekniske er her i tillegg gjort i samarbeid med telefonprodusentene. Dermed kan video streames i sanntid inn til legevaktoperatør, mens innringer filmer aktuell situasjon. Video er kun en-veis, og operatør vil ikke vises på innringers telefon.

LVS-operatørens arbeidsplass består ofte av tre til fire skjermer; en hvor telefonsentralen vises, det som kalles; Integrated Communication and Control System (ICCS) (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, 2022), en skjerm som har journalsystemet tilgjengelig og en skjerm med triagesystemet/mulighet for videostrømming. Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) leverer telefonsentralene (ICCS), som leverer tjenestene over Norsk Helsenetts sikre datalinjer.

Innringere til LVS fordeler seg på omtrent 50 % som pårørende, 39 % er pasienten selv og resterende er samarbeidspartnere, på ca. 8 %. Og der hvor video er brukt utgjør pårørende omtrent halvparten og dernest utgjør pasienten selv omtrent 30 % av innringerne. Det spekuleres i om en forklaring kan være at det er lettere å spørre om å opprette video, der innringer er pårørende (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 30). Dette gjør at jeg i resten av oppgaven refererer til disse som innringere/pasienter.

## 2.2 Implementering

Teknologi tas i økende grad i bruk hos helsevesenet (Sharma et al., 2017), som eksempelvis video. Men det er en kjensgjerning at ikke all teknologi som er anskaffet, er i aktiv bruk. Implementeringen av teknologien anses å kreve systematisk og målrettet innsats. Videre krever implementeringen at det må være praktisk og teknisk mulig å få teknologien ut i praksis (Rønning, 2021, s. 20).

Pandemien har i så måte gjort «underverker» for bruk av video og video-møter/konferanser/terapi. Selve video-teknologien har vært tilgjengelig i noen år, men ikke for alle tjenester. Det er satt i gang piloter og prosjekter med tidsbegrenset varighet, men disse har i mange tilfeller ikke implementert godt nok, slik at gevinster kan realiseres. Så om teknologien er tilgjengelig for ansatte, er de ikke kun passive mottakere av innovasjonen eller implementeringen (Greenhalgh, 2018, s. 29). Det er på bakgrunn av dette valgt å se på implementeringsrammeverk som et teoretisk perspektiv på implementering og bruk av video, for denne studien.

Forskning på implementering er et resultat av et ønske om å få helsevesenet til å ta i bruk mer evidensbasert praksis, hevder Per Nilsen (2015). Han viser til modeller, teorier og rammeverk til bruk for dette formålet. Han definerer implementeringsforskning til å være et bidrag til å få frem metoder for å en systematisk implementering av forskningsfunn og evidensbasert praksis, slik at det bidrar til å heve kvaliteten og effektiviteten i helsetjenesten (Eccles i Nilsen, 2015, s. 2).

På bakgrunn av dette mener Nilsen (2015) å ha funnet fem kategorier av teoretiske tilnærminger;

- Prosessmodeller; hvordan oversette forskning til praksisendring
- Determinante rammeverk, klassiske teorier og implementerings-teorier; som alle tre skal bidra til å forstå hva som skal til for å implementere noe i praksis
- Evalueringsrammeverk (Nilsen, 2015)

I denne oppgaven har jeg valgt å se på implementeringsrammeverket, Re-aim. Re-aim er et rammeverk, som med engelske begreper beskriver fem faser i implementeringsprosessen; «Reach, Effectiveness, Adoption, Impementation, Maintenance» (Re-aim.org, 2022). Siden dette er regnet for å være et evalueringsrammeverk og mine informanter har vært sykepleiere som har vært med i den første innføringsfasen, antar jeg nå at legevaktsentralene som er inkludert her, er i en «vedlikeholdsfase». Det er imidlertid skrevet flere artikler som redegjør for og analyserer rammeverket. Flere tar til orde for å være pragmatisk, når en tar i bruk rammeverk. Det handler om at verktøyet må passe til konteksten for hvert enkelt prosjekt (Glasgow et al., 2019; Holtrop et al., 2018).

Fasene eller dimensjonene, i rammeverket er laget for å kunne støtte opp under planlegging, evaluering eller varige endringer for praksis, enten for igangsatte programmer, evidensbaserte intervensjoner eller i det offentlige helsevesen. Dette presenteres via en nettside, hvor skjema med spørsmål kan fylles ut for støtte i implementeringsarbeidet (Re-aim.org, 2022).

Figuren under, viser en måte å bruke rammeverket for helsevesenet, beskrevet av Glasgow og Eastabrook (2018). Spørsmålene kan brukes som støtte i implementeringsprosessen. Ved å vurdere spørsmål som omhandler disse områdene, kan man diskutere områder som bør ses nærmere på, i løpet av implementeringsprosessen.

#### Pragmatic Use of RE-AIM- What is Feasible?

| RE-AIM Dimension | Key Pragmatic Definitions and Priorities to Consider and Answer   |
|------------------|---|
| Reach            | WHO is (was) intended to benefit and who actually participates or is exposed to the intervention (intervention = program, policy, practice, pill, policies, principles, procedures, or product) |
| Effectiveness    | WHAT is (was) the most important benefit you are trying to achieve and what is (was) the likelihood of negative outcomes?   |
| Adoption         | WHERE is (was) the intervention applied<br>WHO applied it?  |
| Implementation   | HOW consistently is (was) the intervention delivered?   |
|                  | HOW will (was) it be <u>adapted</u> ?   |
|                  | HOW much will (did) it <u>cost</u> ?  |
| Maintenance      | WHY will (did) the results come about?  |
|                  | WHEN will (was) the intervention become operational; how long will (was) it be sustained (setting level); and how long are the results sustained (individual level)?                            |

Glasgow RE & Estabrooks, P. *Preventing Chronic Disease*, 2018; 15: E02

*Figur 3 Re-aim - spørsmål og prioriteringer for vurdering*

(Glasgow & Estabrooks, 2018)

Shelton et.al (2020) argumenterer for å se på hvilke faktorer som har betydning for implementeringen, ut fra Re-aim, og spesielt de dimensjonene som understøtter vedlikeholdsfasen. En implementering skjer ikke kun i et kort tidsperspektiv. Forfatterne mener Re-aim kan være et verktøy for å understøtte implementeringen over lengre tid (2020). De hevder også at en del av implementerings-rammeverkene har vært mindre opptatt av denne fasen for et mer langsiktig perspektiv. Her kan Re-aim bidra til å understøtte den økende enigheten, om at implementering av helseintervensjoner ikke kun skal leveres, men også må jobbes med for å opprettholde effekten (Shelton et al., 2020).

Det antas at alle LVS er i vedlikeholdsfasen, etter å ha hatt video i bruk i over ett års tid. I denne fasen skal man se hvor godt video er blitt institusjonalisert. Dette gjelder også på individ-nivå hvor helsepersonell fortsatt må gjøre en atferdsendring. Det påpekes at det er vanskelig å vite hvor godt noe er implementert i de forskjellige fasene i Re-aim. En artikkel om Re-aim foreslår å se på implementeringen, i tid, å vare mellom seks måneder til ett år, mens vedlikeholdsfasen varer ut over to år. Dermed påpeker de at det er viktig å evaluere (Glasgow et al., 1999). Vedlikehold og atferdsendring kan ses på som en effekt som har blitt en rutine i praksis. Ofte ser forskning på effekter kort tid etter implementering, men å opprettholde rutiner og ny praksis, er ofte den fasen som kan variere i prosjekter eller implementering av teknologi (Re-aim.org, 2022).

Shelton et. al (2020) mener at det kreves en kontinuerlig utvikling og evaluering, og at det bør gjennomføres en evaluering minst ett år etter implementering, for å kunne måle en reell positiv forskjell og utvikling for befolkningen og helsetjenesten. De mener videre det er avgjørende å gjennomføre systematiske og planlagte strategiske endringer og tilpasningen, og dokumentere årsaken til endringene. Det er et mål at intervensjonen er effektiv over tid. Spørsmål som kan stilles er; - hvem er den tiltenkte målgruppen? - hvordan en kan engasjere målgruppene? - hvordan kan virkningen kan opprettholdes overfor disse? (Shelton et al., 2020).

Kostnadene som i et prosjekt kan heller ikke telles kun for anskaffelse av teknologien, men også for ressurser som benyttes i forbindelse med implementeringen. Er det i samsvar med hva man får ut av effekter, både for helsetjenesten og pasientene. Spørsmålet er om implementeringen av intervensjonen er bærekraftig over tid? Er det barrierer som gjør at den ikke kan opprettholdes? Her mener forfatterne at Re-aim (2020) kan gi veiledning til å sette vedlikehold i et system, slik at



vedvarende adferdsendring skjer. Sammen med dette argumenterer forfatterne for at det også er viktig at det ikke blir forskjeller eller er med på å forverre helseforskjeller og bidra til en skjevhet i ressurstilgangen overfor befolkningen (Shelton et al., 2020).

### 3. Metode

Dette kapittelet skal sette leseren i stand til å vurdere hvordan kunnskapen er produsert. Det redegjøres først for vitenskapelig posisjon, design og kontekst for studien. Deretter vil valgt metode, utvalg og inklusjonskriterier gjennomgått, etterfulgt av en beskrivelse av rekrutteringsprosess og arbeidet rundt intervjuguiden. Videre vil datainnsamling og transkriberingen bli beskrevet, sammen med gjennomføringen av analyser. Kapittelet vil avsluttes med en diskusjon om etiske overveielser og personvern, samt forfatterens egen rolle, forforståelse og evaluering av relevans, validitet og pålitelighet av studien.

#### 3.1 Vitenskapelig posisjon

Denne oppgaven henter inspirasjon fra den hermeneutiske filosofi og tradisjon. Hermeneutisk tankegang ses på som en oppfatning av verden, et paradigme som viser hvordan vitenskap kan formes og påvirkes. Dette påvirker de antakelser som undersøkes. Menneskelig erfaring fortolkes og gir grunnlag for forståelse og mening (Malterud, 2017, s. 28-29).

At dataene i studien har gjennomgått en systematisk fortolkning, er å se på teksten i lys av menneskelige erfaringer og i en kontekst. I en hermeneutisk tilnærming blir teksten tolket fra det øyeblikket den transkriberes. Tolkingsarbeidet tar utgangspunkt i en analyse av teksten i sine ulike deler, og hver del eller situasjon gir en forståelse, før helheten betraktes på nytt og gir ny kunnskap (Rykkje & Ueland, 2022). Under analysen ses hver del av teksten i sammenheng med en større helhet. Tolkningen og konteksten vil gi teksten mening. Rykkje og Ueland (2022) kaller dette for å ha «...en dialog med tekster...» (Rykkje & Ueland, 2022, s. 1).

Ved å se på delene og helheten, som i «den hermeneutiske sirkel», er det mulig å bygge opp ny kunnskap og tolkning av egne refleksjoner. Egne erfaringer og interesser for temaet påvirker tolkningen av informasjonen som kommer frem i intervjuene. Allerede i møte med sykepleierne er jeg involvert i tolkningen, som bærer med seg en forforståelse av eget yrke som sykepleier. Denne forforståelsen utfordres ved å gå fra å se på deler av det som blir sagt, til å sette det inn i en helhet, for å få forståelse av det som studeres. Så fra starten med dette som tema i fjor vår, til at oppgaven nå er levert, settes innsikten og kunnskapen sammen, med noen mulige tolkningsmuligheter. Dette gir rom for å se saken fra flere sider (Rykkje & Ueland, 2022).

I kapittelet om forforståelse, redegjøres det for noe av min bevisste holdning og erfaringer som skaper forutsetningen for min forforståelse. Fra dataene trekkes det slutninger fra det subjektive til det allmenne, altså en induktiv tilnærming.

## 3.2 Design

For å utforske sykepleiernes erfaringer med implementering og bruk av video på LVS, er et eksplorativt design med kvalitativ tilnærming, velegnet for å innhente erfaringskunnskap. Menneskelige erfaringer og sammenhenger legges til grunn for beskrivelser og et eksplorativt design gir rammer som ikke er fastsatte. Siden dette er et lite utforsket felt, er et eksplorativt design formålstjenlig (Lerdal & Karlsson, 2008; Leseth & Tellmann, 2018; Malterud, 2017).

Designet gi flere muligheter for å endre hvilke valg som tas underveis i prosjektet. Det ble eksempelvis tilført et spørsmål om etikk i intervjuguiden, etter første intervju. Et valg som ble vurdert, var å intervju ledere eller gjennomføre dybdeintervju med sykepleiere. Designet åpner opp for å utforske med eksempelvis enkeltintervjuer. Det ville kanskje ha gitt dybdekunnskap som ikke kom frem ved hjelp av fokusgruppeintervju.

Det er i hovedsak tre forskningsmetoder å velge mellom; kvantitativ, kvalitativ eller en kombinasjon av de to foregående. Kvantitativ metode er velegnet for å bearbeide data fra tallmateriale, eksempelvis statistikk, mengde, omfang eller fordelinger. En relevant vinkling på tema for video på LVS, ville vært å kunne sammenligne tallmateriale, som eksempelvis måling for samtaleid eller antall videosamtaler i henhold til besvarte henvendelser. Spørreundersøkelser er også velegnet for kvantitative design. Det som ønskes undersøkt er gjerne avgrenset, og som kan si noe om effekter og forskjeller. En kvantitativ studie kan gjerne være en forstudie til en kvalitativ studie (Malterud, 2017, s. 33).

For denne oppgaven er det valgt å bruke kvalitativ metode. Det er en strategi for å studere og beskrive egenskaper, opplevelser og fortolkninger ved menneskelig adferd. De spørsmål som stilles, får konsekvenser for studiens design. Det er avgjørende at de empiriske dataene kan gi svar på studiens problemstilling (Lerdal & Karlsson, 2008; Leseth & Tellmann, 2018; Malterud, 2017).

Denne studien utforsker erfaringer. Ved å stille spørsmål som er åpne og uten definerte kategorier, har den kvalitative metoden sin styrke. Metodene kan også her legge grunnlag for å gjøre en kvantitativ studie for senere forskning. Kvalitative metoder kan gi svar på flere felt, og som kan gjøre forbedre praksis tjenestene som ytes (Malterud, 2017, s. 31-33). En relevant problemstilling som kunne vært aktuell for et lignende prosjekt, ville vært å søke svar på pasientenes opplevelser eller erfaringer eller holdninger til bruk av video til LVS.

### **3.3 Kvalitativ metode – fokusgruppeintervju**

I kvalitativt design, er det flere strategier å velge mellom. Eksempler på dette er; deskriptive, narrative studier, aksjonsforskning, deskriptive studier og observasjonsstudier. I denne studien er det valgt fokusgruppeintervju. Fokusgrupper er godt egnet for studier som vil utforske felles erfaringsgrunnlag og synspunkter hos helsepersonell eller pasienter. Gruppen bør dermed settes sammen så homogent som mulig (Malterud, 2017, s. 138). For forskeren er fokusgrupper et redskap for å åpne opp for diskusjoner og i gruppen kan det gi gode refleksjoner og assosiasjoner og gi en verdi både for informantene og for studien. I dynamikken mellom deltakerne i intervjuet og med forskeren, skjer en interaksjonsprosess, en ikke vil få ved dybdeintervjuer (Lerdal & Karlsson, 2008; Malterud, 2012). Dybdeintervjuer ble dermed valgt bort, på bakgrunn av dette. Utfordringen med fokusgrupper kan være at dynamikken kan lukke for meninger som ikke følger gruppens flertall, og dette krever en moderator som må ha en strukturert styring og en aktiv rolle. Det vises til at for å få et godt materiale, kan en få informantene til å fortelle konkrete historier (Malterud, 2017, s. 70).

### **3.4 Kontekst og utvalg**

Det er gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med sykepleiere som arbeider på store LVS. Alle sentralene betjener et befolkningsgrunnlag på over 75.000 innbyggere og ligger i forskjellige landsdeler. I 2021 finnes det 20 (av 365) kommuner som har befolkning på over 50.000 innbyggere (Ekorndrud et al., 2023).

Det ble planlagt å rekruttere sykepleiere til tre eller fire intervjuer, med fire til seks informanter i hvert av intervjuene. Antallet informanter er anbefalt i en forskningsartikkel fra Lerdal og Karlsson

(2008) og av Malterud (2012), i sin bok om fokusgrupper. Det ble planlagt at hvert fokusgruppeintervju skulle bestå av informanter fra forskjellige LVS. En stor variasjon i et strategisk utvalg kan være av betydning for utfallet av studien (Leseth & Tellmann, 2018). Utvalget av informanter henger sammen med om kunnskapen kan bli gyldig, og er sammensatt av sykepleiere som best mulig kan bidra til å svare på problemstillingen (Malterud, 2017). Og det strategiske utvalget skal sørge for at det kan samles data for å gi nye perspektiver.

Inklusjonskriteriene skulle sørge for å rekruttere sykepleiere med erfaring med bruk av video. Størrelsen på legevaktsentralene er valgt for å kunne sammenligne store legevaktsentraler, kontra noen små og noen store, for å få et mer likt erfaringsgrunnlag. I Norge er det stor variasjon i størrelsen på legevaktene og sentralene. Noen har en sykepleier og en lege på jobb, mens andre har seks-syv eller flere. Ved å velge store legevaktsentraler som ligger i sentrale strøk ble det antatt at det var lettere å få frem ulikheter på detaljnivå.

### 3.4.1 Inklusjonskriterier

Følgende kriterier var satt for rekruttering:

- Sykepleiere ansatt på en stor legevaktsentral, som betjener mer enn 75.000 innbyggere
  - Sykepleiere, både kvinner og menn, med spredning i alder
  - Skal ha jobbet på legevakt og legevaktsentral minst ett år, før video ble implementert. Det vil si, ha praksis fra LVS, uten tilgjengelig videoverktøy fra tidligere
  - Sykepleiere som har vært med fra starten av implementeringen av video, eller ha kommet til underveis i implementeringen
  - Bør ha brukt video i mer enn seks måneder
- Sykepleier må ha noe erfaring med bruk av video, for å kunne gi tilstrekkelig informasjon

### 3.4.2 Rekruttering

Forespørsel om deltakelse i gruppeintervju ble sendt per e-post til ledere ved fem store legevakter med egne LVS. Sammen med forespørsel om deltakelse til intervjuene, ble det sendt ut en kort beskrivelse av formålet med intervjuene (Malterud, 2017). Det var antatt at det ville være lettere å informanter, ved å velge å sette sammen deltakere fra flere LVS i samme intervju. Reisetid og kostnader er også unngått, da intervjuene foregikk på video. Og det var lettere å velge store LVS i Norge.

Underveis viste det seg vanskelig å få rekruttert det antall deltakere som opprinnelig var ønsket. Tre ledere responderte på den første henvendelsen, og det ble opprettet kontaktpersoner for hver legevakt. De var enten fagsykepleiere eller forskningskoordinator. Disse bisto med å forespørre sykepleiere lokalt. Både via telefon og e-post ble det holdt kontakt, og jeg fikk oversikt over hvem som skulle delta i intervjuene, og teams-lenke ble også sendt til kontaktpersonene, for videre distribusjon. Det ble samlet inn samtykkeskjema som er mottatt pr e-post (Vedlegg 1).

Det ble underveis sendt ut ny skriftlig henvendelse, og forsøkt å nå ledere pr telefon hos de legevaktene som ikke hadde svar på første forespørsel. Dette var uten resultat.

Det ble etter transkripsjon, og i starten av analysen vurdert at resultatene og kunnskapen som er fremkommet, var tilstrekkelig for å få relevante svar for studien. Selv om det å finne et metningspunkt kan være utfordrende. Det finnes beskrivelser av metningspunkt som viser til at forskningen må skrives sammenhengende, med komplett teori, i tillegg til at funn som er gjort, er overførbare til nye områder (Morse, 2015).

Rekrutteringen endte opp med 4, 5 og 5 sykepleiere til tre intervju. Dessverre kunne ikke alle likevel delta, og noen dukket ikke opp. Til sammen er det intervjuet 8 sykepleiere. Legevaktsentralene har hatt video tilgjengelig fra ca. 8 måneder til ca. 1,5 år.

Fordelingen av sykepleiere i hvert intervju:

| Intervju 1                                     | Intervju 2                                  | Intervju 3                                  |
|--|---|---|
| 2 sykepleiere, med 5 - 30 års erfaring fra LVS | 3 sykepleiere med 5-15 års erfaring fra LVS | 3 sykepleiere med 3-17 års erfaring fra LVS |
| LVS A og B                                     | LVS A                                       | LVS A, B og C                               |

*Tabell 1 Fordeling av sykepleiere og LVS i fokusgruppeintervjuene*

Legevakt A – Stor legevakt med ca.130.000 innbyggere, betjener flere kommuner.

Legevakt B – stor legevakt, med ca. 290.000 innbyggere, betjener flere kommuner.

Legevakt C – Stor legevakt med ca. 75.000 innbyggere, fler-kommunesamarbeid. Mange turister.

(Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2022)

### 3.4.3 Utarbeidelse av intervjuguide

I arbeidet med prosjektbeskrivelsen i fjor vår, ble det utarbeidet en intervjuguide. I høst ble ordlyden noe endret, for å tydeliggjøre spørsmålene. Det ble lagt til hjelpespørsmål for bruk i intervjusituasjonen, da det på forhånd var vanskelig å vurdere hvor mye tid intervjuet ville ta. I tillegg ble det lagt til to spørsmål på slutten av intervjuguiden (Vedlegg 2). Siden det her er valgt semistrukturerte intervjuer, var det muligheter for å endre spørsmål underveis (Malterud, 2017). Så da etikk ble bragt opp som tema i første intervju, ble det lagt til et spørsmål om dette for de to siste intervjuene.

Forskning på bruk av video og egen interesse og erfaringer fra legevaktsentral har vært førende for valg av spørsmål. For å støtte det teoretiske perspektivet for problemstillingen, ble implementeringsrammeverket Re-aim valgt. Hovedområdene i Re-aim-rammeverket bidro til utformingen av spørsmål i intervjuguiden. Bakgrunnen for dette er egne erfaringer med implementering, og hvor utfordrende dette kan være.

### 3.4.4 Datainnsamling

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på videoverktøyet Teams, fra Microsoft, etter at det forelå godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3). Fokusgruppeintervjuene varte mellom 45 til 55 minutter.

Alle kontaktpersoner/sykepleiere fikk lenke til intervjuet i forkant. Halvparten av deltakerne gjennomførte intervjuet i sin arbeidstid, mens de andre stilte opp i egen fritid. Lydopptakene i fokusgruppeintervjuene er gjort med hjelp av opptaksfunksjon til Nettskjema fra UiO og en lånt diktafon, ikke via Teams. Dette var viktig da datasikkerheten via amerikanske Microsoft Teams, ikke er ansett for å være sikkert nok, til helseformål, og ingen data ble lagret der. Diktafonens opptak ble slettet, så fort transkripsjonen var gjort. Opptakene på Nettskjema slettes når prosjektet er ferdig. Dette er også presisert i søknad til NSD og overfor informantene.

I starten av intervjuene ble det gitt informasjon om hvordan intervjuet praktisk skulle gjennomføres, i tillegg til en kort oppsummering av tema. Det er viktig med god informasjon i forkant, og det ble opplyst at jeg hadde en intervjuguide. Da er det lettere å kunne gå tilbake til

tema eller spørre om utdypende forklaring, slik at målsettingen for studien blir godt nok belyst underveis i intervjuet (Malterud, 2012). Det ble oppfordret til å delta aktivt underveis i intervjuet, og spørre hverandre om noe var uklart.

Det deltok ikke en ekstra fasilitator i intervjuene, men det var planlagt å bruke håndsopprekningsverktøyet i Teams. Men da det endte opp med færre deltakere enn planlagt, ble dette droppet. Det betød at jeg noen ganger stilte direkte spørsmål til noen som hadde vært «stille» en stund, for å få alle med i samtalen. Interaksjonen i intervjuene har føltes ganske likt. Men min rolle ble mer fremtredende i de to siste intervjuene, med flere deltakere, for å få fordelt taletid.

I bruk av videointervju, oppleves ofte lyden som forsinket. Dette kalles latens-tid. Den ga av og til noen utfordringer med at sykepleiere snakket i munnen på hverandre, da det ikke er like lett å høre når den andre er ferdig med å snakke. Det ga noen få utfordringer i form av mindre spontan dialog. Så det var viktig for meg at jeg ikke avbrøt, eller kom med alt for mange spontane ytringer, men lot det være rom for å komme inn i samtaleflyten (Seuren et al., 2021).

### 3.4.5 Transkribering

Alle lydopptak er gjort i et rom uten tilhørere, og også i transkriberingen, for å ivareta anonymiteten til informantene. Ved å gjøre transkriberingen selv, har det gitt meg en bedre innsikt i innsamlet datamateriale. Det er forsøkt å ta med alle fyllord og pauser, men dialektord er byttet ut, for å anonymisere sykepleierne. Men å gjengi så korrekt som mulig har vært viktig, selv om jeg som forsker ser at jeg da har påvirkning på materialet. Resultatet er 45 sider transkribert materiale med 1,5 linjeavstand. Transkriberingen har vært et nytt «møte» med teksten som ga en god oversikt over materialet. Alle sykepleiere fikk hvert sitt nummer i teksten, for å anonymiseres.

## 3.5 Analyse

Flere forfattere ble vurdert, da det skulle velges analysemetode. I denne oppgaven er det valgt å følge Malteruds (2017) analysemetode og systematisk tekstkondensering, da hennes forklaring på metode har virket mest logisk for meg. Systematisk tekstkondensering (STC) ga analysen en struktur og en støtte ved å ha delt det opp. Kondenseringen av tekst er en måte å ta innhold og data som er innsamlet, se dette opp mot teori, i en iterativ prosess (Malterud, 2017, s. 99-111). Nedenfor



redegjøres det for hvordan analyseprosessen har vært gjennomført. Der hvor det ikke er henvist til forfatter, er det brukt Malteruds bok.

Malterud (2017) beskriver sin analysemetode i fire steg:

1. Få oversikt over materialet og helhetsinntrykk
2. Kode meningsbærende enheter
3. Dele opp data som gir mening og organisere dette i foregående kode-enheter og
4. presentere funn (2017, s. 98)

Første steg i metoden var å få oversikt over materialet. De transkriberte intervjuene ble lest flere ganger. Analysen ble lagt til grunn for en systematisk fortolkningsprosess, og ble til beskrivelser av de erfaringer som sykepleierne hadde. I dette steget ble det sett etter gode beskrivende sitater, selv om det i denne fasen ikke ble tatt en beslutning. I ettertid ser jeg at jeg i den første analyserunden var mer opptatt av at prosessen skulle foregå som en lineær prosess, kontra en induktiv og iterativ prosess. I denne fasen var det også første gang det ble gjennomgått, vanskelig å se informasjon som var gitt, som jeg ikke selv hadde stilt spørsmål om. Det ble her laget foreløpige temaer.

Steg to var å kode teksten inn i foreløpige temaer og lage meningsbærende enheter. Den transkriberte teksten ble satt inn i en tabell i Microsoft Word. Ved å fortette utsagnene på hver linje, ble det laget meningsbærende enheter. Det var likevel tekst som ble ansett som lite relevant, og ikke ble med videre i analyseprosessen. Det som ikke ble med videre av tekst, ble merket med kommentarer for å kunne gå tilbake til, i senere analyserunder. Alle sykepleieres utsagn ble her merket med linje og nummer på intervju (1-3 for intervju og eks. 3, for linjenummer), og alle fikk hver sin farge, slik at det skulle bli lettere å gå tilbake i teksten. Dette ble nyttig, da jeg flere ganger gikk tilbake til dette steget, for å se om analysen kunne tilføre noe nytt. Da dette var ferdig, ble det laget et nytt skjema for å se hvor mange meningsbærende enheter som passet inn under de foreløpige temaene. Dette var som en støtte i første fase.

Det ble laget meningsbærende enheter som ble kodet med foreløpige tema. Første gang dette ble gjennomgått, endte det opp med 10-12 tema. Eksempelvis; Fordeler med bruk, faglig trygghet, utfordrende situasjoner, pålogging, pasienthistorier, rutiner og oppfølging. Her anbefaler Malterud (2017) tre til fem kodegrupper, og jeg fikk dermed alt for mange kodegrupper i første analyserunde.

Det kan skyldes at jeg tidlig i analyseprosessen var alt for forutinntatt, og opptatt av å følge intervjuguiden og den oppdelingen av spørsmål som var utarbeidet for den. Dette har vært en læring underveis. Og jeg har brukt mye tid i analysearbeidet, i flere iterative runder.

Steg tre var å dele opp teksten fra foregående steg, og sette denne inn i ny tabell. I denne fasen ble teksten ytterligere kondensert, til et kunstig sitat, men uten å miste alle ord og uttrykk som sykepleier selv har uttrykt det. Det ble her laget tre hovedgrupper med koder og flere subgrupper. Innholdet ble på nytt flyttet rundt på, i forhold til hvilken kodegruppe teksten ble vurdert å tilhøre. Det er i dette steget laget «gullsitat».

Steg fire innebærer å sette sammen de delene fra kondensert mening til beskrivelser. Dette beskrives som rekontekstualisering, i en STC-metode. Min rolle som fortolker av teksten og meningsinnhold ble gjort for å lage en abstrahert analytisk tekst og denne er laget i tredjepersonsform. I første runde ble det ikke godt nok abstrahert, og teksten i analysen har gjennomgått flere runder med endringer, for å få frem fellestrekk og sammenfattet analyse. Navn på kodegruppene har endret seg flere ganger, inntil oppgaven tok form.

Ett eksempel på tekst i steg 4, illustrert med gullsitat fra steg 3:

| Steg 4   | Gullsitat   |
|--|---|
| En informant forteller at særlig småbarnsforeldre synes det er positivt med tilbud om bruk av video. | <i>De er usikre, og synes det er fint om jeg tar litt av ansvaret over på meg, når vi ser på det samme.</i> |

*Tabell 2 - Steg 4, med eksempel på gullsitat*

Styrken ved bruk av kvalitativ metode er å kunne gjøre tolkninger fra et induktivt perspektiv, og tolke dette til noe som kan anses som allmenngyldig. Teoretiske perspektiv var til hjelp i analysefasen, for å fokusere og bedre forstå og tolke de dataene som er innsamlet (Malterud, 2017).

### **3.6 Ethiske overveielser**

Det er viktig at forskeren klargjør overfor leseren, hvordan kunnskapen innhentes og håndteres. Dette for å være valid og reliabel og ha refleksivitet om egen rolle. Nøytralitet er ikke mulig. I

kvalitativ forskning regnes forskeren som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen. Eksempelvis er tema, metode og interesser og avgjørende for hvilket perspektiv som er valgt. Hva som trekkes frem som relevante svar og hvilke konklusjoner som trekkes, er faktorer som påvirker forskningen (Malterud, 2017).

### 3.6.1 Personvern

Det har vært viktig å ivareta anonymitet og personvern overfor sykepleierne i studien. Innsamling av data som berører personopplysninger er behandlet etter kravet om informert samtykke. Alle informantene har sendt tilbake signert, skriftlig samtykke som sammen med informasjonsskrivet har gitt informasjon om prosjektet og personvern (Vedlegg 1). Det har vært med på å klargjøre egen rolle og utgangspunkt for prosjektet. Det er etter god forskningsetisk skikk mulighet til å trekke seg fra studien, inntil materialet er anonymisert. Mal fra NSD er brukt. Studien ble etter prosjektbeskrivelsen godkjent hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) i juli 2022, nummer 752911 (Vedlegg 3). Prosjektet faller utenfor Helseforskningsloven.

I en studie hvor det spørres om evaluering av implementeringsprosessen, har det vært viktig å få frem at det ikke har vært noen intensjon om å se etter kritikkverdige forhold, men å få frem erfaringer som gjør at vi kan lære av og forbedre tjenestene våre. Konfidensialitet har vært viktig, fra datainnsamling til informasjon har blitt anonymisert, og i tillegg i analyseprosessen og i sitater.

### 3.6.2 Forskerens rolle og forforståelse

Fra prosjektbeskrivelsen ble påbegynt, våren 2021, hadde jeg et ønske om å gjennomføre fokusgruppeintervju og en kvalitativ tilnærming. Jeg har bidratt inn i implementering av video på legevaktsentral i egen kommune. Og nå var det spennende å kunne få et innblikk i sykepleieres erfaringer om dette. Jeg har tidligere vært sykepleier på legevakt og legevaktsentral B, så i denne studien intervjuer jeg noen av mine tidligere kolleger. Jeg har dermed en nærhet til arbeidet og til sykepleierne. Dette kan både ha vært en styrke og en svakhet i form av at det har vært relevant fokus, men kanskje mangel på et blikk som utenforstående ville hatt.

Å stille spørsmål rundt hvordan forskningen er fremkommet, og hva som har påvirket kunnskapsutviklingen, er viktig. For å vurdere dette, er de tre begrepene refleksivitet, relevans og validitet viktig for å redegjøre for, og gjennomføre en kritisk refleksjon.

## Refleksivitet

Refleksivitet i forskning refererer til egen bevissthet rundt egen forforståelse og rolle (Malterud, 2017, s. 19), i tillegg til den subjektive påvirkningen jeg har hatt i forskningsprosessen. I denne studien har jeg hatt en dobbeltrolle som både som tidligere rådgiver i en implementeringsprosess og som forsker. Jeg har tilrettelagt for og holdt opplæring, informasjonsmøter og intervjuer med både sykepleiere og pasienter. Jeg har ikke selv ikke brukt video i mitt arbeid på LVS. Min forforståelse har påvirket valg av tema og intervjuguide. Den har også hatt betydning for spørsmål som ble stilt, og i det analysearbeidet som er gjort og drøfting av resultatene. Andre forskere vil trolig ha konkludert annerledes.

Det er sannsynlig at andre kategorier og tema ville vært hensiktsmessig. Intervjuguide og tema har vært valgt med tanke på å kunne svare på problemstillingen. Jeg har prøvd å se datamaterialet fra ulike perspektiver. Men det er en utfordring å holde seg åpen nok til å se etter andre tolkninger, enn de de som er etablert gjennom prosjektbeskrivelse og utarbeidelse av intervjuguide. Innsamlet materiale er gjennomgått flere ganger, men er mest trolig preget av forforståelse fra eget arbeid. En systematisk gjennomgang av teksten, gjennom Malteruds (2017, s. 100) fire steg, har vært forsøkt overholdt, for å oppnå refleksivitet.

## Relevans

Relevans er et begrep for å svare på om studien har innvirkning for praksisfeltet (Malterud, 2017). Det er mye kunnskap i sykepleierfeltet som skjer i interaksjon og læring mellom kolleger, spesielt rundt bruk av video. Relevansen vil gi kunnskap om hvilke endringer som kan gjøres for å få video til å nå sitt potensiale. Den kan ha en generell interesse for ressurser som bidrar med implementering.

Innhenting av litteratur og forskning på bruk av video på henvendelser som ligner norsk legevaktsentral, har vært vanskelig å finne, jmf tidligere forklaring. Aktuelle studier kunne vært inkludert, hvis søkene ble endret til et bredere fokus. Valgt litteratur er gjort med bakgrunn i forståelse av emnet. Artikler er valgt ut fra vitenskapelige tidsskrift og/eller databaser som er anerkjent innenfor det medisinske miljøet. For implementeringsforskningen har det vært et utall av utvalg. Så her har implementeringsforskning og rammeverk presentert i tidligere undervisning, et godt utgangspunkt.

For å sikre relevans i forskningen, er det inkludert emnespesifikk litteratur fra land som er oppfattet som sammenlignbare. Studier fra de siste 3-5 år er også hovedtyngden av det som er inkludert. Denne studien vil forhåpentligvis danne et grunnlag for nye studier, selv om den sikkert ville gitt andre resultater, om den skulle vært replikert.

### **Validitet**

Det ligger i begrepet validitet at forsker skal redegjøre for forskningsresultatene og hvordan disse er produsert. Selv om det reises spørsmål om validitet i kvalitativ forskning kan brukes, handler dette om å erkjenne at flere versjoner av studien, kunne vært valid (Malterud, 2017, s. 192-199). Sammen med dette skal det også redegjøres for hvilken rekkevidde og overførbarhet funnene har, og hvilke relevante begreper og kartleggingsmetoder som er aktuelle i denne sammenheng (Malterud, 2017).

Denne studiens analyser er gjort av kun forfatteren, og ville kanskje vært styrket om flere var involvert i prosessen. Det kunne dermed ha vært trukket andre konklusjoner og sett andre perspektiv (Malterud, 2017, s. 100). Fokusgruppeintervju som metode, har gitt meg forventede funn, sett med bakgrunn på forklaringen på design og metode. Det kunne med fordel ha vært gjennomført et prøveintervju. Dette ble forkastet med tanke på tidshorizonten for oppgaven. Videre kunne det vært gjennomført dybdeintervjuer. Her kan en tenke seg at en forståelse av enighet i svarene, kunne blitt borte i funnene, og kanskje kunne det ha gitt tydeligere forskjeller i svar som kunne vært gitt. Studien vært også vært satt opp som deduktivt, og sett på hemmere og fremmere i et implementeringsrammeverk, for en fastere struktur på oppgaven.

Sykepleierne i studien er rekruttert via egen leder. Det kan ha gitt et skjevt maktforhold i forhold og en føring om å delta. På en av LVS har jeg rekruttert tidligere kolleger til studien. Det er også noen flere sykepleiere fra denne LVS, enn de to andre, slik at funnene kan ha gitt et noe skjevt forhold til erfaringer som er delt og ikke et representativt utvalg. Noen har gjennomført intervjuet i egen arbeidstid, mens noen har stilt opp på egen fritid. Det kan tyde på at sykepleierne har hatt en interesse og engasjement av å bidra inn i studien, men også fordi enkelte tilfeldigvis var på vakt i aktuelt tidsrom.

Informasjonsstyrken kan ha vært en svakhet for studien. Studien var i utgangspunktet planlagt gjennomført med flere deltakere, med tanke på representativitet. Malterud et.al (2016) mener at

et lavt antall deltakere, også kan bidra til ny kunnskap. Dette hvis tema og svar i fokusgruppeintervjuet er gjentatt i flere intervju. Det er vanskelig å vurdere rett etter intervjuene om studien hadde oppnådd et metningspunkt av data for å få svar på problemstillingen. Faren med lavt antall deltakere er i tillegg, at det kan oppstå to individualintervjuer i samme lydopptak, og ikke en fokusgruppe som har interaksjon og får frem flere erfaringer (Malterud, 2012). En artikkel viser til at små fokusgrupper kan gi verdifull innsikt og fortsatt være valid. Det argumenterer for at fire fokusgrupper kan være nok til å gi tema og koder som er dekkende (Toner, 2009). Min studie, vil da med tre fokusgruppeintervju, ikke være tilstrekkelig for å dekke alle aspekter av det aktuelle tema, sett i forhold dette kriteriet.

Styrken med studien kan være at jeg har hatt gode forkunnskaper og kjennskap til arbeid på legevakt og LVS. Det kan ha gitt meg en fordel i tolkningen og analysen av dataene. Dette kan også ha vært en ulempe, da jeg kan ha tatt noe for gitt. Og andre spørsmål er kanskje ikke belyst i tilstrekkelig grad.

## 4. Funn

Dette kapittelet presenterer funn fra analyserte data. Gjennom analysen er det identifisert tre hovedkategorier og åtte underkategorier. Det har vært sykepleiere av begge kjønn med i denne studien. Oppgaven vil heretter henviser til disse som; sykepleier eller hen.

Tema i intervjuene, ble forskjellig vektlagt. Og det er ut fra analysen identifisert følgende hovedkategorier og underkategorier:

| Tettere oppfølging   | Bruk av video gir gevinster                       | Brukervennlighet og fremtidsønsker  |
|--|---|---|
| Ledelsens engasjement og tilrettelegging for opplæring er viktig | Følelse av bekreftelse og trygghet i avgjørelsene | Teknisk brukervennlighet i videoløsningen er god                              |
| Ledelsen må utforme rutiner og følge opp implementeringen        | Gevinster for pasientene ved bruk av video        | Digital kompetanse hos sykepleierne fører til mindre bruk av digitale verktøy |
|  | Ingen har opplevd utfordringer av etisk karakter  | Tanker om fremtidens legevakt og legevaktsentral                              |

Tabell 3 - Hovedkategorier og underkategorier

### 4.1 Tettere oppfølging

Alle sykepleierne i intervjuene mener video har potensiale til å bli brukt i større omfang. Mange anså at det var noen faktorer ved bruk av video som kunne blitt gjennomgått og avklart ved hjelp av nye rutiner og støtte fra ledelsen.

#### 4.1.1 Ledelsens engasjement og tilrettelegging for opplæring er viktig

Selv om ingen av de intervjuede sykepleierne hadde opplevd at de selv hadde fått utilstrekkelig opplæring, uttrykte flere en bekymring for at deres kolleger ikke tok i bruk video. «Så hører man ingenting om dette, og så tenker man kanskje at det ikke er så viktig å bruke video, siden ingen snakker om det» (Sykepleier 2). Flere av sykepleierne mente det var behov for mer oppfølging fra ledere eller fagsykepleier. «Jeg tenker tettere oppfølging hadde vært lurt. Da hadde det blitt brukt mer, for det er jo sånt et bra verktøy» (Sykepleier 1). En sykepleier viser til at selv om det var satt i

gang en implementering av video, opphørte bruken etter at avdelingslederen sluttet, kort tid etter igangsetting. Video ble ikke tatt i bruk igjen før ny avdelingsleder var på plass. Dette illustrerer betydningen av ledelsens engasjement i implementeringsprosessen.

De fleste sykepleierne rapporterte likevel at de var fornøyde med opplæringen de hadde fått, selv om ikke alle har deltatt i felles opplæring, eller hatt mulighet til dette. En sykepleier viser til at hen hadde deltatt på en opplæringsdag, som inkluderte refleksjon og praktiske øvelser med case. Sykepleieren mente denne dagen hadde vært til stor hjelp og bidratt til en økt selvsikkerhet i bruk av video. «Jeg fikk litt ekstra drahjelp med tanke på den dagen vi hadde, som jeg synes var fint. Opplæring er viktig» (Sykepleier 8). To av LVS hadde i hovedsak fått individuell opplæring. En sykepleier argumenterte for at det hadde vært en fordel å ha vært oppbemannet i innføringsperioden, for å sikre at alle kom godt i gang. En av sykepleierne viser til at det ikke har vært felles opplæring, og hen har kun lest skriftlig materiale som var utarbeidet. Hen mente dette har vært tilstrekkelig, da det har vært lett å lære seg.

Flere av sykepleierne uttrykker usikkerhet rundt om de som ble ansatt etter den første innføringen av video har fått like god opplæring som de som var til stede i innføringsfasen. Her er det bekymring rundt ivaretagelsen av opplæringen. En peker på at ikke alle kolleger som kom etter innføringen, synes å beherske bruk av video like godt, eller føler de mestrer det tekniske. En annen mener det kan være forskjell i digital kompetanse og terskel for å ta i bruk ny teknologi mellom yngre og eldre. Etter den første opplæringen har vært, opplever ikke alle at opplæringen er satt i system. Men en av sykepleierne nevner at videopplæring ligger i plan for nytilsatte. Det kan dermed synes å være varierende erfaringer blant sykepleierne i sammenheng med ledelsens engasjement og tilrettelegging for opplæring.

#### 4.1.2 Ledelsen må utforme rutiner og følge opp implementeringen

Video oppleves fortsatt som relativt nytt. Flere sykepleiere viser til at det må utarbeides felles rutiner og informasjon for å få økt bruk av video. Blant annet er det viktig å logge seg på nettsiden med videoløsningen, før man begynner å ta telefoner. Alle sykepleiere på legevakt A har bemerket dette, og en sykepleier mener det er suksessfaktor at man er pålogget, før man starter å ta arbeidet på telefonen. Det vil kunne gi økt bruk, mener hen. «Jeg må nok ærlig innrømme at hvis det står ti telefoner og venter, så stresser jeg med å komme i gang med å svare, og da logger jeg ikke på med



en gang» (Sykepleier 1). Dette fordi pålogging kan ta litt tid, og det er vanskelig å logge seg på video, samtidig som en har en innringer på telefonen. Dermed oppleves det som viktig å få utarbeidet rutiner, og følge opp disse. Dette anses som et ledelsesansvar, eller oppgave for fagsykepleier.

Det savnes også retningslinjer for hvilke henvendelser de skal bruke video til. Og videre om det er aksept for å åpne video, når det er lang ventetid på telefonen. Dette fordi det oppleves at man bruker lengre tid per samtale, hvis det åpnes video. Sykepleier mener at legevakten her går glipp av en gevinst: «Vi får kanskje færre pasienter inn til legevakt, hvis vi gjør en god vurdering på video. Men da er det vanskelig å overholde den tiden ledelsen ønsker vi skal gjøre det på» (Sykepleier 3).

Sykepleierne tror ikke at egen avdeling har satt noen mål for bruk av video. Verken type henvendelser eller eksempelvis et visst antall prosent av antall innkomne samtaler. Det er heller ikke opplevd at det finnes uttalte retningslinjer, for hvilke henvendelser video bør brukes til. Men en viser til at avgjørelsen om når video skal brukes, bør ligge hos sykepleier. Hen mener videre at sykepleier har erfaring og er kompetent nok, til å vurdere om det er nødvendig å bruke video et supplement til telefonsamtalen.

## **4.2 Bruk av video gir gevinster**

Det sykepleierne er mest fornøyd med, ved å ha video tilgjengelig er at det gir en trygghetsfølelse. Og det å kunne verifisere egne avgjørelser på en bedre måte. Videre er det et inntrykk av at pasientene synes at bruk av video er en nyttig tjeneste. Til slutt reflekteres det rundt etiske problemstillinger med bruk av video.

### **4.2.1 Følelse av bekreftelse og trygghet i avgjørelsene**

Sykepleierne opplever at de tar mange avgjørelser i løpet av en dag. Så det å ikke se pasienten, gjør at sykepleier mener hen er avhengig av god kommunikasjon og relevante spørsmål for å kunne danne seg et bilde av situasjonen. Selv om det er brukt triageverktøy som en hjelp i systematisk kartlegging av pasientens situasjon, ble video oppfattet et verktøy for å kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag. De følte seg sikrere med en sans i ekstra, for å kunne verifisere triageringen eller rådgivningen. Det vurderes også til å være sikrere for pasientens del. Alle var enige i at

trygghet var en stor gevinst ved spørsmål om hva som var viktig ved bruk av video. Det var en faktor av stor betydning for når det ble valgt å bruke video. En sykepleier erfarte at det var lettere å stille oppfølgingsspørsmål, da det ble brukt video.

Symptomer som pasienten beskriver, kan variere i alvorlighetsgrad sammenlignet med sykepleierens kliniske vurdering av situasjonen. Og mange henvendelser oppfattes som mindre alvorlig, og kan ofte tilses av fastlege dagen etter, i stedet for å bruke ressurser på legevakt. «Eksempelvis kan det som høres ut som en alvorlig sårinfeksjon vise seg å være en inngrodd tånegl, som åpenbart kan vente til neste dag» (Sykepleier 7). Sykepleiefaglig rådgivning av disse henvendelsene er en viktig oppgave, for å veilede for en eventuell smertelindring og se an situasjonen hjemme. Det kan være å sette et pennemerke rundt et utslett, for å kunne måle en utvikling over tid. Eller undersøke bevegelighet i ledd, ved mistanke om overtråkk eller brudd. Dette oppleves som nyttig, dersom sykepleier er i tvil om hva som kan være riktig vurdering. Det gir en stor nytteverdi å danne seg et mer klart bilde av pasientens situasjon.

Jeg kan trekke frem et eksempel på en telefon fra en pappa som ringer og sier at; «barnet mitt puster ikke». Jeg fikk ikke følelsen av at det var veldig dramatisk, og spør om vi ikke kan bruke videoløsning. Jeg ser da et barn som sitter og leker fornøyd, og med blikk-kontakt. Så det er helt klart nyttig (Sykepleier 4).

Alle sykepleiere forteller at de bruker video til å vurdere hudproblematikk; sår, utslett og infeksjoner. Å kunne se hvor rødt eller hovent noe er, kan være viktig informasjon for vurdering av tilstanden. En annen uttaler at hen bruker video mest til medisinske spørsmål, eksempelvis å vurdere allmenntilstand. Det brukes også til å vurdere allmenntilstanden for eldre mennesker med funksjonssvikt. Hos barn vurderes det ofte respirasjonsfrekvens. Spesielt der foreldrene selv ikke har erfaring med syke barn. Vurdering av febersyke barn oppleves som veldig nyttig. Men ikke alle har brukt det til å vurdere barn. En bemerket at hen ikke tenkt på å bruke video på barn, men uttaler at det skal hen begynne å gjøre.

#### 4.2.2 Gevinster for pasientene ved bruk av video

Pasientenes tilbakemeldinger der det er brukt video, var udelt positive. En sykepleier mener pasientene følte seg bedre ivaretatt når hen bruker video. «Pasientene er takknemlige, og de føler

kanskje at de blir møtt på en annen måte. At vi tar de mer på alvor, når vi faktisk vil se dem» (Sykepleier 8). En sykepleier bemerker at småbarnsforeldre spesielt satte pris på tilbudet om bruk av video, og det er lettere å gi råd om hva de kan se etter av symptomer hos barnet sitt. «De er usikre og synes det er fint om jeg tar litt av ansvaret over på meg, når vi [i fellesskap] ser på det samme» (Sykepleier 3).

En av LVS hadde tidligere en praksis for å invitere pasientene til sykepleievurdering, i de tilfellene de var usikre på triageringen. Her kunne de etter innføring av video, gjøre denne vurderingen uten å måtte be pasienten om å komme inn til legevakt. Dette gir også en gevinst, både for pasientene som slipper å reise og legevakten som får mindre pågang av pasienter som kan vurderes ved hjelp av sykepleiers kompetanse.

Studien har inkludert store legevaktsentraler, som har mange innbyggere som bor i kortere reiseavstand fra legevakt enn i distriktene. Likevel har flere pasienter uttrykt at det er en stor fordel å slippe å reise inn til legevakt, hvis sykepleier vurderer at det ikke er nødvendig med en legekonsultasjon. Så selv om flere pasienter bor i nærheten av legevakten, kan det oppleves som en fordel å bruke video og slippe å dra hjemmefra til en travel legevakt. «Det er et stort distrikt vi dekker, og det kan være ulike grunner til at det er vanskeligheter med å komme til legevakt, selv om du bor innenfor trekvarters kjøreavstand» (Sykepleier 5). Og en annen beskriver gevinster for pasientene slik;

Hvis en da har et kutt som jeg først tror må sutureres, ut fra det som blir fortalt og pasienten sier; «Jeg tørr ikke se på det, da svimer jeg av.» Da er det greit at vi kan se på det med kamera. Ofte er det kun et papirkutt. Da er det bedre enn at det kjøres to timer og at vi kun setter plaster på det. (Sykepleier 6)

En sykepleier er undrende til om pasienter med psykiatriutfordringer kunne fått en gevinst ved å ha brukt to-veis video. Dette for at de kunne blitt beroliget ved hjelp av å se et ansikt. Men det er per i dag ikke bruk av to-veis videosamtale, og en av sykepleierne mener at det antakelig ville tatt enda lengre tid med i slik samtale. Det er heller ikke brukt video til gruppen av innringere med dårligere norskkunnskaper, da det er blant annet er opplevd som en utfordring å få en sykehistorie uten å kunne misforstå noe av en kronologisk rekkefølge i beretningen.

### 4.2.3 Ingen har opplevd utfordringer av etisk karakter

Ingen av sykepleierne erfarer at de har opplevd utfordringer av etisk karakter, ved bruk av video. Men i intervju en og to, uttaler alle sykepleierne der at de ikke ville brukt video til å vurdere problemstillinger nedentil. En nevner at det ofte ikke er innringerne som setter grenser for hva som kan vurderes, men at det er sykepleier som må ivareta det etiske i situasjonen. «Av og til må man bremse pasientene med ting de til vise oss på video. Og for de er det helt greit, mens vi tenker på det etiske i situasjonen» (Sykepleier 6). Dette er det enighet rundt.

Når sykepleierne åpner video, er det reflektert rundt at de ikke kun ser pasienten, men også hvordan det ser ut i hjemmet hos innringer/pasient. Dette gjør at sykepleier opplever en ytterligere etisk/moralsk forpliktelse til å hjelpe; «En kollega kommenterte overfor meg, da vi hadde opplæring, at «*vi ser inn i menneskenes stue*» og bedømmer det du ser. Da er det kanskje enda mer min plikt å hjelpe, fordi de ikke kan ha det sånn» (Sykepleier 5). Et par sykepleiere nevner at det å se inn i folks hjem, er noe de pasientene også kan ha en bevissthet rundt. Det gjør at innringer/pasient er påpasselig med å vise kun det som er nødvendig. Det bemerkes at noen innringere/pasienter raske med å snu telefonen, slik at sykepleier ikke skal se hele omgivelsen.

## 4.3 Brukervennlighet og fremtidsønsker

Dette avsnittet presenterer funn relatert til den tekniske brukervennligheten for videoløsningen, samt hvilke konsekvenser dette har for bruk og arbeidsprosesser. Underkategorien viser funn og ønsker for fremtidens legevakt og legevaktsentral, samt spørsmål om lagring av video.

### 4.3.1 Teknisk brukervennlighet i videoverktøyet

Alle sykepleiere mener brukervennligheten i de to anskaffede videoløsningene er god. Billedkvaliteten og lyden oppleves som stort sett tilfredsstillende. Kun en sykepleier nevner at det er av og til er ustabilitet på lyd og bilde. Men lurer samtidig på om det kan være dekningsforhold hos pasienten som er årsaken til problemet.

Flere sykepleiere rapporterer om at det av og til er utfordringer knyttet til at innringer ikke får åpnet åpne video-lenken. Her kan det veiledes i telefoninnstillinger, etter en skriftlig veiledning, men dette oppleves som problematisk å få til. Det uttrykkes et ønske om at disse tekniske

problemene kunne blitt løst hos mobiltelefonprodusentene. En sykepleier bemerker at forskjellene mellom innringers telefonmerke, kan føre til de tekniske problemene. Her er de to dominerende telefonsystemene hos iPhone og Android-telefoner er forskjellig med tanke på nettleserinnstillinger, og dette skaper ofte problemer. Sykepleier mener det er flere tekniske utfordringer med en android-telefon, og det er blitt forsøkt å løse disse ved assistanse fra leverandøren av videoløsningen.

En av sykepleierne viser til at det i er en frustrasjon over å måtte huske mange passord. Og for to-faktor-autentisering må sykepleier bruke egen mobiltelefon, for pålogging i flere systemer. Det vises til at hvis de digitale systemene har for lav brukervennlighet, blir terskelen for høy for å ta det i bruk. Flere sykepleiere reflekter over at innringere eller pasienten må ha en smart-telefon med kamera, for å kunne benytte seg av tjenesten med video. I tillegg er det ikke alle som har nok kjennskap til egen smarttelefon og innstillinger. Spesielt trekkes det frem at eldre ikke oppleves å ha samme digital og teknisk kompetanse som yngre. Her vises det til at det er vanskeligheter med å veilede eldre og innringere med dårlig norskkompetanse. Dette er en utfordring som hen mener burde kunne løses.

Det er jo bare muligheter i det digitale og hele samfunnet digitaliseres jo. Og helse må også digitaliseres. Man må legge til rette for mer egenomsorg, og at folk tar vare på seg selv, for at vi skal klare å opprettholde systemet. Det blir ikke flere hender med tiden (Sykepleier 2).

### 4.3.2 Muligheter for forbedringer

I alle intervjuene har sykepleierne ønsker om forbedringer. Men en sykepleier mener hen ikke har så mange tanker om digitalisering eller forbedringer, men påpeker at hen heller ikke har brukt tid på å tenke på dette. En annen stadfester at det ikke har vært noen diskusjoner rundt forbedringer i videoløsningen. Hen viser til at videoløsningen er tilgjengelig, og at de får det de trenger av funksjonalitet, uten å vie flere tanker til forbedringer eller annen funksjonalitet.

Ett eksempel på ønske om forbedringer, er å bytte ut fax med en digital løsning. En annen sykepleier erfarer at det tas EKG med forskjellig apparater. Ambulansen har ett system, legevakt har sitt og akuttmottak er ett tredje. Dette bidrar til at undersøkelsen gjort med EKG, ikke følger

pasienten på en formålstjenlig måte. Den kan ikke deles digitalt, og sykepleier må legge ved papirutskrift for transport med ambulanse. En av sykepleierne forteller at hens legevakt har mye digitalisert og integrerte systemer, som gjør at informasjon følger pasienten.

Før innføringen av video, fikk flere sykepleiere spørsmål fra pasientene de kunne motta bilder. Og en forbedring her er et ønske om å kunne dele bilder med både lege på legevakt og med fastlege. Dette er pr i dag ikke mulig. En sykepleier har vært på utveksling i Nederland, fra tilsvarende tjeneneste som legevakt. Hen delte flere ideer til mulige digitale tjenester vi kunne kopiert og tatt i bruk også her til lands. Blant annet erfarte hen at en chat-tjeneste og en nettside hvor pasienten kunne søke etter et spesifikt tema eller symptom, var nyttig. Her var også mulig for innbygger å sende inn bilde og spørsmål, som sykepleieren mente kunne bidratt til redusert arbeidsbelastning, ved at innringer/pasient hadde fått svar via disse tjenestene og sluppet å ringe LVS.

En sykepleier mener det av og til tar for lang tid å søke opp pasientene på navn eller personnummer i journalsystemet. Her er det et ønske om at pasientene kunne ha tastet inn sitt personnummer, før telefonen blir tatt. Tilsvarende man har for private tjenester i bank e.l.

I intervju tre blir tema om oppgaveglidning tatt opp. Sykepleierne er enige i at det er flere oppgaver de utfører i dag, som ikke trenger sykepleierkompetanse. Det er derfor ønskelig med bistand fra en merkantil ressurs for å ta unna oppgaver som innskriving av pasienter, betaling for konsultasjon eller bestille drosje. En av sykepleierne viser til at de har ansatt en merkantil ressurs for innskriving av pasientene og en annen viser til at de er i ferd med å ansette en slik ressurs.

Flere av sykepleierne viser til at det kunne vært en fordel å kunne lagre video i journalen. En trekker frem at det ville vært mer informasjon lagret for ettertiden, enn det som kommer frem i et skriftlig journalnotat. En annen viser til at det kunne være en fordel i tilfeller, der hvor det kun er gitt rådgivning. Da ville dokumentasjon på hvordan det så ut i det man ga råd kommet bedre frem, enn om det etter en tid ble vurdert på nytt, og symptomene kunne ha endret seg. En sykepleier mener at det ville vært nok bevis i journalen, hvis en kunne lagre et bilde, i stedet for hele videoen. Hen viser til at det kunne ha lettet skrivingen/dokumentasjonen på pasienten. Sykepleier uttrykte likevel at det vil være verdifullt å innhente andres oppfatninger av videoen i etterkant, hvis denne ble

lagret. Dersom det skulle oppstå en klagesak, ville det vært fordelaktig å kunne vise til videoen. Dette kunne bidratt til mindre diskusjoner i ettertid.

En sykepleier uttalte at hvis hen hadde vært innringende pasient, ville hen ha vært mer reservert med å delta i en videosamtale, hvis videoen ble lagret. Hen ville ha trengt en bekreftelse på at lagringen var sikker. Sykepleier understrekte at personvern og informasjonssikkerhet er viktig ved en eventuell lagring av videoen. Ved rekontakt er flere sykepleiere enig i at det kunne vært nyttig og hatt bilder fra tidligere henvendelse, men flere anser det å lagre video som unødvendig, da det likevel vil eksisterer en lydlogg.

## 5. Drøfting

Dette kapittelet drøfter funn, og vil følge analysens hovedkategorier.

### 5.1 Implementering

Alle sykepleiere refererte til at de hadde opplevd implementeringen som god, og opplæringen hadde vært tilstrekkelig. Sykepleierne i to av tre LVS var usikre på om opplæringen av nytilsatte blir ivaretatt. Å øve og lære opp ansatte er avgjørende for å få til en god implementeringsprosess, også i et langsiktig perspektiv. Forskingen viser til at det kreves innsats for å lykkes (Varsi et al., 2019). For å få til en vellykket implementering viser flere studier til at man bør se etter endringer over tid, og at oppfølgingen må få større oppmerksomhet også ut i en vedlikeholdsfase (Lindsay et al., 2017; Shelton et al., 2020). Denne studiens funn viser til at noen av sykepleierne antar at enkelte kolleger ikke er like trygge på å bruke video i triageringen. Siden det er usikkerhet rundt oppfølging av sykepleiere som kanskje i liten grad har brukt video, kan det tyde på at implementeringen ikke er integrert godt nok i daglig praksis hos alle. Så selv om denne teknologien kanskje ikke kan kalles for en radikal endring, vises det til at det er nødvendig å bruke god nok tid til å lære opp brukerne av teknologien. Intern kunnskapsdeling etter innføringen er viktig (Dugstad et al., 2019).

En evaluering gjort ved hjelp av Re-aim-rammeverket, viser til at styrken ved et prosjekt var ressurser som eksterne og interne fasilitatorer (Lindsay et al., 2017). Så når en LVS viser til at de har laget en plan for å følge opp nytilsatte, med en-til-en opplæring, vil dette kunne sikre en god adopsjon og videreføring av video som et godt verktøy. Strukturert innføring er viktig, og når forskning viser at ikke alle ansatte kan forventes å være like positive med hensyn til implementering av teknologi, bør det følges opp, slik at hver enkelt får god nok opplæring og oppfølging (Kirchhoff & Berg, 2016).

Tettere oppfølging og oppmerksomhet eller engasjement er trukket frem av sykepleierne, som et ønske for forbedring, for å få økt bruk av video. Dette fordi video oppleves som et godt verktøy. Forskning viser til at motivasjon, holdning og engasjement overfor innovasjonen er en forutsetning for å opprettholde implementeringen (Thorshov et al., 2021), og dermed bruk av video. Ved en gjennomgang på personalmøte eller felles fagsamling (Greenhalgh, 2018), vil kanskje få flere til å ta i bruk video og få avklart rutiner rundt eksempelvis tidsbruk. Men det må også følges opp på et



individnivå i en vedlikeholdsfase (Glasgow et al., 1999). Dette for å kunne måle gevinster eller om implementeringen har gitt de forventede resultater. Her må en evaluere om en kan anslå at implementeringen har gitt den antatte nytten som man hadde antatt, for helsepersonell og pasienter (Shelton et al., 2020). Rogers (2003) viser til at evaluering og justering av retning og kurs, er viktig, nettopp for å kunne lage en klar retningslinje og lage en struktur, som de ansatte kan forholde seg til (Rogers, 2003, s. 256).

Varsi et.al (2019) viser til at det er gjort lite forskning som til nå har gjennomgått systematisk hvilke implementeringsstrategier som har ført til gode nok resultater, og kan vise til hva som fungerer for disse. Men det som oftest ble rapportert av overordnede strategier var nettopp opplæring (Varsi et al., 2019). En av sykepleierne bemerket at hen var blitt superbruker etter den første opplæringen, men hen hadde nå en usikkerhet rundt hva denne rollen innebar fremover. Over tid er det viktig at engasjerte sykepleiere kan bidra inn som endringsagenter. Rogers redegjør i sin bok «Diffusion of innovations» (2003, s. ,245-263) for teorien om hvordan innovasjoner kan spres i organisasjoner. Han hevder at mål, roller, rutiner, i tillegg til strukturen viktige faktorer for å få til spredning. Det argumenteres også for at «champions» eller «key actors», som i denne sammenheng kan være en superbruker, er viktige for å få spredning av innovasjonen og fart på implementeringen. I tillegg til ledere, er det viktig at medarbeidere kan være rollemodeller i eget arbeid, som bidrar til engasjement og ansvar i eget arbeid. En av informantene ga informasjon om at det er gjennomført en-til-en opplæring og felles opplæring, men det er ikke etterspurt direkte hvilken type opplæring som er gjennomført og var planlagt for den enkelte arbeidsplass. Så hvordan strategien for implementering er lagt opp hos de forskjellige LVS vites ikke. Her kan det kun trekkes antakelser om videre oppfølging, på bakgrunn av informasjon fra en sykepleier. Og kun en sykepleier bekrefter at det er laget rutiner for opplæring fremover. Opplæring er en av de viktigste strategiene, sykepleierne i denne studien påpeker. Flere er vet ikke på om det er planlagt systematisk opplæring fremover.

Felles rutiner og informasjon anses av sykepleierne, som avgjørende, både for å opprettholde dagens nivå av antall samtaler, og for å få opp bruk av video. Greenhalgh (2018) viser til at det er tre viktige ting for å etablere og utvikle rutiner; 1. Rutine som bør omhandle faktorer som tid, rom, dokumentasjon, roller og ansvar. 2. Ansatte bør være engasjert og involvert i utarbeidelse av disse 3. Læring må skje i organisasjonen. Hen hevder videre at det skaper usikkerhet, uten utarbeidede

rutiner (Greenhalgh, 2018, s. 91). Her eksemplifiserer sykepleierne dette, når de viser til at det må på plass en rutine på eksempelvis pålogging av videoverktøyet.

Ett av usikkerhetsmomentene som er uttalt, er når det brukes video i samtalen, så er erfares det at det tar mer tid. Så her ønskes det felles informasjon og diskusjon om dette. Når konsekvensen er økt tid per samtale, som igjen lager lengre svartid, må det vises til en aksept eller avklaring fra ledere. Det nasjonale kravet til LVS, er at 80 % av alle henvendelser skal besvares innen 2 minutter. Dette blir målt hos hver LVS (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) Dette vilkåret gjør at sykepleier er usikker på om det skal velges å bruke tid på å åpne video. Noen av sykepleierne oppgir at de velger ikke å bruke video når det er lang ventetid på telefonen, og de blir de stående i en konflikt. Enten forsøkes det å oppnå kravet om svartid, eller det velges å oppnå en kvalitativ gevinst i form av en opplevelse av trygghet, for seg selv og for pasientene. Dette blir en barriere for opprettholdelse av implementeringen. Kramer- Johansen et.al (2020, s. 29) viser også til denne negative effekten med ytterligere tidsbruk ved bruk av video. En av sykepleierne påpeker at det tar lengre tid der foreldrene må ha barnet i nærheten eller få barnet til å stå i ro. Gren et.al (2022) viser også til at det å bruke video overfor foreldre med syke barn, kan ta lengre tid. Dette fordi barnet kanskje måtte kles av, og må plasseres klar for samtalen. Dette er foreldrene ofte ikke forberedt på, og her er det et ønske at foreldrene kunne få informasjon om dette i forkant, mens de venter i telefonkø (2022).

Ett av funnene viser at sykepleierne ønsker selv å vurdere når video er fornuftig å bruke. Dette er viktig for hvor stor betydning innovasjonen kan få i klinisk praksis. Ved å lage rutiner som ingen vil følge, kan det bli en utfordring for en adferdsendring. Etablerte systemer og rutiner må endres for å få til ny praksis, mener Schumpeter (2017, s. 97). Det å få til endringsprosesser krever en reell adferdsendring hos ansatte. I implementeringsforskningen vises det ofte til determinanter, eller faktorer som arbeidsprosesser, systemer for beslutninger, i tillegg til kommunikasjon og belønningssystemer, som påvirker implementeringen (Varsi et al., 2015). Disse determinantene kan ha stor betydning for implementeringen. Implementeringsforskningen eller råd fra «best practice» kan være en støtte i dette arbeidet (Weiner et al., 2009). Men det er avgjørende at ledere sørger for å støtte ansatte underveis i endringen, og at ansatte selv deltar i endringsprosessen (Nilsen et al., 2020). Erfaringene fra Gren et.al. (2022) viser til at det stressende miljøet og tidsbegrensninger i arbeidet gjorde at enkelte operatører bidro med færre videosamtaler inn i studien, enn det som var

målsettingen. Mens andre sykepleiere erfarte at det å ta i bruk video, ikke påvirket arbeidsprosessene i det daglige arbeidet og bidro til å inkludere videosamtaler i studien (Gren et al., 2022). På lokalt nivå savner sykepleierne i studien felles rutiner, og dette er viktig å ha på plass når arbeidsprosessene endrer seg (Thorshov et al., 2021). Så med dette bakteppe, vises denne studien til at det er av betydning at hver arbeidsplass sørger for nok og riktige ressurser for en evaluering og utarbeiding av rutiner og struktur.

Funnene i denne studien tyder på at sykepleierne ikke har kjennskap til om det er satt noen mål for bruk av video. Men ut fra utsagn påpekes det at video har potensiale for å brukes mer. Sandal (2022) viser en tabell hvor Nesodden legevakt bruker video i 12 % av sine innkomne samtaler i tidsperioden uke 45-51 i 2021 (2022, s. 11). Hvorfor Nesodden skiller seg ut med antall videosamtaler er ikke forklart, men min antakelse er at de har hatt stort fokus eller målsettinger på bruk av video. Kramer-Johansen et al mener at på bakgrunn av at ca. 10 % av henvendelsene til LVS er hudproblematikk, burde bruk av video til dette ha vært langt hyppigere, enn det er registrert i 2020. Det hevdes at «...potensiale for bruk av video vil være mer enn 60 000 samtaler pr år» (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 29). Så når «Video i legevaktsentral» (Sandal, 2022, s. 4) rapporterte om bruk av video til ca 33.000 samtaler på litt under ett år, kan potensiale være større. Det er ikke funnet gjennomført datainnsamling på flere tidspunkt, ved levering av denne oppgaven.

«Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet» (Kommunenes sentralforbund, 2022) viser til at lokale e-helsetiltak som gir mest verdi, både for kommunen, helsepersonell eller innbyggere, er der hvor det bør legges ned mest arbeid. Innbyggeren skal være i fokus (KS, 2022, s. 13, 17). Men hvis det ikke vises til hvilken verdi dette gir, eller kan måle resultater eller gevinster av implementeringen, kan det være vanskelig å si hvor riktig nivå på antall samtaler med video bør ligge. Som vist i tabellen i teorikapittelet, har Re-aim hjelpe-spørsmål til en evaluering av implementeringen; når vil (var) intervensjonen bli operativ, hvor lenge vil (var) den opprettholdes og hvor lenge varer resultatene (individuelt nivå) (Glasgow & Estabrooks, 2018). Men for å svare på dette, oppfatter jeg at LVS må definere hva; operativ, opprettholdelse og resultater av implementeringen vil innebære. Å vurdere hvilke resultater implementeringen har gitt, kan være vanskelig. Varsi et al (2019) viser til at å måle resultater for helsetjenesten som setting, helsepersonells arbeidshverdag eller pasientenes opplevelse av bedre service, kan være en kvalitativ måling av implementeringen. Her har sykepleierne angitt at helsetjenesten kan ha fått

nytte av video i form av en bedre vurdering, riktigere nivå på helsehjelpen og en bedre arbeidshverdag for egen del. I tillegg er det indikert at pasientene opplever video som et positivt verktøy.

## 5.2 Bruk av video

Sykepleiernes erfaring med video, er uttrykt som en økt trygghet i egne avgjørelser. Video bidrar til at sykepleier bedre er i stand til å få en forståelse av situasjonen for innringer/pasient. Det betyr at rådgivning, adekvate tiltak og riktigere hastegrads-vurdering/triagering kan bidra til å øke pasient-sikkerheten (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 32). En av de viktigste arbeidsoppgavene på LVS er å sørge for riktig omsorgsnivå og eventuelt gi råd, hvis det ikke vurderes som nødvendig med legekonsultasjon. Når flere henvender seg til LVS, går legekonsultasjonsraten ned, noe som betyr at sykepleierne gir råd som gjør at pasientene kan bli hjemme, eller vente til fastlegen åpner (Midtbø et al., 2022). «Pilot legevakt», fra Vestland, har evaluert videokonsultasjon med lege i en forsøksordning med satelittlegevakt, og rapporterte om at den «...helhetlige opplevelsen av videokonsultasjon var god.. (Zakariassen, 2022, s. 43)». Videre opplevde legene at mangel på fysisk tilstedeværelse ikke var av betydning. Og dette kan styrke funnene om at bruk av video gir en verdi, også for pasienter som ikke er kjente for sykepleier.

Triageringen kan være vanskelig å vurdere kun over telefon, da innringers/pasientens beskrivelser kan være forskjellig fra den vurderingen sykepleier gjør. Funn fra intervjuene, viser til at sykepleierne opplever mange henvendelser som mindre alvorlig, enn det innringer/pasientens egen opplevelse er. Gren et.al (2022) beskriver video som avgjørende for hvilken vurdering sykepleier gjør, og det å ha en god kommunikasjon rundt det som ses på video, er avgjørende. Å redusere risikoen for misforståelser beskrives som en stor gevinst, både for innringere og sykepleier. Studien viser til en pasienthistorie hvor foreldre kan beskrive sitt barn som lite kontaktbar, mens sykepleier på video at barnet løper rundt. Dette illustrerer at video kan gi en uunnværlig bekreftelse av situasjonen og gi en trygghet, som gjør sykepleier i stand til å gi råd på bakgrunn av det hen selv vurderer, kontra kun det som blir beskrevet (Gren et al., 2022).

I spørsmålet om triage endrer seg ved bruk av video, mener sykepleierne at triagen endres like mye opp som ned. Så det er vanskelig å fastslå at bruk av video har noen effekt ut over den kvalitative gevinsten. Derfor er det ikke mulig å trekke sikre konklusjoner ut fra denne studien, at rådgivningen

blir bedre og mer korrekt, men ut fra disse dataene kan det indikere dette. Forskning fra AMK viser at sykepleiere ofte bruker mer av de begrensede ressursene som finnes, som eksempelvis ambulanse, av frykt for å gjøre feil (Rein & Ribbu, 2022), noe som antas å kunne være overførbart til sykepleiere på LVS. En av sykepleierne kommenterer nettopp at det er en kultur for å be flere inn til legekonsultasjon, heller enn å la de være hjemme å avvente situasjonen. Sykepleier vil heller ikke involveres i klagesaker eller tilsynssaker, for ikke å ha tatt ting på alvor, eller forkludre kommunikasjonen (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 32).

Om video gjør at sykepleier tar avgjørelser som kan være ufordelaktig, eller at det gir en falsk trygghet eller ha for stor selvsikkerhet i vurderingen, vites ikke. Ingen av sykepleierne i denne studien problematiserer dette. Gren et.al (2022) konkluderer med at video i triageringen ble oppfattet av sykepleierne som betryggende og reduserte sannsynligheten for misforståelser.

Kramer-Johansen et. al. (2020, s. 5) viser til at gevinster for bruk av video i den medisinske nødmeldetjeneste kan gi bedre samhandling med innringere. I tillegg antas det at det vil øke effektiviteten ved at triageringen blir riktigere, på et lavest mulig nivå. LVS som er inkludert i denne studien har ikke rapportert at de samhandler bedre med AMK eller tar imot eller viderefører video fra samtaler med pasient/innringer, men det antas at bruk av video med leger på vakt vil kunne vært en videreføring av bruken. Ifølge Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4, 2023) vil vi om kort tid mangle sykepleiere, mens et vil være et lite overskudd i antall leger tilgjengelig. Et spørsmål er om legene ha vært brukt mer aktivt inn i LVS og videovurdering, for de sentralene som ikke gjør det pr i dag.

En sveitsisk undersøkelse av legers bruk av video i vurdering av mistenkte tilfeller med covid-19-pasienter, viser til at legene brukte video til å vurdere respirasjon og allmenntilstand, og vurderte dette som nyttig. Det viktigste funnet, som vurderes relevant til denne studien, er at i  $\frac{3}{4}$  av avgjørelsene bidro video til utfallet av den kliniske avgjørelsen. Bruk av video ble funnet til å ha bidratt til færre henvisninger til sykehus. Det er beskrevet noen tekniske utfordringer og at pasientene ikke hadde video på sin telefon, eller det var dårlig dekning på telefonen (Larribau et al., 2023), men det er vanskelig å avgjøre om sveitsiske forhold kan være sammenlignbare for norske forhold i dette henseende, da vi normalt sett er ansett for en nasjon med gode digitale forhold og godt utstyr. En artikkel på telerehabilitering viser til at Norge generelt ligger langt fremme på

teknologibruk (Kirchhoff & Berg, 2016), og at det dermed vil være enklere for befolkningen å kunne ta i bruk video til LVS, selv om en her kan tenke seg at flere eldre er mindre rutinererte med videobruk eller ikke nødvendigvis har smarttelefon.

I denne studien fremkommer det at sykepleierne ikke alltid bruker video på lik type henvendelser. En forklaring kan være organiseringen av legevakten, hvor en av LV har skadelegevakt. Men noe er antatt lik bruk av video, er henvendelser om hudproblematikk, vurdering av allmenntilstand, respirasjon og syke barn. Her er funn det samme som er angitt hos Sandal (2022, s. 16). I «Legevaktindeks» er det spørsmål som ber operatør om «Vurder bruk av video», sammen med en tekst. Her vises det til at det er operatør som skal vurdere om det er hensiktsmessig med bruk av video. Ved å bruke video, kan «...øke operatørens situasjonsforståelse og optimalisere muligheten for å gi tilpasset hjelp» (NORCE), men ingen som her er intervjuet har nevnt at dette finnes. Det står i noe kontrast til at sykepleierne stort sett ønsker å vurdere selv når de skal bruke video, og til hva (Kramer-Johansen et al., 2020, s. 18).

En sykepleier erfarer at pasientene føler seg mer «sett» og tatt på alvor når hen bruker video. Og sykepleier viser til at pasientene er takknemlige og overrasket over at tilbudet finnes. Det kan tyde på at innringer/pasient føler seg tryggere når det brukes video. Dette er også bekreftet hos Gren et.al (2022). Studien viser videre til at foreldrene stort sett ønsket video som et permanent tilbud på «Akuttelefonen». De foreldre som vurderte video som positivt, var mindre bekymret for misforståelser, og anså det som positivt at de slapp å dra til sykehuset med barnet. De som uttrykte misnøye hadde en forventning om at de skulle få en legekonsultasjon fysisk, og da ikke fikk dette, gjorde at de vurderte videotriageringen som mangelfull. I min studie er det ikke intervjuet pasienter, og i direkte samtale med sykepleier, kan det være vanskelig å uttrykke negative opplevelser eller erfaringer med bruk av video. Så selv om pasientene stort sett uttrykker overfor sykepleier at video anses som positivt, vil en ikke kunne trekke en sikker konklusjon på bakgrunn av sykepleiernes uttalelser her.

Foreldrene til syke barn i ga også uttrykk for at det var godt å kunne dele ansvaret for avgjørelsene med sykepleier. Sykepleierne trekker frem gevinster i form av unngåtte legevaktsbesøk. Unngåtte reiser og kostnader i den forbindelse, er i stor grad trukket frem som en faktor, når det vises til bruk av video (Bleyel et al., 2020; Sankaran et al., 2020; Thiyagarajan et al., 2020; Trondsen et al., 2014).

I min studie trekkes det også frem, til tross for kortere reiseavstander, at pasientene slipper å komme inn til legevakt for en konsultasjon. Tilgjengelig kvalifisert helsepersonell, ved store geografiske avstander vil naturlig nok bli sett på som en gevinst for pasientene (Sankaran et al., 2020). Kramer-Johansen et.al (2020, s. 23) viser til evalueringsskjema fra pasienter, hvor det trekkes frem som positivt, at de ikke trengte å komme til legevakten.

Ingen av sykepleierne viser til at de har opplevd situasjoner av uetisk karakter. Uttalelsene fra sykepleierne viser til at de av og til må stoppe pasientene for å vise altfor mye. Alle er enige i at å vurdere henvendelser nedentil, er noe de ikke gjør. Her ligger det en etisk bevissthet hos sykepleierne. Det samme har Sandal (2022, s. 15) bekreftet i sin rapport, hvor en av informantene følte på et ubehag da det skulle vurderes utslett nedentil på et barn. Refleksjon opplever jeg handler om at sykepleierne har tatt et valg rundt hvordan tjenesten bør være, og hva som er god sykepleieetikk. Her tar sykepleier ansvar for å identifisere problemstillinger og tar ansvar for det moralske i kommunikasjonen (Eide et al., 2017, s. 86). Det etiske ansvaret som sykepleier har i sitt arbeide, ser ut til å her tas på alvor og den forventingen og tilliten fra pasientene som ringer inn med sine bekymringer, ser ut til å bli møtt med å ikke misbruke eller utnytte den makten som hen har. Dette kan beskrives som den etiske fordringen som Løgstrup i sin relasjonsetikk har beskrevet som et grunnvilkår ved livet (Løgstrup i Eide et al., 2017, s. 87)

Det er fra forskning beskrevet en motvilje mot å implementere teknologi, blant annet på grunn av etiske hensyn (Dugstad et al., 2019). Her kan det se ut som om teknologien «video» ikke har vært til hinder for verken sykepleier eller innringer/pasient, med hensyn til etiske betraktninger. Ingen av sykepleierne i denne studien har hatt situasjoner som føles problematisk. Kanskje kunne det vært hensiktsmessig at sykepleierne hadde vært med på en «verdianalyse», som beskrevet av Hofmann (2019). Han viser til en metode for å vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi, for å ha løftet den etiske bevisstheten rundt den digitale utviklingen. Det ligger i de fleste sykepleieres arbeid møte med pasienter i sårbare situasjoner, hvor pasientene føler seg overlatt til sykepleierens ivaretagelse på et profesjonelt nivå. Jeg tolker sykepleiernes bevissthet rundt bruk av video på legevaktsentral, som god. Selv om pasienten ikke ser sykepleieren, siden det er kun en-veis video, så kunne det vært en diskusjon rundt to-veis video. Av egen erfaring er en generell oppfatning av at sykepleier på legevakt ønsker å beskytte seg selv, overfor pasienter som av og til ikke er enige i avgjørelser som tas, og dermed har det aldri vært tatt opp igjen til diskusjon

rundt to-veis videostrømming. Sykepleiers personvern kan bli utfordret, og «Veilederen for video, lyd og bilde» (Direktoratet for e-helse, 2021b), viser til at krav i Normen (bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helsesektoren) bør imøtekommes. Normen viser til plikter virksomheter har, blant annet er gjennomføring av ROS-analyse en plikt og databehandleravtale må inngås (Direktoratet for e-helse, 2019). I tillegg er lokalene i LVS, ikke alltid egnet pga bakgrunnsforstyrrelser.

Pasientens personlige integritet, må behandles med varsomhet av sykepleier via video. En av sykepleierne som opplevde en case med en psykisk syk pasient, da det var opplæringsdag. Dette hadde gitt henne en følelse av at det etiske kom i veldig i fokus, i møte med en sårbar pasient. Situasjonen ble opplevd som nærmere enn kun en samtale på telefonen, på grunn av at det hen så situasjonen på video. Ved at man ikke er i fysisk nærhet av hverandre, og at noe av kroppsspråket vil kunne bli borte, vil det kreve en bevissthet i møte mellom sykepleier og pasient. Og at det er vanskelig å vite på forhånd hva som dukker opp på skjermen, ligger implisitt i situasjonen. Da handler det om å ivareta god dømmekraft i situasjonen, slik at pasienten blir best mulig ivaretatt. I innledningen av video, skal det spørres om tillatelse til å bruke video. Grunnleggende respekt for innringer/pasientens integritet er viktig, og spesielt i relasjoner hvor maktforholdet er ulikt (Thoresen et al., 2022). Enten det er hjemmetjenesten som ringer og trenger hjelp med en eldre pasient i en vanskelig situasjon, eller et barn hvor foreldrene tar avgjørelser på vegne av eget barn.

### **5.3 Muligheter for forbedringer**

Selve systemet oppleves av sykepleierne som brukervennlig, og det vises til at det er intuitivt med bruk og oppkobling mot pasienten. Deling av video i en samhandling oppleves fortsatt som omstendelig og lite intuitiv. Innlogging via en nettside som må hentes opp, gjerne utenfor brukerflaten hvor EPJ er, kan gjøre at det likevel føles lite tilgjengelig. Innlogging skjer via to-faktor autentisering. Gren et.al (2022) har også påpekt at tiden det tar å logge seg på, og tekniske utfordringer gjorde at en sykepleier ikke tok seg tid til å logge seg på, da blir video mindre brukt. Forskning fremhever også at digitale tjenester må være brukervennlig. I tillegg må også involvering av pasienter og helsepersonell i innovasjonen, slik at målet om brukervennlighet og effektivitet oppnås (Seljelid et al., 2022; Thorshov et al., 2021). For det ene videosystemet er det gjort en innovasjonsprosess, slik at brukerperspektivet er ivaretatt (Vestre Viken, 2021), noe som kan ha bidratt til økt bruk hos de involverte.



Der hvor video mislykkes i oppkobling, er ikke årsaken alltid kjent. Noen ganger er det teknisk svikt, mens andre ganger kan det knyttes til innringers digitale kompetanse på egen smarttelefon, som gjør at video kanskje ikke åpnes. Her er det opplagt et forbedringspotensial i hvordan video teknisk sett håndteres i de forskjellige nettlesere på mobiltelefonen. En av sykepleierne viser til at hen har kontaktet leverandør av videosystemet, for å se om det var mulig å løse. Da det ble gjennomgått lydlogger i Kramer-Johansen et.al (2020, s. 30), vises det til at operatørene kunne bli flinkere til å forklare innringer hvordan video fungerer, og at en beskjed om å sette telefonen på høyttaler kunne ha løst noen av problemene. De viser også til at en slik beskjed gjerne kunne ha vært på flere språk enn bare norsk. I funn fra denne studien, er ikke dette blitt et tema, men med kunstig intelligens, kan kanskje dette være fremtiden.

Video må være trygt å bruke og personvern og informasjonssikkerhet blir ivaretatt, men ingen sykepleiere har fått spørsmål rundt dette tema, fra innringere/pasienter. Det vises til kun ett spørsmål fra innringer om video lagres. Ved å lagre video kan dette naturlig nok gi mer informasjon enn sykepleier klarer å dokumentere skriftlig, og kan gi mer sensitiv informasjon, og ikke minst mer unødvendig informasjon, enn nødvendig for å vurdere triagering og råd. En av sykepleierne viser til at det kan være en ulempe for barn, som kanskje fremstilles på en måte som de senere ikke vil være fordelaktig. Og hvor lenge skal en lagre videoen? Og vil denne kunne misbrukes? Ved diskusjon rundt dette tema hos sykepleierne er det noe ulik oppfatning av om lagring av video i journalen vil være hensiktsmessig. Ett argument er at det kun skal være et hjelpeverktøy, og for andre kunne det bidratt til en dokumentasjon. Det kunne da vært udiskuterbart om hvordan en oppfattet situasjonen. Her har jeg fått opplysninger at det er startet et arbeid fra sentrale myndigheter for å se på tematikken med lagring av video på LVS, noe som kan bli et positivt bidrag i å se på løsninger i forhold til dette.

En av sykepleierne påpeker at helse bør digitaliseres ytterligere, og ved hjelp av dette bør det legges til rette for mer informasjon om hvordan ta vare på egen helse, da det blir færre helsepersonell de nærmeste årene (NOU 2023:4, 2023). Og ved spørsmål om ønsker for videre utvikling er det ikke alle sykepleiere i denne studien som har tenkt på hvordan det bør digitaliseres. Men et stort ønske er å få enda bedre integrasjon inn mot EPJ, og at alle tastetrykk som kan unngås, er positivt. Jeg opplever at integrasjoner og brukervennlighet er i fokus både i utredninger og

rapporter (Helsedirektoratet, 2022; Regjeringen, 2019). Men jeg håper at ønske fra sykepleiere om lagring av bilde kan bli mulig, dette har vært et stort ønske fra både sykepleiere og innringere over mange år, etter min erfaring. Videre vises det til en chat-tjeneste, som kan bidra til at innbyggere kan finne mer informasjon og bli tryggere på egenomsorg. Eksempelet fra en av legevaktsentralene, med fortsatt bruk av fax, mens en annen sentral har helintegreerte løsninger, viser til at digitale løsninger bør prioriteres (Regjeringen, 2019). Lite integrerte løsninger, kan gå på bekostning av pasientens sikkerhet. Og at helse nå tar i bruk kjent teknologi fra andre sektorer, som eksempelvis inntasting av personnummer, mens man står i telefonkø inn til legevaktsentralen, kunne vært et tiltak for flere og mer effektive løsninger for sykepleierne.

Denne studien hviler på en forutsetning av at video brukes på samme måte som i dag. Men «Kunstig Intelligens» (KI/AI) vil antakelig påvirke måten vi leverer legevaktstjenester på. Teknologien vil utvikle seg, både gjennom forskning og innovasjon. Ikke minst har jeg tro på at noen av svarene allerede uttrykkes som irritasjon med «plunder og heft» hos sykepleierne. Allerede i 1958 uttaler Hannah Arendt i sin bok, *Vita activa*, at ”..hva mennesker erkjenner, erfarer eller vet; bare blir meningsfullt i den grad det kan tales om det» (Arendt, 1996, s. 24). Den digitale transformasjonen bør sørge for at de som skal bruke tjenestene, blir involvert i utviklingsarbeidet og retningen denne tar. Informasjonssamfunnet endrer nok måten innringere/pasienter forventer leveransen av helsetjenesten på. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) viser til at befolkningen bør få økt helsekompetanse. Sykepleiere på LVS vil jeg hevde, bidrar til at befolkningen får bedre kunnskap om egen helse. Og således er implementering og bruk av video et lite skritt i riktig retning. Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan (Helsedirektoratet, 2022, s. 14) viser til at fremtidig organisering av legevaktene kan bli endret, og ved innføring av teknologi, som video, vites det lite om effekt på kvalitet og effektiviteten av innføringen. Det blir viktig å legge til rette for følgeforskning.

## 6. Konklusjon

Sykepleierne erfarte at implementering, og spesielt opplæring har vært tilstrekkelig. Men noen er usikre på om de som er nytilsatt etter den første implementeringsperioden, blir like godt ivaretatt. For å få tatt i bruk video mer, er det et ønske at ledere er mer engasjert i bruk av video. Det etterlyses utarbeidede rutiner som gjør det enklere å vurdere når video er hensiktsmessig å bruke. Når det er lang ventetid på telefonen, ønskes det en aksept for bruk av video, da det oppleves at samtale med video tar lengre tid. I tillegg tyder det på at det ikke er utarbeidet mål eller angitt effekter for bruk av video.

Videre er erfaringene at bruk av video gir en større trygghet i egne avgjørelser. Dette antar sykepleierne at vil gi færre oppmøtte pasienter til legekonsultasjon. Dette fører sannsynligvis til riktigere ressursbruk for legevaktene og alle nære samarbeidspartnere som AMK, ambulanse, fastlegene og akuttmottak. I hovedsak brukes video til å vurdere henvendelser om hudproblematikk, vurdering av allmenntilstand, vurdering av syke barn og respirasjon, og delvis av syke eldre. Men ikke alle sykepleiere bruker video til samme problematikk. Så her er det et utforsket potensial.

Med utgangspunkt i mine funn, og som andre har påpekt, er det særlig forskning rundt pasientperspektivet som er ut til å mangle. Videre forskning kan undersøke om legevaktene får færre fysisk oppmøtte pasienter ved bruk av video. Dette ville vært en styrke for den evidensbaserte bruken av video, i tillegg til om video også fører til bedre pasientsikkerhet. Der hvor pasienten kun har fått rådgivning, vet man ikke hvilken oppfølging som har vært, eller om dette var tilstrekkelig.

«Jeg tror fortsatt at vi har potensiale til å bruke det mer enn vi gjør i dag» (Sykepleier 2).

## 7. Figurer, tabeller og vedlegg

### Figurer

|  |    |
|--|----|
| Figur 1 Legevaktindeks - oppslagskort "Hud/utslett" .....      | 13 |
| Figur 2 "Vurder bruk av video" .....                           | 14 |
| Figur 3 Re-aim - spørsmål og prioriteringer for vurdering..... | 21 |

### Tabeller

|  |    |
|--|----|
| Tabell 1 Fordeling av sykepleiere og LVS i fokusgruppeintervjuene..... | 28 |
| Tabell 2 - Steg 4, med eksempel på gullsitat .....                     | 32 |
| Tabell 3 - Hovedkategorier og underkategorier .....                    | 37 |

### Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Vurdering fra NSD

## 8. Referanser/litteraturliste

- Allertsen, M. & Morken, T. (2021). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2020*. norce.no. [https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755945/Legevaktorganisering i Norge Rapport fra nasjonalt legevaktregister 2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2755945/Legevaktorganisering_i_Norge_Rapport_fra_nasjonalt_legevaktregister_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Arendt, H. (1996). *Vita activa : det virksomme liv* (Bd. nr 11). Pax.
- Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., Stray Jørgensen, P., Nygaard Hansen, T. K., Landaas, W. & Astrup Nielsen, D. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Bleyel, C., Hoffmann, M., Wensing, M., Hartmann, M., Friederich, H.-C. & Haun, M. W. (2020). Patients' Perspective on Mental Health Specialist Video Consultations in Primary Care: Qualitative Preimplementation Study of Anticipated Benefits and Barriers [Original Paper]. *J Med Internet Res*, 22(4), e17330. <https://doi.org/10.2196/17330>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2022). *Hva er digital transformasjon?* Digitaliseringsdirektoratet. Hentet 29.10.22 fra <https://www.digdir.no/innovasjon/hva-er-digital-transformasjon/1589>
- Direktoratet for e-helse. (2019). *Informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren 2019*, (IE-1054, versjon 1.1). H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025* (IE-1071). <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger-2021-2025>
- Direktoratet for e-helse. (2021a). *Utviklingstrekk 2021. E-helsetrender*. file:///C:/Users/d11282/Downloads/Utviklingstrekk%202021%20-%20E-helsetrender.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2021b). *Veileder for bruk av video, lyd og bilde i helse- og omsorgssektoren*. D. f. e-helse. <https://www.ehelse.no/normen/veiledere/veileder-video-lyd-og-bildeopptak-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2022). *ICCS*. Hentet 05.11.2022 fra <https://www.dsb.no/lover/brannvern-brannvesen-nodnett/artikler/forvaltningsforum-110/oversikt-over-systemer/iccs/>
- Dugstad, J., Eide, T., Nilsen, E. R. & Eide, H. (2019). Towards successful digital transformation through co-creation: a longitudinal study of a four-year implementation of digital monitoring technology in residential care for persons with dementia. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4191-1>
- Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ekornrud, T., Stølan, S. B. C. & Thonstad, M. (2023). *Legevaktjenesten i norske kommuner i 2021. Kartlegging av organisering av legevaktsarbeidet i kommunene* (Rapporter, Issue. S. sentralbyrå. [https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktjenesten-i-norske-kommuner-i-2021/\\_attachment/inline/d79636a9-9a89-44a7-8141-2a51dfb8eadd:f139aa7c1dfc3117f19925f37c3c4ea880ee3777/RAPP2023-06.pdf](https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktjenesten-i-norske-kommuner-i-2021/_attachment/inline/d79636a9-9a89-44a7-8141-2a51dfb8eadd:f139aa7c1dfc3117f19925f37c3c4ea880ee3777/RAPP2023-06.pdf)
- Glasgow, R. E. & Estabrooks, P. E. (2018). Pragmatic Applications of RE-AIM for Health Care Initiatives in Community and Clinical Settings. *Prev Chronic Dis*, 15, E02. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170271>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G. & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review [Mini Review]. *Frontiers in Public Health*, 7, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>

- Glasgow, R. E., Vogt, T. M. & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Greenhalgh, T. (2018). *How to implement evidence-based healthcare*. Wiley-Blackwell.
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S. & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. *BMJ*, 368, m998. <https://doi.org/10.1136/bmj.m998>
- Gren, C., Egerod, I., Linderoth, G., Hasselager, A. B., Frederiksen, M. S., Folke, F., Ersbøll, A. K., Cortes, D. & Gamst-Jensen, H. (2022). "We can't do without it": Parent and call-handler experiences of video triage of children at a medical helpline. *PLOS ONE*, 17(4), 20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266007>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonal veileder, Legevakt og legevaktsentral*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf/> /attachment/inline/a8298baf-16b2-46aa-a4d6-b5b8bb51774c:6500a49d3b5d8e59538549d370c0afcb353e58ba/Helsedirektoratets%20rapportering%20for%202022%20p%C3%A5%20status%20og%20fremgang%20for%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan.pdf
- Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. (2018). *E-KONSULTASJON HOS FASTLEGE OG LEGEVAKT. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 30.11.2018*. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Hentet 30.11.2018 fra <https://ehelse.no/aktuelt/praktiske-rad-til-helsepersonell-om-god-bruk-av-videokonsultasjon>
- Hofmann, B. (2019). Hvordan vurdere etiske aspekter ved moderne helse- og velferdsteknologi? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (3), 99-116. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-03-09>
- Holtrop, J. S., Rabin, B. A. & Glasgow, R. E. (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 177. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>
- Johannessen, L. E. F. (2018). Narratives and gatekeeping: making sense of triage nurses' practice. *Sociology of Health & Illness*, 40(5), 892-906. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12732>
- Johnsen, G. E., Morken, T., Baste, V., Rypdal, K., Palmstierna, T. & Johansen, I. H. (2020). Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC health services research*, 20(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>
- Kirchhoff, R. & Berg, H. (2016). Bruk av video-kommunikasjons-teknologi i hverdags- og/eller telerehabilitering. *Video communication technology in everyday rehabilitation and/or telerehabilitation*, 13.
- Kommunenes sentralforbund. (2022). *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet [29]*. <https://www.ks.no/contentassets/105d4cc60e6b49649e95f4b3a28f6e0b/Kommunal-sektors-ambisjoner-pa-e-helseområdet-April-2022.pdf#:~:text=Felles%20plan-%20og%20rammeverk%20har%20som%20m%C3%A5lset->

[%20ning,foreta%20felles%20prioriteringer%20i%20samarbeidet%20med%20nasjonale%20myndigheter.?msckid=83c90f07d11d11eca1e1687d088ca93d](https://www.nakos.no/mod/folder/view.php?id=14354&lang=en)

- Kramer-Johansen, J., Brattebø, G., Zakariassen, E., Riddervold, I., Hjørt Dahl, M., Idland, S., Iversen, E. & Jamtli, B. (2020). *Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS). Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering*. Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS).  
<https://www.nakos.no/mod/folder/view.php?id=14354&lang=en>
- Larribau, R., Healey, B., Chappuis, V. N., Boussard, D., Guiche, F., Herren, T., Gartner, B. A. & Suppan, L. (2023). Contribution of Live Video to Physicians' Remote Assessment of Suspected COVID-19 Patients in an Emergency Medical Communication Centre: A Retrospective Study and Web-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 20(4).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20043307>
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju: fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 14.  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/02/bruk-av-fokusgruppeintervju>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Linderoth, G., Lippert, F., Østergaard, D., Ersbøll, A. K., Meyhoff, C. S., Folke, F. & Christensen, H. C. (2021). Live video from bystanders' smartphones to medical dispatchers in real emergencies. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00493-5>
- Lindsay, J. A., Hudson, S., Martin, L., Hogan, J. B., Nessim, M., Graves, L., Gabriele, J. & White, D. (2017). Implementing Video to Home to Increase Access to Evidence-Based Psychotherapy for Rural Veterans. *J Technol Behav Sci*, 2(3-4), 140-148. <https://doi.org/10.1007/s41347-017-0032-4>
- Lund, H., Halvorsen Østbø, E. & Moreskiene, G. (2021). *Rapport etter fokusgruppeintervjuer på Voss og Sandnes legevaktssentral*. <https://kokom.no/wp-content/uploads/2021/03/Video-pa-Lvs.-fokusgruppe-intervju-rapport.pdf>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Midtbø, V., Fotland, S.-L. S., Johansen, I. H. & Hunnskaar, S. (2022). From direct attendance to telephone triage in an emergency primary healthcare service: an observational study. *BMJ Open*, 12(5), e054046-e054046. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054046> (Original research)
- Midtbø, V., Raknes, G. & Hunnskaar, S. (2017). Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 18(1), 84.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z>
- Morse, J. M. (2015). Data Were Saturated. *Qual Health Res*, 25(5), 587-588.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315576699>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, N. (2022). *Nasjonalt legevaktregister, Offisiell oversikt over legevakter og legevaktssentraler i Norge*.  
<https://nkml.norceresearch.no/prosjekter/nasjonalt-legevaktregister>

- Nilsen, E. R., Stendal, K. & Gullslett, M. K. (2020). Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-020-05287-2>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*, 10(1), 53-53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Norberg, B. L., Johnsen, T. M., Johnsen, T. M., Kristiansen, E., Zanaboni, P., Austad, B., Krogh, F. H. & Getz, L. (2021). Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *J Med Internet Res*, 23(2), e26433. <https://doi.org/10.2196/26433>
- NORCE. *Legevaktindeks*. <https://legevaktindeks.no/allergi/>
- NOU 2019:10. (2019). *Åpenhet i grenseland* NOU 2019:10. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-10/id2643015/?ch=1>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Pineau, G., Jenvrin, J., Péré, M., Penverne, Y., Montassier, E. & Martinage, A. (2021). Videoconferencing in the emergency medical dispatch center: A pilot study. *Am J Emerg Med*, 41, 257-258. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.004>
- Re-aim.org. (2022). *Re-aim*. Hentet 15.10.22 fra <https://re-aim.org/>
- Regjeringen. (2019). *Én digital offentlig sektor*  
*Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025*. K.-o. moderniseringsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/db9bf2bf10594ab88a470db40da0d10f/no/pdfs/digitaliseringsstrategi\\_for\\_offentlig\\_sektor\\_rettet.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/db9bf2bf10594ab88a470db40da0d10f/no/pdfs/digitaliseringsstrategi_for_offentlig_sektor_rettet.pdf)
- Rein, L. & Ribu, L. (2022). AMK-sykepleieres debriefing etter kritiske hendelser. *Sykepleien forskning (Oslo), Sykepleien Forskning*. 2022; 17(90471):e-90471., 12. <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleienf.2022.90471>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th. utg.). Free P.
- Rykkje, L. & Ueland, V. (2022). En dialog med tekster – fortolkning i lys av Gadammers filosofiske hermeneutikk. *Nordisk sykeplejeforskning*, 12(4), 1-12. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.4.6>
- Rønning, R. (2021). *Innovasjon i offentlig sektor. Innover eller bli innover*. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215046235-2021>
- Sandal, N. (2022). *Video i legevaktsentral – Rapport nr. 2-2022, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2-2022)*. (Video i legevaktsentral – Rapport nr. 2-2022, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Issue. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2996646/Rapport%2bnr.%2b2-2022%252C%2bVideo%2bi%2bLegevaktsentral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [Record #273 is using a reference type undefined in this output style.]
- Sankaran, J., Menachery, S. M. & Bradshaw, R. D. (2020). Patient Interest in Video Integration for After-Hours Telemedicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(5), 765-773. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.190362>
- Schumpeter, J. A. (2017). *Teorien om økonomisk utvikling : en undersøkelse av profitt, kapital, kreditt, renter og konjunktursykluser* (P. H. Poulsson, Overs.). Scandinavian Academic Press.
- Seljelid, B., Varsi, C., Solberg Nes, L., Øystese, K. A. & Børøsund, E. (2022). Feasibility of a Digital Patient–Provider Communication Intervention to Support Shared Decision-Making in Chronic Health Care, InvolveMe: Pilot Study. *JMIR Form Res*, 6(4), e34738. <https://doi.org/10.2196/34738>



- Seuren, L. M., Wherton, J., Greenhalgh, T. & Shaw, S. E. (2021). Whose turn is it anyway? Latency and the organization of turn-taking in video-mediated interaction. *Journal of Pragmatics*, 172, 63-78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pragma.2020.11.005>
- Sharma, R., Fleischut, P. & Barchi, D. (2017). Telemedicine and its transformation of emergency care: a case study of one of the largest US integrated healthcare delivery systems. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0146-7>
- Shelton, R. C., Chambers, D. A. & Glasgow, R. E. (2020). An Extension of RE-AIM to Enhance Sustainability: Addressing Dynamic Context and Promoting Health Equity Over Time. *Front Public Health*, 8, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00134>
- Sýkora, R., Peřan, D., Renza, M., Bradna, J., Smetana, J. & Duřka, F. (2022). Video Emergency Calls in Medical Dispatching: A Scoping Review. *Prehosp. Disaster med*, 37(6), 819-826. <https://doi.org/10.1017/S1049023X22001297>
- Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F. & Atherton, H. (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101020>
- Thoresen, L., Hofset Larsen, B. & Rugseth, G. (2022). Etikk ryddet av veien? En diskusjonsartikkel om filming i helseinstitusjoner. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2022; 17(88890):e-88890. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.88890>
- Thorshov, T. C., Moen, A. & Børøund, E. (2021). Helsepersonells forventninger til e-konsultasjon - en kvalitativ studie. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2021; 16(86348):e-86348. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86348>
- Toner, J. (2009). Small is not too Small: Reflections Concerning the Validity of Very Small Focus Groups (VSFGs). *Qualitative Social Work*, 8(2), 179-192. <https://doi.org/10.1177/1473325009103374>
- Trondsen, M. V., Bolle, S. R., Stensland, G. Ø. & Tjora, A. (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC Health Serv Res*, 14(1), 544-544. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0544-y>
- Varsi, C., Ekstedt, M., Gammon, B. D. & Ruland, C. (2015). Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. *Journal of medical Internet research*. <https://doi.org/10.2196/jmir.5091>
- Varsi, C., Solberg Nes, L., Kristjansdottir, O. B., Kelders, S. M., Stenberg, U., Zangi, H. A., Børøund, E., Weiss, K. E., Stubhaug, A., Asbjørnsen, R. A., Westeng, M., Ødegaard, M. & Eide, H. (2019). Implementation Strategies to Enhance the Implementation of eHealth Programs for Patients With Chronic Illnesses: Realist Systematic Review. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/74415>
- Vestre Viken. (2021, 21.01.2021). *Videosamtale med AMK (113)*. Hentet 21.01.2021 fra <https://vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/videosamtale-med-amk-113>
- Weiner, B. J., Lewis, M. A. & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research*, 24(2), 292-305. <http://www.jstor.org.ezproxy1.usn.no/stable/45110554>
- Zakariassen, E. (2022). *Pilot legevakt. Rapport nr. 5-2022*. . [https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/3057951/Pilot-legevakt\\_evaluering\\_NKLM\\_01.12.22.-Rapport-nr-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/3057951/Pilot-legevakt_evaluering_NKLM_01.12.22.-Rapport-nr-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

