



Det helsevitenskapelige fakultet

**Hvilke sykepleieutfordringer møter sykepleier  
på legevakt i distriktet i Troms og Finnmark?**

Birgitte Bellika

Masteroppgave i sykepleie, fordykning i distriktsykepleie SYP 3902 Mai 2022

Antall ord: 14 762



## Sammendrag

Tema for denne masterstudien er å få et innblikk i arbeidshverdagen til legevaktsykepleiere i distriktet fra til sammen tre kommuner i Troms og Finnmark. Basert på lovverket har kommunene stor frihet i hvordan de velger å organisere legevaktene. Hensikten med studien er å belyse hvilke utfordringer legevaktsykepleiere i distriktet møter på.

Studien har en kvalitativ tilnærming, der det empiriske materialet er samlet inn gjennom ett fokusgruppeintervju og fem individuelle dybdeintervju av legevaktsykepleiere fra distriktet. Her delte sykepleierne sine erfaringer og refleksjoner over sin praksiserfaring om utfordringer som de møter i arbeidshverdagen. Legevaktene i distriktet har ofte geografiske og værmessige utfordringer og lang vei til sykehus. Hele landet preges av sykepleiemangel, og det er intet unntak i distriktet.

Sykepleierne jeg møtte, beskrev sitt arbeidsfelt som uforutsigbar, spennende, utfordrende og lærerik. De møter akutt syke pasienter som de prøver å hjelpe med bakgrunn i kliniske- og erfaringsbaserte kunnskap. De jobber ofte alene i stressende situasjoner og har lite tverrfaglige ressurser. Pasientene kjenner de gjerne fra tidligere. Med innsikt i pasientens helsehistorie, boforhold og hjemmesituasjon prøver de å hjelpe pasienten på best mulig måte. Sykepleierne er mye alene med mange oppgaver, og de må ta egne beslutninger for å berge liv. Vold, rus og trusler er blitt vanlig også i distriktene, og vinterhalvåret gir mange utfordringer innenfor pasienttransport til sykehus. Til tross for alle disse utfordringene forteller sykepleierne i min undersøkelse at de trives med arbeidet, det gir mening, de har godt kollegasamarbeid, og lærerike og spennende arbeidshverdager.

Nøkkelord: distrikt, distriktsykepleie, legevakt, akuttsykepleie, legevaktsykepleie.

## Summary

Theme of this master's study is to get an insight into the working lives of out-of-hours nurses in the district from a total of three municipalities in Troms and Finnmark. Based on the legislation, municipalities have great freedom in how they choose to organize emergency departments. The purpose of the study is to shed light on the challenges faced by out-of-hours nurses in the district.

The study has a qualitative approach, where the empirical material is collected through one focus group interview and five individual in-depth interviews of out-of-hours nurses from the district. The nurses shared their experiences and reflections on their practice experience of challenges that they face in everyday work. Emergency departments in the district often have geographical and weather challenges, and a long way to hospital. The whole country is characterized by nursing shortages, and there is no exception in the district.

The nurses I met described their field of work as unpredictable, exciting, challenging and educational. They meet acutely ill patients who they try to help based on their clinical and experience-based knowledge. They often work alone, in stressful situations and have little interdisciplinary resources. They often know the patients from earlier. With insight into the patient's health history, living conditions and home situation, they try to help the patient in the best possible way. The nurses are much alone with many tasks, and they must make their own decisions to save lives. Violence, intoxication and threats have become commonplace in the district as well, and the winter months present many challenges in patient transport to hospitals. Despite all these challenges, the nurses in my survey tell me that they enjoy their work, it is meaningful, they have good colleague collaboration, and educational and exciting workdays.

Keyword: Rural, rural nursing, emergency room, emergency nursing, out-of-hours nursing

# Innholdsfortegnelse

|          |                                                                                  |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Innledning</b> .....                                                          | <b>1</b>  |
| 1.1      | Bakgrunn for valg av tema .....                                                  | 2         |
| 1.2      | Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål .....                      | 3         |
| 1.3      | Oppgavens hensikt .....                                                          | 3         |
| 1.4      | Oppgavens oppbygning.....                                                        | 4         |
| 1.5      | Hva er legevakt? .....                                                           | 4         |
| <b>2</b> | <b>Tidligere forskning og litteratursøk</b> .....                                | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>Teoretisk tilnærming</b> .....                                                | <b>7</b>  |
| 3.1      | Organisering av legevakttjenesten i Norge .....                                  | 7         |
| 3.2      | Distriktsykepleiers plass på legevaktene i Norge.....                            | 8         |
| 3.3      | Kunnskapsutvikling i legevakttjenesten.....                                      | 9         |
| <b>4</b> | <b>Metode</b> .....                                                              | <b>11</b> |
| 4.1      | Kvalitativ metode .....                                                          | 12        |
| 4.1.1    | Rekruttering og utvalg.....                                                      | 12        |
| 4.1.2    | Oversikt over deltakere .....                                                    | 14        |
| 4.1.3    | Oversikt over utvalgte kommuner.....                                             | 14        |
| 4.1.4    | Fokusgruppeintervju .....                                                        | 15        |
| 4.1.5    | Dybde intervju .....                                                             | 15        |
| 4.1.6    | Forberedelse før intervju .....                                                  | 16        |
| 4.1.7    | Gjennomføring av intervju.....                                                   | 16        |
| 4.1.8    | Transkribering.....                                                              | 17        |
| 4.2      | Metodekritikk .....                                                              | 17        |
| 4.3      | Forforståelse .....                                                              | 18        |
| 4.4      | Analyse .....                                                                    | 18        |
| 4.5      | Etiske overveielser .....                                                        | 21        |
| 4.6      | Resultatets troverdighet gjennom validitet, reliabilitet og generaliserbar ..... | 21        |

|            |                                                                                                    |           |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b>   | <b>Presentasjon av funn</b> .....                                                                  | <b>23</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Kjennetegn ved sykepleie arbeidet på legevakt i distriktet</b> .....                            | <b>23</b> |
| 5.1.1      | Aleneansvar .....                                                                                  | 23        |
| 5.1.2      | Sykepleiesamarbeid på legevakt i distriktet .....                                                  | 24        |
| 5.1.3      | Samtidskonflikter .....                                                                            | 24        |
| 5.1.4      | Risikoutsatte som sykepleier på legevakten .....                                                   | 25        |
| 5.1.5      | Vær- og føreforholds innvirkning på sykepleierens legevaktsarbeid i distriktet.....                | 26        |
| <b>5.2</b> | <b>Kunnskapsutvikling som følger med erfaring som skaper trygghet på distriktlegevakten</b> .....  | <b>27</b> |
| 5.2.1      | Generalistspesialist .....                                                                         | 27        |
| 5.2.2      | Løsningsorientert og oppfinnsom, «må bare hive seg rundt» .....                                    | 28        |
| <b>5.3</b> | <b>Småsamfunn`s fenomen og legevakts utfordringer</b> .....                                        | <b>28</b> |
| 5.3.1      | Små samfunn .....                                                                                  | 28        |
| 5.3.2      | Sykepleierpersonell i distriktet.....                                                              | 30        |
| 5.3.3      | Tverrfaglig samarbeid.....                                                                         | 30        |
| 5.3.4      | Organisering av pasienttransport.....                                                              | 31        |
| <b>6</b>   | <b>Diskusjon</b> .....                                                                             | <b>33</b> |
| 6.1        | Hvordan oppleves det å jobbe ved legevakt i distriktet? .....                                      | 33        |
| 6.2        | Hvordan er samarbeidet rundt pasientflyten og opprettholdes pasientsikkerheten? .....              | 35        |
| 6.3        | Hvordan er kunnskapsutviklingen og hvordan vedlikeholdes kunnskapen til legevaktsykepleiere? ..... | 38        |
| <b>7</b>   | <b>Oppsummering</b> .....                                                                          | <b>41</b> |
| <b>8</b>   | <b>Referanseliste</b> .....                                                                        | <b>42</b> |
| <b>9</b>   | <b>Vedlegg</b> .....                                                                               | <b>47</b> |

## Forord

Hva skal man si? Endelig får jeg mitt sosiale liv tilbake. Samboer, barna, huset og vaskerommet har ventet på meg. Denne prosessen har vært lang og krevende, men også interessant og lærerik. En erfaring jeg ikke ville vært foruten.

Først vil jeg takke alle de som har støttet og hatt tro på meg gjennom studietiden. Da all undervisning ble digital på grunn av Covid-19 pandemien, ble det mulig for meg å fortsette studiet da jeg satt med en nyfødt på armen. Jeg vil takke mine to studievenninner Hanne og Katrine, for pågangsmot og forståelse gjennom alle oppgaver og eksamener vi har gjort sammen. Spesielt vil jeg takke deg Katrine for alle telefonsamtaler, meldinger, motiverende og støttende ord gjennom hele studietiden. Jeg vil takke mine informanter for deltakelsen som gjorde denne masteroppgaven mulig. Så vil jeg rette en ekstra stor takk til min veileder Grete Mehus, for god veiledning og støtte gjennom studietiden og med oppgaven. Og sist, men ikke minst vil jeg takke min samboer Aleksander som har tatt vare på våre to barn da jeg trengte deg som mest.

«Vær så snill, hold ut litt til! Tro meg, det er verdt det!»

Lene Marlin

# 1 Innledning

Denne masteroppgaven er avslutningen av studieretningen Master i sykepleie med fagfordypning i Distriktsykepleie. Målet med oppgaven er å informere og belyse om utfordringer som oppleves av legevaktsykepleiere i distriktet i Troms og Finnmark. Studiens datamateriale er analyserte intervju som bringer erfaringer og opplevelser fra en liten gruppe sykepleiere med varierende fartstid på legevakten i distriktet.

Når man blir rammet akutt av sykdom havner man ofte på legevakten. Som pasient forventer man å få den hjelpen man trenger når man blir syk, og spesielt hvis man må på legevakten. Dette stiller store krav til helsepersonellet som bemanner legevakten. Som legevaktsykepleier kan man møte så enormt mye forskjellig, og arbeidsdagene er uforutsigbare. Grunnleggende- og avanserte kunnskaper om sykepleieutøvelsen kreves av deg som sykepleier. Det er ikke noe man har, det er noe man får gjennom utdanning og praksiserfaring. Sammen med å utøve sykepleie skal man kunne organisere arbeidshverdagen og pasienttransport. Få unna daglige gjøremål, som å legge på plass sengetøy, vaske urinflaske og kontrollere sjekklister på behandlingsrommene. Sykepleier skal også servere mat og drikke, stelle døde, gi en klem, gi trøstende ord og hjelpe mennesker i krise, og gjerne i løpet av samme vakt. Sykepleier skal også kunne se mennesket bak sykdommen, som også er en viktig del av sykepleiernes oppgaver på legevakten i distriktet. Dette er tanker og erfaringer av meg som pasient og sykepleier på legevakten.

Min studies kontekst er distriktene i Nord-Norge. Hvordan vet man om man er i distriktet? I nasjonal og internasjonal forskning om distrikt blir det engelske ordet rural ofte benyttet. Definisjonen rural vil variere fra sted til sted, og vil ikke være entydig (Weinhold & Gurtner, 2004) Å definere et område som ruralt henger sammen med befolkningstetthet, geografiske elementer og avstand til ulike typer tjenester (Keating, Swindle & Fletcher, 2011), og kan også defineres med en reisetid på over 60 minutter fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste (Wakerman, 2004). Sykepleiere som jobber i distriktene står ofte i situasjoner som man ikke finner i byområder (Weinhold & Gurtner, 2004). I distriktene kan man oppleve å ikke få transportert pasienten til sykehus hvis det er dårlig vær.



Denne oppgaven tar for seg tre ulike kommuner, de har ulike lokalsykehus og organiseringen av legevaktstjenesten er forskjellig. Det som er felles for alle er at de har over 60 minutters kjøretur fra kommunen frem til lokalsykehuset, det var også et krav for å velge ut i deltakende kommunene. Gjennom studien ser man likheter at alle legevaktene i de utvalgte kommunene preges av vinterstormer og stengte veier. Som en legevaktsykepleier i distriktet må man kunne håndtere det som forventes av deg som sykepleier, i tillegg må man kunne håndtere at veiene stenges og at pasienten ikke kommer seg til lokalsykehuset.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Dette masterprosjektet i sykepleie med fagfordypning i Distriktsykepleie er designet med ønske om å studere hvilke utfordringer sykepleiere på legevaktene i distriktskommuner i Troms og Finnmark opplever å møte. I mine 8 år som sykepleier har jeg vært innom de fleste arbeidsplassene kommunehelsetjenesten i min kommune kan tilby en sykepleier. Om det har vært jobben på sykehjem, i hjemmesykepleien, rehabiliteringsarbeid, legesenter eller legevakt, så har det å jobbe i helsetjenestene i distriktet preget arbeidserfaringen min. Siden 2018 har jeg jobbet på en legevakt i Finnmark. Det er jobben min på legevakt som er hoved inspirasjonen for valg av tema, og i byen jeg bor i så har det i de siste årene vært mye søkelys på akutt-tilbudet til innbyggerne.

Når man bor og jobber i Finnmark er man klar over de lange avstandene i fylket. For de fleste er det lang avstand til sykehusene og nærmeste bygd kan være flere kjøretimer unna. Det var ikke før jeg begynte med fagfordypningen i distriktsykepleie, at jeg begynte å reflektere over helsekonsekvensene for den delen av befolkningen som blir isolerte på grunn av dårlig vær, bor langt unna lege, spesialisthelsetjeneste og apotek. Etter fagfordypningen har jeg kommet styrket ut med dybdekunnskap innenfor et bredere fagfelt enn før. Og opplever at jeg har en større handlingsberedskap og teoretisk innsikt i hva det vil si å bo og jobbe i distriktet, der en har lang vei til spesialisthelsetjenestene.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Min problemstilling for oppgaven er:

«Hvilke sykepleieutfordringer møter sykepleier på legevakt i distriktet i Troms og Finnmark?»

### Forskningsspørsmål:

Hvordan oppleves det å jobbe ved legevakt i distriktet?

Hvordan er samarbeidet rundt pasientflyten og pasientsikkerheten?

Hvordan er kunnskapsutviklingen og hvordan vedlikeholdes kunnskapen til legevaktsykepleiere?

## 1.3 Oppgavens hensikt

Studiens hensikt er å utforske sykepleiers opplevelse og erfaringer av å jobbe på legevakt i distriktet. Ved å legge til side min forforståelse om tema, vil jeg prøve å få belyst viktige tematikker og erfaringer som sykepleiere i studien påpeker, om utfordringer på legevaktene rundt om i Troms og Finnmark. Det er viktig at sykepleierne får satt ord på de ulike problemstillingene de møter og forhåpentligvis kan de som finner dette aktuelt ta lærdom av denne studien.

Man hører ofte i media om legemangel, rekrutteringsproblemer og høy arbeidsbelastning på legene i legevaktsarbeidet. Det er utfordringer som kan føre til at det ofte kommer legevikarer, som igjen kan berøre sykepleierne på legevakten i sånn måte at de «hele tiden» må lære opp nye, det kan gjøre noe med motivasjonen og egen trygghet i legevaktsarbeidet. I denne studien er det sykepleierne i legevaktsarbeidet blir løftet frem. I mine øyne kreves det vel så mye av dagens sykepleiere som av legene, det er jo tross alt de som er mest sammen med pasientene, pleier, gjør observasjoner og vurderinger. Dess mer jeg har jobbet med denne studien, dess viktigere har det blitt for meg å få belyst utfordringene noen av våre distriktsykepleiere står overfor.

Jeg håper også at denne studien kan belyse og informere ledere og politikere i hva man trenger av sykepleierressurser på legevakt i distriktsområder. Weinhold og Gurtner (2014) forteller at sykepleiere i rurale områder ofte står i situasjoner som ikke finnes i byområder. De mener helsepolitiske føringer må baseres på rurale forskningsdata som beskriver befolkningens faktiske behov og forhold.

## 1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 vil jeg ta for meg relevant forskning og litteratur om distriktsykepleie, organisering av legevakt, og den akuttmedisinske kjeden. Så vil jeg videre i kapittel 3 presentere teori som har betydning for drøfting av sentrale funn. I kapittel 4 vil jeg redegjøre for metodiske tilnærming, gi en utfyllende beskrivelse av rekruttering av informanter, samt planlegging, gjennomføringen og etterarbeidet av intervjuene. Videre kan du lese om min forforståelse, etiske overveielser, metodekritikk og resultatets troverdighet. I kapittel 5 presenteres mine funn som i kapittel 6 vil bli drøftet opp mot tidligere forskning og teori. En oppsummering av oppgaven kan leses i kapittel 7.

## 1.5 Hva er legevakt?

Alle kommuner i Norge er lovpålagte å ha et legevakttilbud til sine innbyggere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Med litt i overkant av 5,4 millioner innbyggere så ble det i 2020 gjort 1 266 708 konsultasjoner på legevakt i Norge (SSB, 2021, 13. September).

Legevakt er et kommunalt tilbud, en allmenntilgjengelig virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen skal få nødvendig helsehjelp. Legevaktsordningen består av en legevaktssentral som tar imot telefonhenvendelser fra publikum, og en vaktberedskap der minimum en lege alene eller sammen med annet helsepersonell er i beredskap.

Legevakttilbudet kan organiseres ulikt og henger sammen med befolkningsgrunnlag, geografisk utstrekning og avstand til sykehus for å nevne noe. Det viktigste er at legevaktsordningen oppfyller kravene som blir beskrevet i akuttmedisinforskriften. Juridiske rammer og krav for legevaktstjenesten blir definert av Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), akuttmedisinforskriften (2015), helsepersonelloven (1999), pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

## 2 Tidligere forskning og litteratursøk

For å finne frem til forskning og relevant litteratur om studiens problemstilling ble det gjort søk i flere forskjellige databaser. Det ble gjort søk i Oria som er universitetsbibliotekets søkerportal og i andre databaser som Medline, pubmed, Cinahl, Google Scholar og Munin, der kan man få treff på bøker, ulike rapporter og artikler i ulike vitenskapelig tidsskrift. Jeg gjorde flere systematiske søk i Pubmed, Cinahl og Google Scholar. Med søkeord som distrikt, sykepleie, legevakt, akutt sykepleie, distriktsykepleie der målet var å finne forskning fra Norge som sier noe om sykepleiers funksjon, erfaring, organisering og utfordringer på legevakt. Det var begrenset med treff på sykepleiers erfaring, men jeg finner en del relevante rapporter innen legevaktorganisering. Mine søk førte frem til veileder for organisering av legevakt og legevaktsentral, kartlegging av den akuttmedisinske kjeden, masteroppgave i distriktsykepleie og en kunnskapsoppsummering av norsk forskning med rural kontekst.

Med begrensede treff om sykepleiers erfaringer på legevakt, valgte jeg å ta for meg andre relevant treff om legevakt. Et relevant treff var en rapport om «Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden» som ble levert av Nasjonalt senter for legevaktmedisin (Idland et al. 2019). Det er den første rapporten av sitt slag, som tar for seg de akuttmedisinske tjenestene. Rapporten er på bakgrunn av en spørreundersøkelse som ble sendt ut til blant annet legevaktene i Norge, der 175 av 177 legevakter deltok. Rapporten viser utfordringer blant ambulans-, lege- og sykepleiertjenesten som har betydning for den akuttmedisinske hjelpen i distriktet, som understøtter deltakernes erfaringer.

Allertsen & Morken (2021) skrev på vegne av Helsedirektoratet en nasjonal veileder for organisering av legevakt og legevaktsentral. Dens formål var å hjelpe kommunene med organisering, drift og kvalitetsarbeid av legevakten. Den gir kommunene stor frihet til drift av legevakten, samtidig som pasientsikkerheten skal ivaretas.

Av nyere relevant kunnskap fant jeg en masteroppgave som omhandler det særegne med utøvelsen av distriktsykepleie i Nord Norge skrevet av Hanssen & Vanzo (2020). Professoren i sykepleie, Ingunn Elstad (2006) har bidratt med mye av forskningen av distriktsykepleiehistorien. Det er skrevet en bok av Winters & Lee (2013), og sammen med flere medforfattere tar de for seg forskning og utvikling innenfor rural nursing. I samme bok får vi presentert forskningen som den kanadiske sykepleie forskeren Jane Scharff (2013) utførte i 1987. Det var en studie der hensikten var å finne ut av distriktsykepleierens omfang,

natur og dimensjoner. I studien viser funnene at distriktsykepleiere er generalister med bred kompetanse, en må være selvstendig og fleksibel i sitt arbeid, og at anonymiteten blir borte i utøvelse av sykepleie i nære relasjoner.

En scoping review gjort av De Smedt & Mehus (2017), tar for seg forskning i Norge med rural kontekst. I artikkelen «Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review» kommer det fram at studien som inkluderer 20 artikler, og tar for seg særtrekk som er spesielt for sykepleie i distriktet, som jeg ser på som relevant i min forskning. Gjennom studien identifiserte de et økt behov for sykepleieforskning og større bevissthet rundt den rurale konteksten i Norge. Mehus er også tilknyttet forskningsgruppen som er etablert ved sykepleieskolen Campus Hammerfest. Forskningsgruppa har som mål å bidra med kunnskap om utfordringer knyttet til sykepleiepraksis, utdanning, helse og livsstil med et distriktperspektiv. Forskningsgruppa har interessante publikasjoner om økt sykepleiefaglig handlingskompetanse i rurale strøk og hvordan rekruttere sykepleiere til distriktene.

### 3 Teoretisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg ta for meg teori og forskning om organisering av legevaktene i Norge, distriktsykepleieren på legevakt og kunnskapsutviklingen i legevakt.

#### 3.1 Organisering av legevakttjenesten i Norge

Det var i år 1982 at Lov om helsetjenestene i kommunene ble vedtatt (Kommunehelsetjenesteloven, 1982), det tok videre to år før den ble iverksatt i 1984. Lovens hensikt var å skape en mer helhetlig helse- og sosialtjeneste, der kommunene var ansvarlig for planlegging og koordinering. Den hadde særlig betydning for primærlegetjenesten, og avsluttet den da statlige distriktlegeordningen. Distriktslegeordningen varte fra 1836 til 1984, og der var det distriktslegen som hadde ansvar for behandling og forebyggende helsevern i kommunene (Sandvik, 2000). Ifølge Store norsk leksikon (2018) er en distriktslege en statlig ansatt lege som har ansvar for helsefremmende- og forebyggendearbeid i kommunene. Distriktlegeordningen som før var statlig driftet, ble erstattet av kommunene med allmennlege- og legevakttjeneste. Kommunehelsetjenesteloven ble senere opphevet, og 1. januar 2012 trådte helse- og omsorgstjenesteloven i kraft, som erstatning for kommunehelsetjenesteloven (helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Loven forplikter kommunene å ha legevakt og heldøgns medisinske akuttberedskap (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I rapporten om legevakts organisering i Norge 2020 kommer det frem at antall legevakter har blitt redusert fra 230 legevakter i 2007, til 169 legevakter i 2020. 169 legevakter dekker 356 av landets kommuner, der noen organiseres som interkommunale legevakter. Interkommunale legevakter dekker flere enn en kommune. Halvparten av legevaktene dekker et folketall på under 10 000. Ulike hensyn som tas med i organiseringen av legevakt er hvor stort geografisk område og hvor mange innbyggere de dekker (Allertsen & Morken, 2021).

Kommunene i landet kan organisere legevaktene innenfor de lover og regler som inngår i legevakttjenesten. I min forskning ser man tre ulike måter å organisere legevakt på. I kommune med få innbyggertall er legevakten tilknyttet sykehjem/sykestue med få ressurser. Der har sykepleier ansvar for akutte pasienter i legevakt, samt inneliggende sykehjem- og sykestuepasienter. Sykestueplassene er for pasienter som skal observeres eller behandles pre- og posthospitalt (Aaraas, langfeldt, Ersdal & Haga, 2000). I en litt større kommune

organiseres legevakten som ren legevakt, og bemannes av tre sykepleiere gjennom dag/kveld, mens to sykepleiere på natt. I store byer kan legevaktene være tilknyttet sykehus, der det er nært til spesialistkompetanse. Allertsen & Morken (2021) skriver at legevaktene bemanner forskjellig, der noen legevakter har lege og sykepleier på vakt, mens andre kun har lege på vakt og ikke sykepleier, eller motsatt. Videre skriver de at noen legevakter opplever rekruttering av lege og sykepleier som dårlig (Allertsen & Morken, 2021).

### **3.2 Distriktsykepleiens plass på legevaktene i Norge**

Distriktet kan defineres med utgangspunkt i befolkningstetthet, geografiske elementer og avstand til ulike typer tjenester (Keating, Swindle & Fletcher, 2011, Wakerman, 2004). Schraff (2013) beskriver et ruralt område som «å være langt fra hvor som helst, og ganske nært ingen steder». Som kan bety å være langt fra by, og samtidig være langt borte fra alt siden husholdninger ligger spredt i landlige områder.

Distriktsykepleie er oversatt fra det engelske ordet «rural nursing». Distriktsykepleie defineres som pleie- og omsorgstilbud som er gitt av sykepleiere i lavt befolkede områder. Sykepleierne jobber ofte alene og har lite med tilgjengelig tverrfaglige ressurser, de må ha gode lokalkunnskaper og kunne improvisere (Long & Weinert, 2013). Det fremkommer av Smedt & Mehus (2017) at distriktsykepleiere bruker tilgjengelige uformelle ressurser i lokalmiljøet, og bruker kjennskap til pårørende for å få informasjon om pasientens tilstand.

Distriktsykepleieren kommer til sin rett på legevaktene, fordi man på legevakt må ta stilling til veldig mange ulike tilstander og utfordringer rundt pasientbehandlingen. En distriktsykepleier må ha generalistferdigheter, være fleksible og kunne gi pleie til pasienter i alle aldre. Man må kunne håndtere et stort fagfelt, med et bredt spekter av sykdommer og tilstander med eksisterende ressurser (Scharff, 2013). Jeg vet av egen erfaring fra legevakt i distriktet at man aldri vet hva som venter deg på neste vakt. Pasientene dine kan være syke gamle og unge, har psykiske lidelser eller ulike traumer. Sykepleierne på legevakten er veldig delaktig i pleien som gis. Sykepleierne vurderer pasienten gjennom observasjon, vurderer hastegrad, gir medisiner og ser effekten av dem, sykepleierne trøster pasienter og pårørende i livskriser. Med uerfarne leger og vikarleger er det ofte sykepleierne med sin erfaringsbaserte kompetanse og lokalkunnskap som finner løsninger. En gang var jeg på vakt på legevakten et sted i Finnmark sammen med en turnuslege som kom fra øst-landet. Akuttalarmen går, og AMK spør om legen skal rykke ut sammen med ambulansen. Pasienten som trenger hjelp, er en timers kjøretur unna legevakten. Turnuslegen som var relativt ny hadde ikke hørt om det

stedet der pasienten var. Da opplyste jeg turnuslegen med min lokalkunnskap om hvor dette stedet var, og hvor langt unna det var. Med den informasjonen valgte turnuslegen å ikke bli med ambulansen, på grunn av den lange avstanden og at han mest sannsynlig kom til å bli utilgjengelig så lenge for oss sykepleiere og andre hvis det skjedde noe som man anså som mer alvorlig. Lokal geografikunnskap er viktig hos distriktsykepleiere blant annet for å forvalte ressursene riktig og for å ikke bidra til å skape uønskede situasjoner.

### **3.3 Kunnskapsutvikling i legevakttjenesten**

Samhandlingsreformen kom i 2012, og hadde til hensikt at pasienter skulle få bedre behandling der de bor. De skulle få rett behandling – på rett sted – til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt så man at pasienter på sykehus ble utskrevet tidligere enn før, dette førte ofte til reinnleggelser, de fikk kortere liggetid på sykehus enn tidligere (helsedirektoratet, 2016), noe som ga ringvirkninger på legevaktene i form av økt pasient pågang. Pasientene kan nå utskrives til videre behandling på institusjon eller til hjemmet. Sendes de hjem får de klare seg selv, men mange får også oppfølging av hjemmesykepleien. Jeg vet av erfaring fra min tid på sykehjem, hjemmesykepleien og legevakt, at det er ofte legevakten som blir benyttet til vurdering av syke, og at det er vaktlege der som bestemmer om pasienten skal legges inn på sykehus. Det kan tenkes at når pasientene blir tidligere utskrevet fra sykehus så er de fortsatt syke, de trenger fortsatt behandling og gjerne avansert behandling. Gjennom min fartstid i pleien har jeg sett pasienter med flere dren, smertepumpe, PEG-sonde, ulike urinkateter, stomi og avansert intravenøs behandling. Det sir jo seg selv at sykepleierne utenfor sykehus, og gjerne i distriktene, også faglig må holde tritt med det brede spekteret av sykdommer som de utskrevne pasientene har. Det gjøres gjennom praksiserfaring og utdanning.

Patricia Benner legger vekt på fenomenologi i hennes forskning. Det praksisnære basert på sykepleierens egne opplevelser står sentralt (Benner, 1995). En nyutdannet sykepleier eller sykepleier med liten klinisk erfaring er ifølge Benner en «novise», som skal utvikle seg gjennom år med praksiserfaring mot «ekspertnivå» (Benner, 1995). I min studie er deltakerne fra nyutdannet til erfarne, og de vil inngå i det utviklingsspennet Benner kaller «fra novise til ekspert». Benner beskriver denne kunnskapsutviklingen gjennom fem trinn. De fem trinnene starter med at man begynner som «novise», og man utvikler seg gjennom erfaring mot trinnene «avansert nybegynner», «kompetent uøver», «kyndig utøver» og ender til slutt som «ekspert».



Med tanker om det Benners teori om «novise til ekspert nivå» ser jeg at fra min tid på legevakt så har jeg sjelden fått kollegaer som kommer rett fra sykepleieutdanningen. De fleste har litt erfaring som sykepleier først. Å være ny sykepleier på legevakten er som å komme rett fra skolebenken. Man føler seg som det Benner beskriver som «avansert nybegynner. En som presterer akseptabel innsats, men har fortsatt behov for veiledning og retningslinjer for å kunne utøve og prioritere riktig (Benner, 1995). Det som skiller en «avansert nybegynner» med «ekspert» på legevakten, er at en ekspert vil gjennom erfaring raskt kjenne igjen tegn og symptomer på sykdom som må behandles fort. Mens en nybegynner med liten erfaring ikke vet hva de tegnene og symptomene vil si, og vil bruke legevaktindeks for alt det er verdt. Legevaktindeks er et hjelpemiddel som laget for å bidra til sikre en best mulig faglig praksis ved håndtering av pasienthenvelser på legevakter. Legevaktindeks kan leses gjennom hefte eller internett, den gir forslag på hvilke spørsmål man skal stille til ulike diagnoser (nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, ukjent år).

## 4 Metode

I kapitlet vil det beskrives hvilken fremgangsmåte som er brukt for å få svar på problemstillingen. Metode, utvalg og hvordan rekruttering av deltakere skjedde vil bli presentert og hvordan hver enkelt kommune organiserer legevakten. Dette for å vise til de ulike arbeidskontekstene til deltakerne. Videre vil jeg gjøre rede for innhenting av datamateriale, transkripsjon av intervju og oppgavens pålitelighet. Deretter vil analyseprosessen bli beskrevet.

Dette er en kvalitativ studie med ett fokusgruppeintervju og fem individuelle dybdeintervju av sykepleiere fra legevakt i Troms og Finnmark. Det benyttes deskriptivt og utforskende design, samt fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Et kvalitativt design gjennom intervju ble vurdert som best egnet til å få svar på problemstillingen. Bakgrunnen for å blande intervjumetode blir beskrevet senere i kapitlet.

Polit & Beck (2021) beskriver fenomenologi som en tilnærming for å forstå menneskers hverdagslige erfaringer. I en fenomenologisk undersøkelse kan man spørre hva essensen av fenomenet fra erfaringen betyr. Slik som for eksempel værforholds innvirkning på legevaktarbeidet og det å jobbe alene er fenomener, som blir beskrevet senere. Læren om fortolkning av tekster er hermeneutikk. Fra et hermeneutisk synspunkt er tolkningen av mening det sentrale i forbindelse med klassifisering av den mening som skal søkes, og oppmerksomhet til spørsmålene som stilles til en tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Gadamer, en innflytelsesrik fenomenolog beskriver den fortolkende prosessen som en sirkel av forhold, den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel går ut på, for å kunne forstå noe som har mening, må man alltid i fortolkningen ha en forforståelse av den helheten detaljen hører hjemme i. Som værforholds innvirkning på legevakten, ved dårlig vær vet man at man må komme mett på jobb, for da bruker det å være ekstra travelt, og man får ikke tid å spise. Forståelse og tolkning er noe Gadamer legger stor vekt på (Polit & Beck, 2021, s. 479). Deskriptiv betyr beskrivende. I kvalitative intervjuer blir informantene oppfordret til å beskrive det de opplever, føler og hvordan de handler. Og det er disse beskrivelsene man tar utgangspunkt igjennom analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47). Hvis jeg som forsker er bevisst på min forforståelse, kan det være med på å åpne muligheten for ny forståelse. For eksempel, når jeg lager spørsmål til intervjuguiden, da må jeg stille åpne spørsmål slik at jeg ikke vet hva deltakerne vil svare.

## 4.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode brukes når man ønsker å vite mer om menneskelige egenskaper gjennom erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Med å bruke samtale ved intervju så vil det bidra til å presentere mangfold, nyanser og erfaringer som er kjennetegn på innholdet i kvalitative metoder. Å innlede spørsmål med «hva, hvordan, hvilke» kan være med å åpne opp for slik kunnskap (Malterud, 2017, s. 32). Intervjuguiden (vedlegg 2) er utarbeidet med tanke på å åpne for erfaringer og ny kunnskap om tema.

### 4.1.1 Rekruttering og utvalg

Studiens problemstilling gjorde det nødvendig å foreta et strategisk utvalg, som har som mål å velge ut deltakere som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58). Strategien var å rekruttere et utvalg som bestod av sykepleiere som jobbet på legevakten i distriktet og kunne gi dybdebeskrivelser om sykepleieutfordringer på legevakt i distriktet.

Utvalget av deltakere måtte ha vært i en aktiv klinisk legevaktpraksis som sykepleier i minst to år i distriktet, slik at de hadde nok erfaringer og opplevelser som ville være til nytte for studien. Jeg ønsket å få høre om erfaringer fra de med og uten relevant videreutdanning innenfor legevaksarbeid. Fra legevakt til lokalsykehuset måtte kjøreavstanden være minst 1 ½ time, dette for å fange opp utfordringer knyttet til det å være langt unna spesialisttjenester som sykehus kan tilby, samt vær- og transportutfordringer

Rekrutteringsprosessen startet med å innhente godkjenning fra rådmann og helse- og sosialsjef om lov til å intervju ansatte i deres kommune, i tre utvalgte kommuner.

Kommunene omtales i teksten som kommune 1, kommune 2 og kommune 3.

Etter denne godkjenning fra kommuneledelsen tok jeg videre kontakt med lederne på de tre utvalgte legevaktene, gjennom mail og telefon. Jeg sendte over informasjonsskrivet (vedlegg 1) som inneholdt kort om tema og problemstilling for studien, hva deltakelse for studien innebar, kriterier for å delta, frivillig deltakelse og mulighet for å trekke seg når som helst, og oppbevaring av data. Jeg forespurte om lederne ville hjelpe med å rekruttere deltakere for meg, de sendte ut mail til sine ansatte. Mitt medlemskap i lukket Facebook gruppe for legevaktsykepleiere bidro til at jeg kunne spørre om noen kunne tenke seg å delta i et forsøksintervju, med bakgrunn i at avdelingslederen hadde bekreftet at jeg kunne rekruttere

deltakere. Fire personer fra samme kommune meldte seg til å delta. Da de meldte seg raskt, fikk vi etter kort tid gjennomført et fokusgruppeintervju. På grunn av min kjennskap til legevaksarbeidet der, og faren for å være påvirket av min forforståelse, og for å høre hvordan et intervju kan foregå, så ble intervjuet utført av min veileder. De fire som hadde meldt seg, møtte opp til intervjuet og skrev da under på samtykkeerklæring. Den hadde de også fått tidligere på mail sammen med informasjonsskrivet. Intervjuguiden var ikke prøvd ut på forhånd, det ble tilført noen viktige spørsmål underveis i intervjuet, som også ble inkludert i intervjuguiden til de senere intervjuene.

Etter å ha tatt kontakt flere ganger over flere uker med de to resterende lederne, så var det ingen av deres ansatte som hadde meldt seg til intervju. Jeg tok kontakt med en erfaren sykepleier som jeg visste var informert om studien og spurte om hun kunne tenke seg å delta. Det ville hun. Hun sa at grunnen til at det kanskje var vanskelig å rekruttere deltakere nå var at de fleste av kollegaene ikke hadde overskudd til å engasjere seg i noe annet enn jobb på grunn av Covid-19 situasjonen og vakante stillinger. De hadde hatt et høyt arbeidspress over lengere tid forteller hun. Jeg manglet fortsatt flere for å få utført fokusgruppeintervju, og jeg begynner å tvile på om metoden for datainnsamling er den rette. I samråd med min veileder blir vi enige om å gå over til individuelle intervju, fordi da tok man ikke ut alle sykepleiere fra avdelingen samtidig. Siden det er små legevakter så bruker de samme sykepleiere til både sykehjem, sykestue og legevakt. Individuelle intervju kunne gjøre det lettere for at de skulle kunne gå ut av avdelingen. Da jeg ga beskjed om at metoden var endret, fikk jeg rekruttert to sykepleiere til fra samme kommune som den erfarne sykepleieren.

Da jeg ikke hørte noe fra den siste kommunen så valgte jeg å se bort i fra den, og heller ta kontakt med to andre kommuner. Grunnen til at jeg valgte å ta kontakt med to, var for å spare tid hvis det samme skjedde igjen. Da jeg nok en gang hadde fått tillatelse fra kommuneledelsen tok jeg kontakt med lederne for legevaktene. Den ene har jeg ikke hørt ifra siden, mens den andre var veldig imøtekommende. Etter kort tid fikk jeg beskjed om to sykepleiere som meldte seg for å delta, fra den tredje kommunen.

Da jeg tok kontakt med de fem som ville delta, visste det seg at to av dem kun hadde jobbet på legevakt i distriktet i ett år. På grunn av utfordringen med å rekruttere så endret jeg inklusjonskriterie fra å ha jobbet på legevakt i distriktet i to år, til ett år. Jeg var klar over at dette kunne ha betydning for erfaringsgrunnlaget i datamaterialet. Jeg var avhengig av at de

hadde fått noe erfaring og gjort seg noen refleksjoner på kort tid, slik at jeg fikk data av betydning. Nedenfor får man oversikt over utvalget og kommuner.

#### 4.1.2 Oversikt over deltakere

Det er ingen menn i utvalget, og gjennomsnittsalderen er 39,5 år. Yngste deltager er 26 år og eldste er 57 år. Gjennomsnitt ansiennitet som sykepleier på legevakta er 13,8 år. Der den med minst legevaktansenitet har 1 år og den med mest har 23 år. Noe som gir en gjennomsnittlig arbeidserfaring på legevakt på 8,0 år. Deltakerne har generelt sett god ansiennitet fra de utvalgte legevaktene, samt at de har bred erfaring fra andre felt.

**Tabell 1 Beskrivelse av deltakere, erfaring fra legevakt, utdanningsnivå og annen sykepleierfaring.**

| Deltager nr | Antall år på legevakt | Videre-/masterutdanning           | Tidligere sykepleie erfaring                           |
|-------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1           | 23                    | Pedagogikk og juss                | Psykiatrisk avdeling                                   |
| 2           | 8                     | Intensivsykepleie                 | Spesialisthelsetjenesten og intensivavdeling           |
| 3           | 6                     | -                                 | Sykehjem                                               |
| 4           | 10                    | Akuttsykepleie                    | Sykehjem                                               |
| 5           | 8                     | -                                 | Sykepleieleder                                         |
| 6           | 1,5                   | -                                 | Sykehjem                                               |
| 7           | 8                     | Kreftsykepleie                    | Sykehjem, sykestue og spesialisthelsetjenesten         |
| 8           | 1                     | Fagfordypning i distriktsykepleie | Sykehjem og spesialisthelsetjenesten, sykepleieledelse |
| 9           | 11                    | Master i sykepleie                | Sykehjem, sykestue                                     |

#### 4.1.3 Oversikt over utvalgte kommuner

Valg av kommuner ble som tidligere nevnt på bakgrunn av distanse til sykehus, og der ser man det er relativt stor variasjon. Man ser også ved innbygger/km<sup>2</sup> er det variasjon der kommune 1 skiller seg litt ut med flere innbyggere/km<sup>2</sup>, og det gjenspeiler seg også i bemanning av legevakten. Dette vil ikke nødvendigvis være negativt for validiteten av studien, siden de oppfyller kravene som er satt for deltakende kommuner. Under organisasjonsformen så ser man at legevaktene organiseres ulikt, der kommune 2 og kommune 3 har andre tilleggsoppgaver som bemanning på sykehjem/sykestue på kveld/natt. Ved utvelgelse av kommuner var det ikke tatt høyde for at bemanning og organisering ville være så ulik. Det vil nevnes der det utpeker seg spesielt. Neste side er oversikt over kommunene.

**Tabell 2 Oversikt over kommunenes organisering av legevakt, innbyggertall pr kv.km, reisevei til sykehus.**

|                              | <b>Kommune 1</b>                                        | <b>Kommune 2</b>                                                                                                                              | <b>Kommune 3</b>                                                                                                      |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organiseringsform            | Organiseres som ren legevakt med egen legevaktssentral. | Organiseres som ren legevakt på dagtid. På kveld og natt er det sykepleier på sykehjem/sykestue som adm. legevakt. Har egen legevaktssentral. | Organiseres slik at sykepleier på sykehjem/sykestue administrer legevakt hele døgnet. Har ikke egen legevaktssentral. |
| Minimums bemanning           | Dag: 3<br>Kveld: 3<br>Natt: 2                           | Dag: 2<br>Kveld: 1<br>Natt: 1                                                                                                                 | Dag: 1<br>Kveld: 1<br>Natt: 1                                                                                         |
| Innbyggere/km <sup>2</sup>   | 5,79 innb./km <sup>2</sup>                              | 0,32 innb./km <sup>2</sup>                                                                                                                    | 0,58 innb. /km <sup>2</sup>                                                                                           |
| Distanse til lokalsykehuset: | Ca. 140 km                                              | Ca.270 km                                                                                                                                     | Ca. 296 km                                                                                                            |

Innbygger/km<sup>2</sup> er tall hentet fra SSB.

#### **4.1.4 Fokusgruppeintervju**

Fokusgruppeintervju er en intervjustil som er velegnet der man skal å få frem mange ulike synspunkter om et tema som er kjent for gruppen (Kvale og Brinkmann, 2015 s. 179).

Fordelen med å benytte seg av å gjøre fokusgruppeintervju er at den er svært egnet når man vil lære om andres holdninger, meninger, erfaringer og synspunkter der det er flere som samhandler, og kanskje diskuterer ulike oppfatninger av et tema (Malterud, 2017, s. 138).

Formålet med fokusgrupper er at alle kan få uttrykke personlige og motstridende synspunkter om spørsmålene som diskuteres. Den kollektive og livlige ordvekslingen kan bringe frem spontane og emosjonelle synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelig. De skriver også at gruppesamspillet kan være avgjørende for at deltakerne skal uttrykke seg om følsomme og tabubelagte temaer (Brinkmann & Kvale, 2015 s. 179).

#### **4.1.5 Dybde intervju**

Dybdeintervju er intervjuer med individuelle deltakere. Det er en intervjustil som er egnet hvis man ønsker å gi deltakeren rom og tid for å hente frem erfaringer som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2015, s. 133). Som sagt så er valget om å gjøre individuelle intervju gjort med bakgrunn i den tidkrevende prosessen med å rekruttere deltakere, og sett på som nødvendig for å få innhentet tilstrekkelig data innen rimelighetens tid. Jeg tenker at fordelen med å gjøre slike intervju er at deltakeren ikke blir satt i skyggen av andre deltakere, man får komme med det man ønsker å si i hvert spørsmål. Ulempen kan blant annet være at deltakeren kun svarer på det en blir spurt om, da er det viktig med en intervjuguide som har

åpne spørsmål om tema, og man har satt noen stikkord for seg selv om det man ønsker å høre mer om, samt at diskusjonene som en kan få i en fokusgruppe blir borte.

#### **4.1.6 Forberedelse før intervju**

For å kunne ta lydopptak av intervjuene så var det anbefalt fra UiT å gjøre opptaket i Nettskjema. Nettskjema er Norges sikreste løsning for datainnsamling på nett. Man bruker Nettskjema-diktafon app for å ta opp lyd, som sender lyd-data til Nettskjema. Med å opprette en profil så blir Nettskjema-diktafon og Nettskjema hjemmeside koblet opp på samme bruker med brukernavn og passord (Bergsager, 2019). Før intervjuene måtte jeg laste ned appen og kontrollere at alt fungerte slik det skulle. Det gjorde det.

#### **4.1.7 Gjennomføring av intervju**

Ettersom at verden var i en pandemi med Covid-19 viruset og preget av strenge smittevernråd, så måtte man forholde seg til nasjonale smittevernregler under hele forskningsperioden. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i en periode der det var lavt smittetrykk, det ble gjort ansikt til ansikt på et møterom på deltakernes arbeidsplass, der man opprettholdt den anbefalte regelen om å ikke sitte nærmere hverandre enn en meter. Vi hadde to opptakere, min telefon som tok opp intervjuet i Nettskjema-appen, og veilederen min hadde med en diktafon som tok opp samtidig, som en kvalitetssikring i tilfelle det skulle skje noe med opptaket på min telefon. Alle deltakerne møtte til intervju, og alle kjente hverandre. Gruppedynamikken oppfattet jeg som god, noen pratet mer enn andre, men alle fikk muligheten til å komme med svar og innspill. De snakket stort sett høyt og tydelig, men flere ganger pratet de samtidig, det gjorde transkriberingen mer tidkrevende. Intervjuet forløp ellers uproblematisk og varte i 75 minutter, og ble 22 transkriberte sider.

Fokusgruppeintervjuet fant sted i begynnelsen av januar 2022, og ble det første intervjuet. Det ble etter avtale utført av min veileder, for at jeg skulle observere et intervju for første gang. Jeg hadde rollen som bisitter og gjorde mine notater underveis på det jeg observerte rundt deltakerne og hvis det kom uventede ting frem i intervjuet. Det ble på en måte et pilotintervju, og jeg så at intervjuguiden manglet en naturlig åpning. Det var der veilederen min helt spontant la til spørsmålet om «hva er et distrikt for deg?» når hun startet. Etterpå så jeg også at det var nødvendig å legge til stikkord i intervjuguiden om ulike tema som spørsmålene kunne belyse. Dette intervjuet ga så mye informasjon at jeg valgte å inkludere det i datamaterialet, samt at det og ga anledning til å korrigere noen av spørsmålene (vedlegg 2).

Covid-19 smittetrykket endret seg som en berg- og dalbane. Og når det var tid for å utføre de resterende intervjuene så var smittetrykket høyt. Belastningen på helsetjenestene hadde vært store over tid, og med fare for å bringe med smitte til distriktene så ble de fem individuelle intervjuene utført gjennom kommunikasjonsplattformen Teams, kommunikasjon med direkte lyd og videooverføring over mobiltelefon eller PC. Det ble samtidig gjort opptak av lyd i Nettskjema-appen, ved å legge mobiltelefonen nært PC-høytaleren.

For å få avtalt tid til intervju, måtte jeg være veldig fleksibel på tidspunkt, på grunn av at de fleste var i jobb og hadde andre avtaler. Intervjuene ble avtalt noen dager i forkant, og de ble alle gjennomført i løpet av februar måned. Å gjøre intervjuene over skjerm fungerte overraskende bra. De brukte enten mobiltelefon eller PC. Deltakerne fikk sitte i et kjent miljø, og de satt i et behagelig møbel som gjorde at de ikke hele tiden så på meg på skjermen, men så ut i rommet og reflekterte over spørsmålene jeg hadde. De individuelle intervjuene varte fra 30 – 60 minutt, og utgjorde 48 sider transkribert materiale.

#### **4.1.8 Transkribering**

Når man transkriberer er det viktig å forholde seg nøyaktig til det deltakerne sier, og ikke tillegge en annen mening enn det som kommer frem i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkriberingen gjorde jeg selv, mens intervjuene ble spilt av på Nettskjema nettsiden. Etter fokusgruppeintervjuet startet jeg umiddelbart med å transkribere. Det var en tidkrevende prosess. Det var veldig nyttig for min egen del å gjøre transkriberingen selv, for da fikk jeg satt meg godt inn i intervjuene og det ble gjort på sånn måte at jeg ble kjent med intervjuene gjennom teksten og startet egentlig analysearbeidet da. Til sammen ble det 70 sider med transkripsjon.

#### **4.2 Metodekritikk**

På grunn av oppgavens varighet og omfang så ble dette en liten studie, med få deltakere. Resultatene vil ikke være generaliserbare, men gir et innblikk og beskriver erfaringsgrunnlaget til sykepleier på legevakter rundt om i distrikts Norge.

Som en uerfaren forsker så var det nyttig å være observatør under fokusgruppeintervjuet. Med en så erfaren veileder som gjennomførte intervjuet, tok jeg med meg en del tips rundt det å stille bekreftende spørsmål for å oppklare om man hadde forstått svarene og for å holde fokus rundt tema. Men å være intervjupersonen var ikke der med sagt lett. Enkelte snakket veldig fritt og hadde mye å komme med, mens andre svarte bare på det de ble spurt om. Under



transkriberingen ser jeg at det skulle vært stilt en del oppfølgingsspørsmål for å avklare og få utdypet deltakernes utsagn. Under transkripsjonen satt jeg av og til igjen med den tanken om at her har jeg bare fått halvveis med informasjon. Da var det viktig å sette min forforståelse til side og ikke tolke, og heller la spørsmålene jeg satt igjen med være ubesvart.

### **4.3 Forforståelse**

Forforståelsen vår består av erfaringer, hypoteser og faglige perspektiv som vi tar med oss inn i forskningsprosjektet, og en viktig motivator for arbeidet man skal ta sette i gang med (Malterud, 2017, s. 45).

Som sykepleier har jeg kunnskap om helse og sykdom, og når jeg forsker i eget fagområde vil jeg ha forståelse for det som kommer frem i intervjuene. Å forske i eget fagfelt gir forskeren forståelse og evne til å gjenkjenne fenomener som de utenfor feltet ikke har. Forståelsen er min forforståelse. Min både praktiske og teoretiske erfaring vil jeg bære med meg og vil være med på å bestemme det jeg forstår og hvordan jeg forstår min empiri (Malterud, 2017, s.155). Med min erfaring fra legevakt i distriktet så har jeg kunnskap som styrker forståelsen av det fagområdet jeg forsker i, og det vil kunne være tillitsbærende i møte med deltakerne. Forskeren vil påvirke forskningsprosessen og resultatene av den (Malterud, 2017, s. 155). Å forske i feltet der jeg har min faglige bakgrunn gir meg utfordringer som å legge til side min forforståelse ved analyse og tolkning av data, samt ha et åpent sinn under intervjuene.

Jeg gikk inn i forskningsprosessen med nysgjerrighet, men også tanker om hva som ville komme frem under intervjuene. Ved å følge intervjuguiden og ikke stille ledende oppfølgingsspørsmål kunne jeg prøve å legge til side min forforståelse. Etter å ha fullført alle intervjuene satt jeg igjen med masse informasjon som jeg ikke hadde forventet å få. I forkant gikk jeg ut ifra at de største utfordringene gjaldt været, mens deltakerne overrasket meg med å beskrive opplevelsene med aleneansvaret og samtidskonfliktene som store utfordringer. Min erfaring var annerledes enn deres. Jeg gikk videre inn i analyseprosessen med å hente ut det meningsbærende som gikk igjen under intervjuene.

### **4.4 Analyse**

Analyse i kvalitative data består av å stille spørsmål til det empiriske materialet, og at en leser og organiserer datamaterialet. Med støtte fra relevant teori skal man på en forståelig og relevant måte gjenfortelle svarene. Analyse handler om å gå fra problemstilling til forskningsspørsmål og til resultatet på en systematisk måte (Malterud, 2017, s. 91). Som

forsker finnes det ingen standard metode for hvordan man skal bearbeide og fortolke kvalitative data, men man må redegjøre for fremgangsmåten i sin analyse slik at andre kan følge den og vurdere om det er en analyseform en kan anerkjenne. I mitt arbeid med analysen har jeg valgt å basere meg på Graneheim & Lundman (2004) sin beskrivelse av analyseprosessen.

Jeg startet med å lese gjennom mine transkriberte intervju, for å danne meg et bilde av innholdet. Veileder og jeg gjennomgikk intervjuene i lag. Så gikk vi nøyere gjennom et intervju og hentet ut meningsbærende enheter til sub-tematikker og senere en reorganisering av disse under hovedtematikker. Denne prosessen benyttet jeg på hver transkripsjon og fant meningsbærende enhetene ut ifra hensikten med studien. Graneheim og Lundman (2004) sier meningsbærende enheter er en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Jeg fant til sammen 165 meningsbærende enheter som var aktuell og relevant for min problemstilling. Jeg organiserte dem og markerte dem med farger etter hva de handlet om. Deretter tok jeg for meg de meningsbærende enhetene og kondenserte de til en redusert tekst uten at kjernen i budskapet ble redusert (Graneheim & Lundman, 2004). Her forkortet jeg teksten, mens jeg gjenfortalte og sammenfattet tydelig spor av deltakernes ord og begreper uten å tolke innholdet.

Neste trinn i analyseprosessen var å beskrive og tolke den kondenserte meningsbærende enheten, som kalles abstraksjon. I abstraksjonsprosessen skal man stille spørsmål til hver kondenserte meningsbærende enhet, «hva handler dette egentlig om?». Ved å gjøre dette kom jeg frem til flere sub-temaer, jeg satt dem opp mot hverandre og prøvde å finne likheter og ulikheter. Deretter ble sub-temaene plassert etter hva de omhandlet (Lundman & Graneheim, 2004). Jeg valgte sub-temaer etter der jeg så likheter i alle intervjuene. Kulturforståelse var et sub-tema som ble ekskludert siden det bare kom frem i et intervju, og ikke ga tyngde i en eventuell diskusjon.

Neste trinn var å utarbeide hovedtema av sub-tematikkene. Her skulle man ta sub-tematikkene og gjøre dem om til tema ved å trekke ut essensen av innholdet. For finne aktuelle hovedtema analyserte jeg de kondenserte meningsbærende enhetene, her plasserte jeg forskjellige sub-tematikker under samme hovedtema. Graneheim og Lundman (2004) beskriver tema som det latente innholdet, det underliggende budskapet man har kommet frem til gjennom å kondensere de meningsbærende enhetene finne frem til sub-tema og hovedtema. Jeg kom

frem til 3 hovedtemaer. I tabell 3 er det eksempel på hvordan sub-tematikk førte frem til hovedtema.

**Tabell 3: Eksempel på sub-tematikk til hovedtematikk**

| Subtema                                                     | Hovedtema                                                  |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Aleneansvar                                                 | Kjennetegn ved sykepleie arbeidet på legevakt i distriktet |
| Sykepleiesamarbeid                                          |                                                            |
| Samtidskonflikter                                           |                                                            |
| «hive seg rundt»                                            |                                                            |
| Værfernomener                                               |                                                            |
| Risikoutsatthet                                             | Kunnskapsutvikling som følger med erfaring                 |
| Generalistspesialist                                        |                                                            |
| Løsningsorientert og oppfinnsom<br>«må bare hive seg rundt» |                                                            |
| «Alle kjenner alle»                                         | Små samfunnsfenomen og legevakt utfordringer               |
| Rekruttering og stabiliseringsutfordringer                  |                                                            |
| Tverrfaglig samarbeid                                       |                                                            |
| Organisering av pasienttransport i distriktet               |                                                            |

Tabellen under vil vise eksempel på hele analyseprosessen fra meningsbærende enhet til hovedtema.

**Tabell 4: Eksempler fra analyseprosessen fra meningsbærende enhet til tema.**

| Meningsbærende enhet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Kondensert meningsbærende enhet                                                                                                                                                 | Subtema                                           | Hovedtema                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Æ føle vi har høy kompetanse egentlig på... og det er ikke nødvendigvis utdanningskompetanse som..., erfaring vokser i takt med den tiden vi er der. Også er det jo trening, vi har jo treninger, treninger treninger...                                                                                                                                                                                                                                                            | Deltageren opplever selv at hun har høy kompetanse som skriver seg tilbake på erfaring og repeterende trening.                                                                  | «Learning by doing»                               | Kunnskapsutvikling som følge av erfaring skaper trygghet på distriktlegevakten |
| Det var en sommer, på sommeren er det alltid så prekärt hos oss med bemanning, og spesielt sykepleierbemanning. Selv om man som resten av året er alene, så er man i hvert fall alene på vakt om sommeren.                                                                                                                                                                                                                                                                          | Det er lav sykepleiebemanning hele året, men enda verre om sommeren. Sykepleieren er alene.                                                                                     | Alene som sykepleier                              | Kjennetegn ved sykepleien på legevakt i distriktet                             |
| Vi har jo ofte mye bedre lokalkjennskap til pasienten, enn legen har som e ny. Så vi vet at når ho ringe inn og sir at sånn og sånn da e det alvor altså, eller at nei det pleie som oftest å hjelpe med oksygen i 5 minutt eller dem bare bruke litt tid å prate med dem, så derfor mene æ at det er ekstra viktig da når det ringer fra distriktet han her må dokker ta inn, nu må dokker ta det her på alvor, så må man bli hørt da.                                             | Sykepleierne har ofte bedre forhåndskjennskap til pasientene i distriktet og kan gi raske tiltaksråd både til pasienten og legen som ikke kjenner pasienten.                    | Lokalkjennskap til pasientene                     | Små samfunnsfenomen og legevaktsutfordringer                                   |
| Int: E det tungt, vanskelig å overholde den her taushetsplikta i et sånn lite samfunn?<br>-Man må være veldig bevisst tenker jeg. Det er nok sikkert litt individuelt, alle er kanskje ikke like flink nok der, men æ tenke jo det, at det er spesielt viktig å være bevisst på det, i sånne små småsamfunn, også tenke æ at æ kan bli litt redd for at pasienten tenker at enn hvis ho blir å fortelle det videre eller. Vi kjenne jo hverandre så godt, kanskje ho blir å slarve. | Taushetsplikten må en være veldig bevisst på i små småsamfunn. Pasienter kan holde tilbake informasjon fordi de er redde for at sykepleierne bryter taushetsplikten «på bygda». | Særlig bevissthet rundt taushetsplikten er viktig |                                                                                |

## 4.5 Etiske overveielser

Som masterstudent er et av læringsutbyttene at man skal lære om god forskningsetikk. De bygger på retningslinjer fra det De nasjonale forskningsetiske komiteene (FEK) sier om forskning for medisin og helsefag (UiT, 2021). Helseforskningsloven er med å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Loven skal også sikre at forskeren har innhentet nødvendige tillatelser før man begynner sin forskning (Helseforskningsloven, 2008). Før datainnsamlingen startet, søkte jeg sammen med veilederen min til Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning for innhenting av relevant data for studien min, samt oppbevaring av datamaterialet mens prosjektet pågikk. Godkjenningen ligger som vedlegg 3.

Kvalitative data bærer med seg menneskers livserfaringer og tanker. Det innebærer strenge krav om informert samtykke, personvern og anonymitet (Malterud 2017, s. 214). I forkant av intervjuene så fikk deltakerne informasjonsskriv om studien, og samtykkeskjema som skulle skrives under og leveres til meg. De ble opplyst om at deltakelse av studien er frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi en grunn. De skulle bli anonymisert og ingen personopplysninger skulle oppgis. Det stod også at intervjuet ville bli tatt opp på lydopptak, og alt materiale ville bli oppbevart utilgjengelig for andre. Ved studiens slutt ville alle data og gjenkjennbare materiale bli destruert. Alle deltakerne har levert tilbake samtykkeskjema som oppbevares i låsbart skap. Man har så godt det lar seg gjøre anonymisert kommunene, for å sikre at deltakernes anonymitet blir opprettholdt.

## 4.6 Resultatets troverdighet gjennom validitet, reliabilitet og generaliserbar

I kvalitative studier benyttes begreper som validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og generaliserbarhet (overførbarhet), og de må ses i forhold til hverandre under hele forskningsprosessen (Halkier, 2016). Studiens troverdighet blir vurdert ut ifra beskrivelsen av innhenting og analyseringen av data i henhold til hensikten (Graneheim & Lundman, 2004).

Å validere er å stille spørsmål om studiens gyldighet (Malterud, 2017, s. 23), leseren skal tro på det som blir presentert. Leserens skal kunne utvikle tillit til studiens gjennomføring via å anerkjenne beskrivelser av metodens utvalg, datainnsamling og dataanalyse (Graneheim &

Lundman, 2004). Jeg har en studie som inkluderer ni personer totalt, som alle har beskrevet erfaringer og opplevelser i forhold til tema. Analysen var en tidkrevende prosess der jeg har tolket og analysert fra meningsbærende enhet frem til tema. Gjennom tabellene 3-4 har jeg prøvd å legge frem hvordan analyseprosessene har vært slik at leseren skal kunne følge prosessen. Veilederen min har bistått meg i analysen, gjennom at vi sammen så over subtematikkene og hovedtemaer som jeg hadde fått frem i analysen kunne stadfestet ifra de meningsbærende enhetene.

Reliabilitet eller pålitelighet har med om forskningsresultatenes troverdighet og konsistens å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Pålitelighet vil si om studien er overførbar. Leseren vurderer om resultatene er pålitelig, forskeren kan bare komme med forslag til overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Pålitelighet handler om i denne sammenhengen om det samme resultatet hadde kommet frem av en annen forsker. Ville informantene endret sine svar i intervju med annen forsker. Ved å trekke frem sitater fra informantene er med å på styrke studiens pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.211).

Generaliserbar eller overførbarhet er et annet viktig spørsmål i validiteten. Overførbarhet er knyttet til konteksten, utvalget og innhenting av datamaterialet. Kan funnene være gjeldene i andre sammenhenger enn den konteksten det er kartlagt i (Malterud, 2017, s.23)? Konteksten i denne studien er sykepleiers erfaring på legevakt i distriktet. Studien vil gi deg innsikt i arbeidshverdagen til legevaktsykepleier i distriktet, gjennom beskrivelser av deres erfaring og opplevelser og vil på den måte være gjenkjennbar for sykepleiere som jobber i liknende rurale områder. Studien vil mest sannsynlig ikke være helt overførbar til en legevakt i urbane områder da organisering, bemanning og pasientgruppa sannsynlig er ulik, samt avstand til sykehus kan være kortere.

## 5 Presentasjon av funn

Det ble analysert frem tre hovedtema med utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer som beskriver utfordringene ved legevaktsarbeidet i distriktene. Disse er; kjennetegn ved sykepleie arbeidet på legevakt i distriktet, kunnskapsutvikling som følger med erfaring som skaper trygghet på distriktslegevakten, og småsamfunns fenomen og legevaktutfordringer.

### 5.1 Kjennetegn ved sykepleie arbeidet på legevakt i distriktet

Her presenteres fem ulike kjennetegn ved sykepleierarbeidet på legevakt i distriktet.

#### 5.1.1 Aleneansvar

Samtlige sykepleiere beskrev opplevelsen av å ha et stort aleneansvar på legevakten, noen beskrev det som å faktisk være helt alene som sykepleier på vakt, mens andre følte seg alene når legevaktslegen var ute av rommet over lengre tid. Dette er fenomener jeg kan kjenne igjen i min praksis på legevakt.

Vi er alene som sykepleier på legevakta, og det er skummelt å tenke på, man har jo et stort ansvar for hele kommunen. Vil ikke belaste legen med dumme spørsmål. Legen er ikke til stede hele tiden, på kvelden er legen hjemme. D6

Flere beskrev ulike opplevelser av de begrensningene de hadde når det gjaldt å få hjelp fra andre. Som vist i Tabell 2 hadde de veldig ulik kontekst for arbeidet sitt. Enten så var du helt alene sykepleier, eller på jobb med assistenter på sykehjemmet, legen var på fastlegekontoret over gata, eller legen satt på kontoret i telefonen med administrative oppgaver. Hvis det er var veldig mye å gjøre, kunne legen slippe telefonene å komme å hjelpe til, men det var ikke sikkert legen kunne med noe av utstyret, og hvis pasienten skulle innlegges så kunne ikke legen bare «legge på røret» for det skal organiseres med innleggelse og transport. Det som alle deltakerne sa flere ganger var at legen var mye opptatt med administrative oppgaver, og at de er lite sammen med pasienten. De opplever organiseringen rundt det å legge inn pasienter i sykehus tar tid.

Man er få personer, og med de pasientan som det er mye å gjøre med, så står sykepleierne ofte der alene, for legen er opptatt i telefon, for å bestille fly, finne ut hvilket sykehus pasienten skal til og snakke med AMK. Man står mye uten legen og hvis det hadde vært i akutmottak så ville det vært 20-25 personer der. D4

Hvis legen ble med på transport til sykehus, så var de uten lege frem til legen var tilbake. Her ble det ikke spurt om legen hadde en bakvakt. De fleste deltakerne beskrev også på et

urettferdig ansvar i forhold til opplæring av nye leger. Det var ikke alltid vikarlegene var godt nok opplyst om hvordan legevaktarbeidet i distriktet var organisert, og noen hadde ikke jobbet med akuttmedisin på lenge. Da var det sykepleierne som måtte forklare og gi opplæring. Sykepleierne hadde også opplevd språkbarrierer med ikke norske leger, der hverken AMK eller lege på sykehus forstod hva som ble sagt.

(...) Også e det jo sånn at vi har vikarleger ikke sant, som kommer fra andre land som ikke har snøra peiling til forholdet å jobbe i distrikt, og kor langt det e, man sir bare at veien e stengt, og dem bare sånn «ka gjør vi da», også e det vi som må hoste opp løsningen (...). D2

Med sin erfaring og lokalkjennskap ga sykepleierne veiledning om lokale forhold, logistikk og geografi. Det var et ansvar de måtte ta siden man er avhengig av hverandre, og samtlige deltakere mente det er avgjørende å ha lege og sykepleier som fungerer sammen. Denne problematikken kom frem i alle tre kommunene.

### **5.1.2 Sykepleiesamarbeid på legevakt i distriktet**

I kommune 1 kunne de beskrive et godt arbeidsmiljø, de har kollegaer som var opptatt av faglig kvalitet i sykepleien man gir, interesse for faget og utvikling av kunnskap. Som viste seg å være avgjørende for at enkelte vil fortsette år etter år på legevakten, med alt det ansvaret man har og de problemstillingene man møter på. Sykepleierne lærer av hverandre, som også viktig for utvikling av kunnskap.

Videre forteller alle deltakerne at de trivdes i jobben selv med det store ansvaret. Noen kjente på et savn etter å ha sykepleierkollegaer til å kunne konferere og få bistand av. Til tross for at de beskrev det «å være mye alene med ansvar» kunne de fortelle om godt arbeidsmiljø i både kommune 2 og 3.

### **5.1.3 Samtidskonflikter**

Som tidligere nevnt i Tabell 1 over utvalgte kommuner, ser man at organiseringen av de tre legevaktene er litt forskjellig. Kommune 1 driftes som en ren legevakt med flere sykepleiere på vakt, de beskrev arbeidshverdagen som til tider utfordrende for de er i beredskap for en relativt stor befolkning (Tabell 2). De beskrev arbeidsdagene sine som ofte travle. De kan ha mange akuttpasienter inne samtidig, og hvis de står med dårlige pasienter kunne de stå å høre legevaktstelefonen ringe, men kunne ikke prioritere å svare den. De opplevde at vaktlegen hadde mange oppgaver som skulle vært gjort samtidig.

I kommune 2 og 3 så har sykepleierne flere ansvarsområder i tillegg til legevakten. De har også ansvar for sykehjem og sykestue, dette gir dem ofte store utfordringer som samtidskonflikter. Med samtidskonflikter menes det her at de har arbeidsoppgaver som skulle vært gjort samtidig. De har inneliggende pasienter som skulle vært fulgt opp, det kan være pasienter som ligger inne for palliasjon, smertelindring og observasjon, mens dem i tillegg kan ha kritisk syke pasienter på legevakten. Har de pasienter på legevakten er de borte fra de andre avdelingene så lenge pasienten er på legevakten. Sykepleierne opplevde ansvarsområdet som til tider utfordrende siden de hadde mange oppgaver.

En gang hadde æ en kritisk syk pasient på legevakta, og samtidig så ringte hjelpepleieren fra sykestua. Kreftpasienten vi hadde på avdelingen hadde store smerter og trengte morfin. Da måtte æ springe fra den ene avdelinga til den andre. Måtte forte meg å trekke opp morfinmikstur. Æ fikk ikke sett effekten av den, æ måtte bare stole på at kollegaen min observerte pasienten. Også måtte æ springe tilbake på legevakten. Ambulansepersonellet var jo heldigvis også der da. D9

I situasjoner med samtidskonflikter måtte sykepleieren alene vurdere hva som bør prioriteres, og handle ut ifra det man selv tror er viktigst i hver enkelt situasjon.

#### **5.1.4 Risikoutsatte som sykepleier på legevakten**

Som sykepleier i en relativt stor kommune var deltakerne fra kommune 1 samstemte på at de pasientene med rus og psykiske lidelser var en stor utfordring, en pasientgruppe med mye utagering. Da deltakerne får spørsmål om de har stått i situasjoner hvor de føler livet har vært truet, svarer samtlige med «ja» og «mhm».

Personlig så har æ aldri blitt truet på livet, men æ har vært redd for å bli slått og bli kasta ting på, det har æ vært, og spesielt etter jobb på kveldstid, når man skal gå til bilen, da har æ kjent på en frykt der æ går ut døra, der æ liksom tar meg selv i å, at æ snur meg og ser til høyre og venstre om det er noen som står å vente bak hjørnet. D3

I et av intervjuene fremkommer det at dem har kollegaer har «blitt ventet på» når de skal forlate legevakten etter arbeidstid. Sikkerheten rundt legevakten i en av kommunene var blitt utbedret de siste år med skuddsikkert glass i resepsjonen, låste dører, overvåkningskamera flere plasser og vektere som kan tilkalles og som går runder rundt bygget om kvelden. Det ble fortalt at sykepleierne brukte mye tid på å ikke være redd og føle seg trygge på jobb. Noe som i grunnen er et storbyfenomen som har nådd distriktene.



Man går hele tiden å liksom bruke energi på å tenke e ting lukket og låst, og blir irr, får en irritasjon når ambulansen har glemt å lukke porten, eller vi har glemt å lukke porten, eller døra ned til kjelleren står åpen, selv om den går i smekklås, og bare må dytte den inn til. D2

I situasjoner når politiet blir tilkalt kan de oppleve lang reaksjonstid, særlig hvis politiet har hjemmevakt, slik tjenesten ofte er organisert i distriktene.

I kommune 2 og 3 kommer det ikke frem at de har like store utfordringer i møte med pasienter med rus og psykiske lidelser. I alle tre kommuner fortelles det nesten likelydende om transportutfordringer ved innleggelse av den pasientgruppen. Det vil jeg komme tilbake til under utfordringer i organisering av pasienttransport.

### **5.1.5 Vær- og føreforholds innvirkning på sykepleierens legevaktsarbeid i distriktet**

Været og dets utfordringer var noe som kom tydelig frem i alle intervjuene. I de ellers så uforutsigbare arbeidshverdagene var vintermånedene preget av mye snø og vind som gir «hardt vær» med stengte veier og isolerte bygder der brøytemannskapet ikke klarer å fjerne all snø for å holde hovedferdselsveien åpen. Dette kunne føre til at det ikke var mulig å transportere pasientene til sykehus med ambulanse. På grunn av sine lange avstander til sykehus brukte kommune 2 og 3 ofte annen alternativ transport. Helikoptertransport ble flittig brukt, men det hadde også sine begrensninger hvis det var dårlig vær. Hvis transport ikke lot seg gjøre måtte behandlingen håndteres lokalt inntil videre. På de legevaktene som var tilknyttet sykestue kunne pasienten bli innlagt der for på vente av transport eller videre observasjon. Det er ikke bare pasienttransporten som er avhengig av åpne veier, dem må også ta hensyn til om medisin- og lagerbestillingen kommer seg frem ved stengte veier.

Nærsykehuset ligger opptil 5-8 timer unna med ambulansebil. Vi er avhengig av å komme oss over fjellet som er mye stengt på vinteren. Andre vei så har vi en strekning som også er mye stengt på grunn av ras og rasfare. Været er utfordrende, det må vi ta hensyn til i alt fra akutt situasjoner, medisinbestilling og lagerbestillinger. Nettet kan også være nede, da får vi ikke ringt legen, en gang måtte legen være på Facebook sånn at vi fikk gitt beskjed hvis det kom pasienter. D9

Hvis ambulansen var på tur inn til bygda etter å ha vært ute på oppdrag, kunne dem oppleve at ambulansen ikke som seg over fjellovergangene på grunn av dårlig vær og stengte veier. Da

kunne bygda være uten ambulanse på ubestemt tid. Det har det hendt at ambulansen har kjørt en omvei på hundrevis av kilometer for å komme seg hjem på grunn av stengte veier.

## **5.2 Kunnskapsutvikling som følger med erfaring som skaper trygghet på distriktlegevakten**

Her presenteres to tema i dette kapitlet.

### **5.2.1 Generalistspesialist**

Deltakerne forteller om et stort kunnskapsfelt for sykepleierne i distriktet. Ord som givende, lærerikt og spennende beskriver arbeidshverdagen deres. Når deltakerne får spørsmål om hva de møter på legevakten, så sier samtlige at «det er så mye forskjellig, alt mulig rart». De må kunne håndtere alt fra en flis i finger til livreddende behandling. I alle intervjuene kommer det frem at som sykepleier i distriktet må man kunne litt om mye og se hele pasienten. Som innebar å kjenne til boforhold og annen bakgrunnsinformasjon. De sykepleierne med kortest erfaring på legevakten forteller at det er lærerikt og spennende, videre forteller de om en redsel for legevakten i starten, redsel for det akutte. Deltakerne var positiv til den tilliten de opplevde å få fra legene, ettersom at de ikke alltid hadde mulighet å være inne på behandlingsrommet hele tiden.

Det som er så bra her at vi har myndighet og vi tar imot pasienter, undersøker, triagerer og gjør selvstendige vurderinger, vi vurderer hastegraden før vi kontakter legen. Det gjør den her jobben ekstremt spennende. D2

Deltakerne forteller om det brede spekteret av pasienter og aleneansvaret som sykepleier. De opplevde at de utviklet selvstendighet og fikk en kunnskapsutvikling som dempet redselen for det ukjente. De synes de hadde mye bra medisinsk utstyr, og kunnskaper om bruken av dem. Deltakerne mente at de hadde faglig sterke kollegaer som man lærte mye av, og at erfaring gjør sykepleierne kvalifisert til å møte de ulike utfordringene.

Æ føle vi har høy kompetanse egentlig, og det er ikke nødvendigvis utdanningskompetanse, erfaring vokser i takt med den tiden vi er her. D2

Deltakerne kunne beskrive kunnskapene sine som «vi kan litt om alt», noen nevnte betegnelsen spesialistgeneralist for sine kunnskaper og ferdigheter. De som hadde tatt utdanning samtidig som de var i jobb, synes studietiden var krevende. De forstår hvis sykepleiere med familie ikke

har økonomi og motivasjon, for å studere krever hardt arbeid. Deltakerne forteller om delvis tilrettelagt turnus for å dra på samling, og noen fikk pengestøtte til utgifter og fri med lønn, men her varierer det også mellom kommunene.

### **5.2.2 Løsningsorientert og oppfinnsom, «må bare hive seg rundt»**

På legevakten har man uforutsigbar arbeidshverdag der man ikke vet hva som venter deg. Sykepleierne ser ikke på utfordringer som umulige oppgaver, men en naturlig del av jobben der man må improvisere og være oppfinnsomme. De forteller også at det er ikke bare sykepleierne som må «hive seg rundt» for å løse arbeidsoppgavene.

En helg var alle ambulansene utilgjengelig, vi hadde det skikkelig travelt, 2 legevenner som stakk hodet innom jobb, de måtte bare sette i gang å arbeide. Plutselig går akuttalarmen, om hjertestans på kjøpesenteret. Da tok den ene legen hjertestarteren i hånda og sprang av gårde med en sykepleier etter, dem dro på utrykning alene. D4

Kreative og løsningsorienterte er beskrivende ord og viktige kvaliteter sykepleierne i distriktet forventes å ha. Mangler man infusjonsstativ henger man opp infusjonsposer på spiker på veggen. Å ta hurtige avgjørelser og evne til å stole på egen kunnskap, kan være forskjell på liv og død. Sykepleierne utvikler erfaringsbasert kunnskap som styrkes etter hvor lang fartstid de har på legevakten. Hvis telefondekning/nødnett er ute av drift har det hendt at sykepleierne gir beskjeder til legen over Facebook.

## **5.3 Småsamfunn`s fenomen og legevakts utfordringer**

Her presenteres ulike fenomen og utfordringer knyttet til småsamfunn og legevakt.

### **5.3.1 Små samfunn**

I små samfunn er det ikke uvanlig at «alle kjenner alle» kunne deltakerne fortelle. Du kjenner ofte pasienten, det kan være en fra din familie, en venn eller en du har gitt helsehjelp til tidligere, det ble ofte sett på som noe positivt. Pasientene kunne også kjenne sykepleierne, deltakerne beskrev at de opplevde en trygghet hos pasienten hvis pasienten kjente den sykepleieren som var på jobb. Hvis man følte på et ubehag med å pleie en pasient man kjente, så kunne man høre om noen andre sykepleiere ville ha ansvar for den pasienten, hvis det var andre sykepleiere å spørre. Deltakerne forteller om fordeler med å kjenne til pasienten, de gjenforteller historier der det var helt avgjørende å kjenne pasienten for å berge liv.

En gang fikk æ en telefon fra en som hadde sett en blodig hånd i vinduet, men turte ikke å gå ut selv. Det var ufyselig vær ute. Jeg tok med lommelykt og gikk for å se. Fant en gammel dame i nattkjolen under trappa, blodat og kroppstemperatur på 28. Da vi kjente dama fra før av så viste vi at ho hadde livsgnist, og gjorde det vi kunne for å redde ho. Ho levde i flere år etterpå, ho ble 106 år. Hadde dette vært i by hadde man nok ikke vist hvem damen var, og ville kanskje ikke prøvd å berge ho. D9

Videre sier de at å møte tidligere pasienter på butikken eller i sosiale sammenhenger er ikke uvanlig. Her må de være profesjonelle og ikke ta initiativ til samtale først. Men være mottakelig hvis motparten vil prate, for du kan minne pasienten om dens svakeste øyeblikk. Deltakerne forteller at taushetsplikten er det viktig å være bevisste på, for man kan få spørsmål fra venn eller nabo om man vet hva som skjedde med bekjente av dem. Deltakerne har lagt en linje der de ikke snakker om jobben i privatlivet, for det er stor sannsynlighet at noen vet hvem du prater om.

Deltakerne forteller om relasjoner til kollegaer og bygda som gjør at de strekker seg lengere for å hjelpe. Å komme på jobb på kort varsel eller bli lengere på jobb i akutte situasjoner er handlinger man bare gjør fordi kulturen på arbeidsplassen er slik, og blir satt stor pris på av kollegaer, siden man er mye alene som sykepleier med hektiske hverdager.

I flere av intervjuene kommer dem frem at kommunene preges av turister, hyttefolk og den samiske befolkningen. Innbyggertallene øker og minker i forhold til hyttefolket og hvor reindriftssamene oppholder seg.

En av deltakerne kunne fortelle at hun var en av flere førstehjelpere. Hun bodde over 40 minutters kjøretur fra legevakten. Deltakeren kunne bli kontaktet av AMK, og måtte rykke ut til akutt syke, mens man ventet på ambulansen. Som førstehjelper måtte hun ta i bruk de sykepleiefaglige kunnskapene, samt kunnskapen om lokale forhold og kjennskap til naboene rundt seg. Kjennskap til lokale forhold, logistikk og geografi var kvaliteter som deltakerne kunne omtale som nødvendig og avgjørende i enkelte situasjoner. I tillegg ble det nevnt av en deltaker at «man kan ikke bo i distriktet hvis man vil ha trygghet på alle plan». Av det tenker jeg at man kan ikke forvente at det skal ta fem minutter til sykehuset når man bor i distriktet. Deltakerne opplevde at de fleste pasientene var klar over risikoen ved å bo i distriktet.

### 5.3.2 Sykepleierpersonell i distriktet

I kommune 1 er alle sykepleierstillingene på legevakten besatte, mens man får vite at i kommune 2 og 3 at sykepleiermangelen er stor. Deltakerne fra kommune 2 og 3 forteller om flere ubesatte sykepleierstillinger på legevakten/sykehjem. Å rekruttere sykepleiere til de små distriktbygdene er vanskelig fortelles det, til tross for goder som økt lønn og flere feriedager. Deltakerne forteller at ved sykdom må man ofte gå doble vakter for det er lite vikarer også. «Nordsjøturnus» som forklart i underliggende sitat var et eksempel på hvordan man kan rekruttere og stabilisere sykepleierpersonell.

Da æ søkte på jobb i (..) så søkte æ der på grunn av da skulle vi få en nordsjøturnus, det var det dem satt i utstillingsannonsen, og vi var 17 søkere. Altså kor du kunne jobbe hardt i en periode og ha fri, altså jobbe 7 dager i uka, 12-14 timer, og ha tre uker fri eller var det to uker eller noe sånt. Da NSF ikke tillot en sånn turnus så ble det bare meg igjen der. Æ skulle fløtte hit uansett, så dem fikk jo meg der. De andre ville ikke ha jobb når dem ikke fikk den turnusen, såkalt «nordsjøturnusen». (..) det har æ tenkt i ettertid hvis man kunne endre litt på turnusen, hvis man kunne jobbe sånn, så tror æ dem hadde hatt overflod av sykepleiere der. Æ merke at på vinteren er det slitsomt med å jobbe dag, aften og natt. Det er langt å kjøre, man vet aldri om veien er åpen på grunn av uvær. D8

Deltakerne forteller at kommunene som er villige til å satse på økt kompetanse til de ansatte, noen har fått pengestøtte og lønnet permisjon til studier. De som har fått dekket deler av videreutdanning gjennom jobben forteller at studier er krevende, og de savner bedre tilrettelegging, siden de også har måttet ta ferie eller «jobbet inn» for å kunne dra på samlinger. I kommune 2 og 3 forteller de at de sjelden drar på kurs siden det er ingen sykepleier som kan jobbe hvis de selv er borte. Mens i kommune 1 der sykepleierdekningen er god drar de jevnlig på kurs, har internundervisning og hospiterer på sykehus.

### 5.3.3 Tverrfaglig samarbeid

Studien viser at det tverrfaglige samarbeidet i distriktet er begrenset. I en kommune fremkommer det at ulike spesialistleger som ambulerer ved poliklinikker ofte kan stikke innom den lokale legevakt og bistå hvis de trenger hjelp. Avdelingen er ikke kommunal, så det er ingenting som tilsier at spesialistene må hjelpe til på legevakten. Deltakerne forteller det har hendt at man har forespurt spesialister om hjelp, for eksempel ved vurdering av brudd av ortoped. Deltakerne beskriver situasjoner som trist og uheldig når man vet at man har

sykehusspesialister veldig nært, også må pasienter reise langt for å komme til sykehus. I en kommune har de opplevd at hvis de ambulerende spesialistene har vært værfast i kommunen, så har de tilbydd seg å være tilgjengelig ved akutte hendelser etter arbeidstid. Det viser raushet og at de ser behovet for hjelp i distriktene, samtidig som de kanskje lærer noe om distriktslegevakten ved å bistå legevaktslegen.

I studien kommer det frem at på en legevakt får de hjelp av bioingeniører for å ta blodprøver av akutte pasienter ved behov, der bioingeniøren er tilknyttet legesenteret som ligger vegg i vegg. Alle deltakerne forteller om hvor viktige ambulanspersonellet er for legevakten, ikke bare i akutte situasjoner, men man kan også be om bistand til få satt en veneflon. Samarbeidet mellom sykepleierne på legevakten og ambulanspersonellet er uvurderlig, og blir satt veldig stor pris på av deltakerne. Sykepleierne opplever å få stor hjelp av ambulanspersonellet i de situasjoner som er u håndterlig for bare en sykepleier. De sykeste pasientene kommer ofte inn til legevakten med ambulanse, ambulanspersonellet blir ofte værende og hjelper til.

Hvis det røyner på så får vi hjelp av ambulanspersonellet. De skal vel egentlig ikke gjøre så mye med pasienten når den ligger hos oss, men de fleste er runde i kantene og hjelper til hvis de ser det blir uoverkommelig for en sykepleier. For legen blir ofte opptatt i telefonsamtale med sykehus og AMK. D9

Som tidligere nevnt så jobber sykepleierne også tett med legevaktslegen. Å ha et godt samarbeid mellom lege og sykepleier blir beskrevet som viktig ifølge deltakerne. Deltakerne forteller om noen leger som inkluderer sykepleierne med i vurderingen av pasienten, det er noe sykepleierne setter stor pris på, det gir dem erfaring og læring.

#### **5.3.4 Organisering av pasienttransport**

Med pasienttransporten ser man utfordringer rundt det værmessige og tilgjengeligheten til de ulike transportmidlene. Det kommer frem i intervjuene at det benyttes helikopter, båt-, bil- og ambulansfly for å frakte pasientene fra distriktet til sykehus, etter hvor alvorlig situasjonen er og hva som er tilgjengelig. Det er legevaktslege og de på AMK som vurderer hvilket transportmiddel som er det beste for pasienten. Hvis ambulansen må frakte pasienten helt til sykehus kan akutt-tilbudet i bygda trues, siden det er langt til sykehus og ambulansberedskapen varierer i kommunene med 1-3 ambulansbiler.

Vi har en del helikopter transport herifra. Pasientene kan eventuelt kjøres til (..) for fly videre til sykehus, eller ambulansebil som møtetur eller helt frem til sykehuset. Ved møtetur så er ikke ambulansen så lenge borte, og akutt-tilbudet i bygda opprettholdes. D9

Når det er dårlig vær kan bygda være isolert, og man kommer seg verken til eller fra. Er man heldig så har man alltid ett alternativ til transport for å frakte pasienter til sykehus. I perioder der man har mange innleggelse forteller deltakerne i kommune 1 at de kjenner på frustrasjon når ambulanspersonellet må melde seg ut etter å ha vært i aktiv jobb innenfor den tidsplanen de har lov å jobbe.

Vi har jo to langtursbiler og en akuttbil, men den akuttbilen skal være i bygda hele tida, også er det to biler som kjører til sykehus eller møtetur, hvis begge de to bilan melde seg ut fordi dem har kjørt kontinuerlig, så har vi ingen langtursbiler. D4 Og tillegg, æ føle jo også vi har i støitan veldig mange innleggelse, og da holder det ikke med de to bilan heller, mens man har pasienter liggende på vent. D2

Deltakerne forteller om når pasienter med psykiske lidelser skal innlegges og fraktes med ambulansfly til institusjon, så er det til Åsgård i Tromsø. De opplever det som en tidkrevende prosess, da de fleste trenger politifølge, noe som kan ta tid å organisere og de er ikke første prioritert for flytransport. Det er også ofte behov for bil- og ambulansfly. Pasientene kan bli liggende lenge på legevakten før transport, de opptar plass og blir sykere mens de venter.

## 6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg prøve å besvare forskningsspørsmålene som er repetert og presentert som underoverskrifter i kapittel 6, med bakgrunn i mine funn som blir diskutert opp mot relevant teori.

### 6.1 Hvordan oppleves det å jobbe ved legevakt i distriktet?

#### **Aleneansvar og samtidkonflikter**

Resultatene for studien viser at sykepleierne synes det til tider er krevende å jobbe på legevakten i distriktet. Deltakerne pekte på aleneansvar som et element som gjorde arbeidsdagen utfordrende. Å være selvstendig og alene er en del av det å være i distriktet (Scharff, 2013, s.234). Noe som stemmer med det sykepleierne fortalte om at de ofte opplevde situasjoner der de måtte stole på sine egne kunnskaper og ferdigheter ettersom at de var alene. Sykepleierne beskrev et spesielt stort aleneansvar for enten var de alene på jobb, eller så var kollegaene opptatte. Å være alene som utøvende sykepleier er et kjent fenomen innenfor distriktsykepleien (De Smedt & Mehus, 2017; Elstad & Hamran, 2006; Hanssen & Vanzo, 2020). Dette utløste ofte samtidskonflikter. I de kommunene der sykepleier har ansvar for legevakt/sykehjem/sykestue opplever de situasjoner der det er behov for å være to steder samtidig, siden ansvarsområdene er så store. Når det oppstod samtidskonflikter måtte de velge hvilken pasient som hadde behov for sykepleier først. De kunne også få snudd opp ned på sine planlagte gjøremål for vakt. Hvis det kom akutt pasienter på legevakten, måtte de forlate de andre avdelingene. Dette kunne gjøre at sengeliggende pasienter ikke ble tatt opp fra sengen samme vakt siden det var færre personell tilgjengelig. Å ha en arbeidsdag som er uoversiktlig og vanskelig å planlegge påpekte mine deltakere, og det stemmer med Scharffs (2013) beskrivelse om arbeidshverdagen.

#### **Sykepleiesamarbeid og småsamfunn**

Selv om sykepleierne er mye alene beskriver de et godt sykepleiesamarbeid, de stiller opp for hverandre om mulighet. Man ser også at ambulanspersonellet i distriktet stiller opp for personellet på distriktslegevakten. Om sykepleiepraksis i distriktet forteller Elstad & Hamran (2006) at sykepleierne er ekstremt fleksible og allsidig. Det kan man kjenne seg igjen med når deltakerne forteller om at man strekker seg lengere for å hjelpe kollegaene og bygda. At folk i små samfunn er vennlige og hjelpsomme opplevde også Scharff (2013) da hun utførte sin studie. I urbane områder der mange bor i boligblokk, er det kanskje ikke vanlig å ha



kjennskap til naboene. Uten relasjon til de rundt seg, føler man kanskje ingen forpliktelse til å strekke seg lenger for å hjelpe?

Tap av anonymitet i småsamfunn kan gi fordeler og ulemper. I småsamfunn der «alle kjenner alle» kan gi utfordringer til et sårbart hjelpeapparat. I sårbare situasjoner når pasienten er et familiemedlem eller en venn har ikke sykepleier mulighet å reservere seg fra oppgaven, det kan være utfordrende for hjelperen og pasienten (Silviken, Berntsen & Dyregrov, 2014). Når distriktsykepleiere kjenner pasienten personlig, kan de gi bedre pleie. Men i situasjoner når anonymiteten blir borte kan det være vanskelig for sykepleieren å skille sine roller som venn og hjelper (Scharff, 2013, s. 254). I studien kommer dem frem at det å kjenne pasientene sine ikke opplevdes som utfordring siden de fokuserte mest på arbeidsoppgavene og ikke deres relasjon. Basert på erfaringer beskrev sykepleierne følelsen av at de trudde situasjonen av å komme på legevakten og møte et kjent ansikt, var verre for pasienten i noen situasjoner. Hvis sykepleierne opplevde at pasienten holdt tilbake viktig informasjon, var det viktig å presisere at de har taushetsplikt. Deltakerne beskrev kjennskap til pasienten som en fordel på legevakten, det kunne utgjøre forskjellen mellom liv og død.

### **Vær- og transportutfordringer**

Arbeidsdagene på distriktslegevakten beskrives som mer utfordrende om vinteren enn om sommeren. Vinterstormene i nord isolerer bygder og gjør veiene ufremkommelig når de herjer som verst. Det gjør at sykepleierne må være i forkant, og for eksempel tenke på om man har nok medisiner hvis medisinstillingen ikke kommer seg frem på grunn av stengte veier. Hvis bygda er isolert på grunn av dårlig vær, så hindres pasientene å bli transportert med ambulanse til sykehus. Båt og helikopter kan benyttes, men også de kan bli hindret av været. Det ble sagt i et av intervjuene at man kan ikke bo i distriktet hvis man vil ha trygghet på alle plan. En del av det å bo i distriktet betyr å være unna spesialisthelsetjeneste, det er noe som sykepleierne opplever at pasientene forstår. I kunnskapsoppsummeringen av De Smedt & Mehus (2017) konkluderer de med at avstander og begrensede helsetjenestetilbud er en del av det å være pasient i det rurale live, som kan være en beskrivelse av «å være langt fra hvor som helst, og ganske nært ingen steder» (Scharff, 2013, s. 243).

### **Vold på legevakten**

I legevaktene er det utbredt å oppleve ulike typer vold på arbeidsplassen, det er en trussel mot sikkerheten og trivselen til helsepersonellet. I studie utført i akutt primærhelsetjenesten viser

det seg at vold på arbeidsplassen i akuttmedisinske klinikker er et alvorlig problem, der ventetid var en risikofaktor for aggressiv oppførsel (Johnsen et al., 2020). I en studie gjort av Joa & Morken (2010) kommer det frem at helsepersonell på legevakt kan forvente å oppleve vold og trusler på jobb, og det er rus og psykiske lidelser som er hovedårsaken til dette. Studien min identifiserer utfordringer rundt innleggelse av pasientene med psykiske lidelser, det er en tidkrevende prosess som krever flere instanser som politi, ambulansebil og ambulansefly med tilhørende personell. Deltakerne fra kommune 1 fortalte om hendelser med pasienter med rus og psykiske lidelser, og at de tidvis føler frykt for denne pasientgruppen. Sykepleierne i kommune 1 blir veldig ofte utsatt for vold og trusler på jobb, og det oppgis som en årsak til å ville finne seg ny jobb. Sikkerheten rundt legevakten er forbedret på flere områder, som har visst seg å være betryggende for de ansatte. Vold og trussel mot helsepersonell på legevakten, er og noe man ser både i rurale og urbane områder (Johnsen et al., 2020: Joa & Morken, 2010).

## **6.2 Hvordan er samarbeidet rundt pasientflyten og opprettholdes pasientsikkerheten?**

### **Samarbeid og pasientflyt**

I studien kom det fram at samarbeidet mellom sykepleierne på legevakten og ambulansepersonellet er uvurderlig og blir satt veldig stor pris på av sykepleierne. De sykeste pasientene kommer ofte inn til legevakten med ambulans. Sykepleierne opplever å få stor hjelp av ambulansepersonellet i de situasjoner som er uhåndterlig for bare en sykepleier. Legevaktene har kultur for å trene sammen og øve sammen med ambulansetjenesten om ulike hendelser. Simulering blir sett på som et viktig tiltak for å øke pasientsikkerheten, og redusere antall uønskede hendelser. De områdene som kan øke pasientsikkerheten gjennom simulering er tekniske ferdigheter, ikke-tekniske ferdigheter, systemforbedringer, evaluering og effektivisering (Aase, 2015, s. 177). Simulering kan på en ufarlig måte avdekke kunnskapsmangler og usikkerhet (Tharaldsteen & Huemer, 2015).

Deltakerne i studien fortalte at det benyttes helikopter, bil-, båt- og ambulansefly som transportmidler for å frakte pasientene til sykehus. På grunn av lang vei til sykehus er ambulansefly en viktig ressurs for transport av pasienter i Nord-Norge (Wisborg, 2018). Denne studien viser at helikoptertransport også er den viktig del av transporten av pasienter til sykehus. Det er legevaktslege og AMK som vurderer hvilket transportmiddel som er det beste for pasienten, ut ifra alvorlighetsgrad og hvilke transportmidler som er tilgjengelig. Hvis

ambulans bilen kjører pasienten hele veien til sykehuset, kan pasientsikkerheten i bygda trues, da ambulansen være lenge borte. Her varierer det mellom kommunene, men ca. 4-5 timer bruker ambulansen frem og tilbake i den kommunen nærmest sykehuset (Tabell 2). Hvis den akuttmedisinske transport- og behandlingsskjeden har et sviktende ledd får man et medisinsk problem som rammer pasienter og helsepersonell, man klarer heller ikke å nå målet om å tilby likeverdige tjenester av god kvalitet (Wisborg, 2018). Vinteren gjør ofte pasienttransporten utfordrende siden bygdene ofte er isolerte, og veiene stengte. Hvis ikke ambulans bilen kan frakte pasienter til sykehus, benyttes det andre transportmidler. At folk er glade i å bruke naturen i Troms og Finnmark er et kjent fenomen. Skader man seg på vidda eller i fjellene organiseres det med mange ressurser for å komme frem til den skadde og hente ned den skadde for transport til sykehus.

Deltakerne i denne studien fortalte at de hadde en del medisinsk utstyr og tilgangen på tverrfaglige ressurser er begrenset. De beskriver utstyrstilgangen som tilstrekkelig og de har kompetanse til å benytte utstyret. I kommune 2 og 3 som er små kommuner, samarbeider sykepleierne med lege og ambulanspersonell. Mens i kommune 1, samarbeider sykepleierne mest med lege og ambulanspersonell, mens man i tillegg en sjelden gang, samarbeider med ambulerende spesialister. I samhandlingsreformen (2009) er kommuner og helseforetak pliktet til å utarbeide samarbeidsavtaler. De skal utarbeide avtaler som kommer pasienten til gode. Det kan tenkes at ved utarbeiding av særegne avtaler mellom små kommuner og helseforetak, om samarbeid på tvers, kan spare noen pasienter fra distriktet for belastningen av lang reise til sykehus. Tilbudet som gis til legevakten i dag fra de ambulerende spesialistene er at hvis de på forespørsel fra legevaktslegen kan komme og se på en pasient, sammen med vakthavende lege eller bistå ham på andre måter, så kommer de bare hvis de har tid, så denne hjelpen er bra, men veldig tilfeldig. Avtaler mellom kommuner og helseforetak utarbeides på systemnivå, ifølge Orvik (2004) er interorganisatorisk samordning med på å gi en gjensidig nytte, enn hvis oppgaver løses hver for seg. Interorganisatorisk samordning er når det er behov for å løse oppgaver på tvers av organisasjoner. Et bredt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er et område som det i lang tid har hatt fokus på, og som det jobbes aktivt for å utvikle (helse- og omsorgsdepartementet, 2019. s. 31). Mine funn viser at samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenestene som finnes i kommunen kan utnyttes bedre for pasientens beste. I et distriktperspektiv kan ulike helsetjenester ha lokasjon i samme bygg, og du når du parkerer bilen på morgenen, så kan det godt hende du møter

ortopeden som har polikliniske timer samme dag. Da vet du som sykepleier på legevakten at, i dag er ortopedene i bygda, og skulle det komme noen vanskelige brudd, så har vi en kyndig vi kan spørre om råd fra. Dette er noe man sjelden vil se i store byer. Det handler om å utnytte ressursene på best mulig måte.

### **Pasientsikkerhet**

Historien om desentralisert sykepleieutdanning i Finnmark viser at studiestedes lokasjon har betydning for rekruttering og stabilitet til studiet. Studenter som tar desentralisert sykepleie i Finnmark blir i fylket etter utdanning og bidrar til å bli en stabil arbeidsstyrke. Sykepleiere med lokal tilknytning og lokalkunnskap har betydning for helsevesenet i distriktet (Eriksen & Huemer, 2019). I kommune 2 og 3 forteller deltakerne om sykepleiermangel i forbindelse med legevakt/sykestue/sykehjem. Blir ikke stillingene besatt av sykepleier, er det behov for annen arbeidskraft, med eller uten helsefaglig utdanning. Dette fører til at arbeidsmengden til de sykepleierne som er igjen øker. Her ser man likheter i rapporten gjort av Gautun (2020) om bemanning på sykehjem og hjemmesykepleien. Den viser at for få sykepleiere på jobb øker arbeidsbelastningen, det gjør det vanskeligere å rekruttere og gjør slik at sykepleiere slutter. Sykepleiehistorien i Norge forteller at helt siden etter 2. verdenskrig har det vært utfordringer med sykepleiermangel i landet (Elstad & Hamran, 2006). I en spørreundersøkelse av sykehusleger på danske sykehus kom det frem at leger opplever at arbeidspresset går utover kvaliteten, og noen har opplevd at pasienter dør for de har det for travelt (sykepleien, 2017). Studien fra Danmark er kanskje å sette det hele på spissen, men det kan tenkes at legevaktsykepleierne kan havne i situasjoner der pasientsikkerheten trues, fordi de ikke har tid til å følge opp pasienten, og pasienten i verstefall dør. I tidligere forskning om pasientsikkerhet på legekontor i distriktet ser man at pasientsikkerheten kan svekkes av bruken av vikarleger, arbeidsbelastning og lang avstand til sykehus som underliggende risikofaktorer (Harbitz, Stensland & Gaski, 2022). Sykepleiemangel er ikke unikt for distriktene, behovet for sykepleierkompetanse viser seg også i byene. Norge manglet 5350 sykepleiere i 2021, og man ser at mangelen på arbeidskraft i helse- og sosialtjeneste er aller høyest i Troms og Finnmark (Gjerde, 2021, s.18).

Sykepleierne beskriver systematisk og planlagt opplæring av nye leger som nødvendig. Grunnleggende forståelse og kunnskap om legevaktstjenesten i distriktet er viktige elementer i legevaktpleien. Deltakerne beskrev hendelser der det virket som at noen nye leger ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring om rutiner på den aktuelle legevakt, og da måtte sykepleierne gi opplæring etter beste evne. Deltakerne i denne studien beskrev hendelser der språkbarrierer

utfordret pasientsikkerheten, ettersom at hverken de på AMK eller legen på sykehuset forstod hva legevaktslegen sa. I en studie gjort av Andersen & Gurigard (2020) kommer det frem materiale som viser økt risiko for død, og økt risiko for andre alvorlige skader eller traumer ruralt sammenlignet med urbant. Studien viser behovet for bred kunnskap innen akuttmedisin ruralt. Responstiden på akutte ambulanseoppdrag i grisgrendte strøk skal ikke være mer enn 25 minutter i 90 % av akuttoppdragene, mens man ser at i Finnmark brukte ambulansen 40 minutter (Idland et al. 2019, s. 29). Ved lang utrykningstid går man glipp av verdifull tid for å starte med behandling før den gyldne timen har passert. Etter 60 minutter øker sjansen for alvorlig skade og død hos skadde betraktelig (Rogers, Rittenhouse & Brutto, 2014).

Mine funn viser at sykepleiere på legevakt i distriktet opplever store samtidskonflikter når de er alene på vakt. De må vurdere hvilken pasient som trenger sykepleier mest. Det var ingen av sykepleierne som beskrev hendelser der pasientsikkerheten ble satt ordentlig på prøve. Men det kan tenkes at ved flere akutte pasienter samtidig så vil det være vanskelig for en sykepleier å opprettholde pasientsikkerheten.

### **6.3 Hvordan er kunnskapsutviklingen og hvordan vedlikeholdes kunnskapen til legevaktsykepleiere?**

#### **Kunnskapsutvikling**

I studien kommer det frem at de sykepleierne med minst erfaring fra legevaksarbeid beskrev en frykt for å jobbe på legevakten (Tabell 1). De følte seg som nyutdannede sykepleiere som ikke kunne noe. Det er som realitetssjokket nyutdannet sykepleiere opplever når de skal ut å være selvstendige sykepleiere (Århus & Olsen, 2020; Orvik, 2004). At de har mangelfull kompetanse på områder rundt helhetlig pasientomsorg, organisering og ledelse (Orvik, 2004). Å jobbe seg gjennom utfordringene og få erfaring var det som skulle til for å bli en trygg sykepleier på legevakten. Her kan man se likheter i det Patricia Benner skriver om hvordan klinisk utøvelse av sykepleie endrer seg gjennom utvidet kunnskap og erfaring. Som nyutdannet starter man som en novise, og med erfaring og arbeidsinnsats bestiger man trinnene mot ekspertnivået (Benner, 1995).

Samhandlingsreformen ble innført med hensikt at pasienter skulle få bedre behandling der de bor, kommunene fikk ansvaret for å følge opp pasientene og fortsette planlagt behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tidligere forskning viser at etter innføringen av samhandlingsreformen har pasientene kortere liggetid på sykehus, noe som ofte fører til

reinnleggelser (helsedirektoratet, 2016). Mine funn kan ikke gi svar på om sykepleierne på legevakten erfarte flere reinnleggelser til sykehus etter samhandlingsreformen kom. Men det kan tenkes at sykepleierne på legevakten fikk økt pasientpågang da mange innlegges til sykehus gjennom legevakt, som igjen ga muligheter for erfaring og kunnskap.

Funn i studien viser at legevaktsykepleierne i distriktet utøver grunnleggende og avansert sykepleie. På legevakten kommer det meste akutt, og sykepleierne vet aldri hva de møter i arbeidshverdagen. «Å kunne litt om alt» er viktig for sykepleierne, siden spekteret av pasienter er så bredt. De kan være med på å behandle alt fra brudd, kutt, hjertelidelser og infeksjoner. I studien av Scharff (2018) kommer det frem at distriktsykepleiere må ha generalistferdigheter for å kunne håndtere et bredt fagfelt. Med videreutdanning får man økt kunnskap og kompetanse for å kunne beherske legevaksarbeidet, ble det sagt i intervjuene.

Deltakerne fortalte at de fikk dekt en del utgifter fra kommunene i forbindelse med videreutdanning, hvis man søkte om det, og lederne på legevaktene er villige til å tilrettelegge i arbeidshverdagen. Siden det er krevende å være i jobb og studere samtidig, ble det sagt at tilretteleggingen kunne vært enda bedre. Forbedring som permisjon med lønn alle dager, og at man ikke trengte å jobbe inn vakter for å dra på samlinger. Lederne på legevakten ser også behovet for å øke kompetansen til sykepleierne, gjennom kurs og lignende. Om man får dra på kurs varierer mellom kommunene, i kommune 2 og 3 klarer man ikke å dekke opp for fravær av sykepleiere, det gjør sånn at man ikke får dratt på kurs i arbeidstiden. I kommune 1 får de dra på kurs i arbeidstiden siden sykepleiedekningen god, som gjør det lettere å få tak i vikarer.

### **Vedlikehold av kunnskap**

Gjennom sykepleierutdanningen lærer sykepleiere om yrkesetiske retningslinjer, at man har et personlige ansvar for egne handlinger og at utøvelsen av sykepleie skal utøves på et faglig og etiske måte (Norsk sykepleierforbund, 2022). Legevaktstjenesten krever at sykepleier skal kunne bidra med helhetlige løsninger rundt pasientarbeidet, planlegging og opplæring, samt opplæring/videreutvikling. Sykepleier på legevakt må kunne vurdere pasientens hastegrad, iverksette- og evaluere tiltak, gi opplæring og kvalitetssikre, det er en liten del av det store ansvaret (Norsk sykepleierforbund [NSF] 1994-2000, s. 16,). Det forventes også at sykepleiere håndterer å organisere ulike typer arbeid som klinisk-, organisasjons- og

organiseringskompetanse (Orvik, 2004, s.28). Dette stemmer med mine funn som viser at sykepleiere på legevakten i distriktet har høy kompetanse innenfor kliniske observasjoner og ferdigheter, og at de utgjør en stor rolle i organiseringen rundt pasienten. Sykepleierne på legevakten i distriktet er selvstendige og stoler på egne kunnskaper, de må planlegge, triagere, være løsningsorienterte og kreative. Sykepleierne har ansvar for å vurdere, observere og er aktivt med å behandle pasienten. Kjennskap til pasientens boforhold og annen bakgrunnsinformasjon er en viktig del av det å se hele pasienten, for å kunne bidra med helhetlige løsninger rundt pasientarbeidet. De har også kunnskap om lokale forhold, geografi og logistikk, det er egenskaper og kunnskaper som blir tatt for gitt, men som kommer til nytte i den uforutsigbare arbeidshverdagen. Å ha faglig sterke kollegaer som man lærer av, skaper god trivsel på arbeidsplassen. En sykepleier som har arbeidet 3-5 år i samme praksisfelt, som er trygg i mange situasjoner og har handlingskompetanse, har besteget Benners (1995) utviklingstrinn mot en «kompetent- eller kyndigutøver».

Mine funn viser at sykepleierne synes arbeidshverdagene på legevakten er givende, spennende, lærerike og hektiske. Distriktsykepleiere må kunne ta riktige og raske avgjørelser, for det kan være forskjell på liv og død (Scharff, 2013). Slike situasjoner beskriver deltakerne som at de må «hive seg rundt» for å finne en løsning, og det er en egenskap som kreves av både sykepleier og lege på legevakten, som den gangen da sykepleier og lege sprang over til kjøpesenteret med hjertestarteren i hånda. For å «hive seg rundt» er det nødvendig at man har forståelse og klarer å se helheten i situasjonen. I Benners fem trinn mot ekspertnivå vil ikke en «avansert nybegynner» ha nok erfaring til å bare «hive seg rundt» for å utøve og prioritere riktig uten veiledning, mens en «ekspert» som har dyp og intuitiv forståelse for situasjoner vil på et øyeblikk reagere og handle ut ifra egne vurderinger (Benner, 1995).

En måte å sammenligne sykepleier i rurale strøk med sykepleier i urbane strøk kan være: hvis du arbeider på sykehus, deler man ansvaret med mange. Mens sykepleie på ensomme steder i distriktet, der blir ens evner satt på prøve (Elstad & Hamran, 2006). Å være alene gjør at distriktsykepleieren må se inn i seg selv for å finne svarene, for det er ingen andre å spørre (Scharff, 2013). Det stemmer med mine funn.

## 7 Oppsummering

Hensikten med studien var å undersøke hvilke sykepleieutfordringer sykepleier møter på legevakten i distriktet i Troms og Finnmark. Siden legevaktene er organisert noe forskjellig ser man også at utfordringene varierer en del.

Det som ble beskrevet som en stor utfordring blant alle deltakerne var det store aleneansvaret legevaktsykepleierne hadde, og spesielt på de legevaktene som var organisert sammen med sykehjem og sykestue. Sykepleierne her er ofte eneste sykepleier på vakt, de har ansvar for mange inneliggende pasienter med forskjellige diagnoser, og samtidig skal de håndtere akutte pasienter. En annen utfordring som ble beskrevet var samtidskonfliktene som kunne oppstå på grunn av aleneansvaret og hektiske arbeidshverdager. Her måtte sykepleierne gjøre egne vurderinger om hva som måtte gjøres først. Vinteren gir utfordringer som man ikke styrer over, med værharde vintrer som fører til stengte veier kommer utfordringer med pasienttransporten. Siden man kan bruke både helikopter, bil-, båt og ambulansfly så fikk man stort sett transportert pasienten til sykehus. Legevaktsykepleierne i den mest befolkede kommunen i studien, opplever store utfordringer med vold og trusler på arbeidsplassen. Andre funn i studien viste utfordringer med nye legevikarer i distriktene og svekket pasientsikkerhet hvis ambulansen er langt unna over lengre tid.

Studien finner ikke bare utfordringer, men avdekket også positive erfaringer blant legevaktsykepleierne. Når man arbeider på en liten plass der «alle kjenner alle» beskrev legevaktsykepleierne det som en positiv fordel i arbeidet på legevakten. Å kjenne pasienten fra før kunne være med på å gi best mulig behandling. Sykepleierne kunne fortelle om et godt arbeidsmiljø blant sine kollegaer, og at det var avgjørende for å bli i jobben.

Ambulansepersonellet er en stor ressurs for legevaktsykepleierne, de hjelper legevaktsykepleierne mye når de kommer inn med akutt syke pasienter.

Studien kan bidra til å få en forståelse for legevaktsykepleiernes utfordringer i arbeidshverdagen i distriktet. Og synliggjøre hva som er behov for å sette søkelys på. For fremtidig forskning ser man behovet for å forske på pasientsikkerheten ved organiseringen av legevakt sammen med sykestue/sykehjem.



## 8 Referanseliste

- Aaraas. I., Langfeldt. E., Ersdal. G. & Haga. D. (2000). Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 120 (6) Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2000/03/aktuelt-problem/sykestuemodellen-nokkel-til-bedre-samhandling-i-helsetjenesten-la-sykestuene>
- Aase. K. (2015). *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget Kap. 11
- Akuttmedisinforskriften. (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (FOR-2015-03-20). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinfors>
- Allertsen M.& Morken T. (2021). Nasjonalt legevaktregister i 2021. *Legevaktorganisering i Norge*. (Rapport 3-2021). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Hentet fra 18 April 2022 [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)
- Andersen. V. & Gurigard. V.R. (2020). *Risiko for fatale og ikke-fatale skader hos voksne i Norge*. (Masteroppgave, Norges arktiske universitet i Tromsø) Hentet fra <file:///C:/Users/birgi/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/9214396f-45c5-4746-91c6-231c5aab11fc/thesis.pdf>
- Bergsager. D. (2019). *Nettskjema-oppsummering*. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/merom/presentasjoner/nettskjema-oppsummering.pdf> 11 SIDER
- De Smedt. S, & Mehus G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). DOI: 10.7557/14.4238 22 sider
- Elstad. I. & Hamran. T. (2006). *Sykdom. Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 19 sider
- Eriksen. L.T. & Huemer. J.E. (2019). Bidraget fra desentralisert sykepleierutdanning til samfunnsansvar i distrikts-Norge. *Internasjonalsjournal for sirkumpolar helse*; 78(1). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2019.1691706>
- Gjerde. A. (2021). NAVS BEDRIFTSUNDERSØKELSE 2021. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og->

[velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen](#)

Halkier, B. (2016). *Fokus-grupper*. Danmark: Samfundslitteratur

Harbitz. M.B., Stensland. P.S. & Gaski. M. (2022). Rural general practice staff experiences of patient safety incidents and low quality of care in Norway: an interview study. *Family Practice*, 39(1) s.130-136 <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab064>

Hanssen. I.R. & Vanzo (2020). *Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord-Norge*. (Masteroppgave, Norges arktiske universitet i Tromsø). Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/23376/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helsedirektoratet. (2016). *Samhandlingsstatistikk 2014-2015*. Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf/\\_attachment/inline/93a6a6ba-802b-4c39-987b-de18b6460757:c92c1f28a44a4c48b1eb926b6f0f8ebd563ee547/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf/_attachment/inline/93a6a6ba-802b-4c39-987b-de18b6460757:c92c1f28a44a4c48b1eb926b6f0f8ebd563ee547/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Helse- og omsorgstjenesteloven*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/helseogomsorgstjenesteloven/id667453/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. 7 (2019–2020)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf> 178 sider

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

(LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Idland. I., Morken. T., Allertsen. M., Solberg. L.R., Halvorsen. K.S., Isern. C.B., Kongsgård.

H.W. & Nilsen. J.E. (2019). *Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden*. Hentet fra

[file:///C:/Users/birgi/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/1a3edc94-96fd-4588-aa4b-590803dfd8b1/Kartlegging+av+den+akuttmedisinske+kjeden\\_m\\_vedlegg.pdf](file:///C:/Users/birgi/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/1a3edc94-96fd-4588-aa4b-590803dfd8b1/Kartlegging+av+den+akuttmedisinske+kjeden_m_vedlegg.pdf)

- Gautun. H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og i hjemmesykepleien*. Hentet fra [https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20\\_en-utvikling-som-ma-snus.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/2020-12/nova-rapport-14-20_en-utvikling-som-ma-snus.pdf)
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24(2). Hentet fra [http://www.bwgriffin.com/gsu/courses/edur7130/content/Qualitative\\_content\\_analysis\\_Graneheim\\_Lundman\\_2003.pdf](http://www.bwgriffin.com/gsu/courses/edur7130/content/Qualitative_content_analysis_Graneheim_Lundman_2003.pdf)
- Joa. T.S. & Morken T. (2010). *Er det farlig å jobbe i legevakt?* Rapport nr. 4-2010. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse. Hentet fra <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/5909/2010%20nr.4%20Rapport%20Er%20det%20farlig%20%20c3%a5%20jobbe%20i%20legevakt.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 25 sider
- 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 (33). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>
- Keating, N., Swindle. J. & Fletcher. S. (2011). Aging in rural Canada: a retrospective and review. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 323–338  
<https://doi.org/10.1017/s0714980811000250>
- Kvale. S. & Brinkmann. S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS kap. 8, 10
- Kommunehelsetjenesteloven. (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene. (LOV-1982-11-19-66). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1982-11-19-66?q=kommunehelsetjenesteloven>
- Long. A.K. & Weinert. C. (2013). *Rural Nursing: Developing the Theory Base*. I Winter, C.A. (red). New York: Springer Publishing Company. s.1-14
- Malterud. K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget kap. 1, 4, 10, 13, 15
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (år ukjent). *Om legevaktindeks*. Hentet fra <https://legevaktindeks.no/om-legevaktindeks/>
- Norges arktiske universitet (2021). *Forskningsetikk. Forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra [https://uit.no/forskning/etikk/art?p\\_document\\_id=718189](https://uit.no/forskning/etikk/art?p_document_id=718189)
- Norsk sykepleieforbund. (1994-2000). *Medisinsk nødmeldetjeneste – sykepleierens rolle og*

ansvar. Avdeling for fagutredning.

Norsk sykepleieforbund. (2022). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Orvik, A. (2005). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Polit, Denise. F. & Beck, Cheryl. Tatano. (2020). *Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice*. (11.utg.). International edition. Philadelphia: Wolters Kluwer

Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. (2013). Norway: health system review. *Health Syst Transit*, 15(8): 1-162

Rogers, F.B., Rittenhouse, K.J. & B.W. Gross (2015). The golden hour in trauma: Dogma or folklore. *Injury International Journal of the Care of the Injured*, 46; 525-527. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.08.043>

Sandvik, H. (2000). Distriktslegen (1836-1984). *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 120 (26). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2000/10/merkesteiner-i-norsk-medisin/distriktslegen-1836-1984>

Scharff, J. E. (2013). *The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases*. I Winters, C.A (red) *Rural Nursing: concepts, theory and practice*. New York: Springer. s. 241-258

Silviken A, Berntsen G, Dyregrov K. (2014) Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge. *Sykepleien Forskning*, 14(1):36-42. DOI:10.4220/sykepleienf.2014.0026

Statistisk sentralbyrå (2021, 13. September). Legevaktskonsultasjoner. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10903/tableViewLayout1/>

Store norske leksikon. (2018). *Distriktslege*. Hentet fra 19. April 2022 <https://sml.snø.no/distriktslege>

Sykepleien. (2017). *Pasienter dør på grunn av stort arbeidspress*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2017/06/pasienter-dor-pa-grunn-av-okt-arbeidspress>

Tharaldsteen, E. & I. Skoglund. (2015) . Simulering som læringsmetode kan bidra til økt sykepleiefaglig handlingskompetanse i rurale strøk. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2):180. DOI:10.7557/14.3721

- Wakerman, J. (2004) Defining remote health. *Australian Journal of Rural Health*. 12(5),210-214 <https://doi.org/10.1111/j.1440-1854.2004.00607.x>
- Wisborg. T. (2018). Ambulansetjenesten i Nord-Norge. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 11. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/06/leder/ambulansetjenesten-i-nord-norge>
- Weinhold, I. & Gurtner, S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy*, 118(2), 201–214 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>
- Århus. R.M. & Olsen. T.Å. (2020). Nyutdanna sjukepleiarar får realitetssjokk I yrkeskvardagen. *Sykepleien*, 108(80947). DOI: 10.4220

## 9 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

#### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «sykepleieutfordringer på legevakt i rurale strøk»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette ord på de utfordringene sykepleier kan møte i jobb på legevakt i distriktet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Jeg skal skrive en masteroppgave innen distriktsykepleie, der formålet med studien er å få kartlagt hvilke utfordringer sykepleier kan møte i jobb på legevakt i distriktet. Deltakelsen vil innebære å være med på ett gruppeintervju med 3-5 personer fra samme arbeidsplass, eller individuelt intervju. Det å jobbe ute i distriktet er spesielt, da man har lange avstander å forholde seg til, og mye forskjellig vær og begrenset med ressurser. Jeg er ute etter å høre erfaringer og opplevelser om din jobb på legevakt. Det kan være alt fra medisinske problemstillinger til geografiske utfordringer.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jeg er student på Norges arktiske universitet og de er ansvarlig for prosjektet.

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

Grunnen til at søker nettopp deg er for at jeg skal gjøre 3 gruppeintervju/3-4 individuelle intervju på legevakter rundt omkring i Finnmark/ Troms. Jeg har blant annet valgt ut din arbeidsplass, siden dere blant annet har lang vei til sykehus og tilgangen på medisinske ressurser er begrenset. Jeg søker deg som har jobbet minimum 2 år på legevakt i distriktet.

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

Ved å delta i prosjektet vil du kunne komme med erfaringer og opplevelser om det å jobbe som sykepleier på legevakt i distriktet. I intervjuet så vil alle deltakerne være samlet, eller eventuelt alene, jeg har på forhånd laget en intervjuguide om tema. Intervjuet vil bli tatt opp

på lydopptak, og jeg vil gjøre notater underveis. Lydopptaket vil ikke bli brukt til noe annet, og vil destrueres når masteroppgaven er ferdigstilt.

Som helsepersoll vil du fortsatt være underlagt taushetsplikten. Intervjuet vil ta omtrent 60-90 minutter. Med tanke på covid-19 situasjonen kan det også være aktuelt å gjøre intervjuet digitalt.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun prosjektgruppen som vil ha tilgang til materialet etter intervjuet.
- Intervjuet vil bli lagret på en båndopptaker, som bare prosjektgruppen har tilgang.
- I teksten som skal skrives i etterkant vil ingen navn bli nevnt.
- Person og kontaktopplysninger vil bli lagret adskilt fra øvrig data.
- I masteroppgaven kan sitater fra intervjuet bli skrevet, det vil ikke kunne gjenkjennes av andre enn deltakerne i intervjuet.
- Det vil ikke komme frem hvor intervjuet er blitt gjort.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Dine rettigheter**

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

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

Dersom du ønsker å delta eller vite mer studien, ta kontakt med masterstudent Birgitte Bellika

Med vennlig hilsen

Master student

Birgitte Bellika  
(tlfnr.)

Prosjektets veileder

Grete Mehus  
(tlf.nr)

## **Samtykke til deltakelse av studien**

Jeg bekrefter med dette at jeg vil delta i studien. Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet *sykepleieutfordringer på legevakt i rurale strøk*. Jeg er klar over at intervjuet vil være i gruppe/individuell og vil bli tatt opp på lydopptak. Jeg vet at lydopptaket blir slettet når prosjektet er gjennomført og bestått. Jeg vet at jeg blir anonymisert og jeg kan trekke meg fra prosjektet når jeg måtte ønske.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Sykepleieutfordringer på legevakt i distriktet

Min problemstilling:

*Hvilke sykepleieutfordringer møter sykepleier på legevakt i distriktet i Troms og Finnmark?*

Først kan dere fortelle litt om dere selv; alder, kjønn, erfaring som sykepleier, videreutdanning, hvor lang erfaring fra nåværende arbeidsplass. (Huske å informere de om at de fortsatt har taushetsplikt, og de må ikke komme med opplysninger som kan identifisere pasienter).

1. Hva er et distrikt?
2. Hvordan er det å jobbe på legevakt i distriktet? (kollegiet, pasientstrøm, vaktplan, utstyrstilgang er dere i bakvakt for andre avdelinger?)
3. Hvilke utfordringer møter dere som sykepleiere på legevakt i distriktet?  
- Hva er mest utfordrende? (bemanning, faglighet, akutte uforutsette hendelser, kjennskap til de som kommer inn, pasienter som er gjenganger, det man ikke får gjort noe med, akutt syke barn, eldre, unge, akutte skader og dødsfall, katastrofer, barnevern, politi, transportutfordringer, stengte veier, vær, kontakt med 117, kjennskap til fjell og havområder rundt)
4. Hvilke typer hendelser har dere i løpet av året?
5. Kan dere fortelle om opplevelser eller erfaringer gjort i distriktet som har satt dype spor?  
- Hvordan følte det?  
- Hva var utfordrende?  
- Ansvar? Kjentfolk  
- Tverrfaglig samarbeid?
6. Opplever man de samme utfordringene sommer og vinter? Hvis nei, på hvilken måte og kan dere utdype det?
7. Hvordan foregår samarbeidet rundt pasientflyten og pasientsikkerheten? (vansker med å opprettholde taushetsplikten?)
8. Opplever dere at dere er kvalifisert til å møte utfordringene man står ovenfor, og hvordan?
9. Tilrettelegges det for kurs og videreutdanninger? Hvis ja, hvilke typer? Hvis nei, hvorfor ikke.

**Er det noe mer dere vil tilføye, som dere føler er viktig å få med fra legevakt i distriktet og som jeg ikke har spurt om?**

## Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

NSD

### Vurdering

Referansenummer  
483118

Prosjektittel  
Sykepleiere på legevakt i rurale strøk

Behandlingsansvarlig institusjon  
UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)  
Grete Mehus, grete.mehus@uit.no, tlf: 90511213

Type prosjekt  
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student  
Birgitte Bellika, bbe039@post.uit.no, tlf: 91817610

Prosjektperiode  
01.01.2022 - 01.03.2023

Vurdering (1)  
30.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.03.2023

### LOVLIG GRUNNLAG

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

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

### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet

