

Operatør i legevaktsentral

«En kvalitativ studie om hvor vidt kompetansekrav og anbefalinger som foreligger i den nasjonale veilederen for legevaktsentraler blir fulgt»



University
of Stavanger

Faculty of Health Sciences

Master in Prehospital Critical Care

Master's Thesis (30 ECTS)

Student: Cecilie Nedberg Hansen

Veileder: Stephen Johan Mikal Sollid

01.06.2023

MASTER IN PREHOSPITAL CRITICAL CARE

Master's thesis

Semester:

Vår 2023

Spring 2023

Author(s)/Thesis candidate(s): Cecilie Nedberg Hansen

Supervisor: Stephen Johan Mikal Sollid

Thesis Title:

Nordisk tittel:

Operatør i legevaktsentral

English title:

Operators in local emergency medical communication centers

KEYWORDS/SEARCH WORDS:

Legevakt, legevaktsentral, operatør, akuttmedisinske kjeden, kompetanse hos operatør i legevaktsentral

Emergency medical communication center, emergency room in commune, competence of operator in emergency medical center.

NUMBER OF PAGES: 70

STAVANGER 01.06.2023

DATE/YEAR

FORORD

Denne oppgaven representerer slutten på fire år med mastergrad i Pre hospital critical care. Masterstudiet har gitt meg enormt stort faglig utbytte. Det har vært lærerikt, utfordrende og meget spennende. Det har selvsagt vært hektiske og noen mer tynge dager enn andre, da jeg har kombinert studiet med fulltids jobb på legevakt og barn i hjemmet. Det å kunne ta et dypdykk i det prehospitale feltet som jeg virkelig brenner for har gjort at det er flere gode dager enn de få dårligere og slitsomme.

Jeg har opplevd et hav av flotte og svært dyktige forelesere i løpet av disse fire årene. Jeg må rose UIS og hele studiet for å hente inn de mest dyktigste, ydmykeste og positive lærere fra hele landet. Fra dag en har jeg følt at alle i klasserommet er like viktige og har like verdifull utdanning, uavhengig om man er sykepleier, lege eller ambulansarbeid. Det å være student på et internasjonalt studiet har bidratt til mange fine samtaler og diskusjoner og utveksling av erfaringer mellom flere land. Denne erfaringen har jeg innsett i etterkant er svært verdifull. Jeg vil takke alle mine medstudenter, både fra Norge og utlandet. Dere har gjort at det har vært moro og tatt seg fri fra jobb og familielivet, og komme til Stavanger for undervisning. Både fordi vi har hatt sosiale arenaer utenom klasserommet og for alle de utallige faglige diskusjonene vi har hatt.

Jeg vil takke alle som har støttet og hjulpet med på veien. Særlig ønsker jeg å takke min fantastiske veileder, Stephen Sollid. En bedre veileder kunne jeg ikke fått. Han er ekstremt faglig dyktig, engasjert og har en helt egen evne til å få alle i klasserommet interessert.

Tusen takk!

Cecilie N. Hansen

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
SAMMENDRAG.....	6
ABSTRACT.....	8
1. INNLEDNING.....	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Formål.....	11
1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	11
1.3 Avgrensning og konkretisering.....	11
1.4 Studiens utforming.....	12
2. METODE.....	13
2.1 Valg av metode.....	13
2.1.1 Semistrukturert intervju.....	14
2.1.2 Utvalg.....	15
2.1.3 Informasjonsskriv og intervjuguide.....	16
2.1.4 Gjennomføring av intervju.....	16
2.2 Analyse.....	17
2.3 Validitet og reliabilitet.....	18
2.4 Etske overveielser.....	19
3. TEORI.....	20
3.1 Legevakt.....	20
3.1.1 Legevaktsentral.....	21
3.1.2 Kompetanse.....	23
3.1.3 Fagutvikling.....	24
4. RESULTATER.....	26
4.1 Funn knyttet til krav.....	26
4.1.1 Bakgrunn.....	26
4.1.2 Tilleggskrav.....	27
4.1.3 Ulike profesjoner i operatørrollen.....	29
4.1.4 Bemanningsproblemer.....	29
4.1.5 Selvstendighet og god klinisk erfaring.....	30
4.1.6 Trygghet og god tid.....	32

4.2 Funn knyttet til anbefalinger og forventninger.....	33
4.2.1 Operatørplasser og sentral.....	33
4.2.2 Medlytt.....	34
4.2.3 God kommunikasjon og tett oppfølging.....	35
4.2.4 Hva forventes?.....	36
4.2.5 Lav terskel for å søke hjelp.....	37
4.3 Funn knyttet til fagutvikling.....	37
4.3.1 Er man trygg i rollen som operatør?.....	37
4.3.2 Opplæringsplan.....	38
4.3.3 Fokus for fagutvikling.....	39
4.3.4 Kompetanseoversikt.....	41
4.3.5 Samtrening.....	42
4.3.6 Medlytt og casetreninger.....	43
5. DISKUSJON.....	44
5.1 Krav.....	44
5.1.1 Bakgrunn og kompetanse.....	44
5.1.2 Profesjoner og bemanningsproblemer.....	47
5.1.3 Opplæring og kompetanse.....	48
5.2 Anbefalinger og forventninger.....	49
5.2.1 Legevaktsentral.....	50
5.2.2 Egnethet i operatørrollen.....	51
5.2.3 Forventninger.....	51
5.3 Fagutvikling.....	52
5.3.1 Trygghet.....	52
5.3.2 Opplæringsplan og kompetanseoversikt.....	53
5.3.3 Fokus for fagutvikling.....	55
5.3.4 Samtrening og videreutvikling av operatører.....	56
6. KONKLUDERENDE KOMMENTARER.....	58
REFERANSER.....	59
Vedlegg 1: Informasjonsskriv forskningsprosjektet.....	61
Vedlegg 2: NSD godkjenning.....	66
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	69

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Legevaktssentralen håndterer medisinske henvendelser fra publikum.

Operatørene i legevaktssentralen skal vurdere, prioritere og gi råd og veiledning til de som ringer legevakten. Akuttmedisinforskriften fra 2015 stiller særegne kompetansekrav til ansatte som jobber som operatører i legevaktssentraler. Nasjonal veileder for legevakt gir i tillegg ytterligere anbefalinger om kompetanse for operatørene i legevaktssentral.

Formål: Formålet med denne studien er å undersøke om kompetansekravene og anbefalingene som foreligger i den nasjonale veilederen for legevakt tilknyttet operatørrollen i legevaktssentral blir fulgt og tatt hensyn til. Studien skal gi innsikt i hvordan de ansatte opplever operatørrollen, og hvilket fokus og erfaringer de har til opplæring og fagutvikling.

Metode: For å svare på studiens problemstilling og forskningsspørsmål er det valgt en kvalitativ metode med individuelle semi-strukturerte intervjuer. Det er gjennomført intervjuer med seks operatører i forskjellige legevaktssentraler. I studien er det benyttet Blaikie sin beskrivelse av koding som analysemetode.

Resultater: Blant informantene er det gjennomgående i studien at tre av seks informanter stort sett oppfyller noen av kravene og anbefalingene som foreligger. Av disse tre er det kun en informant som oppgir å kunne oppfylle alle punkt. Tre av informantene oppgir lite fokus på fagutvikling i sin tjeneste og flertallet presenterer noe som er på kanten av hva loven sier. Det er lite fokus på ferdigheter og kunnskaper hos operatørene på flere av legevaktene til informantene, men alle informanter er samstemte om hva som må og bør til for å kunne få kompetente og gode operatører i sentralene. Trygghet, selvstendighet, god klinisk erfaring, lav terskel for å søke hjelp er begreper som alle informantene har oppgitt som dekker både hvordan best mulig vurdere egnethet i operatørrollen, fagutvikling og forventninger til seg selv og kollegaer.

Konklusjon: Funnene i studien tilser at det er stor variasjon mellom informantenes legevakter og det presenteres flere avvik fra nasjonale krav og anbefalinger på flere av legevaktene. Informantene er samstemte i hva de selv tenker er viktig for operatørrollen og hva som må til for å få gode operatører når det gjelder opplæring, fagutvikling og

videreutvikling. En legevakt fremmes i å ivareta alle krav og anbefalinger og innehar et stort fokus for fagutvikling i avdelingen.

ABSTRACT

Background: The local emergency medical communication center handles medical inquiries from the public. The operators in the center must assess, prioritize and give advice and guidance to those who call the emergency room. The Emergency Medicines Regulations from 2015 set specific competence requirements for employees who work as operators in centers. The national supervisor for emergency services also provides further recommendations on competence for operators in emergency services.

Purpose: The purpose of this study is to investigate whether the competence requirements and recommendations contained in the national guide for local emergency room operators associated with the operator role in local emergency medical communication centers are followed and considered. The study will provide insight into how the employees experience the operator role, and what focus and experiences they have for training and professional development.

Method: In order to answer the study's issue and research questions, a qualitative method with individual semi-structured interviews has been chosen. Interviews have been conducted with six operators in different emergency call centers. In the study, Blaikie's description of coding was used as an analysis method.

Results: Among the informants, it is consistent throughout the study that three of them mostly fulfill some of the requirements and recommendations that exist. Of these three, only one informant stated being able to fulfill all points. Three of the informant's state little focus on professional development in their service and the majority present something that is on the edge of what the law says. There is little focus on the skills and knowledge of the operators at several of the informants' emergency wards, but all informants agree about what must and should be done to be able to get competent and good operators in the centers. Security, independence, good clinical experience, low threshold for seeking help are terms that all the informants have stated that cover both how to best assess suitability in the operator role, professional development and expectations of themselves and colleagues.

Conclusion: The findings of the study show that there is great variation between the informants' wards and several deviations from national requirements and recommendations are presented at several of the wards. The informants agree on what they themselves think

is important for the operator role and what is needed to become good operators in terms of training, professional development and further development. A local emergency room is promoted in taking care of all requirements and recommendations and has a great focus on professional development in the department.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsevesenet i Norge består av mange tjenester. Det skilles mellom primærhelsetjenesten som er kommunens ansvar og spesialisthelsetjenesten som er de regionale helseforetakenes ansvar. Det er fastlegens jobb på dagtid å behandle og iverksette tiltak til de som er i behov av øyeblikkelig hjelp, dette i samarbeid med spesialisthelsetjenesten som ambulanse og sykehus. Ved akutt sykdom eller skade på kveld/natt og helg er det enten legevakt eller medisinsk nødtelefon 113 som kontaktes (Regjeringen, 2023; Lovdata, 2013). Det er et tett samarbeid mellom legevaktene og medisinsk nødtelefon, både i form av vurderinger og hastegrad. Det er et krav at alle kommuner i Norge har en legevakt eller er tilknyttet et interkommunalt samarbeid. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste «AMK» og ambulansetjenesten den akuttmedisinske prehospital beredskapen. Det er kommunens ansvar og plikt å tilby legevaktsordning som sikrer befolkningen behov for øyeblikkelig hjelp, jf. Akuttmedisinforskriften §6 (Lovdata, 2015).

Tall fra 2022 viser at det er 168 registrerte legevakter og 94 legevaktsentraler i Norge (NKLM, 2023). Legevaktsordningen skal bestå av ett fast legevakts nummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap (Helsedirektoratet, 2020). Akuttmedisinforskriften fra 2015 stiller særegne kompetansekrav til ansatte på legevakten. Det er mange ulike organisatoriske løsninger på legevakter i Norge, ut ifra befolkningstall, geografisk utstrekning og for eksempel avstand til sykehus. Uavhengig av hvordan man organiserer legevakten og sentralene skal alle kravene som foreligger oppfylles av kommunen. De fleste tar telefonisk kontakt hvis man er i behov av hjelp, og man når legevaktsentralen på 116117 uavhengig hvor i landet man befinner seg. Når man ringer til legevakten kommer man til en operatør i legevaktsentralen som har som hovedoppgave å vurdere, prioritere og gi rådgivning og veiledning til de som ringer inn. For å kunne klare å vurdere og prioritere må man inneha en rekke kunnskaper og ferdigheter. Akuttmedisinforskriften §8 og §13 stiller kompetansekrav til operatør i legevaktsentral som innebærer: *Helsefaglig utdanning på bachelornivå, tilstrekkelig klinisk praksis, gjennomført tilleggsopplæring og gjennomført kurs i akuttmedisin og i vold og overgrepshåndtering (Regjeringen, 2015).*

1.2 Formål

Formålet med denne studien er å undersøke om kompetansekravene og anbefalingene som foreligger i den nasjonale veilederen for legevakt tilknyttet operatørrollen i legevaktsentralen blir fulgt og tatt hensyn til. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan opplevelser de ansatte har til operatørrollen og hvilket fokus og erfaringer de har til opplæring og fagutvikling i operatørrollen.

1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Det forsøkes å belyse hvor vidt kravene og anbefalingene blir fulgt samt å få frem hvilke variabler det er på de ulike legevaktene der informantene jobber. Følgende problemstilling for studien er formulert: *I hvilken grad oppfyller operatørene på legevaktsentralene kompetansekravene som foreligger i den nasjonale veilederen for legevaktsentraler?*

Det å sitte som operatør i legevaktsentral innebærer et stort og komplekst ansvar som gjør at det er en rekke ferdigheter og fagkunnskap som må til for å klare å utføre jobben etter god forsvarlighet. Jeg selv har lang fartstid som operatør i legevaktsentral og har selv erfart grensen mellom forsvarlighet og uforsvarlighet i legevaktsentralen. Videre i studien ønsker jeg at flere delspørsmål blir besvart, for å kunne trekke sammenhengen mellom krav, anbefalinger og fagutvikling. Delspørsmål som vil bli besvart er følgende:

- I hvilken grad oppfyller legevaktsentralen anbefalingene som foreligger?
- Hvilke forventninger stiller legevaktsentralene til operatørene i legevaktsentralen?
- Hvordan tilrettelegger legevaktsentralene for fagutvikling hos de ansatte?

1.3 Avgrensning og konkretisering

Studien retter seg til å se på de nasjonale kravene som stilles til operatører i legevaktsentraler og i hvilken grad de blir ivaretatt. I tillegg er det ønskelig å implementere de nasjonale anbefalingene, forventningene og fagutvikling for å kunne se helheten bak det informantene forteller. På grunn av studiens omfang har jeg valgt å kun se på operatørrollen

for seg selv, og har ikke inkludert legevaktens drift utenom eller legenes rolle. Dette impliserer at jeg har tid og plass til å sette søkelyset på operatørrollen.

1.4 Studiens utforming

Studien presenteres i en kronologisk rekkefølge. Innledningen innebærer kort forklart bakgrunn for studien og forskningsspørsmål. Metodekapittelet beskriver hvordan studien og analysearbeidet ble utført. Videre vil teori kapittelet presenteres. Her forsøkes eksisterende kunnskap om emne belyst og er studiens teoretiske forankring. I resultatkapittelet presenteres data som er analysert etter formålet i studien. Videre presenteres drøftingsdelen som settes opp mot funn fra studien, empiri og teori presentert og hvordan forskningsspørsmålene kan belyses. Avslutningsvis i studien presenteres konkluderende kommentarer.

2.METODE

I dette kapitlet beskrives fremgangsmåten for gjennomføring av studien. Jeg vil presentere de valgene jeg har tatt gjennom hele prosessen, fra tiden før jeg møtte informantene, og frem til jeg var ferdig med å analysere funnene. Jeg vil gi et teoretisk innblikk i kvalitativ metode, beskrivelse av valgt design, datainnsamling og analyser med overveielser av etiske aspekter og studiens reliabilitet og validitet.

2.1 Valg av metode

I samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skilles det mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kort forklart innebærer kvantitativ metode primært talldata og store enheter, hvor søkelyset på variabler er relativt uavhengig av den samfunnsmessige konteksten (Silverman, 2011; Thagaard, 2013). Til forskjell fra kvantitativ metode beskriver kvalitativ metode virkeligheten fra få enheter og mer omfattende beskrivelser, hvor det primært handler om å studere sosiale fenomener og prosesser i naturlige sammenhenger (Thagaard, 2013). Forskningens tema og innfallsvinkel har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming. Valg av metode for forskning avhenger av både formålet og problemstillingen, men også hva som var gjennomførbart i en begrenset og fastsatt tidsramme. Tema for oppgaven er *kompetanse blant operatører i legevaktsentral*. I startfasen var jeg usikker om kvalitativ eller kvantitativ metode var det riktige. Dette fordi tanken på å ha en kvantitativ studie der man systematisk kunne sett på alle sentraler i Norge og hvor mange operatører som hadde riktig kompetanse, opplæring og kunnskaper hadde vært meget spennende, men etter god refleksjonsperiode over hva jeg ønsket mest å få ut av studien var kvalitativ metode mest egnet. Det var viktig for meg å kunne gå i dybden, få frem opplevelser, undersøke meninger/hendelser og personlige erfaringer, og da falt det naturlig på kvalitativ metode.

Fordelen ved å velge kvalitativ metode er nettopp dette, at man gir informantene mulighet til å utdype sine meninger, noe man ikke får til ved en kvantitativ tilnærming (Fejes og Thornberg, 2009). Samtidig gir man mulighet for oppfølgings spørsmål både fra intervjuer og intervjuobjekter. Det fremkommer at kvalitativ metode kan være supplerende, forbedrende

og utfyllende. Ulemper ved kvalitativ metode er at man ikke kan trekke bastante slutninger da man har et ikke representativt utvalg. Det er også sjelden mulig å generalisere resultatene man har kommet frem til, fordi utvalget er lite (Kvale og Brinkman, 2015; Malterud, 2003). En annen ulempe ved kvalitativ metode kan være at intervjuobjektet ikke får den anonymiteten retningslinjene fordrer, og derfor ikke svarer ærlig. Eller at informantene ikke svarer ærlig fordi det er et ledende spørsmål eller at svaret blir gitt på bakgrunn av hva de anser som strategisk riktig svar. Siden jeg ønsker dyptgående informasjon som inkluderer å undersøke erfaringer, oppfatninger, meninger, ønsker, bekymringer og holdninger falt valget på semi-strukturert intervju som metodikk. Samtidig er det viktig å nevne at det foreligger lite forskning på dette tema fra før av, noe som både kan være litt ekstra krevende, men samtidig spennende å få bredere innsikt i tematikken

2.1.1 Semistrukturert intervju

Intervjuet er et av de viktigste stegene i en utvalgsprosess. Det avhenger av hva man ønsker å finne ut av om hvilken teknikk man bør velge. Jeg har valgt å gjennomføre semistrukturert intervju. Dette for å sikre at informantene ble stilt tilnærmet like spørsmål, samtidig som det åpner for å kunne stille oppfølgingsspørsmål med utgangspunktet i informantenes beskrivelser og utsagt for videre utdypning og avklaring (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble utført ved hjelp av en intervjuguide. Den ble brukt som et hjelpemiddel for å holde tråden i tema jeg som forsker ønsket data om. Den ble brukt tilnærmet likt under alle intervjuene, men jeg avvirket fra den hvis det var noe uklarheter eller noe jeg måtte forklare. Malterud (2003) beskriver intervjuguiden som noe som bør revideres underveis. Den bør tilpasses møte med den enkelte informant. Svarene man får ved et semistrukturert intervju brukes for å tyde forskjeller i svar fra forskjellige personer. Alle informantene får de samme overordnede spørsmålene, men ofte får de forskjellige oppfølgingsspørsmål. På bakgrunn av problemstillingen for studien laget jeg i forkant av intervjurundene en foreløpig intervjuguide.

Jeg startet med spørsmål som var relativt enkle og korte å svare på, fordi jeg ønsket både å sørge for at samtalen er godt i gang før man går dypere inn i temaet samtidig ønsket jeg å få oversikt over ansiennitet som sykepleier, legevaktsykepleier og arbeidserfaringen.

Intervjuspørsmålene har til hensikt å åpne opp slik at tema blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler (Kvale og Brinkmann, 2015; Ryen, 2002). Intervjuguiden skal ta hensikt til to viktige dimensjoner: Den teoretiske, relevansen for studies problemstilling samt det dynamiske, det å skape en god intervjuinteraksjon. Fordelen ved en semistrukturert intervju er at det ofte er høy treksikkerhet i vurderingen og lett å sammenligne kandidatene.

Ulempene kan være at det kan oppleves upersonlig på grunn av en forutbestemt struktur, at det stiller høye krav til den som intervjuer og at det krevet at alle spørsmålene intervjuer ønsker svar på er nedskrevet og at intervjuer er godt forberedt (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.1.2 Utvalg

Utvalget til studien vurderes i forhold til de analytiske målene som foreligger. Utvalgets størrelse bør ikke være større enn det praktisk er mulig å gjennomføre. Dette er fordi datainnsamling og databearbeiding er en tidskrevende prosess, samtidig som intervjumaterie må gi tilstrekkelig grunnlag for analysen (Dalen, 2004). Jeg ønsker å overholde hensynet til anonymitet og fremstillingen av informantene og arbeidsstedet deres er derfor ikke mer inngående enn hva som redegjøres her. Jeg valgte å inkludere seks sykepleiere som hadde erfaring som operatørrolle i legevaktsentral. Hvor mange informanter man trenger avhenger av mange faktorer. I mitt tilfelle så jeg behovet å ha «nok» informanter og datamaterie til å kunne få svar på mine forskningsspørsmål, samtidig kunne jeg ikke ha for mange, slik at det gikk ut over innsamling, bearbeiding og analysen til studien. Etter å ha analysert materien og fått tydeliggjort resultatene ser jeg at jeg har fått nok forskjeller til å kunne få innsikt i forskningsspørsmålene mine. Kriteriene som var for å delta i studien var at de hadde erfaring som operatører i legevaktsentral. Siden jeg ønsket å få frem om kompetansekrav og anbefalingene som foreligger nasjonal blir fulgt ville jeg ikke ha flere kriterier enn disse. Jeg rekrutterte informantene ved å ta kontakt med helt tilfeldige legevakter i Norge, både store og små legevakter og fikk raskt kontakt med seks mennesker på seks ulike legevakter som ønsket å bli med i studien. Jeg ønsket ikke å ha flere

informanter fra samme legevakt, dette for å unngå gjenspeiling av erfaringsnivået/synspunkter/meninger om krav og anbefalinger på ett og samme sted.

2.1.3 Informasjonsskriv og intervjuguide

Når prosjektbeskrivelse for studien ble laget, ble også informasjonsskriv og intervjuguiden produsert. Ved rekruttering sendte jeg ut informasjonsskrivet (vedlegg 1) og intervjuguiden (vedlegg 3), slik at de fikk innblikk i prosjektets tematikk. Informasjonsskrivet inneholder studiens problemstilling og forskningsspørsmål, hensikten med studien, hva det innebærer å delta, samt informasjon om konfidensialitet og anonymisering. Skrivet har også vedlagt samtykkeerklæring om informantene signerte i forkant av intervjuene. Studien er forskningsetisk godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) og lagt ved som vedlegg nummer to.

2.1.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene i denne studien ble gjennomført både ved fysisk møte og over teams. Det var tre av informantene som hadde fysisk møte og de tre andre hadde intervjuet over teams. Jeg opplevde at det ikke hadde betydning for datainnsamlingen om intervjuene var fysiske eller over teams. I informasjonsskrivet ble det forespeilet at intervjuene ville angivelig vare mellom 30-45 minutter. I etterkant av alle intervjuene ser jeg at gjennomsnittstiden ble 45 minutter. I informasjonsskrivet ble det også oppgitt at intervjuene ville bli tatt opp på lydopptaker. Bruk av lydopptaker er en vanlig metode for å registrere intervjuer og er gunstig i situasjoner da man som intervjuer kan konsentrere seg om informantene. Ved bruk av lydopptaker blir alt som sies i intervjusituasjonen bevart, og ble brukt videre i både transkriberingen og analyseringen (Thaagard, 2013; Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg valgte også å ta enkle notater underveis og i etterkant av intervjuene. Det ble lagt vekt på å vise oppmerksomhet, interesse, respekt og forståelse for det informantene fortalte.

2.2 Analyse

Å analysere betyr på dele opp elementer (Kvale og Brinkmann, 2015). Arbeidet med analysen er ikke en avgrenset del av forskningsprosessen. Det er et kontinuerlig arbeid som startet når jeg inntok forskningsfeltet og ble først avsluttet når konklusjonen i studien ble ferdigstilt. Forskjellen fra datainnsamlingen som er gjentatte og dynamiske prosesser der det finnes mange ulike måter å tilnærme seg materialet på er analysen en prosess som skal gi meningene teoritilknytning. Dette skjer ved at forskeren tolker meningene og setter dem inn i et teoretisk perspektiv. Thaagard (2013) forteller at analyseprosessen innebærer både en sammenfatning av empirien og en utvidelse av funnen når forskeren knytter refleksjoner over empiriens meningsinnhold til gitt tema. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker. Transkripsjonene ble gjennomført innen ett døgn etter hvert gjennomført intervju. Ved å transkribere fra muntlig til skriftlig materialet blir intervjuene strukturert slik at de er mer egnet for analyse (Kvale og Brinkmann, 2015).

En klar utfordring med kvalitative intervjuer er den store arbeidsmengden som følger med dataene. Transkriberingen av intervjuene var både tidkrevende og ga store mengder data som både måtte sorteres og kategoriseres. Jeg valgte å benytte meg av koding som en teknikk for datareduksjon. Blaikie (2010) mener koding er den sentrale aktiviteten i en analyse. Kodingen innebærer å sortere, beskrive og koble data. Etter jeg var ferdig å transkribere etter siste intervju startet jeg å dele all innsamlet data inn i kategorier. Jeg startet først med å lese et av svarene fra en informant og så sette en «kode» på hva dette handlet om. En kode for et bestemt avsnitt angir da tema avsnittet dreide seg om, eller om noe som omtales i avsnittet. Videre fortsatte jeg å lese avsnitt i transkriberingsmaterien og satte kode på hva det omhandlet slik at jeg kunne trekke frem de viktigste komponentene. På den måten fikk jeg redusert data slik at det som ikke var relevant for studien ble eliminert bort.

Eksempelvis ved spørsmål hvordan kompetansen blir ivaretatt ved ferieavvikling og sykdom ble informantenes svar konkludert med koden «*Bemanningsproblemer*». Når det gjelder

hvilke forventninger informantene stilte til seg selv og kollegaer ble koden «*Lav terskel for å søke hjelp*» satt. Ved spørsmål om hvordan best vurdere om en person er egnet i rollen som operatør, ble koden «*God kommunikasjon og tett oppfølging*» satt på bakgrunn av informantenes svar. Siste eksempelet for å forklare analysen av studien er at funnene fra informantene når det gjelder hva som er viktig kompetanse hos en operatør, ble koden «*Selvstendighet og god klinisk erfaring*» satt.

2.3 Validitet og reliabilitet

Validitet «*gyldighet*» og reliabilitet «*pålitelighet*» beskrives som graden av tillitt man oppnår til resultatene man får i en studie (Befring, 2002). Gyldigheten i det man gjør avhenger av hvilke grad resultatene er gyldige, som omfatter både i hvilke grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt, men også i hvilke grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved å kritisk vurdere og kontrollere tolkninger har jeg forsøkt å ivareta studiens validitet. Gjennom intervjuene satt jeg igjen med store mengder empiri, som inneholder erfaringer, meninger og holdninger. Postholm (2005) nevner informantenes troverdighet som sentral for validiteten, fordi utsagn som blir presentert av informantene kan både være sanne og sunne. Det er derfor viktig å vurdere uttalelsene fra informantene viktig for studiens validitet. Kildekritikk er også et viktig element for studiens validitet og reliabilitet (Everrett og Furseth, 2012). Jeg har også vurdert kvaliteten på litteratur som er benyttet. Det som utfordret gyldigheten i denne studien, var mangelen på forskning på kompetanse blant operatører i legevaktsentral.

Påliteligheten i studien kan etterprøves ved å se i hvilken grad andre forskere kan benytte begrepsapparatet for analysen av data i oppgaven på samme måte som jeg som forsker gjorde, samt hvilken grad ulike forskere vil oppdage samme fenomen. I kvalitative studier skal man undersøke noe og ikke bevise noe (Kvale og Brinkmann, 2015). Mitt fokus har derfor vært å sikre transparens i oppgaven ved å tydeliggjøre for valgene mine. Metodevalget for oppgaven, redegjørelse for datainnsamlingen, analysen og

gjennomføringen av studiet er beskrevet, og det er vurdert til at det er gjort med høy grad av pålitelighet (Thaagard, 2013).

2.4 Etske overveielser

Når man skal utforske personer erfaringer og meninger og publisere disse beskrivelsene ut i offentligheten byr det på etiske dilemmaer. Etske overveielser vil prege hele forløpet i et forskningsprosjekt (Kvale og Brinkmann, 2015). Hovedregelen for medisinsk og helsefaglig forskning er at det kreves samtykke (Lovdata, 2008). Hensikten med studien ble presentert i informasjonsskrivet som ble tilsendt informantene, slik at de kunne gjøre et informert samtykke. Et samtykke impliserer at den som undersøkes, deltar frivillig (Jacobsen, 2015). Ved all forskning må en gjøre en rekke etiske overveielser i tillegg til de formelle juridiske kravene til forskningen. Aspekter som tillitt, konfidensialitet, respekt og gjensidighet var viktig for meg som forsker under intervjuene. Det ble også presisert i informasjonsskrivet at man når som helst kunne trekke tilbake samtykke uten begrunnelse. Det ble også informert om ivaretagelse av personvernet og at datamaterialet ville bli håndtert med anonymitet og at rådata på ingen måte ville bli tilgjengelig for noen. Lydopptak ble slettet umiddelbart etter transkriberingen. I datasettet ble informantene skilt ved bruk av nummer 1-6, og navnene til informantene har aldri blitt nedskrevet. Det skal på ingen måte komme opplysninger i denne studien som kan gjenkjenne informantene på noe vis. Konfidensialitet og anonymiteten er vurdert til å være adekvat ivaretatt da det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner ut ifra den nedfelte informasjonen (Jacobsen, 2015). Studien er som beskrevet tidligere forskningsetisk godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) og denne godkjenningen er vedlagt som vedlegg nummer to.

3 TEORI

I dette kapitlet gis en teoretisk ramme på bakgrunn av studiens forskningsspørsmål. Teorien som presenteres er av betydning for å belyse resultater fra studien.

3.1 Legevakt

Jf. Akuttmedisinforskriften §6 skal alle kommunene tilby legevaktsordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Det står videre beskrevet at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i den aktuelle kommunen får nødvendig helse og omsorgstjenester. Kommunen skal også tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3. Denne hjelpen omfatter legevakt, heldøgns medisinske akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging. Legevaktordningen består både av ett fast legevakts nummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap og skal ivaretas gjennom hele døgnet. Legevaktene i Norge er en del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske beredskap av helse og omsorgstjenester utenfor sykehus (Regjeringen, 2015).

Det foreligger en nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral fra 2020 (Helsedirektoratet, 2020). Denne veilederen dekker: *organisering av legevakt, legevaktsentralen, telefoni og nødnet, legevaktslokale, dokumentasjon, kvalitetsarbeid og pasient og brukersikkerhet, legevakt og beredskapsplaner, kompetanse og opplæring, utrykning og sykebesøk, vold og overgrepshåndtering, ansattes sikkerhet, samarbeid og samhandlingsparter og bakgrunn og metode*. Veilederen tar både for seg krav og henviser til rettslig grunnlag, samt en rekke anbefalinger.

Organiseringen av legevakt i Norge er veldig forskjellig. En rapport fra nasjonalt legevaktregister 2022 (NKLM, 2022) presenterer tydelig resultater fra de 168 registrerte legevaktene i Norge. Rapporten viser til at 85 av legevaktene er en-kommune legevakt, og 83

er interkommunale legevakter. Det er i 2022 registrert 94 legevaktsentraler. Annet enn at kommunen skal tilby legevaktsordning, enten som en-kommune eller samarbeid med andre kommuner skal øverste leder etablere et styringssystem for legevakten og legevaktsentralen. Det menes at legevaktenes aktiviteter skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt av helse og omsorgslovgivningen (NKLM, 2022). Leder for legevaktene har også ansvar for systematisk opplæring og kompetanseheving og har ansvar å ansette personale som har nødvendig utdanning og erfaring til å arbeide på legevakt. Det påpekes i den nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2020) at lederen har ansvaret for å implementere systematiske opplæringsplaner og å sørge for at de får den opplæringen de trenger for å utføre arbeidsoppgavene forsvarlig. Legevakten skal drives forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

3.1.1 Legevaktsentral

I den nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2020) står det at kommunene kan drifte legevaktsentralen alene eller inngå samarbeid med andre kommuner. Det er registrert 94 legevaktsentraler i Norge i 2022, som vil si at det er en del kommuner som samarbeider om legevaktsentralene rundt om i Norge (NKLM, 2022). Legevaktsentralens oppgave er å motta og håndtere medisinske henvendelser fra legevaktdistriktet hele døgnet. Det er operatøren på legevaktsentralen som skal kartlegge og vurdere pasientens tilstand og deretter fastsette hastegrad, gi veiledning og medisinske råd og iverksette tiltak (Helsedirektoratet, 2020). Det skiller på rettslig grunnlag og krav og anbefalinger. Kravene til operatørene på legevaktsentralen er nedfelt under kravene som er gitt i akuttmedisinforskriften §13. Under anbefaler og veiledning i den nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2020) skrives det at legevaktsentralen hovedoppgaver er å kommunisere direkte med AMK sentralen, videreformidle eller konferanse koble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til riktig AMK sentral, videreformidle øyeblikkelig hjelp til andre legevaktsentraler og videreformidle henvendelser til andre helse og omsorgstjenester i kommunen. Videre skrives det er operatør i legevaktsentralen bør ha tilgang til folkeregistrert og fastlegedatabaser. Den nasjonale veilederen skriver at det bør være tilgang til elektronisk beslutningsstøtte og

rådgivningsverktøy som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap. Operatørene må gis opplæring i bruken av disse.

Den nasjonale veilederen trekker frem at det vil for alle operatører være behov av oppfølging tilpasset kompetanse og at operatørene må kunne rådføre seg med vaktlege ved behov. Operatør i sentralen bør også kunne konsentrere seg om arbeidet i sentralen. Telefonkontakt bør være den foretrukne første kontaktmåten til legevakt (Helsedirektoratet, 2020). Hvor mange operatørplasser en legevaktsentral har er selvsagt ulikt fra hvor stor befolkningsgrunnlaget i distriktet er, samt hvor travle perioder/sesongvariasjoner det er. Veilederen inneholder et råd om at hver sentral bør ha minimum to operatørplasser. Den bør også tilrettelegges for avskjerming, arbeidsro og god arbeidsflyt for hver operatør. Det bør også tilrettelegges for opplæring og kvalitetsforbedring med medlytt funksjon.

Akuttmedisinforskriften § 13 angir krav til hvordan organisere og bemanne en legevaktsentral. Det settes krav til at sentralen skal besvare 80 prosent av henvendelser normalt innen to minutter (Regjeringen, 2015). Den nasjonale veilederen skriver at noen momenter skal vurderes når personellbehovet vurderes og vaktplaner lages. Momentene er:

- Skal legevakten motta henvendelser primært på telefon, eller er det åpent for uanmeldt oppmøte?
- Har operatøren andre oppgaver enn å ta imot telefoner?
- Hvordan er mønsteret av henvendelser? Når på døgnet/hvilke dager/tid på året osv.
- Ved større andel av uerfarne operatører kan det være behov å øke bemanningen på grunn av lang responstid for å håndtere hendelsene for uerfarne.

Den veiledende delen av dette rettslige grunnlaget i veilederen sier at det er leder som har ansvar for ressursavsetting med opplæring og videreutdanning og verktøy

(Helsedirektoratet, 2020). Det anbefales fra den nasjonale veilederen at nyansatte har minst 2 år relevant erfaring og at man har jobbet i legevakt før man begynner i en legevaktsentral.

«Egnethet for arbeid i legevaktsentral er vanskelig å vurdere. Først etter at den ansatte har gått gjennom opplæring og prøveperiode kan man best vurdere om vedkommende egner seg i rollen»

Helsedirektoratet, 2020.

3.1.2 Kompetanse

Akuttmedisinforskriften § 8 og 13 f stiller følgende kompetansekrav til operatør i legevaktsentral:

- *Helsefaglig utdanning på bachelornivå*
- *Tilstrekkelig klinisk praksis (2 år relevant erfaring)*
- *Gjennomført tilleggsopplæring*
- *Gjennomført kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering.*

Regjeringen, 2015

Det vil si at alle som jobber som operatør i legevaktsentral må ha bachelorgrad innenfor helsefaglig utdanning. De fleste legevaktsentraler bruker sykepleiere som operatører, men paramedisinere og legestudenter med studentlinses kan også brukes (Regjeringen, 2015; Helsedirektoratet, 2020). Det anbefales at nødvendig klinisk praksis bør være 2 års erfaring fra relevant tjeneste og den nasjonale veilederen forteller at man bør ha 3 måneders praksis i legevakt før man jobber som operatør i sentralen. Det er opptil legevakts ledelsen om hva som utgjør tilstrekkelig klinisk praksis. Med tilleggsopplæring skriver veilederen at den skal forstås som et lokalt opplæringsprogram rettet mot operatørrollen i sentralen. Gjennomført

kurs i akuttmedisin og i vold og overgrepshåndtering er et krav. Dette kravet trådte i kraft i 2021 (Helsedirektoratet, 2020).

Veilederen påpeker at operatører i sentralen må kunne foreta medisinskfaglige vurderinger, prioritere og iverksette tiltak og videre gi råd og veiledning til innringer. For å kunne klare dette må operatøren inneha god medisinsk kunnskap, gode kommunikasjonsferdigheter, god kjennskap til distriktet, etisk kompetanse, tilstrekkelig kunnskaper om IT og god evne til samarbeid og samhandling med andre aktører (Helsedirektoratet, 2020). Dette er fordi henvendelser til sentralen kan være komplekse og utfordrende. Veilederen skriver at kvalifikasjoner og egnethet for operatører er vanskelig å vurdere og viser til at man ofte bør gjennomgå opplæring og en prøveperiode før man kan se om vedkommende passer seg til rollen som operatør.

Det er nevnt at man som legestudent kan betjene operatørrollen i legevaktsentralen. Veilederen viser til at legestudenter med studentlisens kan defineres som helsearbeider med utdanning på bachelornivå. Videre påpekes det at de må ha tett oppfølging og basale kompetansekrav som nevnt tidligere er gjeldende for dem også. En legestudent som har fullført minst 4 og et halvt år av medisinstudiet med normal progresjon kan søke om studentlisens (Helsedirektoratet, 2020).

3.1.3 Fagutvikling

Den nasjonale veilederen viser til at ledelsen på legevakten skal sørge for at egne ansatte får nødvendig videre og etterutdanning og dette er begrunnet i §8-2. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten §6 sier at ledelsen skal ha oversikt over de ansattes kompetanse (Helsedirektoratet, 2020; Regjeringen, 2015). Utvikling og vedlikehold av kompetanse og kunnskap kan sees på både som et lederansvar og den enkelte ansattes ansvar. Ved at ledelsen har oversikt over den enkeltes kompetanse vet man også hvor det er behov av oppdatering og økt kompetanse. Videre peker veilederen på at obligatoriske kurs i akuttmedisin og overgrepshåndtering bør repeteres med fem års mellomrom, selv om det

ikke er et krav om repetisjon i forskriften. Videre nevnes det at alle legevakter bør ha en egen skriftlig opplæringsplan for personellet. Eksempler på tiltak som kan iverksettes er fag og temadager, gjennomgang av e-læringskurs, tilrettelagt tid til egenlæring og oppdatering med studiedager, trening på akuttmedisinske prosedyrer både ved legevakt og sammen med andre samarbeidsaktører, møter med samarbeide partner og gjennomgang av lydlogger for operatører og evaluering av samtaler (Helsedirektoratet, 2020). Veilederen påpeker også at det kan tilrettelegges for at legevakten gjennomfører aktiviteter som kurs innen forskjellige emner, formelle utdanningsløp, eksterne seminarer og konferanser, hospitering. I den anbefalte og bør listen over hvilke tiltak som kan gjøres for fagutvikling skriver veilederen at de ansatte skal ha regelmessig trening i samhandling og samarbeid med alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. De ansatte skal ha nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver alene og i samarbeid med andre. For å ivareta en rekke krav anbefaler veilederen at man kan benytte strukturerte sjekklister og utsjekker som gir god oversikt og samtidig kan gjøre det enklere for den ansatte og vite både hva som forventes av dem, men også hva de bør sette søkelys på selv (Helsedirektoratet, 2020).

4. RESULTATER

I dette kapitelet av besvarelsen vil jeg presentere hovedfunnene i studien som fremkommer av analysen basert på det innsamlede datamaterialet. Informantenes stemme vil tidvis bli representert i form av sitater for å underbygge og illustrere funnene. Kapitelet deles inn i tre deler der første del omhandler funn knyttet til krav, andre del knyttet til anbefalinger og forventinger og tredje del til fagutvikling.

4.1 Funn knyttet til krav

Første del tar for seg funnen knyttet opp mot de nasjonale kravene til operatørrollen. Først presenteres bakgrunn informasjon om informantene, hvilke tilleggskrav informantenes arbeidssted har, gjennomført obligatorisk kurs, hvilke profesjoner som besvarer telefoner og kompetanse og opplæring av operatører.

4.1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt å systematisere bakgrunnen til informantene i en tabell under. Dette er for å få et perspektiv på hvor lang ansiennitet de både har som sykepleier, legevaktsykepleier og operatør.

Informant	Ansiennitet sykepleier	Ansiennitet sykepleier legevakt	Ansiennitet operatør	Hvor lang erfaring legevakt før operatør
1	19 år	14 år	14 år	Ingen
2	12 år	11 år	11 år	Ingen
3	7 år	6-7 år	6 år	6 mnd.
4	14 år	8 år	8 år	Ingen
5	11 år	9 år	9 år	Ingen

6	15 år	14 år	13 år	1 år
---	-------	-------	-------	------

Det fremkommer noen differanser i ansiennitet som sykepleier blant informantene, men alle informantene har flere solid erfaring som sykepleier og sykepleier i operatørrollen på intervjutidspunktet. Informant 2,3, 5 og 6 skiller seg ut med å ha relativt kort erfaring som sykepleier før oppstart i legevakt. Det er kun informant 3 og 6 som hadde krav om å jobbe i legevakten før de fikk starte opp i legevaktsentralen som operatører.

4.1.2 Tilleggskrav

Ved spørsmål om hvilke tilleggskrav det var på informantenes arbeidssted var det varierende praksis blant informantene. Av seks informanter oppgis det kun av to av dem hadde et krav om erfaring fra legevaktsarbeid før oppstart som operatør. Når det gjelder tilleggskrav kommer det frem fra informant 2 at de tidligere hadde både helsefagarbeidere og sykepleiere som operatører, men at det etter hvert ble et krav om bachelorgrad, og at det nå kun er sykepleiere som jobber som operatører. Samme informant påpeker at de ikke har noen krav til legevakts erfaring før oppstart som operatør fordi legevakten er for liten, og at de ikke har nok ansatte. Samme erfaringer har informant 4 og 5. Informant 4 sier at det ikke var noe tilleggskrav når hun startet på legevakt. Det var en vakt med medlytt funksjon før man var alene. Informanten forteller at hun har jobbet som operatør i sentralen i 8 år og enda ikke fått tilbud om kurs i akuttmedisin eller kurs i vold og overgrepshåndtering. Samme informant sier følgende:

«Det er ingen ledere som har tatt tak i denne problemstillingen for oss med mindre stillingsprosenter. Jeg har tidvis jobbet mellom 50 og 80 % legevakt, men fremdeles har jeg ikke fått noe informasjon rundt dette. Jeg har også erfaring med flere legevakter, og heller ikke de har etterspurt denne informasjonen».

Informant 5 forteller ledsagende til spørsmål om tilleggskrav at:

«Det ikke var noen krav om erfaring som sykepleier før man startet på legevakt. Heller ei noen tilleggskrav til operatørrollen. Personlig erfaring var fem opplæringsvakter på telefon,

samt ytterligere tre vakter der man ble fulgt opp. I senere tid har operatørrollen blitt mer skilt ut fra legevaktsarbeidet, i den forstand at man forstår at dette er en særegen rolle i legevaktsarbeidet. Tilleggskravene var ikke til stede når jeg startet, men de siste årene har det blitt krav om erfaring i legevakt før man starter opp i operatørrollen. Det er ikke gitt en viss tid man må ha jobbet på gulvet før man trer inn i operatørrollen, men jeg ser at det for noen kan ta opptil ett år. Noen kommer raskt på telefon, som jeg vil anta går på personlig egnethet og klinisk erfaring fra tidligere. Alle skal ha godkjent kurs i akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering i legevakt, selv om jeg vet om noen nyansatte som ikke har hatt dette før de besvarte sin første telefon. Jeg vil anta at det handler litt mer om at kurs i akuttmedisin ikke går hele tiden. Tilleggsopplæring rettet mot operatørrollen var ikke noe jeg ble introdusert for, men dette er i endring. Egen opplæringsplan i operatørrollen er laget som gjør at vi kan sikre opplæringen til den enkelte bedre enn tidligere».

Kontrasten til disse svarene kommer fra informant 1,3 og 6. Informant 3 forteller at de fleste har minst to års klinisk erfaring før de sitter i sentral, samt krav om en rekke kurs som medisinsk nødnett, nødnettskurs og to dagers AMK kurs før man får lov å sitte i sentralen. Informant 1 forteller om strenge krav i dag når det gjelder telefonhåndteringen. Nå skal man ha minst ett års erfaring på legevakten før man får lov å sitte på telefon, samt at man skal ha langtidsopplæring på telefon/medlytt i minst 1 mnd. Samme informant påpeker strenge tilleggskrav om språk. Avslutningsvis presenteres innspill fra informant 6 som forteller at når hun startet for mange år siden var det krav om å jobbe som sykepleier i minst 1 år før man startet på legevakten. Videre var det ytterligere krav om å jobbe på legevakten i minst 1 år før man startet opp som operatør. Når hun startet opp som operatør hadde hun først en introduksjonsdag med kollega, samt oppfølging i flere vakter etter dette. Alle ansatte har strenge krav om å gjennomføre kurs i akuttmedisin, nødnett og vold og overgrepshåndtering. I nåtid er kravet økt til at man må ha to års erfaring som sykepleier på legevakten før man blir operatør i legevaktsentral. Når man først er operatør, blir alle fulgt i 2-4 uker på medlytt. Informanten forteller at det avhenger av hvor trygg man er i rollen og hvor mang tid man blir fulgt tett opp. Dette vurderes fortløpende. Informant forteller «*Jeg føler at kravene er veldig viktig på min arbeidsplass og synes vi ivaretar kravene relativt godt*».

4.1.3 Ulike profesjoner i operatørrollen

Funnen fra intervjuene knyttet opp mot hvilke profesjoner som besvarer telefoner på sentralen er noe varierende. På legevakten til informant 1 er det kun sykepleiere med gjennomført tilleggsopplæring som får lov å ta telefon, da de ikke viker på noen krav. Heller ikke ved sykdom eller ferie. Medisinstudenter får ikke lov å jobbe i sentralen ifølge informant 1. Det kan likestilles med noe av det informant 3 forteller at det er kun sykepleiere som får lov å besvare telefon. Samme informant forteller at ved store kriser på personalgruppen har ledelsen hentet inn leger. Informant 3 sier følgende:

«Vi har konsekvent ikke tatt inn medisinstudenter på telefon, de får ikke lov å jobbe som operatører hos oss. De kan bli ansatt som vikar, men da jobber de på gulvet for å bistå sykepleierne. De får heller ikke lov å sitte i innskrivningen og ta imot pasienter».

Dette utsagnet følges opp av informant 2 sin uttalelse:

«Vi har tidligere hatt medisinstudenter som har besvart telefon med varierende hell. Nå har vi kun operatører som har bachelorgrad, også i ferier.

Til differanse fra det de andre forteller informant 4 og 5 at de stort sett har sykepleiere som besvarer telefon, men av og til har benyttet medisinstudenter i ferien. Informant 4 forteller at alt fra andre til siste års medisinstudenter har besvart telefon. Til sammenligning igjen forteller informant 5 og 6 at medisinstudenter kan benyttes i ferien, hvis de har bestått 4,5 år og har studentlisens.

4.1.4 Bemanningsproblemer

Ved spørsmål om hvordan ivaretagelsen av kompetanse ved ferieavvikling og sykdom er på de ulike legevaktene er svarene fra informantene noe varierende. Informant 1 forteller at de ikke viker på krav ved sykdom eller ferie. De lyser ut egne sommervikarer som kun skal sitte på telefon med riktig kompetanse og erfaring. Informant 3 sier følgende:

«Operatørrollen ofte er en underbemannet stasjon på legevakten. Vi klarer ikke kravet om å besvare 80% av telefonen på 2 minutter. Det er spesielt sårbart i ferieavviklingen da vi ikke har nok kompetente mennesker som får lov å jobbe i sentralen. Ledelsen har vært gode på å fordele kompetansen, med å fordele ferien etter dette. Men vi har hvert år en god sommerbonus ordning for faste ansatte, som gjør at de ansatte får gode bonuser for å jobbe ekstra. Dette har vært et tiltak for å ha nok kompetanse på operatør siden».

Litt samme ordning som informant 3 har fortalt har de på sin legevakt ifølge informant 2. Der løser de ferie og sykdom ved at de faste ansatte går ekstra, spesielt på sommeren. De får en saftig sommeravtale som har bidratt til at de får løst dette. Denne praksisen har de også på legevaktene til informant 5 og 6, som forteller at de faste ansatte får sommerbonus slik at de alltid har riktig kompetanse tilgjengelig, selv i ferier. Informant 5 og 6 forteller begge om bruk av medisinstudenter i ferieavviklingen. Informant 5 ytrer en bekymring om at det tidvis har vært vanskelig å planlegge sommeren og ferier, da de ikke ønsker for mange vikarer på samme vakt. Erfaringsvis forteller informant 6 at de ikke opplever det vanskelig å dekke opp ved sykdom/ferie og beordring er lite benyttet på legevakten. Til forskjell fra informantene som nevner på sommerbonus og kompetanse forteller informant 4 at de ofte tar inn medisinstudenter for å løse ferieavviklingen, og at det på ingen måte tilbys ekstra betalt for faste ansatte som bidrar ekstra.

4.1.5 Selvstendighet og god klinisk erfaring

Når informantene fikk spørsmål om hva de anså som viktig når det gjelder kompetanse hos operatører fortelles det om god klinisk faglighet og selvstendighet. Informant 3 forteller at det er nødvendig med god kjennskap til arbeidsstedet og de lokale prosedyrene. Det å kunne holde hodet kaldt og være god på å omstille seg. Samme informant forteller at det er viktig å erkjenne sine begrensninger og feil, og søke hjelp som viktig del av kompetansen hos operatører.

«Man må også være produktiv og effektiv, kanskje man kan kalle det kvantitet med kvalitet?»

Informant 3

Informant 2 forteller uttrykkelig hvor viktig fagkunnskap i bunn og eksemplifiserer dette med beslutningsstøtteverktøy som benyttes på legevakter. Informanten begrunner dette med at man må ha klinisk kompetanse for å kunne vurdere pasienter og forteller selv at hun opplevde nylig en ansatt som stilte de riktige spørsmålene og benyttet beslutningsverktøyet, men ante ikke hvilke tiltak som skulle settes. Informanten sier at man ikke nødvendigvis klarer å sette informasjonen man får av pasienter på telefoner satt i riktig sammenheng hvis man ikke har riktig fagkunnskap i bunn. Samme nevnes av de andre informantene. Hvor viktig godt klinisk blikk og faglighet er for operatørene. Informant 4 forteller at man må både ha god sykepleierfaring og godt klinisk blikk, samt generell livskunnskap. Samme informant forteller at det er kompetansen man har fra før man jobber legevakt som bør være gjeldene for hvor raskt man kan jobbe som operatør. Ved nyutdannet mener informanten at man må jobbe fulltid i legevakt minst 6 mnd før man kan vurdere fagligheten, og videre kunne vurderes til operatørrollen.

Informant 1 forteller hvor viktig det er å ha forsøkt å besvare telefon, og viser til *learning by doing* begrepet. Man kan sitte behandling og trygt ved siden av en som kan operatørrollen, men det å skulle ta telefon selv å få med viktig informasjon krever læring. Samme informant nevner om lang erfaring fra flere legevakter og utnevner en legevakt som fører strenge krav om å jobbe i avdelingen minst ett år før man for lov å ta opplæring som operatør. Dette er for å kunne vite hva legevakten er, hva slags typiske problemstillinger vi har og hvordan gangen i legevaksarbeidet er. Informantene tenker at nettopp det kan bidra til god trygghet for de som skal bli operatør. Avslutningsvis forteller samme informant at lang opplæringstid er vesentlig, da operatørrollen er meget krevende og omfattende. Informant 5 forteller om hvor viktig det er at man i utgangspunktet får riktige ansatte inn som første håndtering. Det å vite at vedkommende som blir ansatt tilfredsstiller jobben i prehospital akuttmedisin som legevakten er vesentlig. Samme informant forteller at alle som blir ansatt skal ikke læres opp i basal kunnskap som man forventer at folk skal kunne, det vil si at nyutdannet mennesker

ikke bør jobbe på legevakt. Både i legevaksarbeidet og operatørrollen kreves et ekstremt godt klinisk blikk, det å belage seg på beslutningsverktøy er ikke riktig. Det kan man bruke som et supplement. Når man først har ansatt et menneske så bør det legges i god tid for opplæring. Informant 4 forteller mye av det samme som informant 5, men legger til opplæring på telefon ikke er for alle, så de som lærer opp nye operatører, må være god på å lære bort. En god trygghet for både den som lærer opp og den som skal ha opplæring er viktig. Informant 4 sier følgende avslutningsvis:

«Operatørrollen er ikke for alle, og kanskje man burde hatt lavere terskel for å faktisk avslutte et arbeidsforhold hvis man ikke finner den ansatte som egnet i rollen?»

4.1.6 Trygghet og god tid

Ved spørsmål om hva informantene tenker rundt opplæring og krav til operatørene svarer informant 2 at det ikke var opplæring når hun startet, men at det er viktig med god tid, trygghet i rollen og riktige ansatte som foretar opplæringen. Samme erfaring har informant 1 som forteller at hun selv fikk lite opplæring når hun startet for mange år siden. Samme informant sier at det nok er hensiktsmessig med minst ett år i legevakt før man vurderes for operatørrollen. Informanten forteller om god tid til opplæring, og synes det er vanskelig å stadfeste hvor lang opplæringstid det bør være da det spriker uti fra den enkelte. Informantens erfaring er at de har hyppige oppfølgingssamtaler for nyansatte, slik at alle blir fulgt opp. Videre forteller informanten at alle nyansatte uavhengig av tidligere erfaring får flere måneder oppfølging i operatørrollen. Det er ingen nyansatte på legevakten som får lov å besvare telefoner, og eksemplifiserer det med at de da heller går i manko og har lang svartid på telefon. Informant 1 sier følgende:

«Jeg har legevakts erfaring fra tre ulike legevakter fra tidligere, to av legevaktene har like strenge krav, og en legevakt hadde ingen krav. Jeg merker derfor stor forskjell fra de ulike legevaktene om ledelsen har hatt en kvalitet eller kvantitet fokus når det gjelder operatørene, og synes det er godt at to av legevaktene fremmer kvalitet på samtalene og vurderingene over telefon fremfor kvantitet i antall samtaler på svartiden.»

Informant 3 forteller at hvis en nyansatt i legevakten vet man skal inn i operatørrollen på sikt så bør de ved anledning og rolige perioder i avdelingen til å gå inn i sentralen for å sitte på medlytt. Det er en god erfaring for nyansatte operatører i sentralen. Samme informant forteller at interne instruktører som følger de nyansatte er viktig, slik at de får tilpasser opplæring før de blir selvstendige. Samme informant sier at det er et tydelig skille mellom legevaktspersonellet og operatørrollen og det er strenge krav om hvem som får lov å jobbe i operatørrollen. Informant 4 sier at det er viktig med lang og tilpasset opplæring for den enkelte. Samme sier informant 5 og legger til viktigheten med gode opplæringsplaner, som kan gjøre det oversiktlig over hva som må øves på og kunnes. Til forskjell fra de andre informantene forteller informant 6 at opplæringen bør endres, slik at man gjennom opplæringsperioden kan teste de ansatte slik at man kan vurdere bedre om de passer til operatørrollen eller ikke. Samme informant avslutter med å si at god ledelse og nok ansatte med faglighet kan gjøre det bedre for opplæring. Kravene til operatørene aldri bør fires på grunn av økonomi, stor pågang eller ferie/sykdom.

4.2 Funn knyttet til anbefalinger og forventninger

I dette kapitlet presenteres funn fra studien knyttet opp de nasjonale anbefalingene for en legevaktssentral. Først beskrives informantenes svar knyttet til plassering av operatørplasser og sentral og om det er tilrettelagt for opplæring og kvalitetsforbedring. Deretter presenteres hvordan man best kan vurdere egnethet hos operatører og avslutningsvis vil informantenes forventninger til seg selv og sine kollegaer introduseres.

4.2.1 Operatørplasser og sentral

Siden informantene jobber på hver sin legevakt i landet og har varierende størrelse er det ulike svar på hvor mange plasser de har. Informant 1 forteller om tre operatørplasser der alle tre besvarer telefon samtidig. Alle sitter i samme rom, slik at man kan samarbeide og hjelpe hverandre. Sentralen er plassert i eget rom med tanke på støy og ingen gjennomgang for andre. Informant 2 forteller om to operatørplasser, der en tar telefon samtidig. Den er ikke tilrettelagt med tanke på skjerming og støy. Samme informant forteller at de er en

forholdsvis liten legevakt slik at de må kunne se pasienter på venterommet samtidig som de besvarer telefon, da de er få ansatte på jobb samtidig. Informant 3 forteller om fem operatørplasser på sin legevakt. Der de sitter alt fra to til tre på dagtid, og tre til fem på kveld. I helgene sitter de stort sett mellom tre og fire på dag og kveld. Informanten forteller at det er vanskelig for legevakter der ikke alle ansatte kan jobbe som operatører. Man blir mindre empatisk og streng på 8 time på telefon, så det er nok fornuftig med en rullering etter hver 4 time. Sentralen er plassert i egen etasje på to ulike rom. Dette for skjerming og støy. Informant 4 forteller om en operatørplass som er plassert på pauserommet, og den er utsatt for støy hele tiden. Informant 5 forteller at de har fire operatørplasser, men bruker aktivt 2 av dem. De har muligheten til å benytte seg av alle fire ved behov. Sentralen er i eget rom, der man kan få ro. Informant 6 forteller om tre aktive operatørplasser der de stort sett har bemanning til kun to av dem. De er lagt i tilknytning til pauserommet på legevakten, informanten forteller at det er fordel da legen ikke er så langt unna, samtidig kan det fort bli en gjennomgangsport for øvrige ansatte i avdelingen som gjør at man fort kan oppleve forstyrrelser og støy.

4.2.2 Medlytt

Ved spørsmål om sentralen er tilrettelagt for opplæring og kvalitetsforbedring forteller alle informantene at de har medlytt funksjon tilgjengelig, men det er variabler fra informantene om hvor mye de bruker dette. Informant 2 forteller at de har lite fokus for opplæring og kvalitetsforbedring hos operatører annet enn at de av og til bruker medlytt. Informant 1 forteller at det har eget opplæringsrom både for opplæring av nyansatte, men også kvalitetsforbedringer for alle operatører. Informant 6 forteller at de aktivt bruker medlytt hos alle ansatte hele tiden, de fleste bruker det på seg selv å gå tilbake for å høre hva som ble sagt og hvordan de opplevde seg selv i den enkelte samtalen.

4.2.3 God kommunikasjon og tett oppfølging

Når informantene ble stilt spørsmål om hvordan best vurdere om en ansatt egner seg i operatørrollen ble god kommunikasjon og tett oppfølging nøkkelordene fra flere av

informantene. Samtlige informanter nevner samtidig vanskeligheter med å definere egnethet i seg selv. De begrunner dette med å fortelle om følgende; Informant 1 forteller at det å vurdere egnethet er veldig uspesifisert. Informanten legger søkelys på å forstå språket godt, også engelsk. Man må være trygg i faget sitt og ha god erfaring fra tidligere. Informanten forteller at godt klinisk blikk og god kommunikasjon kan gå under begrepet egnethet. Informanten supplerer med:

«Man skal visualisere sykdomsbildet på hver eneste telefon man besvarer. Det å ha godt klinisk blikk og god kommunikasjon kan gå under begrepet egnethet».

Informant 3 forteller at tett oppfølging og ærlige samtaler er viktig for å kunne vurdere egnethet. Samme informant har god erfaring med at vaktleder rollen bidrar til å danne et bilde av det faglige på nyansatte i samarbeid med den ansatte og ledelsen. Videre fortelles det om at vaktleder går på toppen for å bistå i hele avdelingen og har derfor tid til å følge opp nyansatte. Informant 4 nevner det samme som informant 1 med god kommunikasjon og ærlige samtaler. Informant 4 sier at kommunikasjon er en viktig del, klarer man ikke å formidle så kan man ikke jobbe som operatør. Samme informant sier at det er veldig ugunstig å ha nyutdannet, da det krevet erfaring å kunne forstå mennesker og kommunisere godt.

Informant 2 meddeler viktigheten med at den nyansatte blir fulgt opp av flere ulike ansatte, for å kunne sammen ha et bedre grunnlag for å vurdere. Informant 4 forteller at kommunikasjon er en viktig del. Klarer man ikke å formidle, så kan man ikke jobbe som operatør. Samme informant sier at det er veldig ugunstig å ha nyutdannede, da det krever erfaring å kunne forstå mennesker og kommunisere godt. Informant 4 sier følgende:

«Man skal svare på hele allmennheten, som kan være alt fra en prikk på kroppen til hjertestand, da må man ha bred klinisk erfaring for å ivareta alt. Vi er ekspertisen i kommunen, der alle sykepleiere og helsefagarbeidere ringer oss for rådgivning og veiledning, derfor må vi være trygge i vårt fag».

Egnethet er noe man bør se og føle på, en ting er fagligheten og en annen ting er personligheten, forteller informant 5. Hun forteller videre at faglighet kan man alltid bli bedre på, men det er ikke lett å endre personligheten sin. Man må kunne håndtere stress, være fremtidsrettet og følge med på endringer, da endringer forekommer hele tiden, forteller informant 5. Informant 6 forteller at egnethet er vanskelig, både for den nyansatte, den som driver opplæring og ledelsen. Samme informant forteller at man bør gjennom en egnethetsvurdering for å kunne avgjøre om legevakt og operatørrollen er noe som er gjennomførbart for den enkelte. Men hva man bør legge i en slik egnethetsvurdering er vanskelig å stadfeste, forteller informant 6.

4.2.4 Hva forventes?

Det er noe sprikende svar fra informantene om de kjenner til hva som forventes av seg på sin arbeidsplass. Informant 1 forteller at det i dag er strenge krav til utført kurs i akuttmedisin og vold og overgrep, samt krav om legevakts erfaring før operatørrollen. Informant 2 og 4 forteller at de ikke vet hva som kreves av dem på sin arbeidsplass. Informant 4 forteller i tillegg at leder har nevnt personlig egnethet som vesentlig i legevaksarbeid, men erfarer selv at dette ikke er noe som blir tatt tak i før lenge etter en nyansatt har startet opp. Informanten stiller spørsmål om dette er noe som burde vært fokuset i starten av prøvetiden. Informant 3 forteller at det forventes gode kliniske ferdigheter og god kjennskap til legevakt og rutiner. Samtidig forteller informanten om at hun selv har erfart at noen nyansatte blir satt i operatørrollen raskt på grunn av bemanningsproblemer, og at det ofte kan da avvikes fra kravene. Informant 5 og 6 forteller at de i dag opplever at de vet hva som kreves av dem. Informant 5 forteller at hun selv vet hva som bør være kravet, og selv har påsett at hun har vært gjennom kurs og treninger som er pålagte. Samme informant forteller så at det oppleves som ulikt i personalgruppen, da hun ser at de ansatte kanskje har litt for mye ansvar selv, og at ledelsen selv ikke har ansvar.

4.2.5 Lav terskel for å søke hjelp

Ved spørsmål om hvilke forventninger informantene stiller til seg selv og kollegaer kommer det frem blant informantenes svar at lav terskel for å søke hjelp er en av de viktigste forventningene de hadde til seg selv, spesielt kollegaer. Informant 5 forteller at hun stiller samme krav til seg selv og kollegaer med å være faglig oppdaterte og følge med på samfunnet. Samfunnet endrer seg, nye problemstillinger kommer og at man er rask med å omstille seg og tilegne seg ny kunnskap. Informant 2 forteller at det å ta riktige avgjørelser kan av og til føles som et press da man til tider har mye å gjøre, og at det da er viktig å ivareta sin egen kompetanse. Det hører med hele faget at vi skal selv holde oss oppdaterte og være med på treninger slik at vi er på et tilfredsstillende nivå alle sammen. Samme informant forteller at hun ikke føler at alle sine kollegaer tenker det samme. Informant 3 forteller om lave skuldre og lav terskel for å spørre om hjelp ved usikkerhet, det forventer informanten om både sykepleiere og leger. Informant 1 forteller at hun forventer at kollegaene er problemløsere. Det å finne ut av problemstillinger raskt, med hjelp om nødvendig. Informanten forteller at hun er opptatt av at spørsmålene som stilles og svarer fra operatørene skal være gode og presentere god faglighet. Informant 4 og 6 supplerer med det som ble presentert innledningsvis, at det er svært viktig at man har lav terskel for å søke hjelp og at alle må kunne tørre å si i fra hvis man er usikre eller trenger hjelp.

4.3 Funn knyttet til fagutvikling

I dette kapitlet presenteres funnen fra studien knyttet opp mot fagutvikling. Først om trygghet i rollen som operatør, deretter opplæringsplan, fokus for fagutvikling, kompetanseoversikt, samt trening og avslutningsvis introduseres innspill om hvordan trene og videreutvikle operatører.

4.3.1 Er man trygg i rollen som operatør?

Alle informantene er samstemte når det gjelder om de er trygge i rollen som operatør. Informant 3 forteller at hun er enormt opptatt av fagutvikling og personlig utvikling. Det å få med seg mest mulig kurs kan bidra til at jeg har følt meg trygg som operatør. Jeg har opplevd

meg som utrygg da jeg ikke var god nok på lokale prosedyrer og geografi, informerer informant 3 om. Informant 2 forteller at det er først de siste årene med 12 års erfaring at hun føler hun kan bruke beslutningsverktøyet riktig, som et supplement. Informant 4 sier at man opplever stadig casuser man ikke har vært i, og at man aldri vil bli ferdig utlært som operatør, men at det å føle trygghet gjør at man syns det er moro med nye problemstillinger. Informant 1, 5 og 6 forteller alle ytterligere økt trygghet etter at video kom som hjelpemiddel. Informant 1 forteller at det er alltid noen som både overdriver og underdriver, og det å kunne se folk live på video gjør at man får endre bedre grunnlag for å ta vurderinger.

«Jo mer erfaring og kompetanse man får, jo mer vet vi som kan gå galt»

Informant 1

4.3.2 Opplæringsplan

Svarene fra informantene rundt skriftlig opplæringsplan er noe sprikende. Informant 3 forteller at de har et opplæringshefte som inkluderer operatørrollen. De har også en digital kompetanseplan slik at alle ansatte vet hva som er godkjent og hva skal gjennom både under opplæring og kurs/sertifiseringer. Ledelsen følger dette opp kontinuerlig på alle ansatte. Informant 4 forteller at hun aldri har fått en skriftlig opplæringsplan og heller ikke de nyansatte har fått dette. Informant 2 forteller at de har en egen opplæringsplan som både inneholder operatørrollen og øvrig legevaktarbeid. Informant 1 forteller at de har en skriftlig opplæringsplan for operatørrollen på jobb. Hun forteller at den er omfattende og skiller seg ut fra øvrig legevaktsarbeid. Fra de tre andre legevaktene informanten har erfaring fra skiller nåværende arbeidsgiver seg ut med å ha strenge krav og en tydelig opplæringsplan. Informant 5 forteller at de tidligere ikke har vært et fokus for ledelsen å ha en god skriftlig opplæringsplan, men at dette har endret seg den siste tiden. Ledelsen har nå satt i gang og bruker opplæringsplanen aktivt på de nyansatte, ifølge informant 5. Informant 6 forteller om dårlig søkelys på hva som skal være i en opplæringsplan på sitt arbeidssted, da det er litt tilfeldig hvem som har sittet med dette. Etter ledelsen fikk på plass fagsykepleier har det

kommet opp mange gode forslag til hvordan utforme opplæringsplaner, så det er under arbeid ifølge informant 6.

4.3.3 Fokus for fagutvikling

Fokus for fagutvikling står sterkt knyttet til studiens problemstilling i den forstand at kravene som foreligger nasjonalt knyttes opp mot en rekke anbefalinger om kompetanse blant operatørene i sentralen. I dette avsnittet presenterer jeg store deler av hva informantene har gjenfortalt. Informant 3 sier følgende:

«Jeg opplever at ledelsen ved sin legevakt som ekstremt opptatt av fagutvikling og at de hele tiden ser fremover og kommer med nye tanker om hvordan drive en legevakt best mulig. Alle ansatte får tilbud om kurs og kompetanseheving ofte. Vi har flere dager i året temadager som alle leger og sykepleiere har fast i sin turnus. Faglig påfyll, tid til å ta obligatoriske kurs er viktig. Ledelsen har også et fokus å dra inn simuleringer og debriefing inn i arbeidstiden når det er mulighet. Vi har også samarbeidsøvelser med ambulanse, politi, brann og årlige PLIVO øvelser. Vi har en fagsykepleier i full stilling som ikke jobber klinisk. Jeg tenker det bør være en kombinert stilling da man bør erfare endringer. Det er nok en ukultur at fagsykepleier ikke skal jobbe i avdelingen. Vår sjef hospiterer alle ulike vakttider hos oss for å kunne få forståelse over utfordringer og endringer, noe jeg synes er fint. I tillegg til fagsykepleier har vi også flere ressursgrupper på legevakten, og det er fagsykepleierens jobb å holde tråd i de ulike ressursgruppene. Hver ressursgruppe har to til tre personer, der det er en leder i hver gruppe. Alle får timer i turnus for dette arbeidet».

Informant 1 forteller følgende:

«Vi har en fagsykepleier som jobber fulltid, med 20 % helg. Fagsykepleieren jobber både dag og kveldstid som fagsykepleier slik at hun kan jobbe med fag på kveldstid når avdelingen er åpen for drift. Dette opplever jeg som meget fint, da man får dratt nytte av faget på et helt annet nivå. Legesjefen er også veldig innblandet i fagutviklingsarbeidet på operatørene, med systematisk undervisning hver mnd. Sykepleierne på legevakten er de som bestemmer

temaene og dette samarbeidet mellom alle på jobb er veldig fint da alle føler tilknytning og tilhørighet til arbeidsplassen».

Informant 2 forteller at de har en fagsykepleier i 20 % stilling, og at vedkommende jobber resten av stillingen sin i legevakten. Samme informant forteller at det er vanskelig med en legevakt som ikke er hovedarbeidsgiver når det gjelder fagutvikling. Med mye små stillinger og vikarer er man ikke en del av den naturlige jobbflyten og forplikter deg ikke til det samme, og det er jo like viktig at man er god selv om man kun har en helgestilling. Vi må ha med alle, det er viktig at alle ansatte føler sitt ansvar og er en del av legevakten, for å kunne utvikles. Når man går i en deltidsstilling får de fleste ikke lønn for fagutvikling utenom arbeidstiden sin, noe som har vært problematisk hos oss, for ingen vil jobbe gratis forteller informant 2.

«Det er ingen organisasjon som er sterkere enn det svakeste ledd»

Informant 2

Informant 4 forteller at de tidligere hadde en fagsykepleier, som valgte å slutte. Fagutviklingen har vært dårlig i mange år og nå er den ikke til stede i det hele tatt. Eneste jeg vet de har gjort er å lage noen få nettkurs i noen emner. De har ingen praktiske treninger eller prosedyrer på jobb. Det at vi ikke har noen pålagte treninger eller praktiske prosedyrer gjør at jeg ser tydelig forskjell på de som holder seg faglig oppdatert på eget initiativ og de som ikke gjør det. Vi har et stort problem med at folk ikke ønsker å komme på jobb i fritiden sin, og de fleste ansatte har andre jobber som sin hovedarbeidsgiver. Et viktig innspill på hva en fagsykepleier bør gjøre er å lage prosedyrer, hyppige fysiske treningsdager for alle ansatte. Jeg vil heller ikke jobbe gratis, så det er viktig at man får lønn eller avspasering for dette. Et viktig innspill for operatørrollen er å være hard og konkret på at alle nyansatte skal ha medlytt og veiledning frem man er klar for å jobbe selvstendig. Det kan være alt fra en uke til en mnd. Medlytt er det viktigste vi har når det kommer til å kunne veilede, kontrollere og følge opp nyansatte. Bruk av sjekklister kan være et godt verktøy når det gjelder

operatørrollen. Det å bruke beslutningsverktøy er fint, men man må ha kunnskap og faglighet i bunn, eller så forstår man ikke kompleksiteten av problemstillingen.

«Det er mye gråsoner i triageringssystemer på legevakter. Det er skummelt med nyansatte med lite klinisk erfaring når de henger seg litt for mye opp i beslutningsverktøyene. Det er et verktøy, og ikke fasiten. Man må ha klinisk blikk og erfaring for å kunne beslutte riktig, det kommer man ikke utenom. Det å kunne ta en vurdering, må du ha vurderingskompetansen på plass. Den som ringer inn, er så avhengig av at den som tar telefon er til å stole på for å kunne få trygghet».

Informant 4

Informant 5 forteller at de tidligere har hatt fagutviklingssykepleiere som har rullert på rollen. Informanten forteller følgende: Vi har nå flere ansatte med sine egne ansvarsområder som til sammen utført fagutviklingen. Jeg personlig tenker det er fornuftig at vi har en fagsykepleier som skal holde tråden i alt som relaterer seg til fag. Fagsykepleier skal ikke være den som skal lære opp alle, den skal tilrettelegge og ha ansvaret for videreutvikling og påse å hente inn ekspertise der det trengt fra andre mennesker. Det er vesentlig at fagsykepleieren jobber like mye med fag som i avdelingen, ellers får man ikke meg seg hva som fungerer og ikke. Man må erfare selv for å få perspektiv. Informant 6 forteller litt av det samme som informant 5, at det er viktig at fagsykepleier jobber aktivt i avdelingen for å få et helhetlig perspektiv, og at alt annet ikke burde aksepteres. Informant 6 forteller at de tidligere hadde fagsykepleier i høy stilling, men har nå redusert til 40 % fag og resterende i avdelingen, nettopp for å kunne aktiv jobbe med det man sitter og lager prosedyrer og retningslinjer på.

4.3.4 Kompetanseoversikt

Det er noe varierende svar fra informantene om deres arbeidsplass har oversikt over kompetansen blant de ansatte. Informant 1,2 og 3 oppgir at det er kontroll over

kompetansen blant de ansatte. Informant 1 nevner på at alle ansatte har egne mapper. Informant 2 forteller at de har god oversikt over kompetansen, men er usikker hvor vidt det er en systematisk oversikt. Informant 3 forteller at de har digital kompetanseplan der alt legges inn kontinuerlig, og at alle ansatte har ansvar for å laste opp dokumentasjon på gjennomgått kurs/sertifiseringer/treninger. Samme informant legger til at det blir fulgt opp av ledelsen kontinuerlig. Informant 4,5 og 6 oppgir at de ikke har noe form for systematisk oversikt over hvem ansatte som har fullført obligatoriske kurs. Informant 4 forteller at hun ikke har noen gang blitt spurt om hvilke kurs og sertifiseringer hun har, eller sendt inn politiattest på de 8 årene hun har jobbet på legevakten. Informant 5 legger til at det av og til er nyansatte som ikke blir sendt på obligatoriske kurs ved ansettelse, og tror selv at ledelsen ikke har oversikt over hvem som egentlig har godkjent kurs. Informant 6 legger til at hun er usikker om det finnes en viss form på legevakten for oversikten over kompetansen.

4.3.5 Samtrening

Svarene fra informantene rundt samtrening er ganske forskjellige, der informant 3 forteller at de har årlige samtreninger med de andre instansene i den akuttmedisinske kjeden, stor beredskapsøvelse der operatører i sentralen var en del av denne samtreningen. Samme informant forteller at de har årlige test treninger med AMK, der de kjører treninger med operatørene i sentralen. Informant 2 forteller at om fravær av samtreninger, og påpeker hvor viktig det er med samtrening for operatørrollen når det gjelder AMK/Politi/brann. Samme informerer informant 4, 5 og 6 at samtrening med andre aktører er fraværende. Informant 6 forteller hvor viktig det er med samtrening for operatørene, da man ofte blir koblet inn som operatør i vanskelige og komplekse saker. Informant 1 forteller at de har samtrening etter beredskapsplanen i kommunen en gang i året, og legger trykk på hvor ekstremt viktig det er for operatørrollen, da det er de som mottar meldinger først hvis det er noe som foregår i kommunen.

4.3.6 Medlytt og casetreninger

Hva informantene tenker er viktig for å trene og videreutvikle operatørene har de mange gode innspill. Informant 2 forteller med god erfaring med videobruk, og at dette var et løft for alle ansatte når det ble tilgjengelig. Hun forteller at både de ansatte og pasientene opplever økt trygghet når man kan se de. Dette er også et godt treningsfora, da man trener på å finne ut hvordan man skal se for å finne ut det man trenger. Informant 4 forteller følgende:

«Jeg har et ønske og det er at alle ansatte må trene på telefon, spesielt nyansatte. Det å sitte i grupper og ha casetreninger er det viktigste vi kan gjøre for å trene og videreutvikle operatører i legevaktsentralene I Norge».

Informant 5 og 6 forteller litt av det samme og vektlegger at casetreninger på telefon må være uhøytidelige, positivt og trygt for alle ansatte. Det å sitte i en gruppe der man alle spiller skuespill, med en observatør kan være en god trening for mange. Informant 6 forteller for å kunne videreutvikle operatører, må man som ansatt være klar for å endre seg og ta til forbedringstips, samtidig med mye gode casetreninger med kollegaer man er trygge på tror jeg at man alle kan bli bedre. Informant 1 forteller at det å høre seg selv på medlytt er viktig for å videreutvikle seg som operatør. Informant 1 forteller også om å la kollegaer være skuespillere og ringe inn for god læring. Avslutningsvis forteller hun at man fort kan se seg litt blind, spesielt hvis du har sittet i sentralen i 20 år. Som menneske tilegner vi oss mange uvaner, og det er derfor det er nyttig å høre seg selv og trene på ting for å bli oppmerksom på uvanene.

5.DISKUSJON

Norsk kompetanseforum for legevakts medisin har publisert flere rapporter som omhandler statistikk og oversikt knyttet opp mot operatørrollen. Kompetanse i legevakt og legevaktsentral, en rapport om implementering av akuttmedisinforskriften fra 2017, en rapport om legevakts organiseringen i Norge i 2022, samt en årsmelding 2022, som ble publisert i 2023 (NKLM, 2017; NKLM; 2022; NKLM, 2023). Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM) har også publisert flere rapporter som videre dras inn i dette diskusjonskapittelet. Blant annet en rapport om plan for faglig utvikling av legevaktsentraler og kompetanseplan for personell i legevaktsentral (Kokom, 2011; kokom, 2012). Krav, anbefalinger og fagutvikling er svært nærliggende og det sees derfor som aktuelt å sette disse sammen når jeg i dette kapittelet skal diskutere opp mot funnene fra studien og til slutt svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

5.1 Krav

En rekke nasjonale krav er hentydet til i denne studien og i dette avsnittet trekker jeg frem disse og vil diskutere dette applikert til funnene.

5.1.1 Bakgrunn og kompetanse

De nasjonale kravene stiller krav om helsefaglig utdanning på bachelornivå, tilstrekkelig klinisk praksis med 2 år relevant erfaring, gjennomført tilleggsopplæring og gjennomført kurs i akuttmedisin og i vold og overgrepshåndtering til alle operatører som sitter i legevaktsentraler i Norge. Alle informantene i denne studien var utdannet sykepleier. Informantenes ansiennitet er forholdsvis lang og dette må gjenspeiles i krav før og etter akuttmedisinforskriften som kom i 2015 (Lovdata, 2015). Allikevel er det et tydelig skille mellom informantene, der fire av informantene har relativ kort erfaring som sykepleier før oppstart i legevakt og legevaktsentral, og kun to av informantene hadde krav å jobbe i legevakt før de fikk starte som operatør i legevaktsentral. Informant 3 er den med kortest ansiennitet som sykepleier og legevakts sykepleier, men samtidig er en av de legevaktene i studien med strengest krav og føringer. To av informantene hadde som nevnt krav om å jobbe på legevakt før de ble operatører i sentralen. Tall fra undersøkelse i 2017 viser til at 89 % av 83 legevaktsentraler hadde minimum to års klinisk praksis før ansettelse i sentralen.

Med i samme undersøkelse var det 102 legevaktsentraler totalt, det vil si at det var 19 legevaktsentraler som ikke ble med i undersøkelsen. Denne undersøkelsen er fra et øyeblikksbilde som var i løpet av en gitt uke. Det er ikke tall hentet over tid, ved ferier/sykdom og andre hendelser (NKLM, 2017). Så konklusjonen i denne undersøkelsen er at vi vet at totalt 73 av 102 legevaktsentraler hadde minimum to års klinisk praksis før ansettelse som operatør i en gitt uke. Tall fra 2022, publisert i 2023 viser til at det nå er 94 legevaktsentraler i Norge (NKLM, 2022). To av seks informanter oppgir at det var krav om erfaring fra legevaktsarbeid før oppstart som operatør. En informant forklarer det med at det ikke er krav til legevakts erfaring før oppstart som operatør fordi legevakten til informanten er for liten, og forklarer at de ikke har nok ansatte. Begrepet 2 års relevant klinisk praksis i akuttmedisinforskriften er noe vid, det vil si at det er opp til lederen og avgjøre hva som menes med relevant praksis i utgangspunktet. Veilederen som ligger nasjonalt for legevakten beskriver at man bør ha 3 måneders praksis i legevakt før man jobber som operatør i sentralen, og jeg tenker at det at veilederen påpeker dette er viktig. Da kan man dra sammenhengen mellom kravet om minst 2 år relevant erfaring før legevaktsarbeid, og deretter koble inn anbefalingen om minst 3 måneder praksis i legevakt før man vurderes som operatør (Helsedirektoratet, 2020).

De to informantene som viser til krav før de jobbet som operatører forteller om henholdsvis 6 måneder og 1 år før oppstart som operatør. Informant 3 startet legevaktsarbeidet rett etter hun ble utdannet sykepleier og hadde dermed ikke rukket å ha to års relevant klinisk praksis før hun startet. En Informant hadde ett års legevakts erfaring før operatørrollen, men startet opp i legevaktsarbeid ett år etter utdannet sykepleier. Informant 3 opplyser om at de fleste på hennes arbeidssted har minst to års klinisk erfaring før de sitter i legevaktsentral og en annen informant forteller uttrykkelig at de nå har strengere krav når det gjelder operatørrollen enn når hun startet på i sentral. Dette støttes opp med svar fra en annen informant at når hun startet for mange år siden var det krav om å ha jobbet som sykepleier i minst 1 år før legevakt og ytterligere 1 år før sentralen og videre forteller samme informant at det i nåtid har kravene blitt strengere og at alle må ha to års erfaring som sykepleier på legevakten før man blir vurdert som operatør. Funnene i studien peker på at to av legevaktene i dag har endret litt på kravene nå enn før, og kun en av informantene er ansatt

etter akuttmedisinforskriften kom i 2015. Funnene konkluderer tydelig med at det er ulik praksis på de ulike legevaktene den dag i dag, og en rapport fra 2012 som omhandler plan for faglig utvikling av legevaktsentraler fra Kokom (Kokom, 2012), nevner også da at det var variasjoner på organisering av legevaktsentraler i Norge som igjen påpeker variasjoner på kvalitet og omfang av opplæring og fagutvikling. Målet i 2012 var å utvikle legevaktsentraler slik at man fikk styrket kompetansen. I 2012 var kravene at kompetansen hos operatører i legevaktsentral skulle være praksis i form av minst 2 års klinisk praksis før tilsetting og minst tre mnd praksis fra legevakt før operatørrollen, det vil si at det fremdeles kan tyde på at legevaktene bør sette søkelyset på de nasjonale kravene til relevant klinisk praksis på to år.

Neste krav om gjennomført tilleggsopplæring fremkommer det at funnene i studien også er sprikende. Hva som menes med tilleggsopplæring er vesentlig å trekke frem, da det ikke konkret sies i kravet hva som menes med tilleggsopplæring (Helsedirektoratet, 2020). Den nasjonale veilederen forklarer at man må som operatør kunne foreta medisinskfaglige vurderinger, prioritere og iverksette tiltak og trekker frem at man må ha god medisinsk kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Veilederen skriver at tilleggsopplæringen forstås med lokalt opplæringsprogram og derfor var det viktig for studien at jeg knyttet problemstillingen som omhandlet krav og fagutvikling og opplæring, da disse er nærliggende til hverandre. Tre av informantene oppgir å ikke ha gjennomført tilleggsopplæring på noe vis, der tre av informantene viser til strenge krav den dag i dag. Nøkkeltrekk som med flere uker på medlytt, fortløpende oppfølging og vurdering knyttet til trygghet hos den nye operatøren og introduksjonsdag med videre oppfølginger kommer frem blant tre av informantene. Ønsker å trekke frem en informant som forteller at det tydelig sees en endring fra når hun startet og nåtid, der operatørrollen har blitt mer skilt ut fra legevaksarbeidet ellers og at det nå er en mer særegen rolle som operatør. Samme informant legger til at tilleggsopplæringen ikke var til stede når hun startet, men at det er i endring i dag med egen opplæringsplan som er for operatørrollen.

Når det gjelder krav om gjennomført kurs i akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering i legevakt er det også noe sprikende blant informantene. Dette kom som et krav som nevnt

tidligere i akuttmedisinforskriften i 2015, og samtlige informanter har meget lang erfaring på legevakten. Jeg stiller meg derfor undrende til at ikke alle informanter har gjennomført kursene som det er krav om. To av informantene har ikke gjennomført kurs verken i akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering i legevakt, resterende fire har gjennomført. To av informantene forteller at de har gjennomført, men påpeker at de vet om flere operatører på demmes arbeidsplass som ikke har gjennomført kursene. Tilbake i 2011 skrev Kokom om dagens utfordringer med blant annet legevaktsentraler (Kokom, 2011). Rapporten trekker frem at det er komplekse henvendelser til legevaktsentralen, før akuttmedisinforskriften kom i 2015 var det ikke formelle krav til personell som bemanner legevaktsentralen, og allerede i 2009 kom NKLM (Norsk kompetansesenter for legevakts medisin) med forslag i ny nasjonal handlingsplan for legevakter at man må sikre kompetansen i telefonrådgivningen, med minstekrav om bachelornivå, klinisk erfaring og et spesifisert opplæringsprogram (NKLM, 2009). Konklusjonen i årsmeldingen til kompetansesenteret i 2011 var at det fremdeles var nødvendig med ytterligere kompetanseutvikling i legevaktsentralene (NKLM, 2011). Kravene, anbefalinger og føringer har endret seg med nasjonal veileder for legevakter, men funnene i studien tilsier at det nødvendigvis ikke blir fulgt som det skal.

5.1.2 Profesjoner og bemanningsproblemer

Kravene tilsier at man skal ha helsefaglig utdanning på minimum bachelornivå i dag. Tidligere var det både sykepleiere, hjelpepleiere og legesekretærer som besvarte legevaktsentralen (Kokom, 2011). Etter 2015 ble kravene tydeligere og rapporter og studier peker på at det stort sett er sykepleiere som i dag bemanner legevaktsentraler. NKLM undersøkte i 2017 (Nklm, 2017) hvilken kompetanse operatørene hadde i en aktuell uke, der 95 % av alle operatørene hadde relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå eller høyere. Den nasjonale veilederen for legevakter presiserer kravene som foreligger og påpeker hva som skal til for medisinstudenter for at de skal kunne jobbe som operatører. Da skal de ha gjennomført 4,5 år av studiet og ha studentlisens på plass, det påpekes i tillegg at disse skal ha ekstra tilleggsopplæring og oppfølging. Funnene fra denne studien viser at det også her er noe sprikende. To av informantene forteller at de har strenge krav i dag og benytter kun de med minimum helsefaglig bachelorgrad, der en informant forteller at de til og med har

hentet inn leger ved sykdom hos operatørene, for å ivareta kompetansen. En informant forteller at de hadde varierende hell på bruk av medisinstudenter i sentralen og at de nå kun benytter ansatte med bachelorgrad. En informant forteller at de benytter seg av medisinstudenter, alt fra andre til siste års studenter, selv om det ikke tilfredsstillter kravene. De to resterende informantene forteller at de benytter seg av medisinstudenter i sentralen hvis de har studentlisens. Dette peker igjen på at funnene i studien presenterer avvik fra de nasjonale kravene, og kan sidestilles med tall hentet fra 2017 som forteller at av 1083 operatører i en gitt uke var det 1027 som fulgte kompetansekravene (NKLM, 2017).

Videre ønsker jeg å dra inn hvordan informantene ivaretar kompetansen ved sykdom og ferieavvikling da det er nærliggende å tro at det kanskje her benyttes operatører som ikke tilfredsstillter kravene. Det er fremdeles forskjell fra informantenes svar der en informant forteller at de tydelig ikke viker på krav uansett sykdom og ferie, og at de løser et slikt bemanningsproblem i ferien med å lyse ut egne sommervikarer som kun skal betjene sentralen. To av informantene forteller at de ofte løser ferie og sykdom ved at de faste ansatte bidrar ekstra, samme to informanter forteller om en god sommerbonus for å få riktig kompetanse i en sårbar tid. En informant skiller seg ut med bruk av medisinstudenter som ikke tilfredsstillter kravene og at det på ingen måte tilbys ekstra for faste ansatte for å ivareta kompetansen hos operatørene. Det som er interessant er jo nettopp dette, at alle legevaktsentralene i Norge mest sannsynlig opererer ulikt når det er ferieavvikling og sykdom. Funnene i studien tyder på at det er forskjell på krav i vanlig hverdag kontra ferie/sykdom, noe jeg tenker ikke bør være aktuelt å godta i dag.

5.1.3 Opplæring og kompetanse

Videre ønsker jeg å drøfte og dra inn hva informantene selv anså som viktig når det gjelder kompetanse hos operatørene. Her var funnene relativt samstemte i den forstand at samtlige forteller om god klinisk faglighet, selvstendighet og trygghet. Funnene i studien peker på at man må ha god fagkunnskap i bunn, og at det å søke hjelp og erkjenne sine begrensinger er en viktig del av kompetansen hos operatøren. En av informantene tilførte at det å ha klinisk

kompetanse må til for å kunne benytte seg av beslutningsverktøy som flere legevakter benytter. Funnene sier at operatørrollen er krevende og krever at man har riktig kompetanse og er personlig egnet, dette støttes at både nasjonal veileder for legevakt, kokom sine rapporter om kompetanseplan og faglig utvikling av legevaktsentraler (Kokom, 2011; Kokom, 2012; helsedirektoratet, 2020; Nklm, 2017) som alle påpeker tydelig krav til både personlig egnethet og en rekke kompetansekrav for operatører. Nærliggende til hva funnene tilser om hva informantenes anså som viktig når det kom til kompetanse er opplæringen til operatørene. Igjen presiserer funnene i studien til at man må ha trygghet. I tillegg var det hensiktsmessig med god tid, ifølge samtidige informanter. Informantenes bakgrunn og erfaringer er et resultat på hva de selv tenker rundt opplæring og krav til operatørene. God tid menes med at de som skal læres opp til operatører har god tid for opplæringen, og et funn trekker frem at det er hensiktsmessig med minst ett år i legevakt før man vurderes for operatørrollen, der et annet funn er at det er vanskelig å stadfeste hvor lang opplæringstid det bør være da det spriker uti fra den enkelte. Funnene er samstemte i at man det ikke bør være nyansatte på legevakt som jobber i sentralen, og et godt tips fra to av informantene er at man ved oppstart i legevakt oppsøker sentralen i rolige perioder for å lære seg mest mulig og ha et større innblikk i hva jobben er slik at når man først skal læres opp til operatører har man allerede fått et inntrykk, et begrep informant benyttet knytte til dette var *learning by doing*. Informantene er relativt samstemte om hva som kreves av operatør og hva opplæringen bør bestå av, samtidig trekker en informant erfaring fra flere legevakter i Norge der informant nevner en legevakt som «streng» og de andre ikke, når det gjelder opplæring og kompetanse.

5.2 Anbefalinger og forventninger

Videre trekker jeg frem anbefalinger og forventninger applikert mellom nasjonal plan og rapporter og funnene i studien.

5.2.1 Legevaktsentralen

Funnene i studien er sprikende på bakgrunn av at informantene jobber på hver sin legevakt i Norge og de er ulike i størrelser. Informantene har ulike antall operatørplasser, men det som er interessant å vektlegge er om sentralen er plassert i henhold til anbefalingene og om de er tilrettelagt for opplæring. Den nasjonale veilederen skriver at det legevaktsentralen bør ha minimum to operatørplasser, det er ingen funn i studien som tilser at noen av de har mindre enn dette. Videre er anbefalingene at det bør tilrettelegges for både avskjerming, arbeidsro og god arbeidsflyt (Helsedirektoratet, 2020). Det anbefales nasjonalt at sentralen er plassert i egnet rom, skjermet fra resten av legevakten og best mulig beskyttet mot støy. Funnene i studien er noe sprikende koblet til dette. Tre av informantene forteller om at sentralen er plassert i eget rom med tanke på støy og skjerming. To av informantene forteller at sentralen er tilknyttet pauserommet, og de kontinuerlig er utsatt for støy og en informant forteller at sentralen på ingen måte er tilrettelagt for skjerming og støy, men samtidig forklarer informanten at det er en liten legevakt og få på jobb samtidig, som gjør at man er avhengig av å både snakke i telefon og kunne ta hånd om pasienter. På en måte er det svært forståelig at fysiske pasienter må tilsees og ivaretas, samtidig er det noe vanskelig å forsvare en slik løsning med tanke på kompleksiteten rundt samtaler inn til legevaktsentralene og hvor viktig det er at operatørene gir sin fulle oppmerksomhet til denne jobben alene.

Nærliggende til riktig kompetanse til operatørene og god opplæring til nyansatte er det vesentlig at legevaktsentralen er tilrettelagt for opplæring og kvalitetsforbedring. Funnene i studien er entydige ved dette feltet og alle nevner medlytt, med noen variasjoner om hvor vidt det blir benyttet. En informant forteller at de har lite fokus for opplæring og kvalitetsforbedring, men at de av og til kan benytte medlytt. To av informantene forteller at de aktivt bruker medlytt hos alle ansatte i hverdagen, spesielt for nyansatte. Veilederen sier at gjennomgang av lydlogger kan være et godt utgangspunkt for diskusjon og refleksjon og bør benyttes i opplæring og kvalitetsforbedring (helsedirektoratet, 2020).

5.2.2 Egnethet i operatørrollen

Når den nasjonale veilederen i stor grad dreier seg om at legevaktsentralen skal ha helsepersonell som har kompetanse til å gjøre medisinske vurderinger, prioritere, ta raske og riktige avgjørelser, iverksette tiltak, gi råd og veiledning er det viktig å trekke frem at veilederen også presiserer egnethet hos operatører (Helsedirektoratet, 2020). Veilederen skriver samtidig at egnethet for arbeid i sentralen er vanskelig å vurdere, det vil si at det er ikke en «oppskrift» man kan gå etter for å finne ut om en person egentlig er egnet til operatørrollen. Veilederen skriver videre at man først etter gjennomgått opplæring og prøveperiode kan best vurdere om en ansatt egner seg i operatør rollen. God kommunikasjon og tett oppfølging er nøkkelbegreper fra funnene i studien når det gjelder hvordan man best kan vurdere om en ansatt egner seg i operatørrollen. Funnene i studien peker også på at det å vurdere egnethet er uspesifisert i den forstand at det er et vidt begrep, og at egnethet er noe man bør se og føle på, et funn presiserer at alle bør gjennom en egnethetsvurdering for å kunne avgjøre om legevakt og operatørrollen er noe som er gjennomførbart for den enkelte, men det er vanskelig å stadfeste hva man bør legge i en slik egnethetsvurdering, ifølge en av informantene. Jeg tenker at egnethet forstås med at den ansatte har forståelse for hva jobben innebærer og at jobben kan utføres uten komplikasjoner knyttet til utdanning, erfaring, faglighet, kommunikasjon og trygghet i faget. Min personlig tolkning av egnethet kan støttes fra funnene i studien som tydeliggjør at trygghet i faget, god kommunikasjon, tett oppfølging og ærlige samtaler er viktige faktorer når man skal vurdere egnethet hos operatører.

5.2.3 Forventninger

Forventninger til seg selv og kollegaer og forventninger til operatørrollen kan sees i sammenheng med hva man egentlig som ansatt operatør tenker om seg selv og andre, og kan gi verdifullt innspill til hva som bør være fokuset for arbeidet i en sentral. Det er noe variable svar fra studien når det gjelder om man selv kjenner til om hva som forventes av seg selv på sin arbeidsplass. To av informantene forteller tydelig at de ikke vet hva som kreves og forventes av dem på sin arbeidsplass. Fire av informantene vet at det kreves av man må ha fullført kurs i akuttmedisin og vold og overgrepshåndtering i legevakt og en informant

forteller at det forventes gode kliniske ferdigheter og god kjennskap til legevakt og rutiner på sin arbeidsplass. En informant forklarer at hun selv tar alt ansvar på hva hun skal og bør gjøre, og etterlyser at ledelsen tar mer ansvar på dette området med å tydeliggjøre.

Når det kommer til hvilke forventninger man stiller til seg selv og kollegaer er det et entydig svar fra informantene med lav terskel for å søke hjelp, både seg selv, men spesielt kollegaer. Dette begrunnes i at samfunnet endrer seg, nye problemstillinger kommer stadig som krever rask omstilling og rask tilegne seg ny kunnskap. En informant trekker frem at det til tider kan føles som et press som operatør å ta riktige avgjørelser da det kan være stor pågang, og da det er viktig at man både ivaretar kompetansen sin, men spesielt vet sine begrensninger og søker hjelp ved behov. Dette tolkes til trygghet, fordi hvis man er trygg på at kollegaer har lav terskel for å rådføre seg føler man seg trygg på kollegaene sine. Dette støttes av forslag for opplæring av nyansatte i legevaktsentralen, som Kokom publiserte i 2012. Den har søkelyset på kontinuerlig evaluering og fagutvikling, med god grunn opplæring, ferdigheter, holdninger og evner til kompetanseheving både samlet/personlig og i grupper (kokom, 2012).

5.3 Fagutvikling

En rekke rapporter, studier og den nasjonale veilederen for legevakter presiserer tydelig hvor viktig fagutvikling er. Et av kravene omhandler nemlig fagutvikling, det var derfor det var vesentlig for denne studien å dra med dette i et forskningsspørsmål.

5.3.1 Trygghet

Jeg ønsker å få frem om informantene til denne studien var trygge i rollen, da det er mye å si for hva slags ståsted de har i fagutviklingen av operatørrollen. Funnene i studien var samstemte og alle informantene oppga å være trygge i rollen som operatør. Det som er interessant er at informantene fikk frem hva som har gjort de utrygge i rollen, der ene funnet var kompetansen på de lokale prosedyrene og geografien i området til legevakten. Et

annet funn var at det først etter en del år man føler seg trygg, trygghet i rollen som operatør tar lang tid. Tre av informantene oppga at bruk av video i legevaktsentral, som er forholdsvis er nytt fra 2022, gjorde dem ytterligere trygge i rollen som operatør, nettopp fordi man kan se menneskene som ringer inn og får enda bedre grunnlag for å ta vurderinger. Et utsagn fra en av informantene er verdt å dra med videre inn i dette diskusjonskapittelet, nemlig at jo mer erfaring og kompetanse man får, jo mer vet vi som kan gå galt. Veilederen for legevakten forteller noe om krav til svartid og god kvalitet og service på legevakt og legevaktsentralen sine tjenester og tydeliggjør at befolkningen skal være trygge på at de får god hjelp (Helsedirektoratet, 2020). Jeg er enig i at hele befolkningen skal være trygg på at de får riktig og god hjelp ved henvendelser til legevakten, samtidig er vi da avhengig av at de som besvarer disse henvendelsene er trygge i sin rolle.

5.3.2 Opplæringsplan og kompetanseoversikt

En god opplæringsplan er tydeliggjort i veilederen for legevakt og i flere av rapportene til kokom (Helsedirektoratet, 2020; Kokom, 2011; Kokom, 2012). Veilederen skriver at legevakten bør ha en plan for fagutvikling i form av en egen skriftlig opplæringsplan, videre skriver veilederen at man bør benytte utsjekkslister i både opplæring og veiledning. NKLM har selv laget bruk et forslag for bruk av sjekklister (KILDE). Dette begrunnes i at den ansatte skal ha nødvendig opplæring og trening og ved bruk av sjekklister gis det en god oversikt over hva som forventes å kunne. Dette støttes i kokom (2012) sin rapport som inneholder en rekke anbefalinger om bruk av sjekklister og hva disse bør inneholde. Funnene i studien tyder på at det er noe forskjeller fra legevaktene til de ulike informantene. Majoriteten av funnen er at de det er eget opplæringshefte og et søkelys på bruk av dette i opplæring. To av informantene peker på eget opplæringshefte for operatører og begrunner dette i at operatørrollen er omfattende og skiller seg ut fra øvrig legevaktarbeid. En informant forteller å aldri ha verken fått eller sett en opplæringsplan på sin arbeidsplass. To av informantene forteller at de tidligere ikke hadde noen opplæringsplaner, men at dette er i endring nå. Det er ingen tvil at anbefalinger som foreligger nasjonal mener det bør foreligge opplæringsplaner og at man aktivt benytter seg av sjekklister knyttet til dette, og jeg stusser på at det er noen varierende funn fra informantene knyttet til dette. Det er tydelig at

ledelsen på noen av legevaktene til informantene ikke har tatt tak i dette viktige arbeidet og det støttes av svar fra en informant som forteller at ledelsen hos de følger opplæringsplaner kontinuerlig og tett på med alle ansatte. Konsekvensen av å ikke ha en ledelse som tydeliggjør faglighet i opplæring eller ikke ha et system for hvordan opplæringen skal foregå vil jo være at man ikke egentlig vet om operatørene tilfredsstillende den store rollen som en operatør har. Krav er at alle operatører har tilleggsopplæring, og det presiseres at det er opp til ledelsen å si noe om hva dette innebærer på den enkelte legevakten, men det er tydelig fra funnene i studien at dette kanskje ikke er et arbeid som er prioritert.

Videre er jo opplæringsplan en ting og kompetanseoversikt en annen, men på samme tid avhenger det ene av det andre. Veilederen begrunner dette med at utvikling og vedlikehold av kompetanse og fagkunnskap er et kontinuerlig arbeid. Under opplæringsprogram og at man ved veiledning bør benytte utsjekklistene i den nasjonale veilederen er det presisert at ledelsen skal ha oversikt over hvilke kompetanse hver enkelt medarbeider har og tilrettelegge for at de skal kunne utføre de oppgavene det stilles krav om. Dette nevnes i §4-1 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse omsorgstjenesten §6. Også her er ikke alle funnene i studien forenlig med kravene som foreligger. Tre av seks informanter oppgir at det er kontroll over kompetansen og at ledelsen har kompetanseoversikt for de ansatte. Dette eksemplifiseres av informantene som at de har egne personalmapper og digital kompetanseplan der alt legges inn kontinuerlig. De ansatte på den ene legevakten har selv ansvar for å legge inn dokumentasjon på kompetansen sin. En informant trekker frem at de har oversikt, men er usikker på hvor systematisk og oppdatert den er. Halvparten av informantene oppgir at det ikke er noe form for systematisk oversikt over kompetansen. En informant trekker frem at hun aldri har blitt spurt om å etterse dokumentasjon, heller ei politiattest når hun ble ansatt for lenge siden. Fire av informantene stiller seg noe kritisk til om det i det hele tatt finnes en systematisk oversikt over dette. Ut ifra funnene i studien tilser det at minst halvparten av informantene oppgir faktisk å ikke ha en oversikt over kompetansen, der en informant påpeker at hun aldri har sendt inn dokumentasjon på noe, som kravene sier. Dette er urovekkende funn da det er svært viktig at ledelsen har oversikt over kompetansen til de ansatte, når kravene til operatørrollen og hva operatørrollen innebærer er så omfattende som det er.

5.3.3 Fokus for fagutvikling

Igjen er det ønskelig å presisere hvor viktig studiens problemstilling er knyttet til fagutvikling. Veilederen sier at legevakten bør ha en plan for fagutvikling, det bør være avsatt tid for fagutviklere og ansatte til å oppdatere seg (helsedirektoratet, 2020). Jf, helse og omsorgstjenesteloven §8-2 skal ledelsen på legevakten sørge for at ansatte får nødvendig videre og etterutdanning. Det foreslås i veilederen at en eller flere ansatte med en fast stillingsbrøk bør være avsatt til fagutviklingsarbeid, med videre forslag at arbeidsoppgavene til en fagutviklingssykepleier/fagteam; Opplæring av nyansatte, identifisere området det trengs mer kompetanse, organisere fagdager, oppdatere prosedyrer og faglige rutiner (helsedirektoratet, 2020). Funnene i studien presenterer også variabler i denne kategorien. To av informantene forteller at det er tydelig arbeid med fagutvikling der begge forteller om fagsykepleier i full stilling, der en ene har 20 prosent av stillingen sin i avdelingen og den andre ikke jobber i avdelingen. Der det stilles spørsmålstegn om det er en ukultur eller ikke at en fagsykepleier ikke jobber klinisk. Jeg tenker at klinisk erfaring i kombinasjon med fagutvikling er den rette veien å gå, da man fort glemmer når man er borte fra sentralen over tid. Dette støttes av informanten som nevnte at hennes personlig mening var at det bør være en kombinasjonsstilling. To andre av informantene forteller også dette, hvor viktig det er at fagutviklingssykepleieren jobber aktivt i avdelingen ved siden. Andre funn i studien peker på at ledelsen ved to av legevakten har tydelig føringer og informanten på disse legevaktene oppfatter det som et godt fokus for fagutvikling. Dette støttes opp med at alle de ansatte får planlagt tid til dette i turnus, da de skal tilfredsstillende krav til samtreninger, treninger og videreutvikle alle ansatte. To andre informanter forteller om fraværende fagutviklingssykepleiere og konkluderer det med at hvis ikke legevakten er hovedarbeidsgiveren til de ansatte er det vanskelig å få med seg alle når det gjelder fagutvikling. Motsetningen til en av de som får planlagt inn i turnus, presiserer en informant at de fleste ikke får lønn for fagutviklingsarbeid som kurs/treninger og at det da ikke kommer noen, noe som er forståelig. Jeg tenker at det er urimelig å sette ned krav til at folk skal komme hvis de ikke får betalt, det er jo ikke gjennomførbart på noe vis. Da kan man heller ikke kreve, som igjen gjør det vanskelig å få til et godt fagmiljø. En informant uttrykker seg om at fagutviklingen har vært dårlig i mange år og at den på intervjuetidspunktet ikke er til stede i det hele tatt. Dette er vondt å høre, da vi vet hvor viktig det er for alle de ansatte og

befolkningen at man har gode legevakter med kompetente ansatte. Det er ingen tvil at det er varierende praksis på de ulike legevaktene til informantene og noe av kravene og anbefalingene knyttet til fagutvikling blir ikke ivaretatt på flere av legevaktene. Dette strider mot veilederen for legevakten, norsk kompetanseforum for legevakts medisin og kokom sine rapporter om kompetanse for personell i legevaktsentral som så uttrykkelig påpeker viktigheten av dette (Helsedirektoratet, 2020; Kokom, 2011; kokom,2012; Nklm, 2017).

5.3.4 Samtrening og videreutvikling av operatører

Et krav som foreligger nasjonalt forteller at personell i legevakt skal trene på samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden (helsedirektoratet, 2020). Veilederen begrunner dette med at samtrening kan bidra til forbedring av generell pasientsikkerhet, kvalitet og trygghet blant de ansatte. Det er forskriftsfestet krav om samtrening med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden jf, Akuttmedisinforskriften §4 (helsedirektoratet, 2020). Det kan både være småskalaøvelser, øvelser på håndtering av akutt sykdom/skade eller større beredskapsøvelser med AMK/politi/brann/ambulans osv. Rapporten om implementeringen av akuttmedisinforskriften i legevakt og legevaktsentral tar ikke for seg hvor mange den aktuelle uken som har gjennomført samtrening, noe som er uheldig for det å kunne sett disse tallene opp mot funnene i denne studien hadde vært interessant. Funnene i denne studien tilsier at det så og si er fraværende med samtreninger på legevaktene til informantene. Det er kun informant 3 som oppgir systematisk aktivt arbeid med samtrening med alle i den akuttmedisinske kjeden, årlig og en stor del av dette er for operatørene i sentralen. Informanten informerer også om treninger over telefon med AMK årlig. Fire av informantene forteller om fravær av samtrening, og en informant forteller om samtrening etter beredskapsplanen i kommunen en gang i året, eller ingenting. Med tanke på at det så tydelig er forskriftsfestet krav om samtrening og hvor viktig det er med treninger, evalueringer og læringer i samtreninger for å få best mulige rutiner og prosedyrer er det urovekkende funn i studien at det kun er en informant som har erfaring etter kravene som foreligger.

Avsluttende i dette kapitlet skal jeg diskutere litt rundt trening og videreutvikling av operatørene. Svarene er tydelig fra informantene, medlytt og casetreninger går igjen hos alle informantene. Dette støttes faglig i både veilederen for legevakt og kokom sine kompetanseplaner og rapporter som tydeliggjør hvor viktig medlytt og casetreninger er for læring (Helsedirektoratet 2020; kokom; 2011; kokom, 2012). Videre peker funnene i studien på at casetreninger må være uhøytidelige, positive og trygt for alle, slik at de ansatte opplever mestring og ser på trening som positivt. Det å høre seg selv på medlytt er en del av å videreutvikle seg, forteller en informant og det er noe med å gå igjennom samtalene sine, reflektere over hvordan samtalen gikk, og selv se hva man må bli bedre på. Det å sitte i en sentral og ta telefoner i mange år kan fort gjøre at man fort kan se seg litt blind, og jeg tenker at det å ha kontinuerlig søkelys på hvordan man skal videreutvikle seg er viktig i en slik rolle. Dette støttes opp fra en informant som forteller at mennesker tilegner seg uvaner, og at det nyttig å høre seg selv og trene på ting for å bli oppmerksom på sine egne vaner/uvaner.

6.KONKLUDERENDE KOMMENTARER

I denne oppgaven har jeg valgt å rette søkelyset på hvor vidt kompetansekravene og anbefalingene som foreligger nasjonalt for legevaktsentraler blir ivaretatt. På bakgrunn av dette var det vesentlig å innhente data fra legevaktpersonell for å kunne sammenligne funnene og kunne trekke konklusjoner. Man ser en tydelig varierende praksis både når det kommer til nasjonale krav, anbefalinger, forventninger og fagutvikling fra informantenes arbeidssted. Funnene i studien tyder på at flere av legevaktene har store mangler på flere av områdene. Det er mangler knytte til ansiennitetskrav, tilleggsopplæring, tett oppfølging, oversikt over kompetanse, opplæringsplaner, kompetanseutvikling og ivaretagelse og samtrening med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden. En rekke rapporter og veiledere understreker viktigheten av å ha kompetente operatører i legevaktsentralene, og poengterer tydelig at denne rollen er kompleks og krever en rekke ferdigheter og fagkunnskap. Det at flere legevakter ikke følger nasjonale krav og anbefalinger er svært uheldig. Jeg ønsker å trekke frem en informants legevakt som synes å ta de nasjonale kravene og anbefalingene på alvor, noe som gleder meg, som selv har erfaring fra legevakt og legevaktsentral. Denne legevakten stilte høye krav til kompetanse ved ansettelse av nye operatører, hadde nøye og hyppig oppfølging av alle ansatte, med stort kontinuerlig fagutviklingsfokus, gode opplæringsplaner og god kompetanseoversikt. Det ble stilt tydelige forventninger både fra ledelsen og de ansatte, og gjennomført årlige samtreninger med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Det kommer frem i studien at god klinisk faglighet, selvstendighet og trygghet er viktig når det kommer til kompetanse hos operatørene der alle informantene oppga disse begrepene som essensielt for enhver operatør. Det vil si at informantene selv gir uttrykk for gode holdninger om kvalitet og kompetanse og er tydelige på hvordan det bør være. Men det gjenstår utfordringer og det kan virke som flere legevaktssentraler ikke oppfyller krav og forventninger godt nok. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan legevaktene kan styres til å nå kravene. Skal det stilles strengere krav til legevaktene, eller skal det gi større konsekvenser for de som ikke oppfyller kravene. Riktig kompetanse hos operatører må tydeliggjøres, slik at alle legevaktsentraler i Norge tilbyr samme gode medisinske beslutninger man kan forvente.

REFERANSER

- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Blaikie, N. (2010) *Designing social research*. University Melbourne and University Sains, Malaysia.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode – En kreativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Everrett, E.L., Furuseth, I. (2012) *Masteroppgaven – Hvordan begynne og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fejes, A., Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Sverige: Liber AS
- Helsedirektoratet (2020). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral. Lokalisert på: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/akuttmedisin/nasjonal-veileder-for-legevakt-og-legevaktsentral>
- Jacobsen, D. I (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode (3 utg)*. Cappelen Damm akademisk
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal
- Kokom (2011). Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger. Vedlegg: moduler for personell i LV-sentral. Lokalisert på: <https://kokom.no/wp-content/uploads/2018/11/2011-05-31-rapport-kompetanseplan-moduler-for-personell-i-lv-sentral.pdf>
- KoKom (2012). Plan for faglig utvikling av legevaktsentraler. Lokalisert på: https://kokom.no/wp-content/uploads/2018/09/06_20130527-plan-for-faglig-utvikling-ved-lv-sentraler.pdf
- Lovdata (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Lovdata (2013). Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Lovdata (2015). Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) Lokalisert på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

NKLM (2009). Er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1-2009. Lokalisert på: <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/6251/Handlingsplan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

NKLM (2011). Årsmelding 2011. Rapport nr. 1-2012. Lokalisert på https://norceresearch.s3.amazonaws.com/nklm_aarsmelding_2011.pdf

NKLM (2017). Kompetanse i legevakt og legevaktsentral – implementering av akuttmedisinforskriften. Lokalisert på: <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/17307/Nklm-rapport-5-2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

NKLM (2022). Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra nasjonalt legevakts register 2022. Lokalisert på: <https://nklm.norceresearch.no/assets/images/file/LegevaktorganseringiNorge.RapportfraNasjonaltlegevaktregister2022.pdf?v=1662375871>

NKLM (2023). Årsmelding 2022 – Nasjonalt kompetansesenter for legevakts medisin. Lokalisert på: <https://nklm.norceresearch.no/assets/images/file/Årsmelding-2022.pdf?v=1681897232>

Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen (2015). Rundskriv 1-5/15. Akuttmedisinforskriften (med merknader til enkelte bestemmelser). Lokalisert på: https://www.regjeringen.no/contentassets/bde3821703d44038a98b80923a1083ef/rundskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf

Regjeringen (2023). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Lokalisert på: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget

Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data*. SAGE Publications Limited

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1: Informasjonsskriv forskningsprosjekt

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Kompetanse i legevaktsentral?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om kompetansekravene og anbefalingene som foreligger i den nasjonale veilederen for legevakt knyttet til operatørrollen i legevaktsentralene blir fulgt. Jeg ønsker også å få innsikt i hvordan de ansatte opplever ivaretagelse av operatørrollene på sin arbeidsplass, og fokuset når det gjelder forventninger, opplæring og fagutvikling av de ansatte.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det er mange ulike organisatoriske løsninger på legevakter i Norge, ofte ut ifra både befolkningsantall, geografisk utstrekning og for eksempel avstand til sykehus. Uavhengig av hvordan man organiserer legevakten og sentralene skal alle kravene som foreligger oppfylles av alle kommuner. Jeg ønsker å få innsikt i hvordan legevaktsentralene og operatørene stiller seg til krav og anbefalinger som er hentet fra akuttmedisinforskriften. Forskningsspørsmålene til oppgaven er delt inn et hovedspørsmål som omhandler nasjonale krav. Videre er det tre delspørsmål som tar for seg anbefalinger, forventninger og fagutvikling hos de ansatte. Jeg har valgt å ha hovedfokus på nasjonale krav, da nasjonale krav og nasjonale anbefalinger er ulike utgangspunkt.

Forskningsspørsmålet i oppgaven er følgende:

I hvilken grad oppfyller operatørene på legevaktsentralene kompetansekravene som foreligger i den nasjonale veilederen for legevaktsentraler?

Delspørsmål som vil bli besvart i tillegg:

- I hvilken grad oppfyller legevaktsentralen anbefalingene som foreligger?
- Hvilke forventninger stiller legevaktsentralene til operatørene i legevaktsentralen?

- Hvordan tilrettelegger legevaktsentralene for fagutvikling hos de ansatte?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet. Veileder for oppgaven er Stephen J. M. Sollid. Professor i prehospital akuttmedisin og pasientsikkerhet. E-post: stephen.j.sollid@uis.no

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne studien, da du har erfaring som operatør i legevaktsentral. Utvalgskriteriene er at du har erfaring som operatør, men stiller ikke krav til hvor lenge du har jobbet som dette.

Hva innebærer det for deg å delta?

Masteroppgaven har en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer som metodikk. Hvis du velger å delta i prosjektet så vil intervjuet ta ca. 30-45 minutter. Vedlagt til dette skriver ligger utkast til intervjuguide som jeg kommer til å benytte. Svar fra deg vil bli tatt opp med lydopptak og notater, deretter transkribert av meg. Opplysningene som fremkommer i intervjuet, vil bare bli brukt til formålet som beskrevet i dette skrivet. Alle deltakere vil bli anonymisering og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydbånd vil slettes når materialet er transkribert. I transkripsjonene av materialet vil opplysningene anonymiseres. Lydfiler, transkripsjoner og utfyllende personopplysninger vil lagres på en sikker server. Tilgang til data er begrenset til undertegnede og veileder. Opplysningene og informasjonen som er gitt under intervjuene anonymiseres i analyser av datamaterialet og publikasjon.

Det er frivillig å delta

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

trekke deg. Det vil ikke påvirke deg eller din rolle hos arbeidsgiver da opplysningene vil bli anonymisert.

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. Alle deltakere vil bli anonymisert og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydbånd vil slettes når materialet er transkribert. I transkripsjonene av materialet vil opplysningene anonymiseres. Lydfiler, transkripsjoner og utfyllende personopplysninger vil lagres på en sikker server. Tilgang til data er begrenset til meg og veileder. Opplysningene og informasjonen som er gitt under intervjuene anonymiseres i analyser av datamaterialet og publikasjon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.06.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine opplysninger anonymiseres. Jeg anonymiserer personopplysninger, der jeg sletter alle direkte personidentifiserende opplysninger som navn, e-post og lydopptak. Jeg vil også slette andre indirekte identifiserende opplysninger som arbeidsgiver, bosted e.l, og ingen av disse tingene vil komme frem i masteroppgaven.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitet i Stavanger* har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Student: Cecilie Nedberg Hansen, tlf: 93032135.

Epost: ceciliehansen@hotmail.com

Veileder for oppgaven: Stephen J. M. Sollid. Professor i prehospital akuttmedisin og pasientsikkerhet. E-post: stephen.j.sollid@uis.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Stephen J.M. Sollid.

Veileder

Cecilie Nedberg Hansen

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kompetanse i legevaktsentral*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i studien og fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: NSD godkjenning

Vurdering av behandling av personopplysninger

21.10.2022

Referansenummer

942145

Vurderingstype

Standard

Dato

21.10.2022

Prosjekttittel

Kompetanse i legevaktsentral

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig

Stephen J. M Sollid

Student

Cecilie Nedberg Hansen

Prosjektperiode

01.08.2022 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger

- Almennelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN:

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG:

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG:

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

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET:

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

LOVLIG GRUNNLAG:

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER:

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER:

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER:

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET:

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Tema: Kompetanse hos operatører i legevaktsentral

1. Del 1 – Kompetansekrav

- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier/annen profesjon?
- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier/annen profesjon, på legevakten?
- Hvor lenge har du jobbet som operatør på legevaktsentralen?
- Hvor lenge jobbet du på legevakten før du gikk i operatørrollen på sentral?
- Hvilken tilleggs krav var det for å kunne jobbe som operatør på legevaktsentralen på din jobb? (Gjennomført tilleggsopplæring)
- Har du gjennomført kurs i akuttmedisin og i vold og overgrepshåndtering før du jobbet som operatør?
- På din arbeidsplass, er det kun sykepleiere eller er det andre profesjoner som besvarer telefoner?
- Hvordan løses ferieavvikling/sykdom og kompetansekrav til operatørene på din arbeidsplass?
- Hva tenker du er viktig når det kommer til kompetanse hos operatør?
- Hva tenker du rundt opplæring og krav til operatører?

2. Del 2 – Anbefalinger

- Hvor mange operatørplasser har din legevaktsentral?
- Er sentralen plassert i et egnet rom? (skjermet, støy)
- Er operatørplassen tilrettelagt for opplæring og kvalitetsforbedring med mulighet for medlytt?
- «Egnethet» for arbeid i legevaktsentral står beskriveres som en anbefaling i nasjonal veileder. Hvordan best vurdere om en ansatt egner seg i rollen som operatør? Hva er viktig?

3. Del 3- Forventninger:

- Vet du hvilke forventninger legevaktsentralen stiller til deg som operatør?
- Hvilke forventninger stiller du til deg og dine kollegaer i operatørrollen?

4. Del 3 – Fagutvikling

- Føler du trygghet i rollen som operatør? Hvorfor/ hvorfor ikke?
- Har din legevakt en skriftlig opplæringsplan? Hva innebærer denne?
- Hvilket fokus har din arbeidsplass for fagutvikling? Konkrete ting? Individuelle planer?
- Ledelsen skal ha oversikt over hvilke kompetanser hver enkelt medarbeider har. Hvordan er dette på din arbeidsplass? Sjekkliste?

- Det er forskriftsfestet krav om samtrening med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Har din legevakt samtrening med andre aktører når det gjelder operatørrollen på legevakt? Eventuelt hvor lenge siden?
- Har din arbeidsplass egne ansatte til fagutviklingsarbeid? I hvilken stillingsprosent? Hva er din erfaring med dette? Hva er hans/huns oppgaver? Innspill på hva som er viktig rundt en slik fagutviklingsstilling? Spesielt med tanke på operatørrollen i legevaktssentral.
- Hva tenker du er viktig for å trene og videreutvikle operatører? Case treninger?

Har du noen innspill eller noe du ønsker å utdype?