



Mastergrad i samhandling innen helse- og sosiale tjenester

**«Sykepleierollen i endring –
sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i
den akuttmedisinske kjeden»**

-en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten

av

Øyvor Sønstabø

Mai 2015

MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER

MASTEROPPGÅVE (30 studiepoeng)

SEMESTER: Våren 2015

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Øyvor Sønstabø

RETTLEIAR: Maj-Britt Råholm

TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:

**Norsk tittel: «Sykepleierollen i endring-
sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»
-en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten**

**Engelsk tittel: «The Changing Nursing Role –
Nurses` Experiences with Participating as a Link in the Emergency Medical Chain»
- a qualitative study of municipal health care services.**

EMNEORD/STIKKORD:

Sykepleie, kompetanse, kommunehelsetjeneste, samhandlingsreformen, akuttmedisin, prehospitale tjenester.

TAL SIDER: 61

Tal ord (kappe): 4999

Tal ord (artikkel):3000

STAD: Bjerkeim 15.5.2015.

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i Samhandling innen helse- og sosiale tjenester

Tittel:

«Sykepleierollen i endring –
sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden».
- En kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten

Engelsk tittel:

"The Changing Nursing Role –
Nurses' Experiences with Participating as a Link in the Emergency Medical Chain»
- A qualitative study of municipal health care services.

Forfatter: Øyvør Sønstabø

Emnekode og emnenavn:

MS1 -306 Masteroppgåve i samhandling innan helse- og
sosiale tenester

Kandidatnummer:

3

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til
å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven,
sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig
beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som
kan stride mot gjeldende norsk rett

JA Nei

Dato for innlevering:

22.mai 2015

Eventuell prosjekt tilknytning ved HiSF

"Nursing Competence in Municipal Health
Care Services – the Nurs Comp Study"

Emneord (minst fire):

Sykepleie, kompetanse
kommunehelsetjeneste,
samhandlingsreformen, akuttmedisin,
prehospitale tjenester.

Tittel og sammendrag:

«Sykepleierollen i endring- sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»

- en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten.

Dette masterprosjektet er en del av et større skandinavisk forskningsprosjekt, «Nursing Competence in Municipal Health Care Services – the Nurs Comp Study», som pågår ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, avdeling helsefag. Denne del-studien omhandler kompetanseutviklingsarbeid i kommunehelsetjenesten som er gjennomført med formål å utvikle de kommunale tjenestene i takt med endret innhold og behov i tjenestene.

Norges geografi gjør at mange distriktskommuner har utfordringer knyttet til lange avstander i akuttsituasjoner hvor det er behov for bistand fra nødetater. Ved akutt sykdom eller skade kan lang responstid for nødetater føre til at det tar u hensiktsmessig lang tid før den akutt syke eller skadde får bistand fra den akuttmedisinske kjeden. Denne utfordringen er synliggjort i flere studier.

Denne studien undersøker sykepleieres erfaringer med iverksatte tiltak for å redusere responstiden i akuttsituasjoner. Studien har et kvalitativt design hvor to kommuner som har innført akuttfunksjoner organisert under pleie- og omsorgstjenesten ble inkludert. Data ble utviklet gjennom bruk av fokusgruppeintervju. I studien ble tre sentrale temaer utviklet; «Kompetanseutvikling gir mestring», «Integrering av kunnskap gjennom simulering og casetrening», og «Betydning av nærhet til tjenestene».

Resultatene i studien viser at det er mulig å effektivisere den akuttmedisinske kjeden ved å bruke lokale ressurser for å redusere responstiden. Kompetanseutvikling og deltagelse i kommunale akuttfunksjoner ser ut til å gi en økt «sykepleiefaglig tilfredsstillelse» og opplevelse av mestring. Kompetanseutviklingen hadde overføringsverdi til det daglige arbeidet gjennom økt handlingskompetanse, bedre vurderingsevne og tidligere iverksetting av tiltak hos pasientene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

"The Changing Nursing Role -
Nurses' Experiences with Participating as a Link in the Emergency Medical Chain»
- A qualitative study of municipal health care services.

This Master project is part of a larger Scandinavian research project, "Nursing Competence in Municipal Health Care Services - the Nurs Comp study", which is in progress at Sogn og Fjordane University College, Faculty of Health. This part study discusses competence work in community health care that is conducted with the purpose of developing the municipal services in line with changed content and needs of the services.

Due to Norway's geography, many rural municipalities face challenges related to long distances in emergency situations where there is a need for assistance from emergency services. When there is acute illness or injury, a long response time for emergency services may lead to inexpediently long time before the acutely ill or injured receives assistance from the emergency services. This challenge has been made visible in several studies.

The purpose of this study is to describe nurses' experiences of making necessary measures in order to reduce the response time in emergency situations. The study has a qualitative design and two municipalities were included. These municipalities have introduced an emergency operation programme organized as one of the main activities underlying the nursing and care services. Data was developed by using focus group interviews. In the study, three key topics were developed: "Skills development leads to mastery", "Integration of knowledge through simulations and case training" and "Importance of proximity to services".

The findings of the study show that it is possible to improve the efficiency of the emergency medical chain by using local resources to reduce response time. The results show that competence development and participation in municipal emergency operations gives increased "nursing professional satisfaction" and experience of mastery. Competence development had transfer value to everyday work through increased skills of action, improved assessment abilities and earlier implementation of measures for patients in the municipal nursing and care services.

Innholdsfortegnelse

FORORD

SAMMENDRAG

1.1	AVKLARING AV BEGREPER	5
1.2	TIDLIGERE FORSKNING	6
1.2.1	<i>Behovet for kompetanse</i>	6
1.2.2	<i>Sykepleierollen i endring</i>	7
1.2.3	<i>Betydningen av tidlig innsats ved tidskrisiske hendelser</i>	7
1.3	HENSIKTEN MED STUDIEN	8
2.0	TEORI	8
2.1	KOMPETANSE OG KOMPETANSEUTVIKLING	8
2.1.1	<i>Handlingskompetanse</i>	9
2.1.2	<i>Kritisk tenkning</i>	9
3.0	METODE	10
3.1	DESIGN	10
3.2	FORSKERROLLEN	10
3.3	UTVALG	11
3.4	PRAKTISK GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	11
3.5	DATAANALYSE	12
3.6	ETISKE BETRAKTNINGER	13
4.0	RESULTATER	13
4.1	VITENSKAPELIG ARTIKKEL	13
5.0	DISKUSJON	15
5.1	METODEVURDERINGER	18
6.0	KONKLUSJON	19

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

VEDLEGG 1. GODKJENNING FRA NSD

VEDLEGG 2. INVITASJON TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU OG SAMTYKKESKJEMA

VEDLEGG 3. INTERVJUGUIDE

VEDLEGG 4. OVERSIKT OVER INFORMANTENES ALDER OG YRKESERFARING

VEDLEGG 5. UTDRAG FRA ANALYSESKJEMA

VEDLEGG 6. FORFATTERERKLÆRING

Forord

En spennende, utfordrende og lærerik reis i et faglig berikende miljø nærmer seg slutten. Mange har på ulike måter bidratt til å gjøre disse årene på Master innen helse- og sosiale tjenester til den positive opplevelsen det har blitt.

Jeg ønsker med dette å rette en stor takk til informantene for deres bidrag. Tusen takk til venner, familie, gode kollegaer og medstudenter som har bidratt med oppmuntrende tilrop, kritiske blikk og konstruktive tilbakemeldinger. En varm takk til min positive og kunnskapsrike veileder professor Maj-Britt Råholm som tålmodig har besvart mine mange undringer og spørsmål. Du har lært meg mye!

Den aller største takken går til min rause og tålmodige mann og våre hjelpsomme barn.

Dere er best!

Sammendrag

Norges geografi gjør at mange distriktskommuner har utfordringer knyttet til lange avstander i akuttsituasjoner hvor det er behov for bistand fra nødetater. Ved akutt sykdom eller skade kan lang responstid for nødetater føre til at det tar uhensiktsmessig lang tid før den akutt syke eller skadde får bistand fra den akuttmedisinske kjeden. Denne utfordringen er synliggjort i flere studier.

Denne studien undersøker sykepleieres erfaringer med iverksatte tiltak for å redusere responstiden i akuttsituasjoner. Studien har et kvalitativt design hvor to kommuner som har innført akuttfunksjoner organisert under pleie- og omsorgstjenesten ble inkludert. Data ble utviklet gjennom bruk av fokusgruppeintervju. I studien ble tre sentrale temaer utviklet; «Kompetanseutvikling gir mestring», «Integrering av kunnskap gjennom simulering og casetrening», og «Betydning av nærhet til tjenestene».

Funnene i studien viser at det er mulig å effektivisere den akuttmedisinske kjeden ved å bruke lokale ressurser for å redusere responstiden. Resultatene viser at kompetanseutvikling og deltagelse i kommunale akuttfunksjoner gir en økt «sykepleiefaglig tilfredsstillelse» og opplevelse av mestring. Kompetanseutviklingen i akuttsykepleie og deltagelse i akuttfunksjonen hadde overføringsverdi til det daglige arbeidet gjennom økt handlingskompetanse, bedre vurderingsevne og tidligere iverksetting av tiltak hos pasientene i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

1.0 Innledning

Dette masterprosjektet er en del av et større skandinavisk forskningsprosjekt, «Nursing Competence in Municipal Health Care Services – the Nurs Comp Study», som pågår ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling helsefag. Prosjektet ledes av professor Maj-Britt Råholm (HISF/AHF). Formålet med forskningsprosjektet er å kartlegge sykepleieres kompetanse i ulike kommuner, og denne studien er en del av dette prosjektet.

Fokus i denne studien er å utvikle kunnskaper om sykepleieres erfaringer med å delta i akutfunksjoner organisert under den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i endring. Etter innføring av samhandlingsreformen skal kommunen overta behandlings- og oppfølgingsoppgaver som tidligere ble gjennomført i spesialisthelsetjenesten (St.meld.47, 2008-2009). Kursendringen har medført nye pasientgrupper og flere pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Huseby et. al., 2015). Behovet for å utvikle tjenestene og øke fokus på innovasjon på bakgrunn av disse endringene påpekes i flere overordnede føringer (St.meld.47, (2008-2009); Meld. St. 10 (2012-2013); Meld. St.29 (2012-2013)).

Akutte hendelser som ulykker, akutt sykdom eller skader krever tidlig innsats fra nødetater. Små distriktskommuner med lav befolkningstetthet har ofte ikke stasjonert nødetater i egen kommune (Brandstorp, 2014). Utrykning til utkantsområder vil derfor kunne føre til at det tar uheldig lang tid før nødetater ankommer den akutt syke eller skadde (Kidher et al., 2012). De senere årene har det vært en økt satsning på å samle nødetater til større enheter. Hensikten med satsningen er å etablere større fagmiljøer og redusere sårbarheten i den akuttmedisinske tjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2014). Denne satsningen vil kunne øke faren for ytterligere økning i responstider ved utrykninger til distriktene (Olsen et al., 2014). Satsninger som dette genererer derfor et behov for å vurdere alternative løsninger for å kompensere for lang responstid.

Flere kommuner har allerede iverksett tiltak med for å redusere responstidene. Stiftelsen Norsk luftambulans har gjennomført kurs for brannmannskaper (og i noen tilfeller helsepersonell), i flere norske kommuner. Formålet har vært å etablere lokal beredskap som kan bistå inntil profesjonell hjelp ankommer (Norsk Luftambulans, 2015). Det synes imidlertid å være få kommuner som har

valgt å legge denne tilleggsfunksjonen inn under kommunenes allerede eksisterende pleie- og omsorgstjenester (Hilpusch, Parschat, Fenes, Aaraas & Gilbert, 2011; Gramkinn, 2012).

Etter systematisk litteratursøk er det funnet lite forskning som beskriver hvordan akuttfunksjoner organisert under den kommunale pleie- og omsorgstjenesten fungerer, og hvordan kompetansen hos helsepersonell anvendes. Hensikten med denne oppgaven er derfor å utvikle kunnskaper om sykepleieres erfaringer med å delta i kommunale akuttfunksjoner. Oppgaven består av en kappe og en vitenskapelig artikkel.

1.1 Avklaring av begreper

Kompetanse

Begrepet kompetanse kan forklares som «å være funksjonsdyktig eller å ha tilstrekkelig kunnskap, vurderingsevne, ferdigheter eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønskede resultater» (Lai, 2013). Å være kompetent innbefatter dermed både å ha kunnskaper til å «vite», og ferdigheter til «å gjøre».

Den akuttmedisinske kjeden

Den akuttmedisinske beredskapen omfatter legevakt, ambulanspersonell, personell i AMK, personell med somatisk øyeblikkelig- hjelp funksjon, og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Kommunale akuttfunksjoner

Sykepleiere i akuttfunksjoner, eller såkalte «First respondere», er et tilbud til de av kommunens innbyggere som er i en akuttsituasjon og har behov for hjelp umiddelbart. Akuttfunksjoner som dette er en tilleggstjeneste hvor kompetente sykepleiere rykker ut i en akutt situasjon etter utkall fra sykehusets alarmsentral. Sykepleiere iverksetter nødvendige tiltak og blir hos pasienten fram til personell fra ambulansetjenesten eller andre nødetater ankommer.

Handlingskompetanse

Handlingskompetanse kan forklares som ”de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å løse problemer eller oppgaver”. Handlingskompetanse omfatter både motivasjon

og vilje til å tilegne seg ny kunnskap, spesifikk fagkompetanse, sosial kompetanse og metodekompetanse (Hilsen & Tønder, 2013).

Kritisk tenkning

Innenfor sykepleievitenskap kan kritisk tenkning forklares som de tankeprosesser som ligger til grunn for effektiv problemløsning og gode beslutninger (Gale, 2009). Kritisk tenkning kan deles opp i fire hovedkategorier; akademiske og praktiske ferdigheter og evner, holdningsmessige egenskaper og evne til å se og håndtere motsetningsmessige forhold (Granum, Opsahl & Solvoll, 2012).

1.2 Tidligere forskning

I det følgende presenteres tidligere forskning i forhold til kompetanse. Deretter presenteres forskning som synliggjør endringer i rollen som sykepleier, og til sist forskning som beskriver betydningen av tidlig innsats ved tidskrisiske hendelser.

Følgende databaser er blitt benyttet; Cinahl, Medline, SweMed og Oria.

Benyttede søkeord er; sykepleiekompetanse, kommunehelsetjeneste, samhandlingsreformen, akuttmedisin, prehospitale tjenester.

Engelske søkeord: Competence in nursing, home care, Coordination Reform, Emergency Medicine, prehospital care.

1.2.1 Behovet for kompetanse

En stor studie publisert i «The Lancet», viser en klar sammenheng mellom kompetanse hos helsepersonell og risiko for dødelighet etter kirurgiske inngrep. Studien omfatter over 35 000 pasienter fordelt på 300 sykehus i ni europeiske land (Aiken, et al., 2014). Studier gjennomført i kommunehelsetjenesten viser at helsepersonell har god breddekompetanse og erfaring med å håndtere komplekse problemstillinger (Graverholdt, 2014). Samtidig viser flere studier en økende kompleksitet hos pasienter i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (Grimsmo, 2013; Pedersen & Tingvoll, 2014). Andre studier konkluderer imidlertid med at sykepleieres kompetanse er god, men

peker på at begrenset handlingsrom i arbeidshverdagen er et hinder for å bruke bredden i sykepleiefaget. Studien fra Nordheim & Thoresen konkluderer med at kompetansen i hjemmesykepleien må styrkes i alle ledd slik at fagspesifikk kompetanse brukes mer hensiktsmessig (Norheim & Thoresen, 2015).

1.2.2 Sykepleierollen i endring

En studie gjennomført av NOVA (2013), viser at endret innhold i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene medfører endringer i sykepleierollen. Formålet med studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med samhandlingsreformen. Resultatene viste et økende antall alvorlig syke pasienter i kommunene. Samtidig så det ut til at sykepleierne hadde fått flere og mer varierte oppgaver og trivdes med dette (Gautun & Syse, 2013). En studie fra Østfold viste samme tendens; nedgang i antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten og mer komplekse utfordringer for helsepersonell i kommunene (Ottestad & Birkestrand, 2013). Denne utviklingen ses også i land som England, Danmark og USA (Pulcini, Loke, Gul & Jelice, 2010). Tilstrekkelig kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ser ut til å være et sentralt virkemiddel for å unngå unødvendige og uhensiktsmessige innleggelser og re-innleggelser i sykehus (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011; St.meld.nr 47, 2008-2009).

1.2.3 Betydningen av tidlig innsats ved tidskritiske hendelser

Lang responstid i øyeblikkelig-hjelp situasjoner er både en helsefaglig og samfunnsøkonomisk utfordring (Helsedirektoratet, 2015). En studie gjennomført av Bakke et. al (2013), viste at innbyggere bosatt i distriktskommuner hadde omkring 33 prosent høyere risiko for å dø av ulykker og skader enn befolkningen i mer sentrale strøk. En annen studie gjennomført av Kristiansen, Rehn, Gravseth, Lossius & Kristensen (2012), viste samme tendens i forhold til akutt syke eller skadde barn. Denne studien konkluderte med at barn i alderen 0 til 15 år hadde tre ganger så stor dødelighet i Finnmark fylke sammenliknet med resten av landet. Årsakene var begrunnet med geografiske forhold og utfordringer knyttet til lang responstid.

I Skottland ble det i 2001 gjennomført en studie hvor effekten av reduksjon i responstider ble undersøkt. Resultatet viste at den totale overlevelsen kunne dobles dersom responstiden for ambulansen ble redusert til fem minutter (Pell, Sirel, Marsden, Ford & Cobbe, 2001). En annen studie fra England viste at mulighetene for å overleve en hjertestans falt med 7-10 prosent for hvert minutt

det tok før første støt ble gitt med defibrillator (Still, et al., 2004; Callans, 2004). Flere internasjonale studier bekrefter det samme; responstid og kvaliteten på øyeblikkelig-hjelp tiltak har betydning for pasientens totale overlevelse og prognose (Clark, Winchell & Betensky, 2013; Dinh et al., 2013; Kidher et al., 2012).

1.3 Hensikten med studien

Med utgangspunkt i betraktningene overfor er hensikten med denne studien å beskrive sykepleieres erfaringer med å utvikle sin kompetanse for å delta i en akuttfunksjon organisert under den kommunal pleie- og omsorgstjenesten. Studien har fått følgende tittel: «Sykepleierollen i endring-sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden» - en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten.

2.0 Teori

2.1 Kompetanse og kompetanseutvikling

Kompetansebegrepet innenfor sykepleie omhandler teoretisk, praktisk og etisk kunnskap sammen med erfaringskunnskap. Sammenvevd i hverandre bruker sykepleiere disse elementene for å løse oppgaver og utfordringer slik at det handles adekvat i situasjonen (Norvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar (2012). Kompetansebegrepet innenfor sykepleie må imidlertid ses i en kontekstuell sammenheng (Benner, 1995). Med dette menes at behovet for, og bruken, av kompetanse må ses i den sammenhengende situasjonen oppstår i (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold & Foss, 2013). I følge Kirkevold innebærer sykepleiepraksis en rekke ulike situasjoner som hver for seg stiller ulike krav til erfaring, kunnskap og kompetanse (Kirkevold, 2002).

Innenfor sykepleiefaget finnes mye teori knyttet til metoder og teoretiske modeller i sykepleie, men mindre teori som synliggjør prosessen rundt, og betydningen av å utvikle sykepleieres praktiske erfaring (Kirkevold, 1998; Benner, 1995; Kim, 2010). Dreyfus & Dreyfus har utviklet en teori som trinnvis tar for seg utviklingen fra novise til ekspert (Dreyfus & Dreyfus, 1986). Utviklingen fra nybegynnerens "knowing that" til ekspertens "knowing how" viser ekspertens evne til å analysere og

iverksette handlinger på eget initiativ. I følge Dreyfus & Dreyfus (1986), må personer tørre å utsette seg for risikoer og lære av egne feil for å komme på ekspertnivå.

Benner (2001), bygger videre på Dreyfus og Dreyfus's teori og setter denne utviklingen inn i et sykepleieperspektiv. Prosessen omfatter fem trinn fra nybegynner til ekspert. Som nybegynner har en begrenset erfaring med situasjoner i praksis. Adferden vil dermed framstå som «lærebok-styrt», og er derfor begrenset og lite smidig. Nivå fem, ekspertnivået, betegner nivået hvor sykepleier ikke lenger har behov for å følge regler eller prinsipper for å iverksette tiltak. Ekspertsykepleierens mange års erfaring fra klinisk praksis gjør at endringer oppfattes og analyseres raskt, og handling iverksettes på bakgrunn av en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner, 2001).

Selv om det er mulig å beskrive prosessen og utviklingen fra novise til ekspert, vil det være tilnærmet umulig å beskrive de mentale prosesser og samlede vurderinger som kjennetegner hvert trinn.

Teorien gir allikevel en forståelse for den kompetansemessige styrken som ligger i å legge til rette for å utvikle sykepleiere på ekspertnivå i helsetjenestene.

2.1.1 Handlingskompetanse

Handlingskompetanse utgjør en viktig del av sykepleierens evne til å iverksette tiltak i møte med pasienter med ulike behov. De mange elementer i handlingskompetansen gjør at denne form for kompetanse best vil kunne utvikles i et miljø hvor utvikling av kunnskap og praksis går "hånd i hånd" og hvor læringsmiljøet har både en sosial og faglig profil (Hilsen & Tønder, 2013). Schøn (2001) bruker begrepet «reflection in action» og hevder at læring ikke bare kan oppnås gjennom teori, men må foregå gjennom egne prosesser, gjennom refleksjon i handling (Schøn, 2001). Utvikling av handlingskompetanse må derfor ses som en sammenkobling mellom teori og praktisk handling. I kunnskapsdepartementets rammeplan for sykepleieutdanningen framstår utvikling av handlingskompetanse som helt sentralt i utdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008).

2.1.2 Kritisk tenkning

Kritisk tenkning omfatter evnen til å tolke, analysere, evaluere, utforske og selv-regulere egne og andres handlinger (Karolinussen, 2011). Kritisk tenkning brukes for å stille spørsmål ved egen tenkning og eksisterende «sannheter». Ved å holde et evaluerende og kritisk fokus på gjennomførte tiltak kan en være i en kontinuerlig prosess på å utvikle gode løsninger til beste for pasient og bruker.

Kjennetegn ved sykepleiere som kan tenke kritisk er at de evner til å reflektere både over situasjonen og dens spesifikke kontekst (Granum, Opsahl & Solvoll, 2012). Utviklet evne til kritisk tenkning i kombinasjon med tilstrekkelig handlingskompetanse vil være viktige bidrag på veien mot å utvikle tjenester av god kvalitet på bakgrunn av faglig godt begrunnede tiltak.

3.0 Metode

3.1 Design

Denne studien har et kvalitativ design hvor formålet har vært å tolke meningsfulle utsagn. Fokusgruppe ble foretrukket som den mest hensiktsmessige metoden da den sosiale interaksjonen som foregår mellom deltagerne kan gi verdifull innsikt i det aktuelle temaet (Thagaard, 2013; Halkier, 2010). En fare med fokusgruppeintervju er imidlertid at samtalene kan bli ensidige og overfladiske. I tillegg kan interaksjonen mellom forsker og deltager påvirke informantenes svar. Moderators rolle er derfor viktig. I fokusgruppeintervju har moderator to viktige oppgaver; den ene å få deltagerne til å snakke sammen, og den andre å lede den sosiale dynamikken mellom deltagerne (Halkier, 2010).

3.2 Forskerrollen

Fortolkning er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen og det viktigste redskapet i denne prosessen er forskeren selv (Malterud, 2013). Økt bevissthet rundt eget forhold til forskningsfeltet er derfor sentralt. Utfordringer knyttet til egen forforståelse og forventede funn i studien ble derfor skrevet ned før oppstart av forskningsprosessen. Dette notatet ble hentet fram igjen etter at resultatene fra studien var klare. Forventede funn og faktiske funn kunne dermed sammenliknes. I studien viste forventede funn å bare delvis samsvare med faktiske funn. Studien ble gjennomført i et miljø som fra før var godt kjent for forsker. Den kulturelle kompetansen og forståelsen av uttalte konnotasjoner gjorde det lettere å oppfatte nyanser og dermed få en dypere forståelse av informantenes erfaringer, eksempelvis taus kunnskap om opplevelsen av stress og ubehag i akutt-situasjoner. Samtidig vil forforståelse kunne innebære en risiko for at en ikke evner å stille seg åpen for informantenes faktiske utsagn. Egne "blinde flekker" ville dermed kunne være et hinder for utvikling av ny kunnskap. Som ansatt på systemnivå i den ene kommunen i studien, vil

rollen som forsker kunne påvirke informantenes svar og dermed resultatene i studien. Det ble derfor tatt en beslutning om å invitere med en ekstern mentor under det første fokusgruppeintervjuet. Mentors oppgave var å bidra til å sikre at forskningsspørsmålene ble grundig belyst og besvart.

3.3 Utvalg

Det anbefalte antall deltagere i fokusgrupper er mellom seks og tolv (Halkier, 2010). I denne studien fikk til sammen 15 deltagere (14 sykepleiere og en vernepleier), fordelt på to kommuner forespørsel om å delta. Samtlige takket ja. Deltagerne ble rekruttert gjennom strategisk utvalg. Det ble sendt informasjonsskriv om studien til omsorgslederne i begge kommunene. Omsorgslederne rekrutterte deretter deltagerne (se vedlegg 2).

I utgangspunktet fikk to kommuner med erfaringer fra kommunale akutfunksjoner forespørsel om å delta. Begge kommunene var små, med 500 innbyggere i den ene kommunen og i underkant av 3000 i den andre. Kommunene lå geografisk langt borte fra hverandre. Den ene kommunen var en innlandskommune på sør-vest i landet, og den andre en kystkommune nord i landet. Informantene hadde fra tre til 27 års erfaring fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (se vedlegg 4). Inklusjonskriteriene i studien var fast ansettelse og godkjent sertifisering for deltagelse i kommunens akutfunksjon (se vedlegg 2).

3.4 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Før oppstart av fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført pilotintervju med en fokusgruppe bestående av fire personer. I pilotintervjuet ble spørsmålene i den semi- strukturerte intervjuguiden prøvd ut. Tre av deltagerne i dette intervjuet hadde erfaring fra kommunehelsetjenesten, den siste også fra ambulansetjenesten. I etterkant av pilotintervjuet ble det gjort små justeringer i forhold til innledning og presentasjon av forskningsprosjektet. Ingen av spørsmålene i intervjuguiden ble endret (se vedlegg 3).

Ved gjennomføring av fokusgruppeintervjuene ble det lagt vekt på å etablere en tillitsfull atmosfære i gruppen. Innledningsvis ble det brukt god tid på presentasjon av studien og gjennomgang av hvordan fokusgruppeintervjuene skulle foregå. Flere av informantene hadde deltatt i fokusgruppeintervju før og hadde derfor kjennskap til metodikken.

Begge intervjuene ble gjennomført på egne grupperom på deltagerens arbeidssted innenfor ordinær arbeidstid. Data fra fokusgruppeintervjuene tatt opp på bånd og transkriberingen startet umiddelbart etter at intervjuene var avsluttet. Varigheten av fokusgruppeintervjuene var 1 time og 32 minutter i den ene fokusgruppen, og 1 time og 29 minutter i den andre.

Informantene i begge fokusgruppene kjente hverandre fra før. Dialogen mellom deltagerne foregikk derfor med liten påvirkning fra moderator, og samtlige deltagere deltok aktivt i begge intervjuene. Begge intervjuene ble avsluttet med spørsmål om noen hadde noe de ønsket å tilføye.

For å lettere holde orden på tanker og refleksjoner gjort underveis i fokusgruppeintervjuene ble det ført analyselogg. Notatene fra loggen ble brukt til å gå tilbake å se begrunnelsen for de valg som ble gjort i etterkant av intervjuene (Malterud, 2013; Larun, 2010).

3.5 Dataanalyse

Analysen ble gjennomført etter inspirasjon av Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2013). Til grunn for analysen av det empiriske materialet lå ordrett transkripsjon. For å få et helhetsinntrykk ble det transkriberte materialet først gjennomlest i sin helhet. Tanker om ulike aktuelle temaer ble notert på eget ark. Deretter ble de ulike meningsbærende enhetene identifisert og fargekodet. Teksten ble så dekontekstualisert, hvor de meningsbærende enhetene ble organisert i fire ulike hovedgrupper. Hver hovedgruppe ble markert med egen farge. De ulike meningsbærende enhetene ble forsøkt kondensert så likt informantens utsagn som mulig. Innholdet i hver og en av hovedgruppene ble så sortert og systematisert i ulike undergrupper, såkalte subgrupper. Deretter ble det laget et kondensat av hver subgruppe. Til sist ble innholdet fra hver enkelt hovedgruppe med tilhørende subgruppe sammenfattet i en analytisk tekst. For å sikre at den analytiske teksten omfattet essensen av deltagerens utsagn ble det transkriberte materialet gjennomgått på ny og sammenliknet med den analytiske teksten i hver kodegruppe, såkalt rekontekstualisering.

For å øke troverdigheten var det ønskelig å gjennomføre analysen en gang til. Denne gangen ble det tatt utgangspunkt i analyseskjema utarbeidet med bakgrunn i Graneheim & Lundmann`s innholdsanalyse (Graneheim & Lundmann, 2004). Dette analyseskjemaet ble vurdert som nyttig på grunn av det skjematiske oppsettet. En ytterligere analyse ville i tillegg kunne bidra til å sammenlikne

resultatene fra de ulike framgangsmåtene. Etter å ha brukt Graneheims & Lundmann`s analyseskjema ble det foretatt en endring ved at to kategorier ble slått sammen. Resultatet ble derfor tre kodegrupper mot i utgangspunktet fire (se vedlegg 5).

3.6 Ethiske betraktninger

Helsinkideklarasjonen (WMA Declaration of Helsinki, 2008), påpeker viktigheten av at informantenes velferd og integritet ikke krenkes. For å ivareta dette prinsippet fikk deltakerne skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt og formål. Samtlige ble gjort oppmerksomme på at deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Data fra fokusgruppeintervjuene ble forsvarlig oppbevart i eget låsbart skap. Videre ble utsagn fra informantene anonymisert, og gjenkjennbare sitater er utelatt fra studien. Studien er godkjent av NSD (se vedlegg 1).

4.0 Resultater

Den vitenskapelige artikkelen danner utgangspunkt for resultatpresentasjonen. I kappens diskusjonsdel utdypes i tillegg betydningen av handlingskompetanse og kritisk tenkning.

4.1 Vitenskapelig artikkel

Kompetanseutvikling gir mestring

Informantene gav rike beskrivelser om deres erfaringer med å delta i akutfunksjonene. I begge kommunene var behovet for kompetanseutvikling tydelig. En av informantene forklarte det slik: "Vi får stadig flere pasienter hjem som trenger høy kompetanse... nå når vi har fått ø-hjelpssengen i tillegg... nå får vi helt andre kategorier enn vi hadde før..."

For informantene hadde kompetansehevingen i akuttsykepleie ført til økt faglig trygghet og mestring i rollen som sykepleier.

Utsagnet fra en av sykepleierne belyser dette: «Jeg har fått større trygghet som sykepleier... jeg har lært å sette ting i system og slappe av... Jeg har rett og slett en spennende arbeidshverdag!». En annen forklarte seg slik: "Økt kompetanse gir større trygghet. Trygghet til å kunne takle det akutte".

Integrering av kunnskap gjennom simulering og casetrening

Kombinasjonen av teori, simulering og casetrening gav, i følge informantene, tilstrekkelig mengdetrening til at de opplevde å håndtere det mentale stresset som oppstod ved utkall fra sykehusets alarmsentral. Erfaringer med at det mentale stresset fort gikk over i praktisk handling ble forklart med at de i reelle situasjoner gjenkjente handlingsmønsteret fra simulering og casetreningen. Dette gav dem trygghet og visshet om at «dette kan jeg» og «dette har jeg gjort før».

Utsagnet fra en av informantene belyser dette: «...jeg er helt tørr i munnen når jeg springer avgårde....jeg vet jo aldri helt hva jeg møter...men så er det allikevel noe med det... på bunnen ligger det allikevel en form for trygghet...midt i det utrygge...jeg tenker; jeg begynner på toppen... så vet jeg med meg selv at det kommer andre, jeg gjør så langt jeg kommer ...»

Da det i perioder kunne gå lengre tid mellom oppdragene ble den regelmessige simuleringen og casetreningen beskrevet som en forutsetning for å kunne opprettholde kompetansen i ordningen. En av sykepleierne uttalte følgende om kompetansebehovet: «Jeg mener faktisk at jo lengre borte fra sentrale strøk en bor, jo høyere burde kravet til kompetanse være!».

Antall akuttoppdrag varierte fra 10-15 oppdrag per år i den ene kommunen til 30-35 tilfeller per år i den andre. Oppdragene omfattet et bredt spekter fra sykdom og skade hos små barn, til akutt sykdom, forverring av kronisk sykdom, eller større ulykker. Timeantallet for å sertifiseres til å delta i ordningen varierte i de aktuelle kommunene. I den ene kommunen var kravet 100 timer teori og praksis som ble avsluttet med teoretisk og praktisk eksamen. I den andre kommunen var utgangspunktet 10-12 timer, men her ble det etter hvert lagt mer vekt på regelmessig opplæring og trening i små grupper. I denne kommunen var re-trening integrert i turns. I begge kommunene var det utarbeidet skriftlige delegasjonsordninger for medisinske prosedyrer. Delegasjonene ble skrevet ut og godkjent av kommunens overlege.

Betydning av nærhet til tjenestene

Nærhet til tjenestene omfatter i denne sammenheng både en geografisk nærhet til innbyggere og helsetjenestene, og nærhet i form av at helsepersonell og kommunens innbyggere i mange tilfeller kjente til hverandre. I studien framstod nærheten til tjenestene både som en styrke og en utfordring. Samtlige informanter i begge fokusgrupper gav klart uttrykk for at funksjonen var en fordel for pasienten. I begge fokusgruppene ble det beskrevet situasjoner hvor tidlig innsats, lokalkunnskaper

og kjennskap til den akutt syke eller skadde hadde påvirket situasjonen i positiv retning. Samtidig gav informantene også uttrykk for at det kunne være utfordrende med så små forhold.

Holdningene til å delta i en akuttfunksjon framstod for informantene som en mulighet til å øke kompetansen innenfor fagområdet og samtidig bidra til å gjøre en innsats for pasient og samfunn.

En av informantene uttalte følgende: «... det er tross alt bedre å ha kompetansen og dermed kunne gjøre noe i situasjonen enn å ikke ha kompetanse når ting skjer...». En annen utdypet dette ved å si: «Jeg synes egentlig vi kan fortelle om ganske mange alvorlige hendelser... til å være en så liten plass... det vitner bare om at det er behov for ordningen...».

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, støtten fra ledelsen og den opplevde nytteverdien var begrunnelsen for av at informantene opplevde at egen tålegrense innenfor akuttfunksjonen var høy.

En av deltagerne understreket dette ved å si: «Ja! Det er noen ganger vanskelig! Samtidig er det en spesiell opplevelse å møte kritisk syke pasienter igjen på butikken kort tid etter ulykker eller skader. Det er da jeg ofte tenker... heldige meg! Dette var jeg med på!».

Samarbeidet med andre nødetater ble beskrevet som svært fruktbart. En sykepleier beskrev samarbeidet slik: "Vi kjenner både dem på ambulansen og på AMK godt nå. Vi utfyller hverandre. Vi hadde jo aldri klart oss uten dem, men jeg begynner å tro at de ikke ville vært uten oss heller..."

5.0 Diskusjon

I det følgende diskuteres sykepleiernes deltagelse i kommunale akuttfunksjoner ut fra tre perspektiv; pasientperspektivet, sykepleierperspektivet og samfunnsperspektivet. I tillegg drøftes betydningen av handlingskompetanse og kritisk tenkning.

Pasientperspektivet

Helsegevinsten av tidlig innsats ved tidskritiske hendelser er godt dokumentert i både nasjonal og internasjonal forskning (Bakke et al., 2013; Kidher et al., 2012). Mange studier viser at tidsfaktoren

ved akutt oppstått sykdom, skade eller ulykke kan bidra til å avgjøre sluttresultatet i forhold til skadeomfang, funksjonsnivå og mortalitet (Noland, 2003; Kristiansen, 2013). I rapporten fra «Nasjonal utviklingskonferanse for den akuttmedisinske kjede», brukes begrepet "mulighetens vindu" om de små biologiske rammene som eksisterer innenfor akuttmedisinske hendelser. "Mulighetenes vindu" beskrives som svært trangt, særlig ved alvorlige og livstruende akutte skader eller sykdomstilstander som hjerteinfarkt eller store ulykker eller traumer (Helsedirektoratet, 2012). I situasjoner hvor minutter teller vil et godt behandlingsresultat vil være avhengig av tidlig identifisering, en godt organisert prehospital kjede og en sentralisert spesialisthelsetjeneste.

Sykepleieperspektivet

«Sykepleiefaglig tilfredstillelse»

Et overraskende funn i studien var at informantene i begge kommunene beskrev en form for «sykepleiefaglig tilfredstillelse» ved å delta i akutfunksjonen. Begrepet ble utviklet på bakgrunn av informantenes inngående og rike beskrivelser av hvordan de opplevde mening og mestring gjennom å bruke bredden i den sykepleiefaglige kompetanse hos pasienter som var rammet av akutt sykdom eller skade. Kombinasjonen av kompetanse i akutt sykepleie, erfaring fra klinisk praksis og lokale kunnskaper gav informantene en opplevelse av å i større grad enn før bruke bredden i sykepleiefaget både i tilknytning til akutfunksjonen og i det daglige arbeidet.

Kritisk tenkning

Informantene i studien la stor vekt på at deltagelse i akutt-funksjon var «i-tillegg til» til ambulansetjenesten og ikke «istedenfor». Informantene var kjent med at akutfunksjonen ikke var en lovpålagt tjeneste, men valgte å se på funksjonen som en mulighet til å utvikle kompetansen og i tillegg bidra til beste for lokalmiljøet. For informantene hadde erfaringer fra akutfunksjonene ført til større grad av refleksjon og kritisk tenkning i komplekse og utfordrende situasjoner, en erfaring som ble overført i det daglige arbeidet. Nasjonale og internasjonale studier viser en sammenheng mellom sykepleieres kompetanse og evne til kritisk tenkning. Jo høyere kompetanse, dess bedre evne til å vurdere og tenke kritisk (Chang, Chang, Kuo, Yang, Chou, 2011; Wangensteen, 2010). Fokus på å utvikle evnen til kritisk tenkning bør derfor være sentralt i arbeidet med kompetanseutvikling. Internasjonalt løftes sykepleieres evne til kritisk tenkning fram som sentralt i utdanningssystemet for sykepleiere. I Norge vektlegges dette i mindre grad i sykepleieutdanningene (Granum, Opsahl & Solvoll, 2012).

Handlingskompetanse

Kompetanseutvikling gjennom teori, simulering og trening i team, hadde bidratt til å øke handlingskompetansen. I fokusgruppeintervjuene forklarte informantene hvordan de i situasjonen kartla, analyserte og vurderte den akutt syke eller kritisk skadde. Beskrivelser og eksempler på faglige vurderinger, begrunnelser og refleksjoner styrker oppfatningen av at evnen til kritisk tenkning ble brukt aktivt. Informasjon fra pasient eller publikum og ofte tidligere kjennskap til den syke eller skadde ble sammenfattet med egne observasjoner og målinger. Disse ble vurdert opp imot tidligere erfaringer og ervervet fagkompetanse. Debrifing og evaluering i etterkant av større hendelser både sammen med egne kollegaer og i noen tilfeller andre nødetater, bidrog til kontinuerlig læring gjennom refleksjon og kritisk tenkning.

En status- trend-, og behovsanalyse gjennomført av Helsedirektoratet (2012), synliggjør behovet for å utvikle og i større grad bruke breddekompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Dette behovet bekreftes også i flere overordnede føringer (Meld. St. 10 (2012-2013); Meld. St.29 (2012-2013)). Med dette bakteppet må kommunale akuttfunksjoner ses som en innovativ og samfunnsnyttig satsning.

Samfunnsperspektivet

Kommunale akuttfunksjoner betegner i praksis første ledd i den organiserte akuttmedisinske respons. I Norge har akuttfunksjoner som dette ofte vært en tilleggsfunksjon til ansatte i brannvesenet, politi, frivillige, og i noen tilfeller i tilknytning til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (Olsen et al., 2014). I en studie fra Finnmark og Troms, med store avstander og spredt bosetning, ble det gjennomført en studie med 41 kommuner hvor den kommunale akuttberedskapen ble undersøkt. Studien undersøkte i hvilken grad ansatte fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten inngikk i lokale akuttmedisinske team. Resultatet viste at kun 10 av 41 kommuner hadde et organisert samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenestene, lege og ambulansetjenesten (Hilpusch, Parschat, Fenes, Aaraas, Gilbert, 2011).

I helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny akuttforskrift skjerpes kravet til kvalitet i de etablerte akuttmedisinske tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Samtidig åpner forskriften for at kommuner kan inngå avtaler med frivillige organisasjoner eller lokalt brannvesen for å bistå som et ledd i den pre-hospitale kjeden. Det er imidlertid ingen nasjonale retningslinjer eller krav som styrer innholdet i avtaler som dette. Et aktuelt spørsmål er hvorfor det ikke legges opp til å

videreutvikle kompetansen hos det allerede eksisterende helsepersonellet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene for å bistå i funksjoner som dette. Beskrivelser av bredde og variasjon i type oppdrag som framkommer i studien viser at kompetansebehovet i rollen som første respons omfatter langt mer enn grunnleggende hjerte-lungeredning eller førstehjelp ved skader. Synergieffekten som akuttfunksjoner som dette medfører bidrar til å styrke oppfatningen av at løsninger som dette vil styrke kvaliteten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

5.1. Metodevurderinger

Kriterier for å bedømme om forskningen er av god kvalitet vil variere mellom de ulike tradisjonene. Denne studien tar utgangspunkt i Graneheim & Lundmann`s måleredskap for å tilstrebe troverdigheten i forskningen. Graneheim & Lundmann bruker begrepene troverdighet, overførbarhet og pålitelighet, og disse begrepene må ses i en sammenheng.

Kvale & Brinkmann (2009), forklarer troverdighet med graden av overensstemmelse med den objektive virkeligheten. Hensikten med å gjennomføre pilotintervju var å undersøke om intervjuguiden gav relevante svar i forhold til studiens problemstilling. Troverdigheten er forsøkt ivaretatt ved å gjøre forskningsprosessen så transparent som mulig gjennom å redegjøre for bakgrunn for valg av oppgave og egen forforståelse. Videre er valg av design og utvalg av informanter begrunnet. Data fra intervjuet er transkribert av intervjuer selv, og analyseskjemaet er gjort tilgjengelig for leser.

Overførbarhet kan forklares som overføringsverdi til praksis. God overførbarhet kan bidra til å gi andre økt innsikt i et fenomen (Graneheim & Lundmann, 2004; Thagaard, 2013). Resultatene fra denne studien kan være nyttig kunnskap for andre distriktskommuner som opplever utfordringer knyttet til lang responstid for nødetater ved tidskritiske hendelser. Videre kan studien synliggjøre verdien av å utvikle kompetanse i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Påliteligheten vil være avhengig av hvordan prosessen som leder fram til resultatene har vært. Innenfor kvalitative studier hvor forsker bruker seg selv som verktøy, vil grundig redegjørelse av forskers forforståelse, samt grundige beskrivelser av forskningsprosessen være viktig. Dette er tidligere gjort rede for i egne kapitler.

6.0 Konklusjon

Den overordnede satsningen på å sentralisere nødetater til større enheter medfører behov for vurdere kompensierende tiltak for å hindre ytterligere økning i responstider. Å bruke kommunalt ansatte sykepleiere i en akutfunksjon ser ut til å ha flere gunstige effekter. Geografisk nærhet til pasientene, gode lokalkunnskaper og god breddekompetanse i rollen som sykepleier ser ut til å være sentrale faktorer som kan bidra til å redusere tidsfaktoren fra akutt sykdom eller ulykke oppstår til øyeblikkelig-hjelp tiltak iverksettes.

Kompetanseutvikling i akuttsykepleie ser i tillegg ut til å øke handlingskompetansen og evnen til kritisk tenkning hos deltagerne i akutfunksjonen. Denne kompetansen vil ha stor overføringsverdi til det daglige arbeidet i møte med stadig sykere pasienter.

Sykepleiernes opplevde «sykepleiefaglige tilfredsstillelse» gjennom å delta i akutfunksjonen synliggjør betydningen av å oppleve mestring og personlig vekst og utvikling på jobb.

For å lykkes med å etablere kommunale akutfunksjoner som dette framstod følgende suksesskriterier; god ledelsesforankring og støtte hos kommunens faglige ansvarlige, regelmessige re-treninger, og gode rutiner for debriefing etter alvorlige hendelser.

Referanser

Aiken, L.H, et al (2014) Nurse staffing and education hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, Vol:383 No. 9936, June 28, 2014, p2185-1830

Hentet fra:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/fulltext)

Akuttutvalget (2014) *Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet*, 31.

oktober 2014. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/akuttutvalgetsdelrapport.pdf>

Bakke, H.K, Hansen, I.S, Bendixen, A.B, Morlid, I., Lilleng, P.K.&Wisborg,T. (2013)

Fatal injury as a function of rurality – a tale of two Norwegian counties. *In: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2013, 21:14 doi:10.1186/1757.

Hentet fra: <http://www.sjtrek.com/content/21/1/14>

Benner, P. (2001) *Fra novise til ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleie*. Munksgaard. 1995.

Bing-Jonsson P.C, Bjørk, I.T, Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C.(2013).

Competence in advanced older people nursing: development of «Nursing older people-competence evaluation tool” *International Journal of Older People Nursing*, 2013; 10:59-72.

Brandstorp, H. (2014) *Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget*.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Det helsevitenskapelige fakultet.

Hentet fra:

http://www.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/Offentlig_innspill_til_akuttutvalget_fra_NSDM_2014.pdf

Brenden, T.K., Storheil, A.J., Grov, E.K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i

sykehjem – ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, Vol.7.nr. 1, 61-75. (2011).

Callans, D.J. (2004) Out of hospital cardiac arrest-the solution is shocking. *N Engl J Med*. 2004; 351 (7):632-4.

- Chang, M.J., Chang, Y-J., Kuo, S-H., Yang, Y-H. & Chou, F-H. (2011). Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *In: Journal of Clinical Nursing, 20, 3224-3232 (2011).*
- Clark, D.E, Winchell, R.J & Betensky, R.A (2013). Estimating the effect of emergency care on Early survival after traffic crashes. *Accid Anal Prev. 2013 Nov; 60; 141-7.*
- Dinh, M., Bein, K., Roncal, C.M., Petchell, J. & Brennan, J. (2013). Redefining the golden hour for severe head injury in an urban setting: The effect of prehospital arrival time on patient outcomes. *Injury May 2013. Volume 44, Issue 5, Pages 606-610.*
- Dreyfus, H.L & Dreyfus, S.E. (1986). *Mind over machine. The power of Intuition and Expertise in the Era of the computer.* New York, 1986.
- Folkestad, E.M, Gilbert, M. & Steen-Hansen, J.E. (2001). Når det haster – prehospitala responstider i Troms i 2001. *Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:324-8*
Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/965863>
- Gale, R. (2009) Asking Questions that Matter ... Asking Questions of Value. *International Journal for the Scholarship of Teaching and Learning, 3(2):1-9.(2009).*
Hentet fra:
<http://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1169&context=ij-sotl>
- Gautun, H & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport nr. 8/13. NOVA. 2013.
Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>

Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). Graneheim&Lundman`s Qualitative Contant Analysis in Nursing research: concepts, procedures and mesures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24:105-12.

Granum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B-A. (2012). Hva kjennetegner kritisk tekning? *Sykepleien Forskning* nr. 1, 2012; 7:76-84..

Hentet fra:

<https://www.nsf.no/forskning/forskningsartikkel/833491/hva-kjennetegner-tenkning?>

Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklarepasienter? *Sykepleien Forskning*. 2013;2:148-55.

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2010

Hartigan, I., Siobhan, M., Flynn, A. & Walshe, N. (2010) Acute nursing episodes which challenge graduate`s competence: Perceptions of registered nurses. In: *Nurse Education in Practice* 10 (2010) 291-297

Helsedirektoratet (2015). *Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren*. 10.03.2015

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/889/N%C3%B8kkeltall%20for%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf>

Helsedirektoratet (2012) *Mot lysere tider. Nasjonal utviklingskonferanse for den akuttmedisinske kjede*. Rapport IS- 0361. Helsedirektoratet. Oslo.

Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/230/Rapport-fra-nasjonal-utviklingskonferanse-for-medisinsk-nodmeldetjeneste-tromso-2012-IS-0361.pdf>

Helsedirektoratet (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten*.

En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Rapport IS-1966. Oslo.

Helsinkideklarasjonen (2008). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.

Hentet fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Helse og omsorgsdepartementet (2014). *Høring- forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Horing--forslag-til-ny-akuttmedisinforskrift-og-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-pasientjournal/id761076/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* LOV-2011-06-24-40. Helse- og omsorgsdepartementet (Oslo)

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

Hilpusch, F., Parschat, P., Fenes, S., Aaraas, J., Gilbert, M. (2011) Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. *Tidssk. Nor Legeforen* 2011; 131:28-31

Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/2061932>

Hilsen, A.I. & Tønder, A.H. (2013). *Saman om kompetanse og rekruttering – en kunnskapstatus*. Fafo- notat. 2013:3.

Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/prosjekter/saman_om_ein_betre_kommune/2-1_hva_er_kompetanse_og_strategisk_kompetansestyring.pdf

Huseby et. al. (2015) *Samhandlingsstatistikk (2013-14)*. Rapport IS-2245. Helsedirektoratet.

Karolinussen, M.(2011) «*Nightingales arv- ny forståelse*». Gyldendal Norsk forlag. Oslo.

Kidher, E., Krasopoulos, G., Coats, T., Charitou, A., Magee, P., Uppal, R. & Athanasiou, T. (2012). The effect of prehospital time related variables on mortality following severe thoracic trauma. *In: Injury September 2012, Volume 43, Issue 9, Pages 1386-1392.*

Kim, S.H. (2010) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Springer Publishing Company. 2010

Kirkevold, M. (2007) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal.

Kristiansen T. (2013). Epidemiology and management of traumatic injuries: a population-based study of fatal trauma and assessment of geographical challenges in the organization of trauma care. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*. Vol 57, Issue 1 ,page 1334, Nov 2013.

Kristiansen, T., Rehn, M., Gravseth, H.M., Lossius, H.M. & Kristensen, P. (2012). Paediatric trauma mortality in Norway: A population- based study of injury characteristics and urban-rural differences. *In: Injury*. Volume 43, Issue 11, November 2012, Pages 1865-1872.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*.

Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplansykepleierutdanning_08.pdf

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lai, L.(2013) *Strategisk kompetansstyring*. Fagbokforlaget

Larun, L. (2010) Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier.

I: *Michael 2010; suppl 9:55-50*.

Hentet fra: http://www.dnms.no/index.php?supp_id=123812&a=5

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Universitetsforlaget. Oslo

Meld. St.10 (2012-2013).(2013) *God kvalitet-trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet (Oslo).

Hentet fra:<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?docId=STM201220130010000DDDEPIS&ch=1&q=>

Meld. St.13, 2011-2012.(2012) *Utdanning for velferd*. (Oslo). Kunnskapsdepartementet.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

Meld. St. 25. (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-id200879/?docId=STM200520060025000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=8>

Meld. St. 29. (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?docId=STM201220130029000DDDEPIS&ch=1&q>

Noland, R. B. (2003). Traffic fatalities and injuries: the effect of changes in infrastructure and other trends. *In Accident Analysis & Prevention, Vol. 35, Issue 4, July 2003, Pages 599-611.*

Nordheim, K. & Thoresen, L. (2015). Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien- på rett sted til rett tid? I: *Sykepleien forskning, nr. 1, 2015; 10: 14-22.*

Norsk Luftambulans (2015). *Mens du venter på ambulansen*.

Hentet fra: <http://www.norskluftambulans.no/mens-du-venter-pa-ambulansen/>

Norvedt M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. (2012).

Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Akribe. 2012.

Olsen, A.K et al. (2014). *Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet*.

Helse- og omsorgsdepartementet, oktober, 2014. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/akuttutvalgetsdelrapport>.

- Ottestad, H. K & Birkestrand, T. (2014). Færre overliggere i sykehus. I: *Sykepleien*, 2014. 102 (2): 49-51. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/forskning/2014/02/faerre-overliggere-i-sykehus>
- Pedersen, K.R., Tingvoll, W.A. (2014). Samhandlingsreformen- utfordringer, løsninger og implikasjoner. I: Kassah, B.L., Tingvoll, W.A., & Kassah, A.K (Red.).
Samhandlingsreformen under lupen. (2014). Fagbokforlaget. Bergen
- Pell J.P, Sirel J.M, Marsden A.K, Ford I., Cobbe S.M., (2001). Effect of reducing ambulance responsetimes on deaths from out of hospital cardiac arrest: cohort study. *BMJ* 2001;322(7299):1385-8.
Hentet fra:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC32251/>
- Pulcini, J., Loke, A.Y., Gul, R., & Jelice, M. (2010). An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practise and Regulation .In: *Journal of Nursing Scholarship*.2010; 42:31-9.
- Schøn, D. A. (2001) *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker når de arbejder*. Kuhlmann, J & Krogh-Jespersen, A.K. (Red.) Forlag: Klim
- St.meld. nr.47, 2008-2009 (2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted- Tilrett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet (Oslo)
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Still, I.G. et al. (2004). Out of hospital arrest- the solution is shocking. *N Eng J Med*. 2004. Aug 12;351 (7):632-4
Hentet fra: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040325#t=articleTop>
- Thagaard, T.(2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen.

Wangensteen, S. (2010). *Newly graduated nurses`perception of competence, critical thinking and research utilisation*. Karlstad University Studies. 2010: 24.

Vitenskapelig artikkel

**«Sykepleierollen i endring –
sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»
- en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten**

Forfatter:

Øyvor Sønstabø, sykepleier
Solbakken 14
4387 Bjerkreim
oyvor.sonstabo@bjerkreim.kommune.no
Mob.40001140

Maj-Britt Råholm, professor
Høgskolen i Sogn og Fjordane, FØRDE
Avdeling helsefag

Antall tegn:

3000

Antall tabeller:

2

Søkeord; sykepleiekompetanse, kommunehelsetjeneste, samhandlingsreformen, akuttmedisin, prehospitaltjenester.

Artikkelen er utarbeidet etter retningslinjene i Tidsskriftet Sykepleien Forsking.

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

Sammendrag

Bakgrunn

Innføring av samhandlingsreformen har ført til at sykepleierollen er i endring. Denne studien omfatter to kommuner som har iverksatt tiltak i form av kompetanseutvikling innenfor akutt sykepleie for å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden. Bakgrunnen for tiltaket er utfordringer knyttet til lang responstid for nødetater ved tidskrisiske hendelser.

Hensikt

Studiens hensikt er å undersøke sykepleiernes erfaringer med å delta i en kommunal akuttfunksjon med formål å redusere responstiden i tidskrisiske hendelser.

Metode

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer i to ulike kommuner med til sammen 14 sykepleiere og en vernepleier.

Resultat

Kommunale akuttfunksjoner organisert under den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ser ut til å kunne effektivisere den akuttmedisinske kjeden i områder med lange avstander til stasjonerte nødetater. Dette ble begrunnet med økt breddekompetanse, nærhet til skade eller ulykkessted og gode lokalkunnskaper.

Kompetanseutvikling i akutt sykepleie og erfaringer med å delta i en kommunal akuttfunksjon ser ut til å øke opplevelsen av mestring av utfordrende situasjoner. Den opplevde «sykepleiefaglige tilfredstilelsen» ved å delta i akuttfunksjonen ble begrunnet i større faglig trygghet og økt handlingskompetanse på bakgrunn av regelmessig simulering, casetrening og samarbeid med andre nødetater. Erfaringer fra akuttfunksjonen hadde stor overføringsverdi til det daglige arbeidet i møtet med stadig sykere og mer komplekse pasientsituasjoner.

Konklusjon

Studien har bidratt til å utvikle ny og systematisert kunnskap innenfor et område hvor det fra før eksisterte lite forskning. Studien synliggjør muligheter for å utvide sykepleieres funksjons- og ansvarsområder til også å omfatte deltagelse kommunale akutfunksjoner. Informantenes opplevde «sykepleiefaglige tilfredsstillelse» ved å delta i ordningen viser gevinsten av å øke bruken av breddekunnskap i sykepleiefaget både i akutte situasjoner og i det daglige arbeidet. Å delta i akutfunksjoner økte sykepleiernes opplevelse av mening og mestring i arbeidshverdagen. Denne effekten vil være gunstig både for ansatte og for arbeidsgiver.

Selv om akutfunksjoner som dette ser ut til å ha flere positive effekter vil den største gevinsten ved lokale funksjoner som dette være den helsemessige gevinsten som tilfaller dem som rammes av akutt sykdom eller skade utenfor sentrale strøk av landet.

Abstract

Key words: nursing, nursing skills, qualitative, municipal health care services, competence, emergency medicine, pre-hospital services.

Background

The purpose of this study is to describe nurses' experiences of making necessary measures in order to reduce the response time in emergency situations. The study has a qualitative design and two municipalities were included. These municipalities have introduced an emergency operation programme organized as one of the main activities underlying the nursing and care services. Data was developed by using focus group interviews.

Purpose

The purpose of the study is to examine the nurses' experiences with participating in a municipal emergency operation aiming to reduce the response time for time-critical incidents.

Method

Two focus group interviews were conducted from two different municipalities with 14 nurses and a social educator in all.

Results

Municipal emergency operations organized under the municipal health care services seem to be able to improve the efficiency of the emergency medical chain in areas with long distances. This was justified in broad expertise, proximity to injury or accident scene, and good knowledge of local conditions. The sum of these factors gave participants in the emergency operation the possibility of an early implementation of measures.

Skills development in emergency nursing, and experience with participating in a municipal emergency operation appears to increase the feeling of mastering challenging situations. The "nursing professional satisfaction" experienced was justified in greater professional confidence and increased skills of action, on the basis of regular simulations, case training and

cooperation with other emergency services. Experience with managing complex and time-critical incidents in emergency operations had transfer value to everyday work facing increasingly ill and complex patient situations.

Conclusion

The study has contributed to the development of new, systematized knowledge in an area where little research existed in the past. The study sheds light on the possibilities for expanding the duties and responsibilities of nurses to also include participation in acute duties at the municipal level. The "satisfactory nursing" that the respondents experienced through their participation in the program sheds light on the benefits of increased use of broad knowledge in nursing during acute situations, as well as in their everyday work. The nurses' participation in the acute duties increased their level of mastery and sense of importance of their daily work day. This effect will benefit employees and employer alike. Although these types of acute duties appear to have more positive effects, the greatest benefit from local functions such as this one will be the health benefit to those who experience acute illness or injury outside the central parts of the country.

Innledning

Denne artikkelen undersøker hvordan sykepleiere i kommunale akuttfunksjoner erfarer å være en del av denne tjenesten. Datainnsamlingen er utført i to distriktskommuner som har satset på kompetanseutvikling innenfor akutt sykepleie. Hensikten har vært å etablere en akuttfunksjon til bruk ved tidskrisiske hendelser og samtidig bruke ervervet kompetanse i det daglige arbeidet. Ved akutt sykdom eller skade hos kommunens innbyggere kalles sertifiserte sykepleiere ut og iverksetter tiltak fram til andre nødetater ankommer. Når nødetater ankommer går kommunens helsepersonell tilbake til ordinært arbeid.

Innføring av samhandlingsreformen er en av de største endringsprosessene i helsesektoren etter krigen (1). I reformen gis helsetjenestene en ny retning gjennom økt fokus på tidlig innsats, bedre samhandling og mer nærhet til tjenestene (2). For mange kommuner vil disse endringene medføre utfordringer både i forhold til kapasitet og kompetanse innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (3). Behovet for kompetanseutvikling og utvikling av kommunale pleie- og omsorgstjenester synliggjøres i flere stortingsmeldinger (4-8).

Flere pasienter med mer komplekse behov vil kunne føre til et økende antall øyeblikkelig hjelp- innleggelse i sykehus. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at to av tre pasienter i norske sykehus er øyeblikkelig- hjelp pasienter, og insidensen er økende. De vanligste innleggelses årsaker er tidskrisiske hendelser som hjerte- kar sykdommer, skader eller sykdommer i åndedrettsystemet (9). Forskning viser at lang responstid ved tidskrisiske hendelser både er en helsefaglig og samfunnsøkonomisk utfordring da tidsfaktoren fra ulykker inntreffer til behandling iverksettes kan ha stor betydning for pasientens prognose (10-12). Studier viser at innbyggere i distriktskommuner har omkrig 33 prosent høyere risiko for å dø av ulykker og skader enn befolkningen i mer sentrale strøk (11-12). Risikoen er begrunnet i geografiske forhold og derav utfordringer knyttet til kompetanse og lang responstid (11-15).

Ønsket om, og behovet for å sentralisere nødetater til større miljø har lenge vært kjent.

Satsningen på sentralisering av nødetater er begrunnet i behovet for å etablere større og mer

robuste fagmiljøer. En uheldig konsekvens ved en økende sentralisering er faren for ytterligere økning i responstider for innbyggere i distriktskommuner (15).

Innføring av samhandlingsreformen har medvirket til at sykepleierollen er i endring (16). Karoliussen (17), hevder kjernen i dagens sykepleie omfatter tre hovedområder; ferdigheter i kommunikasjon (kommunikologi), evne til å forstå- og se sammenhenger (humanøkologi), og kompetanse til å ivareta helse og sykdom (psykonevroimmunologi). Endringene oppstår endringene på bakgrunn av flere pasienter med mer komplekse behov i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten(16). Helsepersonell har med bakgrunn i sin profesjon, plikt til å opprettholde og utvikle sin kompetanse gjennom kontinuerlig læring. Denne plikten synliggjøres både gjennom lovverk og gjennom sykepleieres yrkesetiske retningslinjer (18-19).

Dreyfus & Dreyfus hevder kompetanseutvikling skjer som en trinnvis prosess. Den nyutdannede novisen er bundet av regler, mens utvikling mot ekspertnivå medfører evner til analytisk tenkning og intuitiv handling og bruk av tolkning og skjønn i situasjonen (20). I følge Dreyfus & Dreyfus krever utvikling til ekspertnivå at en tør å utsette seg for risikoer, gjøre feil, og lære av feilene (20). På bakgrunn av utviklingen innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vil det være et økende behov for å utvikle helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til å tolke komplekse problemstillinger og iverksette tiltak på bakgrunn av faglig godt begrunnede vurderinger (21).

Det finnes mye forskning som bekrefter viktigheten av tilstrekkelig kunnskap og tidlig innsats ved akutte hendelser (22-25). Det synes imidlertid å være kunnskapshull i forhold til å bruke kommunalt ansatte sykepleiere som en del av den akuttmedisinske kjeden.

Hensikten med studien er å utvikle kunnskaper om sykepleieres erfaringer med å delta i en akuttfunksjon underlagt kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

Metode

Studien har et kvalitativt deskriptivt design hvor formålet har vært å utvikle kunnskaper om sykepleieres erfaringer med å delta i kommunale akutfunksjoner. Målet med kvalitativ metode er å tolke informantene på en gyldig måte for å få en dypere forståelse av fenomenet som undersøkes (26).

Datasamling

Fokusgruppe ble vurdert som den mest hensiktsmessige metoden da den sosiale interaksjonen som foregår mellom deltagerne kan bidra til å gi verdifull innsikt i det aktuelle temaet (26-27). Den semistrukturerte intervjuguiden omfattet tre hovedtemaer; kompetansesituasjonen i kommunen, erfaringer med kompetanseutviklingen i akuttisykepleie og samhandlingen mellom de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden. For å prøve ut spørsmålene i intervjuguiden ble det gjennomført prøveintervju bestående av fire sykepleiere som hadde fra mellom 4 og 16 års erfaring fra kommunehelsetjenesten. Det ble gjort små korrigeringer etter prøveintervjuet.

Utvalg

I utgangspunktet ble to kommuner som hadde etablert kommunale akutfunksjoner valgt ut. Begge kommunene var små (omkring 500 og 3000 innbyggere), og lå geografisk langt borte fra hverandre. Den ene kommunen var en innlandskommune på sør-vest i landet, den andre en kystkommune nord i landet. Inklusjonskriteriene for utvalget var fast ansettelse og godkjent sertifisering for deltagelse i akutfunksjonen. Virksomhetsleder i begge kommuner ble kontaktet og bistod med å rekruttere deltagere til studien. Til sammen fikk 15 deltagere forespørsel om å delta, og samtlige takket ja.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført høsten 2014. I den første fokusgruppen deltok åtte sykepleiere og i den andre seks sykepleiere og en vernepleier. For å ivareta prinsippet om anonymitet omtales alle informantene heretter som ”sykepleiere”. Dette kan forsvares med at vernepleiers utsagn sammenfalt med sykepleiernes utsagn. I fokusgruppene deltok to ledere, en i hver gruppe. En leders tilstedeværelse i et fokusgruppeintervju kan bidra til å påvirke

maktbalansen i gruppen og dermed hemme informantene i deres utsagn (27). Gjennomgang av analyselogg og det transkriberte materialet viste at ledernes deltakelse i fokusgruppeintervjuene ikke så ut til å hemme andre informanternes utsagn. I begge fokusgruppene var samtlige deltagere aktive. Intervjuene varte omkring en og en halv time. Det ble ført analyselogg under begge fokusgruppeintervjuene.

Analyse

Analyseprosessen startet umiddelbart etter hvert fokusgruppeintervju. I analysen ble det lagt vekt på ordrett transkripsjon. Det empiriske materialet ble først gjennomgått i sin helhet. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert, fargekodet og inndelt kodegrupper og deretter subgrupper etter inspirasjon av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (28). I alt ble det utviklet fire kategorier. De fire kategoriene ble mot slutten av analyseprosessen re-kontekstualisert for å vurdere det abstraherte innholdet i kategoriene opp imot informantenes opprinnelige utsagn. For å styrke troverdigheten ble det gjort et valg om å gjennomføre analysen to ganger. I tillegg til Malterud`s systematiske tekstkondensering ble det transkriberte materialet gjennomgått på ny, denne gang ved å benytte Graneheim & Lundman`s analyseskjema for kvalitativ innholdsanalyse (29). Ved å sette meningsbærende enheter inn i analyseskjema, ble oppsettet opplevd å være mer oversiktlig og detaljert. På bakgrunn av resultatet ved å benytte Graneheim & Lundman`s analyseskjema ble det utarbeidet tre kodegrupper mot fire etter første analyse.

Etiske overveielser

Respekten for medmennesket er grunnleggende for all samfunnsforskning (30). Før oppstart av fokusgruppeintervjuene fikk deltakerne derfor både skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt og formål. Samtlige ble gjort oppmerksomme på at deltagelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), som godkjente oppstart.

Resultater

Kompetanseutvikling gir mestring

Erfaringene med å delta i akutfunksjonen gav informantene en opplevelse av mestring og kontroll. En sykepleier understreket dette da hun beskrev sin første hjertestans: «Det er ikke så veldig mange år siden jeg opplevde min første stans. Det var forferdelig! Ambulansen var langt unna... vi prøvde det vi kunne, men vi visste innerst inne at det var håpløst. Vi hadde verken kompetansen eller utstyret vi trengte... heldigvis er det ikke slik nå lenger...»

Noen av informantene gav uttrykk for opplevelse av stress de første sekunder etter oppkall fra sykehusets alarmsentral. De hevdet imidlertid at ubehaget fort gikk over i praktisk handling. Forklaringen på dette var, i følge dem, at mengdetrening og innøvd systematikk i observasjoner og tiltak gav dem visshet i hva som måtte gjøres. Ambulansetjenestens systematiske framgangsmåte ved kartlegging av skadeomfang ble trukket fram som særlig nyttig læring.

Erfaring og breddekompetanse framstod som svært viktig i akutfunksjonen. Behovet for breddekompetanse ble begrunnet ut fra erfaringer med store variasjoner i aldersspenn og i type oppdrag. Informantene var tydelige på at akuttoppdrag omfattet langt mer enn kardiovaskulære lidelser eller trafikkulykker. En sykepleier sa det slik: «Vi har svært varierte oppdrag. Aldersspennet er stort. Jeg har flere ganger rykket ut til akutt syke barn. Hadde vi kun hatt kompetanse på hjertestans og ulykker hadde vi ikke kunne rykke ut på alle disse andre oppdragene...»

Integrering av kunnskap gjennom simulering og casetrening

Simulering og trening i team ble av sykepleierne beskrevet som en svært sentral og viktig del av kompetanseutviklingen. Denne form for trening gav deltagerne erfaringer som bidrog til at reelle akutsituasjoner framstod som gjenkjennbare; en opplevelse av at «dette kan jeg» og «dette har jeg gjort før». Videre framkom det at casetrening og trening i team gav dem erfaring i å skaffe seg oversikt, ta ledelsen og delegere.

Sykepleierne la imidlertid stor vekt på at akutt-funksjon var «i-tillegg til», og ikke ”istedenfor” andre nødetater. Oppfatningen var allikevel at deres innsats bidro til å effektivisere den akuttmedisinske kjeden. Dette ble begrunnet med geografisk nærhet til skade eller ulykkessted, gode lokalkunnskaper og derav muligheter for tidlig iverksetting av tiltak. Viktigheten av et godt samarbeid med andre nødetater ble understreket flere ganger i begge grupper. En informant forklarte dette slik: «Samarbeidet med ambulanse, koordinator og andre nødetater fungerer glimrende nå. Vi utfyller hverandre...». Tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten på verdien av tidlige observasjoner, dokumentasjon og iverksetting av tiltak hadde ført til at begge akutt-teamene førte egen journal som fulgte pasienten til sykehuset.

Betydning av nærhet til tjenestene

Rollen som sykepleier ute i distriktene ble tidlig trukket fram som noe særegent sammenliknet med større by kommuner. Informantenes oppfatning var at ansvarsfølelsen og krav til egne prestasjoner var mer uttalt i distriktene. Dette ble begrunnet med små forhold og ofte kjennskap til pasienter og pårørende. Egne og andres forventninger framstod allikevel

ikke som urimelige eller særlig belastende, men bidrog til at ansvarsfølelsen og kravene til egen kompetanse var høye. Utsagnet fra en av informantene understreker dette: «du skal kunne se naboer og familie i øynene etterpå og vite med deg selv at vi gjorde alt vi kunne selv om utfallet ble som det ble...». En annen forklarete fenomenet på denne måten: «Jeg kjente veldig på det når jeg søkte på jobben her at jeg fikk større forventninger til meg selv...oppstår det en situasjon her ute så er det ikke bare å ringe. Du må selv ta kontroll og vite hva du skal gjøre for det tar lang tid før hjelpen kommer...»

Deltagerne i fokusgruppeintervjuene fikk ofte tilbakemeldinger fra pasienter på at det opplevdes trygt å møte helsepersonell de kjente fra før. Informantene fortalte om situasjoner hvor deres tidlige innsats og kjennskap til pasienten hadde ført til nedgradering av hastegrad for andre nødetater. I noen tilfeller hadde kjennskap pasientens sykehistorie ført til at pasientene ble prioritert innlagt i kommunens omsorgssenter istedenfor i spesialisthelsetjenesten. Det ble imidlertid presisert at slike avgjørelser ble tatt av ansvarlig lege.

Diskusjon

Resultatene fra studien må tolkes med varsomhet. Resultatene må ses i forhold til at studien omfatter en avgrenset gruppe sykepleiere fra to små distriktskommuner. Samtidig viser tall fra statistikk sentralbyrå at halvparten av landets 428 kommuner har færre enn 5000 innbyggere (31). Resultatene kan bidra til å synliggjøre tendenser og peke på muligheter som ytterligere forskning kan bidra til å bekrefte eller avkrefte.

Deltagelse i kommunal akuttfunksjon – en ”sykepleiefaglig tilfredsstillelse”.

Et overraskende funn i studien var at informantene i begge kommunene beskrev en form for "sykepleiefaglig tilfredsstillelse" ved å delta i akuttfunksjonen. Begrepet «sykepleiefaglig tilfredsstillelse» ble utviklet på bakgrunn av informantenes inngående og rike beskrivelser av hvordan de opplevde mening og mestring gjennom å bruke bredden i sykepleiefaget. Kompetansen i akuttisykepleie i kombinasjon med mange års erfaring fra klinisk praksis ble brukt for å skaffe seg oversikt og kontroll i kaotiske situasjoner. Erfaringer med at de ofte var

først på skade- eller ulykkessted førte til at de måtte iverksette tiltak på eget initiativ (psykonevroimmunologi). I følge informantene ble ferdigheter i kommunikasjon brukt til å etablere tillit og berolige den akutt syke eller skadde (kommunikologi), mens gode lokalkunnskaper og ofte kjennskap til pasienten ble brukt til å belyse situasjonen på en best mulig måte (humanøkologi) (17).

Plikten til å være faglig oppdatert bekreftes både i lovverk og i yrkesetiske retningslinjer (18-19). For deltagerne i studien framstod plikten til faglig vekst og utvikling som en integrert moralsk holdning. I denne sammenheng ble begrepet «breddekompetanse» tatt opp. Flere hadde erfaring med at utkall på «røde oppdrag» omfattet langt mer enn kardiovaskulære lidelser. I begge kommuner hevdet informantene at det ikke var tilstrekkelig med grunnleggende hjerte-lunge redning i tilknytning til akuttfunksjonen. Erfaringer fra «akuttteamet» i Austevoll kommune bekrefter informantenes erfaringer. Studien fra Austevoll konkluderer med et uventet høyt antall akutte hendelser og stor bredde i type diagnoser (32).

Lederne av omsorgstjenestene, ansvarlige for akuttfunksjonen og kommunens overlege framstod som sentrale personer i kompetanseutviklingsarbeidet. Anerkjennelse og støtte fra disse personene var viktig, særlig etter krevende oppdrag. Informantene gav uttrykk for at de var villige til å strekke seg langt for å imøtekomme kommunelegens føringer og anbefalinger. Motsatt ønsket de ikke å implementere nye tiltak eller nytt utstyr uten at dette var vurdert og skriftliggjort av kommunes overlege. Flere studier viser at involvering på overordnet nivå er viktig både som motivasjonsfaktor og for tryggheten gjennom den faglige forankringen (33-36).

Simulering og casetrening - å forberedes på det uforutsigbare

I begge kommuner ble det lagt vekt å utvikle kompetanse gjennom simulering og trening i team. Simuleringsutstyret som ble brukt var ulikt i de to kommunene, men læringsutbyttet ble vurdert som svært stort begge steder. Oppfatningen var at denne form for trening gav dem tilstrekkelig mengdetrening og derav trygghet for å kunne mestre krevende situasjoner. Den positive effekten av simulering og trening i team understøttes i flere studier (36-37).

Elementet med å evaluere seg selv og bli evaluert av andre under øvelser framstod som svært nyttig. Schön (38), hevder reflekterende handlinger, "refleksjon in action", er sentralt for å sikre at ny kunnskap kommer til syne i praktisk handling. Kombinasjonen av praktisk trening på virkelighetsnære case samt evalueringen i etterkant gav deltagerne trening i å «forberedes på det uforutsigbare». En studie gjennomført av Sundstrøm & Dahlberg (39) synliggjør at essensen i den akuttmedisinske kjeden er å ha kompetansebeholdning god nok til å være forberedt på det uforutsigbare.

Nærhet til tjenestene – kompensering for sentralisering?

De senere år har det på overordnet nivå pågått en debatt om sentralisering av nødetater inn mot større fagmiljø. Bakgrunnen for debatten har vært utfordringer knyttet til sårbarhet og tilgang til kompetent personell (8, 40-41). I tillegg har diskusjoner om nasjonale krav til responstider pågått over flere år. I «Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet» redegjøres det for utfordringer knyttet til demografi og lang responstid. Utvalget peker på utfordringer ved at det ikke er definerte nasjonale krav til responstid, ei heller til kompetansekrav i ulike akutfunksjoner (8). Utfordringer knyttet til lang responstid er imidlertid ikke et nytt fenomen. Både nasjonalt og internasjonalt er det etablert ulike former for akutte team eller «first respondere» (32, 42-43). I Norge har akutfunksjoner som dette ofte vært organisert som en tilleggsfunksjon i brannvesen, politi, frivillige og i enkelte tilfeller i tilknytning til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (43). En fordel med å bruke kommunalt ansatte sykepleiere inn i funksjoner som dette kan være muligheten for å bygge videre på allerede eksisterende fagkompetanse. Endringer i

pasientkategorier og økende kompleksitet i hverdagen gjør at overføringsverdien til det daglige arbeidet vil kunne være stor.

En etisk utfordring med kommunale funksjoner som dette kan være den ekstra psykiske belastningen funksjonen kan medføre på bakgrunn av kjennskap til den akutt syke eller skadde. Skal ordninger som dette fungere over tid vil det være nødvendig å sette av tid til samtale og debriefing etter større ulykker eller traumer. Selv om begge kommuner hadde gode rutiner for debriefing, vil det være nødvendig å etterse at retningslinjene og rutinene etterleves i praksis. Det faktum at akuttfunksjonen er et supplement til ambulansetjenesten og ikke en erstatning kan i seg selv bidra til å redusere den psykiske belastningen det i perioder kan være å delta i funksjoner som dette.

Et interessant fenomen var at informantene i svært liten grad problematiserte den tilleggsoppgaven det var å delta i akuttfunksjonen. Uttalte holdninger som «ønske om å bidra», og «gleden av å mestre», så ut vil å overskygge de ulemper og den mer-belastning deltagelse i en kommunal akutt-funksjon tross alt vil kunne medføre. Telemarksforskning gjennomførte i 2012 en studie med femten distriktskommuner som på ulike måter så ut til å lykkes til tross for sin størrelse og beliggenhet. Studien konkluderte med tre ulike fenomener som kjennetegnet disse kommunene. Fenomenet «stedlig kultur», ble forklart som småkommuners grunnleggende positive og offensive holdning til utvikling. Uttrykket «smådriftsfordeler» ble forklart med kort vei til fra ide og handling, mens begrepet «ildsjeler» beskrev enkeltpersoners betydning, innsats og evne til å bruke endringer og kriser til å se muligheter (44). Funn som dette kan bidra til å forklare hvorfor deltagerne i fokusgruppene i svært liten grad problematiserte utfordringer knyttet til akuttfunksjonene.

Konklusjon

Studien har bidratt til å utvikle ny og systematisert kunnskap innenfor et område hvor det fra før eksisterte lite forskning. Studien synliggjør overvekten av positive effekter ved å utvide sykepleieres funksjons- og ansvarsområder til også å omfatte deltagelse kommunale akuttfunksjoner. Effekter som dette vil være gunstige både for ansatte og for arbeidsgivere.

Studien er imidlertid liten og det er behov for videre forskning som omfatter større systematiske og langvarige studier som både omfatter brukerperspektivet og som følger sykepleiere i funksjonen over tid.

Kommunenes ansvar for å etablere kommunale akuttfunksjoner som dette kan forstås som «å tilby faglig forsvarlig helsehjelp i tide». Definisjonen av «i tide» kan se ut til å variere i forhold til hvor en bor i landet. Det kan stilles spørsmål ved om det er politisk riktig at distriktskommunene selv skal vurdere verdien og nødvendigheten av å iverksettes lokale akuttfunksjoner for å kompensere for økende sentralisering. Det bør utarbeides nasjonale retningslinjer for funksjoner som dette for å unngå et økende antall lokale varianter som etter beste evne forsøker å kompensere utfordringer knyttet til lang responstid.

Den største gevinsten med å etablere lokale akuttfunksjoner som dette vil allikevel tilfalle dem som rammes av akutt sykdom eller skade utenfor sentrale strøk av landet.

Referanser

- 1 **Kassah BLL, Tønnessen S & Tingvoll WA.** Samhandlingsreformen- utfordringer, løsninger og implikasjoner. I: Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene. Fagbokforlaget. Bergen.2014
- 2 **Helse- og omsorgsdepartementet.** St.meld. nr.47, 2008-2009 (2009)
Samhandlingsreformen – Rett behandling- på rett sted-Til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet (Oslo). Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- 3 **Gautun H & Syse A.** Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Rapport nr.8/13. NOVA. (2013).
Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-ogarbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>
- 4 **Helse- og omsorgsdepartementet.** Meld. St.10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo. 2013.
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?docId=STM201220130010000DDDEPIS&ch=1&q=>
- 5 **Helse- og omsorgsdepartementet.** Meld St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo. 2013. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?docId=STM201220130029000DDDEPIS&ch=1&q=>
- 6 **Kunnskapsdepartementet.** Meld. St.13, 2011-2012. Utdanning for velferd. (Oslo). Kunnskapsdepartementet. Oslo.2012.
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

- 7 **Helse- og omsorgsdepartementet.** St. meld.nr.25, 2005-2006. (2006). Mestring, muligheter og mening Oslo. 2006. Hentet fra:
[https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-
/id200879/?docId=STM200520060025000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=8](https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/?docId=STM200520060025000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=8)

- 8 **Helse- og omsorgsdepartementet.** Akuttutvalgets delrapport til Akuttutvalget. 31. oktober 2014. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/akuttutvalgetsdelrapport.pdf>

- 9 **Statistisk sentralbyrå, SSB.** Pasienter på somatiske sykehus, 2013. Hentet fra:<http://www.ssb.no/pasient/>

- 10 **Helsedirektoratet.** Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren 10.3.2015. Tilgjengelig fra:<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/889/N%C3%B8kkeltall%20for%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf>

- 11 **Kristiansen T.** Epidemiology and management of traumatic injuries: a population-based study of fatal trauma and assessment of geographical challenges in the organization of trauma care. Acta Anesthesiologica Scandinavica. Vol 57, Issue 10, page 1334, Nov 2013.

- 12 **Bakke HK, Hansen IS, Bendixen AB, Morlid I, Lilleng PK & Wisborg T.** Fatal injury as a function of rurality – a tale of two Norwegian counties. In: Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2013, 21:14 doi:10.1186/1757.

- 13 **Clark DE, Winchell RJ & Betensky RA.** Estimating the effect of emergency care on early survival after traffic crashes. Accid Anal Prev. 2013 Nov: 60;141-7.

- 14 **Dinh M, Bein K, Roncal CM, Petchell J, Brennan J.** Redefining the golden hour for severe head injury in an urban setting: The effect of prehospital arrival time on patient outcomes. *Injury* May 2013. Volume 44, Issue 5, Pages 606-610.
- 15 **Kidher E, Krasopoulos G, Coats T, Charitou A, Magee P, Uppal R, Athanasiou T.** The effect of prehospital time related variables on mortality following severe thoracic trauma. *Injury* September 2012, Volume 43, Issue 9, Pages 1386-1392.
- 16 **Sollien TH, Botten SW & Lindahl NK.** Kompetansesituasjonen i kommunene. Saga Corporate Advisors på oppdrag av Kommunal- og regionaldepartementet. 2011.
- 17 **Karolinussen M.** Nightingales arv- ny forståelse. Gyldendal Norsk forlag. Oslo. 2011.
- 18 **Lovdata.** Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 19 **Norsk sykepleierforbund.** Yrkesetiske retningslinjer.
Hentet fra: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>
- 20 **Dreyfus HL & Dreyfus SE.** Mind over Machine. The power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. New York, 1986.
- 21 **Helsedirektoratet.** Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. Rapport IS-1966. Oslo.
- 22 **Tannvik TD, Bakke HK, Wisborg T.** A systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2012; Volum 56 (10). ISSN 0001-5172.s 1222 - 1227.s doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02739.x.

- 23 **Haga KM, Hesselberg N, Zakariassen E, Steen-Hansen JE, Gilbert M, Hernæs L & Gammersvik B.** Mot lysere tider medisinsk nødmeldetjeneste2020. Rapport fra nasjonal utviklingskonferanse i Tromsø 2012. Utgitt av Helsedirektoratet. Oslo.
- 24 **Delac K, Blazier D, Daniel L & N-Wilfong.** Five Alive: Using Mock Code Simulation to Improve Responder Performance During the First 5 minutes a Code. Critical Care Nursing Quarterly Issue: Volume 36(2), April/June 2013, P. 244-250. Hentet fra: <http://ovid.uk.ovid.com/sp-3.12.ob/ovidweb.cgi?QS2=>
- 25 **Folkestad EM, Gilbert M & Steen-Hansen JE.** Når det haster – prehospital Responstider i Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:324-8
Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/965863>
- 26 **Halkier B.** Fokusgrupper. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2010
- 27 **Kvale S & Brinkmann S.** (2012) Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2012
- 28 **Malterud K.** Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave. Universitetsforlaget. Oslo.2013.
- 29 **Graneheim UH & Lundman B.** Graneheim & Lundman`s Qualitative Content Analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24:105-12.
- 30 **Helsinkideklarasjonen.** WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.2008. Hentet fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- 31 **Statistisk sentralbyrå.** Folkemengde, 1.januar 2015.
Hentet fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-berekna/2014-12-18>

- 32 **Rørtveit S & Hunskaar S.** Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune
I: Tidssk Nor Legefor 2009; 129:735-7
Hentet fra:<http://tidsskriftet.no/article/1821781/>
- 33 **Zakariassen E & Hunskaar S.** Motivasjon og mestringsfølelse hos brukere av defibrillatorer. I: Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2167-9
Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1740297>
- 34 **Thesen J, Mosevoll TD & Malterud K.** Hjerte-lunge-redning i kommunehelsetjenesten - enkelt program for opplæring og vedlikehold. Tidsskrift for Den norske lægeforening, (124), 322-323. 2004.
- 35 **Vincent DS, Burgess L, Berge BW & Connolly KK.** Teaching masscasualty skills using iterative multimanikin simulations. I: PrehospEmerg Care. 2009 Apr-Jun; 13 (2):241-6. Hentet fra:www.ncbi.nlm.gov/pubmed/19291564
- 36 **Delac K, Blazer D, Daniel L, & N-Wilfong D.** Five alive: using mock code simulation to improve responder performance during the first 5 minutes of a code. Crit Care Nurs. Q. Apr-Jun;36(2):244-50.2013.
- 37 **Chiffer KA, Buen JE, Bohan KJ & Maye JP.**Determining the Relationship of Acute Stress, Anxiety, and Salivary a- Amylase Level With Performance of Student Nurse Anesthetists During Hunan-Based Anesthesia Simulator Training. AANA Journal. Aug. 2010. Vol. 78, No.4
- 38 **Schøn DA.** Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker når de arbejder. Kuhlmann, J & Krogh-Jespersen, A.K. (Red.) Forlag: Klim.2001.
- 39 **Sundstrøm B & Dahlberg K.** Being Prepared for the Unprepared: A Phenomenology Field Study of Swedish Prehospital Care. Journal of Emergency Nursing. Nov.2012. Vol 38, Issue 6, Pages 571-577.

- 40 **Halvorsen M.** Hva innebærer rett til helsehjelp? Tidsskr Nor Lægefor 2001; 121: 849-50
- 41 **Brandstorp H.** Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Det helsevitenskapelige fakultet. 2014. Hentet fra: http://www.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/Offentlig_innspill_til_akuttutvalget_fra_NSDM_2014.pdf
- 42 **National First Responders.** Statistical Facts about First Responders. 2014. Hentet fra: <http://www.nfro.org/membership.html>
- 43 **Hilpusch F, Parschat P, Fenes S, Aaraas J, Gilbert M.** Pleie- og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. Tidssk Nor Legeforen 2011; 131:28-31
Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/2061932>
- 44 **Kobro L, Vareide K & Hatling M.** Suksessrike distriktskommuner. En studie av kjennetegn ved 15 norske distriktskommuner. Telemarksforskning 2012.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Maj-Britt Råholm
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane
Postboks 523
6800 FØRDE

Vår dato: 01.10.2014

Vår ref: 39792 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39792	<i>First responder - en hjelp før hjelpen kommer - en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Maj-Britt Råholm</i>
Student	<i>Øyvor Sønstabø</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Øyvor Sønstabø oyvor.sonstabo@bjerkreim.kommune.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39792

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Sykepleierollen i endring - sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden».

- en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten

Bakgrunn og formål

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har gjennomgått endringer de senere årene. Undersøkelser viser at pasienter med behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester øker både i antall og kompleksitet. Dette medfører behov for kompetanseutvikling hos dem som skal yte tjenester til pasientene i det daglige.

Geografien og kommunestrukturen i Norge, med lange avstander og mange små-kommuner, byr på utfordringer i knyttet til responstid ved akutte hendelser. I situasjoner hvor tidsfaktoren er kritisk kan lang responstid medføre uheldige, og i noen tilfeller alvorlige konsekvenser for den akutt syke eller skadde pasienten.

Forespørselen om å delta i intervju kommer til deg da din kommune har gjennomført et kompetanseutviklingsarbeid innenfor akutt-sykepleie. I tillegg til å anvende denne kompetansen i det daglige arbeid, har din kommune opprettet en ”akutt-funksjon” hvor helsepersonell rykker ut og iverksetter tiltak fram til personell fra nøyetatene ankommer. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan du erfarer din kompetanse innenfor akutt-sykepleie og hvilke erfaringer du har med å delta i denne ”akutt-funksjonen”.

Denne studien er en masteroppgave i regi av studiet «Master i samhandling innen helse- og sosiale tjenester» ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Det er en selvstendig oppgave underlagt et overordnet prosjekt som omfatter sykepleiekompetanse. Prosjektleder er professor Maj-Britt Råholm.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien vil omfatte fokusgruppeintervju med 6-8 deltakere. Intervjuet vil vare 1-1,5 time. Spørsmålene vil omhandle sykepleiekompetanse, kompetanseutvikling og samhandling/samarbeid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dataene fra fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på bånd. Disse destrueres etter at studien er avsluttet. Det er kun undertegnede og veileder som har tilgang til dataene. Dataene vil bli oppbevart i eget låsbart arkivskap.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 22. mai 2015.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Øyvør Sønstabø, mob. 40001140 Mail: oyvor.sonstabo@bjerkreim.kommune.no.

Veileder: Maj-Britt Råholm, Mail: Maj-Britt.Raholm@hisf.no

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Tid og sted for fokusgruppeintervju:

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signatur, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Tittel:

«Sykepleierollen i endring – sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»

- en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten

Innledning

- Velkommen, bakgrunn for studien, praktisk informasjon
- (Nb! Analyselogg)

Åpningsspørsmål

- Kan dere si litt om hverdagen som sykepleier i kommunens pleie- og omsorgstjeneste?

Hoveddel

- Hva tenker dere på når dere hører begrepet kompetanse?
- Fortell litt om deres vurdering av kompetansebehovet på arbeidsplassen?

Kjernes spørsmål

- Har behovet for kompetanse endret seg den senere tid. Kan dere begrunne?
- Hva er deres erfaring med å delta i en akutfunksjon og være et ledd i den akuttmedisinske kjeden? Positive/negative sider (konkrete eksempler)
- Har denne ordningen påvirket deg som sykepleier? Konkrete eksempler, positive/negative
- Hvordan oppleves samarbeidet og samhandlingen med andre aktører i denne ordningen (lege, AMK, ambulanspersonell)

Avslutning

- Av alt vi har snakket om nå; hva har vært viktigst for dere å få fram?
- Er det noe dere tenker er viktig for meg å vite som jeg ikke har spurt om?

TAKK til alle som bidrog!

Vedlegg 4

Tabell 1. Oversikt over informantenes alder og arbeidserfaring

Yrke	Alder	Videreutdanning	Antall års erfaring fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste
Fokusgruppe 1			
Sykepleier	50	Palliasjon / diakoni	8
Sykepleier	31		13
Sykepleier	39	Kreftspl./Rehabilitering	11
Sykepleier	36		6
Sykepleier	49		4
Sykepleier	37		6
Sykepleier	41		5
Sykepleier/leder	36	Adm./ledelse	18
Fokusgruppe 2			
Sykepleier	39	Psykiatrisk sykepleier	21
Sykepleier	44		12
Sykepleier	40		22
Sykepleier	33		10
Sykepleier	25		3
Vernepleier	33		10
Sykepleier/leder	54	Master	27

Vedlegg 5

Tabell 2

Utdrag fra analyseprosessen gjennomført etter inspirasjon av Graneheim & Lundman`s analyseskjema

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subtema	Tema
<i>”Denne akutfunksjonen er jo ikke akkurat vår primærfunksjon, men den gjør faktisk at vi blir tryggere og gjør en bedre jobb også i det daglige. Oppgaver som før framstod som utfordrende og belastende, er ikke lenger en særlig stor greie....”</i>	Akutfunksjonen er ikke vår primærfunksjon, men den gjør at vi blir tryggere og gjør en bedre jobb.	Tryggheten øker arbeidsprestasjon en.	Kompetanseutviklingen gir opplevelse av mestring og bedrer handlingskompetansen.	Mestring
<i>«Det er ikke så veldig mange år siden jeg opplevde min første stans. Det var forferdelig! Ambulansen var langt unna...vi prøvde det vi kunne, men vi visste innerst inne at det var håpløst. Vi hadde verken kompetansen eller utstyret vi trengte...heldigvis er det ikke slik nå lenger...»</i>	Erfaringene fra min første stans var forferdelige. Vi visste det var håpløst. Vi hadde ikke tilstrekkelig utstyr eller kompetanse. Nå har vi det.	Kompetanseutvikling og tilstrekkelig utstyr øker opplevelsen av kontroll og mestring.	Kompetanseutviklingen gir opplevelse av mestring og bedrer handlingskompetansen.	Mestring
<i>«Jeg kjente veldig på det når jeg søkte jobben her at jeg fikk økte forventninger til meg selv...oppstår det en situasjon er ute er det ikke bare å ringe. Du må selv ta kontroll å vite hva du skal gjøre, for det tar lang tid før hjelpen kommer...»</i>	Økte forventninger til egen kompetanse ved å jobbe i distriktet. Lange avstander gjør at selv må ta ansvar og iverksette tiltak.	Lange avstander øker behovet for kompetanse.	Økt ansvarsfølelse og motivasjon for kompetanseutvikling.	Ønske om kompetanseutvikling.
<i>«...jeg er helt tørr i munnen når jeg springer av gårde...jeg vet jo aldri helt hva jeg møter...men så er det allikevel noe med det...på bunnen ligger en form for trygghet-midt i det utrygge...jeg tenker-jeg begynner på toppen...så vet jeg med meg selv at det kommer andre. Jeg gjør så langt jeg kommer.»</i>	Opplevelse av stress ved utrykning skyldes det ukjente. Har allikevel en trygghet på bakgrunn av trening og visshet om at det kommer andre og hjelper.	Trening og teamarbeid reduserer opplevelsen av stress og ubehag.	Systematikk og trening reduserer opplevelsen av stress og ubehag.	Betydning av simulering og trening i team.

Vedlegg 6

Vedlegg 6


Forfattererklæring vitenskapelig artikkel

Artikkelens tittel:

- «Sykepleierollen i endring- sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»
- En kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten

Det bekreftes med dette at Øyvor Sønstabø er forfatter av overnevnte artikkel.
Professor Maj-Britt Råholm var vært veileder gjennom oppgaven.

Bjerkreim, 1.5.2015


Øyvor Sønstabø


Maj Britt Råholm