

Hvordan opplever sykepleierne bruken av video på legevaktsentralen?

How do nurses experience the use of video at the emergency primary health care centre?

► Purpose: To explore how the nurses experienced using video in their work at emergency primary health care centres.

Method: Individual interviews with seven nurses at three different outpatient centres. The findings were analysed on the basis of Braun and Clark's thematic analysis method.

Results: The nurses experienced a sense of security in using video in the decision. They experienced that the patient became more confident that a healthcare professional had seen the problem. The nurses faced stress in the emergency room but believed that the video tool itself was easy to use. They noticed increased collaboration between colleagues.

Conclusion: Mostly, the nurses experienced benefits from using video in the emergency room. Emergency services can – to their advantage – work to provide better formal training of the video system, and thus avoid techno stress. In addition, nurses should be offered regular meetings where they can share episodes they encountered in facing the challenges of everyday work.

Keywords

emergency room, ethics, nurses, stress, video

Gunvor Moreskine og Ann-Mari Lofthus

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

Ann-Mari Lofthus
postdoktor, Institutt for psykisk helse og sykepleievitenskap, Høgskolen Innlandet
annmari.lofthus@inn.no

Bakgrunn

Akuttmedisinforskriften (1) fastslår at kommunene har ansvaret for å tilby legevaktstjenester til befolkningen som trenger øyeblikkelig hjelp, av medisinsk eller kirurgisk art. Det er en sykepleier som vil være det første møtet med pasienten, både på telefon og ved oppmøte på legevakten. Oppgaven til legevakten er «gjennom hele døgnet, å motta og håndtere telefonhenvendelser fra personer som oppholder seg i legevaktdistriktet tilknyttet sentralen. Dette inkluderer å vurdere henvendelsen, fastsette hastegrad og iverksette nødvendige tiltak» (2). *Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral* anbefaler at pasientene ringer til legevakten som første kontaktpunkt, slik at sykepleier på legevaktsentralen skal ha mulighet til å styre ressursene best mulig etter hastegrad og behov (2).

Legevaktene har nå fått mulighet til å benytte video i samtale med pasienten som en utvidet del av beslutningsverktøyene i legevaktsentralene (LVS).

Hensikten med denne studien er å se nærmere på sykepleiers opplevelser av å bruke video på legevakten.

Arbeidet på legevaktsentralen

Arbeidsdagen på en legevakt er uforutsigbar. Det kan være stressende å sitte i en LVS når det i det ene øyeblikket handler om sykdom med akutt behov for medisinsk behandling og i neste øyeblikk om ufarlige tilstander og det samtidig står nye telefonhenvendelser på

vent for besvarelse. Lazarus og Folkman (3) sier at stress er en opplevelse av en «uoverensstemmelse mellom kravene i situasjonen og individets ressurser». Evnen til å håndtere stress avhenger av personens oppfattelse og tolkning av en hendelse og ikke nødvendigvis av de stressende omstendighetene (4). Det som oppleves som stressende for noen, trenger ikke oppleves som stressende for andre (5). Det å skulle ta beslutninger som er godt gjennomtenkte og velbegrunnede og samtidig basert på faglig skjønn, krever at man har evnen til å reflektere over etiske problemstillinger. Det er mulig å utvikle etisk kompetanse ved hjelp av trening og bevisstgjøring (6), samtidig som det er viktig med refleksjonsgrupper regelmessig for å forhindre moralsk stress hos sykepleierne (7).

Det å ta rett beslutning i LVS avhenger av mange menneskelige faktorer som påvirker operatøren. Det kan være tidspress, fortolkning av situasjonen og det å ha flere oppgaver samtidig (8). Tidspress kan i seg selv føre til at sykepleierne opplever en utilstrekkelighet over å ikke få utført oppgavene sine på en god nok måte, og medføre utbrenthet og moralsk stress (9). Dette kan igjen gå ut over pasient-sikkerheten, da dette kan svekke sykepleiers evne til å skape god kommunikasjon og å få en forståelse av pasientens tilstand (9).

Legevakten er kanskje den mest sårbare delen av primærhelsetjenesten når det kommer til risiko av feilvurdering. Det kan komme av at man ikke kjenner pasientene fra før, av at arbeidet stort sett utføres kveld og natt når helsepersonellet ikke er mest uthvilt, og av høyt tempo og arbeidspress (10). Det er

ikke lovpålagt hva slags pasientsikkerhetstiltak som skal iverksettes (11), men pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet (12). Legevakten har et ansvar for å organisere driften slik at sykepleierne får utført sine oppgaver (13), og kommunene har ansvaret for å systematisk bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenestene (14).

Teknostress og digital etikk

I samhandlingsreformen (15) blir det oppfordret til bruk av teknologi i helsetjenesten, herunder legevaktene, for å effektivisere kontakten mellom pasientene og helsetjenesten. Det blir sagt lite om hvordan tryggheten til pasientene skal ivaretas ved innføring av nye teknologiske tjenester (16), og hvordan implementeringen av velferdsteknologi skal foregå. Forskning viser at ny teknologi på arbeidsplassen er en betydelig kilde til stress hos arbeidstakerne (16–17).

Teknostress blir definert som «arbeidstakeres egenopplevde stress knyttet til bruken av digital teknologi som en del av jobben innenfor og utenfor normal arbeidstid» (17). SINTEF trekker frem i rapporten *Teknologiutbredelse og stress i norsk arbeidsliv* at teknostress som oftest oppstår når de som utvikler teknologien, står langt unna brukerne, teknologien ikke fungerer som den skal, og arbeidstakere ikke blir tatt med i prosessen (17). Videre blir det pekt på at teknostress reduseres dersom nytteverdien av teknologien er stor, arbeidstakerne blir involvert, og det gis god opplæring (17). Digital

teknologi kan også ha en positiv innvirkning på arbeidstakerne, dersom de opplever at teknologien gir en bedre arbeidsorganisering (16).

Det er ikke bare uproblematisk å ta i bruk nye digitale løsninger uten å se på hva det gjør med relasjonen mellom pasienter og helsepersonell. Mange etiske problemstillinger dukker opp. Bergsjø og Bergsjø (18) har sett på dilemmaer rundt teknologisk utvikling og mener at man stadig må spørre om de valgene som tas, kan forsvares etisk eller er etisk begrunnet. Hvordan vil det oppleves at hjemmet blir en arena for helsepersonell som kommer «hjem i stua» til folk. «Målet med digital etikk er å identifisere fordeler ved ny teknologi og hvilke bidrag den kan gi til det gode liv, og samtidig identifisere og begrense risiko» (18).

Hjemmet blir av mange oppfattet som pasientens private sone, en frisone. Når teknologien inntar denne sonen, vil det kunne gjøre noe med vår oppfatning av hjem og av privatsfæren (20). En amerikansk studie viser imidlertid at video benyttet i primærhelsetjenesten gir pasientene en rekke fordeler de er fornøyde med, blant annet fordi de sparer tid og penger, og fordi andre familiemedlemmer kan være med på legetimen og det er komfortabelt å være hjemme (21).

Det er også viktig å tenke på etiske hensyn på arbeidsplassen. Forskning viser at teknostress har innvirkning på arbeidstakeres mentale helse, både fordi man får en teknologisk overbelastning, og fordi man får en høy grad av menneske-maskin-interaksjon som kan føre til utbrenthet. Det å implementere

ny teknologi på en arbeidsplass er ikke bare en teknologisk nyvinning, men endrer også relasjonen mellom arbeidstakerne, roller og arbeidsformer (16). Forbindelsen mellom sykepleie og teknologi har kommet for å bli, og man må derfor se på hvordan teknologien faktisk blir brukt, ikke bare teknologien i seg selv. Det handler ikke om sykepleie og omsorg versus teknologi. Sykepleierne kan utnytte teknologien ved å forbedre og støtte pasientsentrert kommunikasjon og sykepleie med pasientene i stedet for å begrense det (22). Forholdet mellom sykepleie og teknologi er både komplisert og komplekst, og det er derfor viktig at man setter søkelyset på dette og ser videre på hvordan teknologien har innflytelse på sykepleieres praksis, og hvordan de innlemmer den i det daglige arbeidet (23).

Forskning omkring bruk av video i nødmeldetjenesten

Studier fra Danmark viser at video benyttet på nødtelefon virker nyttig for operatørene for å forbedre pasientvurderingene og gi passende hjelp, og at innringerne er fornøyde (24). En annen dansk studie viser at bruk av video på nødtelefon kan være utfordrende med operatørens utsendingsprotokoll, og at det må mer forskning til (25). Annen forskning som finnes, omkring video i nødmeldetjenesten er også fra utlandet og dreier seg hovedsakelig om video brukt i veiledning av hjerte- og lungeredning (26–28). Det finnes ikke forskning omkring bruk av video på legevakt ennå. Helsedirektoratet

utfordret imidlertid de nasjonale kompetansetjenestene fra Sammen redder vi liv-dugnaden til å evaluere innføring av video i nødmeldetjenesten og arbeide med følgeforskning (29). Rapporten sa at operatørene etter tre måneders bruk i AMK og LVS var positivt innstilte til å benytte video der de fant det nyttig, og at video har vært med på å kunne gi bedre veiledning og råd i førstehjelp på AMK-sentralen (29). Rapporten sa videre at det anbefales videre forskning på området.

Videoløsningen som brukes på legevaktene, ble utviklet av Stiftelsen Norsk Luftambulans i 2020. Operatøren ber om tillatelse fra pasienten om å få tilgang til video gjennom pasientens smarttelefon. Etter å ha sendt en link til pasienten på SMS, som blir godkjent og åpnet av pasienten, kan operatøren se videoen. Videoløsningen gir bare bilder én vei, slik at pasienten ikke kan se operatøren.

Problemstillingen i denne studien er: *Hvordan opplever sykepleierne å bruke video på legevaktsentralen?*

Metode

Studien er en kvalitativ undersøkelse av sykepleieres opplevelse av bruk av video på legevaktsentralen. Det ble utviklet en semistrukturert intervjuguide og gjennomført sju individuelle intervjuer av sykepleiere på ulike legevakter. Alle informantene var kvinner, og alle hadde ulik alder og bakgrunn. Aldersspredningen var fra 31 år til 62 år. Noen var fagutviklingssykepleiere, andre

hadde videreutdanning. Noen hadde jobbet i legevaktsammenheng store deler av yrkeslivet, mens andre bare hadde noen års erfaring på legevaktsentralen. Felles for alle var at de hadde jobbet på legevaktsentralen en god stund og hadde god erfaring med bruk av video. Intervjuene foregikk på en legevakt i en storby og på to legevakter i mindre byer.

Forskningsetikk

Alle sykepleierne signerte samtykke om deltakelse. Intervjuene ble tatt opp på bånd og lagret på Universitetet i Oslos sikre server. Transkriberingen ble gjort om til bokmål, slik at informantene ikke vil bli gjenkjent. Studien ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sommeren 2021. Det ble gitt tillatelse fra NSD til datainnsamling om personopplysninger (referansenummer 815977). Prosjektet ble også godkjent av lokal etisk komite på Høgskolen i Innlandet (sak 13-2021, arkiv 21/01894).

Analyse

Braun og Clarkes (30) trinnvise tematiske modell ble valgt som analysemetode. Denne metoden bestod i å bli kjent med materialet og å kode temaer som gikk igjen i de ulike intervjuene, før de ble evaluert. Jeg gikk gjennom kodene flere ganger, slik at jeg kunne være sikker på at alle funn hadde blitt tatt med. Transkriberingen ble også lest gjennom på nytt for å sikre at temaene jeg satt igjen med, var riktige. Temaene ble deretter definert, noe som medførte at noen av dem

måtte utelates, siden de ikke var relevante for problemstillingen.

Funn

Et mulig supplement i tvilstilfeller

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

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

En av sykepleierne sa at det var litt stressende å ta det i bruk i starten, før de ble vant til systemet, men at det raskt gikk over etter å ha fått prøvd det noen ganger. Det ble fortalt

at det var vanlig å la de nyansatte vente litt med å bruke video siden det var så mange ting de skulle sette seg inn i fra før. Det kom også frem at å bruke video var noe som var basert på frivillighet, og at det helst var på grunn av nytteverdien de hadde begynt å bruke det. De fant ut at det var et nyttig verktøy, og da de så andre benytte det, ville de også gjøre det selv.

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

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

Utvider innsikten i pasientens problemstilling

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

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

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

En gang ringte de inn for vondt i et kne. Og kneet var så hovent. Også koblet vi opp video, også ser jeg at han har et svært sår, svært nekrotisk sår. Og det var jo sikkert det som var bunnen, da. Også begynte vi å nøste, og jeg så det såret og tenkte infeksjon ... også får jeg spurt om

tilstanden, ja, han er tyngre i pusten, puster fort, klam og svett. Også fikk vi sendt ut en rød tur (som betyr ambulanse med blålys), også var det mistanke om sepsis.

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

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

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

Videre fortalte sykepleierne at samarbeidet med kollegaene hadde endret seg etter at de begynte med video. Det var enkelt å få en annen sykepleier til å se på video sammen med seg, da den andre sykepleieren kunne logge seg på aktuelle video fra sin egen arbeidsstasjon. Utfordrende problemstillinger ble derfor kvalitetssikret av flere sykepleiere ved behov. Dette gjorde at sykepleierne ble tryggere på avgjørelsene sine, og uttrykte

det på denne måten: ... *hvis det er noe jeg er usikker på, noe jeg ser på video, så kan jeg gå til en jeg føler meg trygg på som kanskje vet mer om barn eller mer om et sår eller et eller annet ...*

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

Uønsket innsikt i pasientens liv

Mange ganger var det episoder som festet seg og satte spor hos sykepleierne. Det var gjerne de gangene hvor innringer var sint og aggressiv og skjelte ut sykepleieren. Da kunne sykepleieren kjenne på mange følelser, og den ene sykepleieren sa:

Du blir jo selvfølgelig veldig, veldig sliten. Du blir irritert, men det må du prøve å legge unna. Du må senke ... Ikke gå inn i den samme argumentasjonen som pasienten har. For de er jo gjerne stressa, fortvilte og livredde ...

Ingen av sykepleierne hadde noen faste møtepunkter på legevakten sin hvor de kunne snakke om opplevelser rundt ting de opplevde i forbindelse med bruken av video eller telefonsamtaler. Det ble imidlertid gitt uttrykk for at de brukte å snakke med kollegaer om det de trengte, og at det ikke

nødvendigvis var et savn at de ikke hadde refleksjonsgrupper eller faste møter, men at de gjerne kunne deltatt på dette hvis det fantes. På spørsmålet om de pratet om vanskelige ting de hadde opplevd, sa den ene sykepleieren: *Ja, ja. Vi prater med hverandre om det. Vi har jo ikke lagt på før vi begynner å prate om det der. Så det gjør vi, ja.*

Det ble også beskrevet hvordan det var å komme uanmeldt «inn i stua» til folk og få innsikt i privatlivet deres. Noen av sykepleierne syntes til tider det kunne være invaderende å komme «hjem» til folk, og var litt redde for at innringer skulle tro at hun ikke stolte på det de sa, og derfor ville bruke video. En av sykepleierne var redd for at hun skulle virke nysgjerrig og kontrollerende, og sa:

Jeg er veldig rask, altså når jeg har sett det jeg vil se så føler jeg meg nesten litt sånn ydmyk på det. Så bare «nå kutter jeg videoen, jeg har sett det jeg trenger å se», sånn at de liksom ikke skal føle at jeg liksom tar for meg og titter rundt der.

Noen utfordringer med tanke på å kunne se rett inn i pasientens privatliv var for eksempel dette:

Det hender jo jeg ser ting jeg ikke har behov for. En del leiligheter som er ganske skitne, for eksempel. Eller det er særlig et tilfelle hvor det åpenbart er en del narkotika. Eller at de viser deler av kroppen som de ikke trenger. Det er jo en utfordring ...

Det ble også nevnt blant noen av sykepleierne at det hadde hendt de hadde sett leiligheter som var i en slik stand at det umulig kunne være bra for et barn å skulle bo der.

Det hadde da blitt snakket om når barnevernet skulle bli koblet inn, og hvem sitt ansvar det var.

En annen sykepleier hadde reflektert over en hendelse om det å «komme hjem» til pasienten som hun opplevde slik: ... *det var kanskje ikke riktig setting, liksom, under frokosten, hvor far sitter i underbuksa og plutselig får beskjed «nå får du en lenke her ...».* Og en annen sykepleier fortalte dette: *Jeg synes synd på folk. Hvis de føler seg ille til mote fordi det er så rotete hos dem. Så kan jeg også tenke at jeg føler sånn med deg, så jeg avslutter den videoen nå.*

Diskusjon

Hvordan opplever sykepleierne å bruke video på legevaktsentralen?

Video versus beslutningstaking, stress og teknostress

Å skulle ta viktige beslutninger i LVS under stress, samtidig som sykepleierne skal bruke et nytt teknologisk hjelpemiddel, kan høres noe utfordrende ut. Funnene i denne studien viser at sykepleierne er positivt innstilte til å bruke video på legevaktsentralen. De er fornøyde med et nytt teknologisk verktøy som de mener er enkelt å benytte. Samtidig viser resultatene i studien at noen velger bort videoen når de blir stresset, både på grunn av Helsedirektoratets krav om responstid på å svare på telefoner innen to minutter, på grunn av at telefonkøen hopper seg opp, og på grunn av at det av og til tar tid å forklare innringer fremgangsmåten for å få koblet opp

videoen. Andre studier viser at opplevelsen av stress er individuell (5), noe denne studien kan bekrefte. Opplevd tidspress kan dermed være avgjørende for hvorvidt ny teknologi benyttes.

Studien viser at flere av sykepleierne får tilgang til videosystemet uten brukerveiledning eller opplæring, og at det er mange som ikke har hatt noen gjennomgang eller trening i implementeringen av det nye systemet. Andre studier viser at nettopp praktisk trening i nye teknologiske verktøy minsker opplevelsen av teknostress, og at teknostress øker ved blant annet for lite opplæring (17). For sykepleierne i LVS kunne opplevelsen av stress blitt helt annerledes hvis det hadde vært mer fokus på praktiske øvelser i ulike situasjoner i forkant av implementeringen, og sykepleierne hadde blitt fortrolige med alle trinnene i videoløsningen.

Flere studier viser at teknostress absolutt er til stede blant arbeidstakerne i dag (16–17). En SINTEF-rapport viser at medvirkning i organisasjonen er av stor betydning for opplevelsen av stress (17). Funnene i denne studien viser at det er frivillig å benytte video. Beslutningen om å ta i bruk video eller ikke kan sykepleierne bestemme selv. Det i seg selv kan være med på å redusere stress. Dragano (16) finner i sin forskning at ny teknologi på arbeidsplassen også kan oppleves som noe positivt blant arbeidstakerne dersom de finner den nyttig. Dette blir bekreftet i resultatene i denne studien, da sykepleierne mener at den nye teknologien er med på å gjøre dem tryggere i sin beslutning.

Sykepleierne i denne studien er redde for å ta feil avgjørelser og opplever derfor at video er noe de gjerne benytter for å bekrefte eller avkrefte det de har tenkt. Studien viser også at sykepleierne opplever det som stressende å skulle beslutte rett tiltak i komplekse problemstillinger når det er stor pågang og pasienten kanskje er aggressiv eller sint. Dette er i tråd med studier som viser at det å skulle ta beslutninger under stress kan føre til menneskelige feil og gå ut over pasientsikkerheten (9). Evnen til å håndtere dette avhenger blant annet av operatørens personlige egenskaper, opplevelsen av stress og hvordan operatøren tolker det som skjer (8). Bondevik sier i sin artikkel at det er høy risiko for å foreta feilvurderinger, da nettopp faktorer som arbeidspress, høyt tempo og ukjente pasienter gjør legevakten til en sårbar del av primærhelsetjenesten (10). Denne studien viser imidlertid at bruk av video er med på å kvalitetssikre pasientbehandlingen ved at sykepleieren kan se hva pasienten snakker om. Ved en slik kvalitetssikring blir pasientsikkerheten ivaretatt på en god måte (12), og dermed også forsvarlighetskravet (13).

Video og etikk

Teknologien har kommet for å bli, også på legevaktsentralene, og det gir større grunnlag for å se på etiske utfordringer som følger med teknologien, og å begrense risikoen teknologien fører med seg (18). Sykepleierne i denne studien er litt delte i opplevelsen av det å komme «hjem i stuen» til pasientene. Noen ser på det som helt uproblematisk og praktisk,

mens andre er redde for at pasientene skal tro at sykepleier ikke tror dem, og må ha bevis for at de snakker sant. Studien viser også at videoen lett kan fange opp mye mer enn det som i utgangspunktet er meningen. Ingen av sykepleierne er sikre på hvordan de skal gå frem hvis de ser noe de bekymrer seg for i hjemmet til pasienten. Realfsen tar opp utfordringen med etiske problemstillinger som dukker opp i nødmeldetjenesten, og hvordan en telefonsamtale sjelden gir tid til grundige handlingsalternativer (6). Sykepleierne må derfor tenke igjennom etiske hensyn før tilbudet om video blir gitt, noe som krever at sykepleierne har evne til etisk refleksjon og er bevisste på hva som kan dukke opp på video (6). Denne studien viser at ingen av sykepleierne har fått tilbud om fastsatte møtepunkt til å drøfte etiske problemstillinger de møter i det daglige, og at dette er noe de gjerne vil være med på. Å få til etiske samtalegrupper på legevaktsentralene kan være med på å identifisere etiske problemstillinger og konsekvensene av disse.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (12) har alle rett på øyeblikkelig hjelp. Men ikke alle som henvender seg til LVS, trenger øyeblikkelig hjelp. Studien viser at det kan være utfordringer rundt dette, da innringer og sykepleier har ulikt syn på behovet for hjelp. Sykepleierne opplever da at bruk av video kan føre til mer enighet om vurderingen.

Denne studien viser også at sykepleierne på legevaktsentralen opplever at pasientene er positive til at det blir benyttet video i samtalen. Noen ganger fanger sykepleierne opp andre ting enn det pasienten ringer om,

av mer alvorlig art. Slik kan sykepleierne raskere kartlegge hastegraden av problemet pasienten har, og om pasienten kan vente til fastlegen åpner neste dag, eller må komme til legevakten med det samme. I de akuttmedisinske situasjonene som skjer, både på kveld og på natt, virker det som om pasientene synes det er godt å slippe å dra fra hjemmet hvis de ikke må. Samhandlingsreformen ønsker at tekniske løsninger skal benyttes mest mulig, slik at pasientene sparer tid og penger (15). Dette tilbudet om video er altså i tråd med det myndighetene ønsker. Samtidig vet vi at ikke alle innringere har smarttelefon, for eksempel eldre mennesker eller andre sårbare grupper. De har dermed ikke mulighet til å benytte seg av dette tilbudet. En av sykepleierne nevnte at det ikke er et stort problem for eldre pasienter å benytte videoløsningen. Enten klarer de fint å ordne videooverføringen selv, eller så har de pårørende sammen med seg når de ringer til legevakten som kan hjelpe til. Sykepleierne opplever derfor at videosystemet har stor brukervennlighet.

Det er få studier omkring bruken av video på LVS i Norge å sammenligne med. Men en dansk studie (24) samsvarer med denne studien som nettopp viser at operatørene opplever å forbedre pasientvurderingen med hjelp av video. Flere av sykepleierne hevdet at et slikt tilbud som videoløsning lenge har vært etterspurt av innringere og pasienter. Sykepleierne antar at pasientene ble vant til videokonsultasjon med fastlegene under covid-19-pandemien og finner det nyttig. Denne studien samsvarer med forskning fra USA der pasienter oppgir flere fordeler med

videokontakten de har med primærhelsetjenesten, blant annet at de sparer tid og penger (21). Teknologien på legevaktsentralen er altså ønsket av pasientene, og sykepleierne må derfor tenke på å gi sykepleie på en annen måte enn før.

Sykepleierne på legevaktsentralene avgjør selv hvilke pasienter og problemstillinger de vil bruke video på. Pasient- og brukerrettighetsloven (12) skal sikre at pasientene får lik tilgang på tjenestene. Det kan derfor stilles spørsmål om hvor gjennomtenkt og forsvarlig det er med en så ulik bruk av video i LVS. Det kan oppleves frustrerende for både ansatte og pasienter at tilbudet blir ulikt ut fra hvilken sykepleier man møter på. Riktignok er det ikke sikkert at et videomøte fyller behov på samme måte som et ansikt-til-ansikt-møte med sykepleieren (20), og studien viser at noen pasienter ikke ønsker å bruke video, men et tilbud til alle vil sikre lik tilgang på tjenestene.

Etiske problemstillinger er umulig å unngå i møte med pasienter (19). Man kan tenke seg at det sykepleierne ser på video, kan skape en empati og omsorg for pasienten som overstyrer de medisinskfaglige kriteriene for hvem som trenger å komme til legevakten. Man kan også tenke seg motsatt problemstilling, at pasienter lettere får hjelp hvis det ser ut som at pasienten bor i et velstående og velstelt hjem, kontra en rotete og nedslitt leilighet. Én studie påpeker nettopp at hjemmet er privat og en friso (20), noe som utfordres ved å bruke video på LVS. Inntrykkene for sykepleierne er mange, og andre studier (5–7) har vist at faste tider for etisk refleksjon på

arbeidsplassen er viktig for å trene på beslutningstaking og for å forhindre utbrenthet og sykemelding blant sykepleiere. Dette vil nok også være gunstig for pasientsikkerheten, ved at ulike situasjoner reflekteres over i fellesskap.

Studiens styrke og begrensning

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

Konklusjon

Resultatene viser at sykepleierne opplever mest fordeler, som økt trygghet ved beslutningstaking for sykepleier og også for pasientsikkerheten, ved å benytte video i LVS. Sykepleierne i LVS opplevde til tider mye stress. Det er arbeidsgiver som har ansvaret for at tjenestene som blir gitt, er av god kvalitet. Det kunne derfor vært hensiktsmessig å se nærmere på arbeidet en sykepleier i legevaktsentralen gjør når tidspresset

forhindrer at ny viktig teknologi blir brukt i livsviktige beslutninger. Refleksjoner rundt etiske utfordringer bør komme på dagsordenen blant sykepleierne i legevaktsentralen for erfaringsdeling rundt hva slags situasjoner video kan og bør benyttes i. Dette kan være med på å sikre en mer samstemt tjeneste for pasientene, slik at man unngår store variabler i hvem som får tilbud om å bruke video i henvendelser til legevaktsentralen. En slik refleksjon rundt et nytt digitalt verktøy kan også være med på å forebygge helseplager for sykepleierne og samtidig skape en bevissthet om etiske sider av den nye teknologien og valg som sykepleierne på legevaktsentralen står i daglig. Video er bra for pasientsikkerheten, men det står og faller på at det blir brukt på riktig måte.

Forsker var ansatt i KoKom da artikkelen ble skrevet. Det er ingen interessekonflikter.

Litteraturliste

1. Akuttmedisinforskriften. 2015. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. av 2015-03-20 nr 231.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral 2020. (Besøkt 04. Februar 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-oglegevaktsentral/organisering-avlegevakt#kommunen-skal-tilbylegevaktordning-som-sikrer-befolkningens-behov-foroyeblikkelig-hjelpbegrunnelse>.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York. Springer; 1984.
4. Gillis JS. Effects of life stress and dysphoria on complex judgments. *Psychol Rep* 1993; 72 (3): 21355–63. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3c.1355>
5. Jennings BM. Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. I: Hughes R, ed. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>
6. Realfsen V, Red. Helsehjelp via telefon – Kunsten å kommunisere. En verktøykasse for god kommunikasjon. Bergen: KoKom; 2021.
7. Bentzen G, Harsvik A, Brinchmann BS. “Values That Vanish into Thin Air”: Nurses’ Experience of Ethical Values in Their Daily Work. *Nurs Res Pract* 2013;939153 1–8. <https://doi.org/10.1155/2013/939153>.
8. Eid J. Persepsjon. I: Eid J, Johnsen BH, ed. Operativ psykologi. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
9. Lied IB, Lindgren ML, Helberget LK. Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sygepleje* 2021; 3(35):242–254. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>.
10. Bondevik GT. Pasientsikkerhetskultur. I: Hansen EH, Hungsår S, eds.

- Legevaktarbeid. En innføringsbok for leger og sykepleiere. Oslo: Gyldendal; 2016.
11. Stokke R, Furnes M, Vifladt A, Odberg KR. Pasientsikkerhet og velferdsteknologi – parhester i utakt. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2020; 6 (2):165–171. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-12>.
 12. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2021-05-07 nr 31.
 13. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
 14. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2020-06-19 nr 78.
 15. Meld. St. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
 16. Dragano N, Riedel-Heller SG, Lunau T. Haben digitale Technologien bei der Arbeit Einfluss auf die psychische Gesundheit? *Nervenarzt* 2021; 92:1111–20. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1007/s00115-021-01192-z>
 17. Torvatn HY, Andersen TK, Kløve B. Teknologiutbredelse og stress i norsk arbeidsliv. Trondheim. SINTEF; 2016. SINTEF-rapport A28108.
 18. Bergsjø LO, Bergsjø H. Digital etikk. Big data, algoritmer og kunstig intelligens. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
 19. Hofmann B. Etiske utfordringer med velferdsteknologi. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
 20. Liaschenko J. The moral geography of home care. *ANS Adv in Nurs Sci* 1994; 17(2):16–26. <https://doi.org/10.1097/00012272-199412000-00005>.
 21. Powell ER, Henstenburg JM, Cooper G, Hollander JE, Rising KL. Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Ann Fam Med* 2017; 15(3):225–9. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>.
 22. Lie SS. Digitalisering i helsevesenet skaper nye roller for sykepleier og pasient. *Sykepleien Forskning* 2019; 107:1–11 <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78902>.
 23. Obstfelder A, Lotherington AT. Sykepleie og teknologi – en komplisert relasjon. *Nordisk sygeplejeforskning* 2014; 4(4):309–13. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-04-06>.
 24. Linderoth G, Østergaard D, Fjordholt M, Folke F, Lippert F. Livestreaming from smartphones to the dispatch senter in real emergency calls. *BMJ Open* 2019; 21. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-EMS.19>.
 25. Linderoth G, Lippert F, Østergaard D, Ersbøll AK, Meyhoff CS, Folke F, et al. Live video from bystanders' smartphones to medical dispatchers in real emergencies. *BMC Emerg Med* 2021; (21):101. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00493-5>.

26. Lee SGW, Kim TH, Lee HS, Shin SD, Song KJ, Hong KJ, et al. Efficacy of a new dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation protocol with audio call-to-video call transition. *Am J Emerg Med* 2021; Jun (44):26–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.049>.
27. Stipulante S, Delfosse AS, Donneau AF, Hartsein G, Haus S, D'orio F, et al. Interactive videoconferencing versus audio telephone calls for dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation using the ALERT algorithm: A randomized trial. *Eur J Emerg Med* 2016; 23(6): 418–24. <http://dx.doi.org.ezproxy.inn.no/10.1097/MEJ.0000000000000498>.
28. Bolle SR, Scholl J, Gilbert M. Can video mobile phones improve CPR quality when used for dispatcher assistance during simulated cardiac arrest? *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53(1):116–20. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01779.x>.
29. Kramer-Johansen J, Brattebø G, Zakariassen E, Riddervold I, Hjortdahl M, Idland S, et al. Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS). Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. ISBN 978-82-93868-01-9.
30. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2):77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.