

Eit viktig kompetanseløft for heile den kommunale helse- og omsorgstenesta

Kommunale helse- og omsorgsleiarar sine erfaringar frå deltaking i eit legevaktprosjekt

Gro Hovland, Anne-Grethe Halding, Dagrun Kyrkjebø, Ole Tormod Kleiven, Erik Zakariassen og Siri Ytrehus

Gro Hovland, Høgskulen på Vestlandet, gro.hovland@hvl.no

Anne-Grethe Halding, Høgskulen på Vestlandet

Dagrun Kyrkjebø, Høgskulen på Vestlandet

Ole Tormod Kleiven, Høgskulen på Vestlandet

Erik Zakariassen, Norce, Bergen/ Universitetet i Bergen

Siri Ytrehus, Høgskulen på Vestlandet

Sammendrag

Helsedirektoratet initierte prosjektet «Pilot legevakt», ein ny modell for akuttmedisinske tenester i rurale strøk som har vanskar med å sikre akuttmedisinsk ekspertise. På legevaktsatelitten gjennomfører sjukepleiaren konsultasjonen i videokonferanse med lege. Denne studien utforskar leiarane sine erfaringar. Ti leiarar frå fem kommunar deltok i kvalitative intervjuer. Basert på intervjuene vart det gjort ein kvalitativ innhaldsanalyse. Potensialet for kompetanseheving og rekruttering av nye sjukepleiarar motiverte leiarane for deltaking, og dei såg på prosjektet som eit høve til å auke akuttmedisinsk kompetanse i heile den sjukepleiefaglege tenesta i kommunen. Leiarane la vekt på å støtte sjukepleiarane i den nye kombinerte rolla som «satellitssjukepleiar» og i den ordinære rolla som sjukepleiar i kommunen. Nye former for tverrfagleg samarbeid blei vurdert som avgjerande for kompetanseheving. Leiarane sitt inntrykk var at sjukepleiarane opplevde dei nye oppgåvene som interessante, og at det ga høve til å auke rekruttering og stabilitet i sjukepleiestaben.

.

Nøkkelord

kompetanse, sjukepleiebemanna legevakt, leiar, kvalitativ, intervju

Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.5872>

© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

Bakgrunn

God tilgang til akutthjelp er viktig for folks tryggleik. I Norge har kommunane plikt å opprette, organisere og legge til rette for akutthjelp til innbyggjarane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2014). Plikta inkluderer legevakt og medisinsk naudmeldeteneste (Helse- og omsorgstenesteloven, 2020) og kapasiteten skal vere stor nok til at alle som oppheld seg i kommunen er sikra akutt helsehjelp (Akuttmedisinforskriften, 2015).

Det norske Helsedirektoratet har, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, sett i gang prosjektet «Pilot legevakt» for å prøve ut ein modell med legevaktsatellittar. Målet er ei organisering av legevakt i små og mellomstore kommunar for å sikre ei berekraftig og forsvarleg lokal akuttmedisinsk teneste i område som har utfordringar med tenesta i dag. Legevaktsatellitten er organisert under og kommuniserer med den interkommunale legevakta og opnar når fastlegane avsluttar dagen. Sjukepleiarar tilsett i legevaktsatellitten utfører legevaktoppgåver etter delegasjon frå lege. Konsultasjonen på legevaktsatellitten vert gjennomført ved hjelp av videokommunikasjon med lege på den interkommunale legevaktstasjonen (Helsedirektoratet, 2018).

Det er 83 kommunale og 86 interkommunale legevakter, og 95 legevaktsentralar i Norge (Allertsen & Morken, 2021). Akuttmedisinforskriften (2015) stiller krav til organisering av kommunal legevaktordning og til opplæring for alt helsepersonell i akuttmedisinske tenester. I tillegg krev forskrifta at kommunane har ein plan for rekruttering.

Nye arbeidsformer i akuttmedisinske tenester vert utvikla for å sørge for rett bruk av tenesta og for å nå fram til aktuelle pasientgrupper. I mange land er oppgåver og ansvar for yrkesgruppene i akuttmedisinske tenester endra, og nye yrkesgrupper har kome til. Nokre stader i Storbritannia, Canada, Australia og New Zealand gjer akuttmedisinske team heimebesøk som ein integrert del av legevakttenesta for å unngå at pasientar må reise til legevakt (Lezzoni, Dorner, & Ajayi, 2016). I nokre område med lang veg til sjukehus i Norge og Sverige er sjukepleiarane i heimetenesta «first responders». Dei rykker ut i akutte situasjonar, iverkset nødvendige tiltak og blir hos pasienten til ambulanspersonell er på plass (Fjällman, Hilli, & Jonasson, 2020; Hilpüsch, Parschat, Fenes, Aaraas, & Gilbert, 2011; NOU 15:17, 2015; Svensson, Fridlund, Wångmar, & Elmqvist, 2016; Sønstabø, 2015).

I mange OECD-land har pasientar til akuttmottaka auka, noko som reiser spørsmål om effektiv bruk av akuttmedisinske ressursar. Primærhelsetenestenes evne til å ta seg av akutt sjuke pasientar er vesentleg for å demme opp for veksten (Berchet, 2015). Det norske Helse- og omsorgsdepartementet (2014) peikar på bærekraftutfordringane i distriktslegevakter, og etterlyser ny organisering av kommunale akuttmedisinske tenester. I Noreg har mange distriktskommunar utfordringar med å møte akuttmedisinske kompetansekrav. I 2014 var 30 prosent

av legevaktene dekkja av legar som ikkje fylte kompetansekrava (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014). I distriktskommunane er utfordringa i tillegg høg vaktbelastning for legane (Albrektsen, 2018).

Krav til kompetanse i akuttmedisin må sjåast i samanheng med kompetansebehovet elles i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Kommunehelsetenesta har aukande tal pasientar med komplekse lidningar som igjen medfører auka krav til samarbeid og klinisk kompetanse (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009). Sjukepleiarane er ein viktig ressurs for kommunehelsetenesta (Bratt & Gautun, 2018; Helse-og omsorgsdepartementet, 2009, 2014), men det å rekruttere og å behalde sjukepleiarar har vore ei utfordring (Berge & Eilertsen, 2020; Haukelien, Vika, & Vardheim, 2015). Sjukepleiarane har uttrykt behov for meir kompetanse om komplekse og akutte kliniske tilstandar for å kunne vurdere pasienten sin tilstand (Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold, & Foss, 2015; Hopøy, Bakken, & Bing-Jonsson, 2020; Hovland, Kyrkjebø, Andersen, & Råholm, 2018; Hovland, Kyrkjebø, & Råholm, 2015; Kyrkjebø, Søvde, & Råholm, 2017; Lundberg, Gyllencreutz, Saveman, & Boman, 2020). Godt samarbeid med kollegaer og tverrprofesjonelt teamarbeid utviklar sjukepleiarane sin kompetanse (Fjällman et al., 2020; Sletner & Halvorsrud, 2020; Svensson et al., 2016)

Føringar for og organisering av «Pilot legevakt» i kommunane

Fem legevaktsatellittar er etablert i kommunar i Sogn og Fjordane, og alle er tilknytt ein interkommunal legevakt (Albrektsen, 2018). Felles for kommunane med legevaktsatellitt er at det er små og mellomstore kommunar frå vel 700 til vel 4000 innbyggjarar. I tillegg er reisevegen frå om lag seks til ti mil med relativ dårleg vegstandard. Den første legevaktsatellitten opna september 2019 med gradvis oppstart av dei andre satellittane same haust. I alle kommunane blei deltaking vedteke på politisk nivå. Nokre kommunar har eiga stilling for prosjektleiar, medan andre kommunar har lagt ansvaret for legevaktsatellitten til ein av dei eksisterande leiarane i helse- og omsorgstenesta. Leiarane i to av kommunane var allereie før prosjektet i gang med å vurdere omorganisering av legevaktstilbodet.

Legevaktsatellittane har ulike opningstider. Nokre har ope om natta og i helgar, medan andre har ope ettermiddag, kveld og i helgar. Prosjektet finansierer ein ekstra sjukepleiarstilling i kvar kommune, enkelte av kommunane rapporterer at dei bidreg utover dette for å bemanne satellitten. Sjukepleiarar og ein vernepleiar med akuttmedisinsk erfaring bemannar satellittane. Dei har si hovudstilling på legekontor, heimeteneste eller sjukeheim/omsorgssenter i kommunane. Den som bemannar satellitten går med legevakttelefon på sin ordinære arbeidsplass og har andre oppgåver når det ikkje er aktivitet på satellitten. Den interkommunale legevaktsentralen (116117) mottek meldinga om pasienten, vurderer oppdraget og vidareformidlar den til legevaktsatellitten via legevakttelefonen. «Legevaktsatellittsjukepleiaren» samarbeider då med den interkommunale legevakta. Viss «Legevaktsatellittsjukepleiaren» er opptatt med oppgåver som ikkje kan forlastast, reiser pasienten til den interkommunale legevakta. Legevaktsatellittane har lokale på kommunal sjukeheim og har nødvendig utstyr for

legevakt og telemedisin. Når pasienten oppsøker legevaktsatellitten blir han undersøkt av legevaktsatellittsjukepleiaren i videokonsultasjon med legen på interkommunal legevakt. «Legevaktsatellittsjukepleiaren» på nokre av satellittane rykker òg ut til akutte hendingar eller reiser heim til pasientane for å gjennomføre videokonsultasjonen der. I desse tilfella har dei kontakt med lege via mobilt videoutstyr. Tal konsultasjonar varierer på dei ulike legevaktsatellittane. Under pandemien har tal konsultasjonar gått ned.

Helsedirektoratet (2018) kompetansekrav til personalet på satellitten er utdanning som sjukepleiar eller ambulansarbeidar, kurs og opplæring i akuttmedisin, vald- og overgrepshandtering, nødnetradio og utstyr for legekonsultasjonar via videokonferanse, samt deltaking i fellesøvingar i den akuttmedisinske kjeda. Hospitering på interkommunal legevakt eller akuttmottak inngår, og det blir arrangert kurs og øvingar i samarbeid med Helse Førde. I tillegg nyttar ein seg av sjukepleiarar i kommunane som har gjennomført høgskuleutdanninga «Akuttsjukepleie for kommunehelsetenesta» (Albrektsen, 2018).

Deltaking i «Pilot legevakt» inneber nye arbeidsoppgåver og nye kompetansekrav til sjukepleiarar i dei kommunale helse- og omsorgstenestene, noko som kan gi usikkerheit og utfordringar for dei tilsette. Leiarane spelar ei sentral rolle i all omstilling og iverksetting av nye prosjekt og i arbeidet med å behalde sjukepleiarar i tenestene (Berge & Eilertsen, 2020; Hetland, 2008). Sentrale oppgåver for leiarane er å bidra til å redusere usikkerheit og legge til rette for og oppmuntre til engasjement, sjølvstende og arbeidsinnsats hjå dei tilsette (Berge & Eilertsen, 2020; Hetland, 2008; Zjadewicz, White, Bouchal, & Reilly, 2016). Vidare må leiarane sørge for og støtte nødvendig læring og kompetanseutvikling til nye roller og oppgåver (Berge & Eilertsen, 2020; Hetland, 2008). Leiarane har ansvar for å legge til rette for omstillinga, og det er difor interessant å utforske deira erfaringar frå korleis deltaking i prosjektet kan skape endringar i sjukepleiekompetansen.

Formål med artikkelen er å beskrive leiarar i den kommunale helse- og omsorgstenesta sine erfaringar frå deltaking i «pilotprosjektet legevaktsatellitt» når det gjeld kompetanseutvikling og bruk av ny sjukepleiekompetanse i organisasjonen.

Metode

Studien har ei deskriptiv kvalitativ tilnærming for å utforske leiarane sine erfaringar og haldningar og dynamiske prosessar som læring og samhandling, i tråd med Malterud (2011) sine tilrådingar.

Utval og rekruttering

Utvalet er leiarar for helse- og omsorgstenestene i alle dei fem kommunane som har delteke i «Pilot legevakt» i kommunane i Sogn og Fjordane. Totalt 10 leiarar, to i

kvar kommune blei spurt om å delta, alle samtykka. I studien vart det samla data frå leiarar med personalansvar for yrkesutøvarane som arbeider på legevaktsatellittane, og frå dei øvste leiarane for helse- og omsorgstenesta i kommunane. Dette vart gjort for å sikre informasjon frå deltakarar med strategisk planleggingsansvar og deltakarar som har operativt ansvar i kommunane. Deltakarane med dette ansvaret var i alderen 33 til 55 år og hadde ulik tittet, som tabell 1 viser. Rådmann/kommunalsjef i kommunane fekk førespurnad via e-post og telefon. Etter positivt svar frå desse vart det sendt førespurnad til aktuelle leiarar via telefon eller e-post.

Tabell 1: Oversikt over deltakarar i studien

Kommune	Stilling
Kommune A	Kommunalsjef helse Driftssjef open omsorg
Kommune B	Kommunaldirektør Tenesteleiar heimetenestene
Kommune C	Kommunalsjef helse og omsorg 20 % leiar, legevaktsatellitten
Kommune D	Kommunalsjef Helse og omsorg Seksjonsleiar omsorgssenter
Kommune E	Avdelingsleiar helsesenter Fagansvarleg legevaktsatellitten

Datasamling

Individuelle kvalitative forskingsintervju vart gjennomførte i juni 2020, sju til ni månader etter oppstart av piloten. Intervjuguiden hadde temaområda bakgrunn for deltaking, organisering av tenesta, kompetansebehov og kompetanseheving i organisasjonen og erfaring med å delta. I intervjuet la vi vekt på å stille opne spørsmål og la deltakarane fortelje fritt (Malterud, 2017). Fire forskarar utføre intervjuet, kvart intervjuet vart gjennomførte av to forskarar. Det vart gjort lydopptak av intervjuet. To intervju vart gjennomførte på deltakarane sine arbeidsplassar og åtte blei gjennomførte digitalt.

Analyse

Vi transkriberte intervjuet ordrett og analyserte materialet med kvalitativ innhaldsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen omfattar det manifeste innhaldet i datamaterialet som er ei skildring av informantane sine faktiske utsegn. Fyrst blei alle intervjuet lese fleire gonger og meiningsberande einingar vart identifiserte. Deretter vart dei meiningsberande einingane kondenserte, koda og analyserte til fem kategoriar. Alle forfattarane deltok i analysen, og vi la vekt på å vere medvitne på eigen fagleg ståstad og forforståing og å vere tru mot det informantane uttrykte.

Etikk

Prosjekteigar er Høgskulen på Vestlandet, og prosjektet følger institusjonens retningslinjer for vern og utveksling av personopplysningar. Studien er meldt til personvernombodet for forskning, NSD (Referanse 615104). Det vart utarbeida informasjonsskriv og samtykkeformular, og alle deltakarar fekk skriftleg informasjon og gav skriftleg samtykke. Ingen av forskarane har relasjon til pilotprosjektet.

Funn

Hovudintrykket var at alle leiarane var positive til prosjektet og dei mogelegheitene det har gitt med opplæring, ny organisering av akuttmedisinske tenester og kompetanseauke i organisasjonen. Leiarane har vore involverte i implementering og gjennomføring av prosjektet gjennom organisering og personalleiing. Det var ingen vesentleg forskjell på kommunane legevaktsatellitten blei utprøvd i, eller leiarane på dei ulike nivåa si innstilling til prosjektet. Nokre av leiarane har delteke på kursa og i pasientrelatert arbeid på satellittane. Leiarane sine erfaringar vert vidare presentert i fem kategoriar:

- Behov for kompetanseauke
- Den nye kompetansen er nyttig også i ordinære tenester
- Leiarane vil trygge sjukepleiarane i den nye rolla
- God og relevant opplæring, men stort fokus på det livstruande
- God samhandling og samtrening gir kompetanseutvikling.

Behov for kompetanseauke.

«Pilot legevakt» har gitt nye kompetansekrav. Leiarane sin motivasjon for å delta var både å styrke det akuttmedisinske tilbodet med legevaktsatellitt og å styrke akutt delen av sjukepleiekompetansen i alle dei kommunale tenestene. Kommunane hadde utfordringar med fagleg oppdatering, rekruttering og å halde på sjukepleiarar.

Lang veg til legevakt og i nokre kommunar lang veg til ambulansestasjon, gjer at leiarane meinte at akuttkunnskapen hjå sjukepleiarane er svært viktig for kommunens akuttberedskap. Deltaking i prosjektet ga leiarane mogelegheit til å heve alle sjukepleiarane sin akuttmedisinske kompetanse, og kommunen kunne slik tilby betre tenester til alle som oppheld seg i kommunen. Ein valt strategi var difor å la flest mogeleg sjukepleiarar delta i opplæringa.

«Og vi har prioritert det med kurs for sjukepleiarane i heile kommunen, uansett kor dei bur, at dei får høve til å vere med på akutt kursa. For vi ser at dette med akuttkunnskap er så viktig for akuttberedskapen i befolkninga».

Intervjua viste og at leiarane vurderte deltaking i prosjektet som eit høve til å styrke nødvendig sjukepleiekompetanse også i andre kommunale helse- og

omsorgstenester. Dei opplevde at helsereformer som Samhandlingsreforma har medført nye kompetansekrav. Pasientane er sjukare, og kommunalt tilsette sjukepleiarar får nye oppgåver. Ved å tilby kurs og vidareutdanning arbeider leiarane kontinuerleg med å sørge for at sjukepleiarane har nødvendig kompetanse. Det har vore utfordrande å nå målsettingane.

«Vi får jo heile tida oppgåveforskyving frå spesialisthelsetenesta, det følger ikkje ei krone med på det heller. Vi får dårlegare pasientar, vi får tidlegare utskrivingar - ja, vi skal berre ta dei. Og viss vi ikkje tar dei så skal vi betale for dei.[...] Så eg tenker at her har det føregått ei oppgåveforskyving over lang tid - litt sånn i det stille. Der oppgåvene berre blir meir og meir i kommunane med kanskje mindre tilgang på både kompetanse og anna» .

Leiarane meinte at etablering av legevaktsatellitt kan bidra til å rekruttere nye, spesielt unge, sjukepleiarar, og til å behalde sjukepleiarar. Dei grunngav synspunktet med at arbeid på satellitt vil gi sjukepleiarane meir varierte og utfordrande arbeidsoppgåver og høve til å utvikle viktig kompetanse. Tilsette har fortalt at dei synes det er kjekt og spennande å vere med, og nyttilsette har opplyst at satellitten har vore medverkande til at dei har teke jobben.

Den nye kompetansen er nyttig også i ordinære tenester

Informantane var einige om at ein konsekvens av pilotprosjektet er at «satellittsjukepleiarane» som arbeider både på satellitt og i ordinære tenester nyttar den nye kompetansen i heile sitt arbeid.

«Ein blir dyktigare i forhold til observering og korleis ein dokumenterer observasjonar der og. Der ser eg kanskje at der er det ein forskjell no, at ein er betre på det. Det er ikkje så mykje synsing lenger. [...]Eg trur det har vore med å styrka dei i høve våre pasientar og. Det å kunne vere stødigare når dei er dårlege » .

Ved å jobbe på satellitten blir sjukepleiarane dyktigare til å observere og dokumentere systematisk. Leiarane ønsker difor at flest mogeleg deltek i satellittarbeidet, og dei har ein hypotese om at denne systematiske måten å jobbe på då vil bli innarbeidd i heile tenesta. Nokre leiarar meinte og at treninga med videokonsultasjonar og monitoreringsutstyr på satellitten kan gjere det lettare å bruke utstyret når pasientane i pleie- og omsorgstenestene har bruk for ordinært legetilsyn. Dette har dei starta med i mindre omfang i ein kommune, tvunge fram av pågåande Covid19-pandemi.

«Viss vi får ein sjuk pasient på sjukeheimen, så kan vi bruke dette utstyret vårt, kople oss opp mot lege, legen slepp å komme. Vi kan zoome inn og alt dette her, og han kan ta e-konsultasjon direkte med pasienten» .

Alt i alt meinte leiarane at prosjektet har bidrege til auka sjukepleiekompetansen i heile den kommunale helsetenesta, og at kvaliteten på tenestene er blitt betre.

«Og no føler eg at majoriteten av sjukepleiarane, spesielt ved institusjonen, er tryggare og sikrare på ting dei gjer. Mykje av det har kome av auka kompetanse gjennom legevaktspiloten. Eg skal ikkje seie at verda er endra, ikkje forstå meg slik, men at det er heilt klar målbar effekt av det dei no har gjennomgått, og det dei lærer å bruke prosedyrar og meir utstyr som kan brukast på ein konstruktiv måte. Dei er tryggare når ting oppstår. Det er eg heilt overtydd om» .

Leiarane vil trygge sjukepleiarane i den nye rolla

Leiarane ga uttrykk for å følge sjukepleiarane tett opp med tilrettelegging for den enkelte si kompetanseheving, og for å få fagleg forsvarleg drift på satellittane. Dei ga sine vurderingar av korleis kurs og samarbeidserfaringar har bidrege til utvikling og bruk av sjukepleiarane sin nye kompetanse. Mange leiarar nytta ordet «trygging» når dei omtalte kva dei legg vekt på for å lukkast med kompetansehevinga. Leiarane legg dagleg til rette, motiverer og støttar sjukepleiarane gjennom opplæringa og den tverretatlege og tverrprofesjonelle samhandlinga og samtreeninga. Leiarane opplevde at fleire sjukepleiarar er engstelege for ansvaret i den nye rolla som «satellittsjukepleiar», sjølv om dei har vore gjennom opplæringa. Sjukepleiarane kan bruke mykje energi på å bekymre seg over kva som kan svikte.

«Det er jo litt dette med meistringsfølelsen da, trur eg, og så kanskje litt dette med frykt for det ukjende. Eg trur jo at mange av dei som jobbar for eksempel i heimetenesta har møtt på langt alvorlegare situasjonar enn kanskje det ein hittil har hatt (på satellitten), men det er likevel ein ny situasjon, det er ein ny arena. Det er nye måtar å gjere ting på, og det er jo mange som har jobba veldig, veldig lenge og har sine måtar å gjere ting på. Så det kan jo òg vere dette med evna til å omstille seg, ikkje sant»

Leiarane prøver å bevisstgjere sjukepleiarane på kva kompetanse dei har frå før, og at dei har lett tilgjengeleg legestøtte. Nokre leiarar meinte at det er mest skremmande for sjukepleiarane å stadig møte nye pasientgrupper og likevel skulle ta sjølvstendige avgjerder «aleine med legen». Leiarane anerkjente kompleksiteten i oppgåvene, men la vekt på å avklare ansvarsforholdet mellom legar og sjukepleiarar. Og når sjukepleiarane opplever meistring vert arbeidet på satellitten interessant.

«... og vi har brukt mykje tid på å prøve å trygge dei. At dette er ikkje noko farleg, og dei kan ikkje gjere så mykje feil, dei skal få god opplæring og tid til å lære det dei treng å lære. Så det har endra seg frå å vere ein betydeleg skepsis til å bli interessant [...]. Mange fryktar jo

litt akuttmedisin. Men det vi opplever når dei blir trygge på det, er at dei syns det er spennande og kjekt»

Leiarane la vidare vekt på å ta omsyn til at sjukepleiarane er utrygge når dei skal kommunisere via nytt teknisk utstyr, og dei la til rette for at «satellittsjukepleiarane» kunne øve ofte. Situasjonane er uvande, både teknologien og den fysiske avstanden skaper usikkerheit. Leiarane meinte at både legar og satellittpersonale må trene på konsultasjonsforma for å bli trygge.

«Vi er vorte veldig trygge på det med bruk av radio, for det må vi, der har vi ein gjennomgang på kvart vaktskifte. Og vi må bruke video kvar ettermiddag for å melde oss på vakt, og så brukar vi video på konsultasjonar med pasientar så vi blir mykje tryggare på det meste. Og det trur eg blir gjensidig med legevakta og » .

God og relevant opplæring, men stort fokus på det livstrugande

Opplæringa i «Pilot legevakt» har teorikurs, øvingar og hospitering, og kommunane er også lova oppfølging frå fagpersonar i prosjektleiinga og den interkommunale legevakta. Leiarane er i hovudsak nøgde med opplæringa. Vurderinga deira var at opplæringa møter kompetansekrava på legevaktsatellitten. Sjølv om leiarane vektla at opplæringa har vore relevant og av god kvalitet, meinte fleire at sjukepleiarane kunne fått meir opplæring i det som legevaktkonsultasjonar oftast handlar om som barn med feber, eldre med diffuse symptom og pasientar i alle aldrar med mindre skader. Opplæringa synes å ha hatt vel stort fokus på akutte og livstrugande tilstandar. Leiarane meinte dette har ført til at enkelte tilsette opplevde satellittarbeidet som meir skremmande enn nødvendig, og nokre har trekt seg frå å delta. Desse leiarane trudde at ein medverkande faktor kan vere at dei tilsette ikkje har vore godt nok førebudde på innhaldet i kursa.

«Klart det er kjempeflott med eit sånt kurs, men då fekk folk panikk og tenkte «Wææ, her er det kunn det skumle vi skal til med», og det er ikkje det vi driv med i det heile tatt. [...] Det har vore bra opplæring og opplegg, alt det ein har vore gjennom. Men eg trur kanskje at det var litt..., vi var litt kjappe i det (planlegginga), sant, så alle fekk det ikkje heilt med seg» .

God samhandling og samtrening gir kompetanseutvikling

Leiarane trakk fram at høve til tverrprofesjonell og tverretatleg samtrening er viktig for å utvikle og oppretthalde akuttkompetansen til personalet på legevaktsatellitten. Satellittsjukepleiarane har fått nye erfaringar med slikt samarbeid gjennom hospitering, kurs, øvingar, og samarbeid i pasientkonsultasjonar. Leiarane fortalde at sjukepleiarane har formidla positive samarbeidserfaringar, og at leiarane sjølve også i løpet av prosjektet har positive erfaringar. Dei beskrev at samarbeidspartnarane er imøtekommande, dei aksepterer spørsmål, usikkerheit og feil frå sjukepleiarane i kommunen. Vidare meinte leiarane at desse gode samarbeidserfaringane er viktige for at sjukepleiarane på satellittane skal bli trygge

nok til å utvikle og bruke den nye kompetansen. Eit anna poeng leiarane trekte fram var at deltakarane er blitt betre kjende gjennom opplæringa, og at dei då har godt grunnlag for samarbeid i pasientkonsultasjonane. Eit døme er når legevaktslegane har delteke i debriefing etter vanskelege pasientsituasjonar og har anerkjent sjukepleiarane sin innsats:

«Og då såg dei at dei var kjekke folk, og dei veit kven dei er, ansiktet er kjent og det er ikkje så farleg å ringe til dei. [...] Kommunikasjon er jo kjempeviktig, at ein har forståing for at dette ikkje er lett. Vi har ikkje den mengdetreninga dei har der oppe (interkommunal legevakt) og skjønar kanskje ikkje heilt språket enno heller. Og berre den tryggheta kan gjere at folk får lyst til å vere meir satellittsjukepleiar» .

Ambulansepersonellet i den enkelte kommune er også viktige samarbeidspartnarar. Dei fleste har hatt eller har planlagt samtrelning og møter med ambulanspersonalet, og dei har hatt stort utbyte av det. Nokre leiarar meinte at ulike arbeidstilhøve og strukturelle og ressursmessige rammer har gjort dette samarbeidet vanskeleg. Manglande samtrelning gjer då at sjukepleiarar og ambulansarbeidarar ikkje vert særleg kjende med kvarandre eller kvarandre sine arbeidsmåtar, og leiarane antek at dette kan gå ut over teamarbeidet.

Diskusjon

Studien utforskar leiarar i kommunale helse- og omsorgstenester sine erfaringar med deltaking i «Pilot legevakt» når det gjeld kompetanseutvikling og bruk av ny sjukepleiekompetanse. Fleire av leiarane i denne studien var i gang med å omorganisere legevaktstilbodet, og då «Pilot legevakt» vart initiert av Helsedirektoratet (2018) såg leiarane dette som eit høve til å fortsette arbeidet i regi av prosjektet. Leiarane i studien såg at det nye tilbodet med høve til rask hjelp frå lokale tilsette med akuttmedisinsk kompetanse kunne gi auka tryggleik for lokalbefolkninga. Utfordringane hadde før prosjektet vore rekruttering og stabilitet i sjukepleiegruppa og fagleg oppdatering og kompetanseauke for sjukepleiarane i kommunen. Alle leiarane var positive til prosjektet, og såg deltaking som eit høve til å styrke kompetansen i heile tenesta.

Den positive haldninga til prosjektet hjå leiarane og deira val av tilnærming til iverksetting av prosjektet kan sjåast i lys av utviklinga i oppgåver og behova i heile helse- og omsorgstenesta. Dei siste åra har trenden i Noreg vore sentralisering av legevakttenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Sogn og Fjordane har hatt utfordringar med organisering av det akuttmedisinske tilbodet i små kommunar (Albrektsen, 2018). Men utfordringa for dei kommunale helse- og omsorgstenestene kan ikkje berre relaterast til manglande akutte tenester. Som ein konsekvens av Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har norske kommunar fått meir komplekse oppgåver, noko som krev auka

sjukepleiekompetanse grunna stor kompleksitet i sjukdomsbileta hjå pasientane (Berge & Eilertsen, 2020; Helse-og omsorgsdepartementet, 2009).

Resultata i denne studien viser at leiarane allereie etter kort tid i prosjektet meinte å sjå nytte av prosjektet i heile tenesta. Eit eksempel var at dei brukte legevaktsutstyr også til pasientane i ordinær teneste, og at sjukepleiarane jobba meir systematisk med observasjonar, dokumentasjon og i kommunikasjon med legevakt og ambulansetenesta. Resultat frå fleire undersøkingar tyder på at dette er kompetanse som har vore mangelfull i kommunehelsetenesta, og som sjukepleiarane har etterspurt (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016; Hopøy et al., 2020). Nettopp det å kombinere ordinære sjukepleie - og sosialfaglege tenester med nye oppgåver innan akuttmedisinske tenester har vore framheva som ei løysing på manglande kompetanse (Fjällman et al., 2020; Helse-og omsorgsdepartementet, 2014; Lezzoni et al., 2016; Parle, Ross, & Doe, 2006; Svensson et al., 2016), slik det vart gjort i dette prosjektet. Legevaktsatlitt er eit tilbod til befolkninga som har lang og krevjande reiseveg til interkommunal legevakt og til kommunar som har utfordringar med å ha kvalifisert akuttmedisinsk beredskap. Dei andre kommunale helse- og omsorgstenestene yter tenester heile døgnet, men dei har tidlegare i liten grad blitt brukte i beredskapen for å handtere akutt sjukdom i samarbeid med legevakt (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

Ved å delta i «Pilot legevakt» fekk sjukepleiarane nye utfordringar og måtte tilpasse seg ei ny rolle og nye kliniske område. I tillegg måtte dei kombinere sitt ordinære arbeid med arbeidet på satellitten. For å kombinere nye oppgåver med ordinært arbeid treng sjukepleiarane å utvide sin kliniske kompetanse (Svensson et al., 2016). Nye oppgåver og rollar for tilsette krev spesiell tilrettelegging frå leiar (Boman, Ösp Egilsdottir, Levy-Malmberg, & Fagerström, 2019). God planlegging, tydelege oppgåvebeskrivingar og å tilpasse nye tenester til dei ordinære kan vere motiverande og inspirere til endring (Fjällman et al., 2020; Ree, Aase, Strømme, Westbrook, & Wiig, 2020; Svensson et al., 2016). Sjølv om pasientane i dei ordinære tenestene også ofte hadde komplekse behov, representer satellitten ein ny behandlingsarena. Tidlegare forskning viser at det er utfordrande å jobbe med kjende oppgåver på nye arenaer, og kan medføre utryggleik (Ashley, Halcomb, Brown, & Peters, 2018; Kinghorn, Halcomb, Froggatt, & Thomas, 2017; Svensson et al., 2016).

Leiarane påpeiker at det å forlate kollegaer midt i andre gjeremål for å ivareta pasientane på legevaktsatlitten kunne vere utfordrande for sjukepleiarane. Sjukepleiarane i ein svensk studie uttrykte at det var utfordrande å vite kor tid ein med rette kunne forlate ordinært arbeid til fordel for akutte oppdrag (Svensson et al., 2016).

Dei intervjuja leiarane uttrykte at sjukepleiarane trengde mykje støtte i den nye rolla. Leiarane motiverte sjukepleiarane delta i arbeidet ved legevaktsatlitten, og la vekt

på at sjukepleiarane skulle føle seg trygge i den nye rolla. Intervjua synte at leiarane hadde god innsikt i arbeidet på legevaktsatellitten. Leiare som har nær kjennskap til arbeidsoppgåver i tenesta vil ha gode føresetnader til å gi tilpassa støtte og tilrettelegging. Nokre leiarar hadde delt stilling, det vil sei at dei sjølve deltok i praktisk arbeid. Vi kan anta at små kommunar kan gi leiarane nær kjennskap til mange sider av tenestene. Leiingsteori har i aukande grad lagt vekt på at leiaren skal vere inspirator og motivator og legge til rette for utvikling og læring for den enkelte (Boamah, Laschinger, Wong, & Clarke, 2018; Hetland, 2008).

Leiarane opplevde opplæringa i prosjektet som relevant og av god kvalitet. Satellittsjukepleiarane sine tilbakemeldingar frå opplæringa var at den i hovudsak møtte kompetansekrava på legevaktsatellitten, men at stort fokus på avansert akuttmedisin skremde nokon av dei tilsette frå å delta på satellitten. Sjølv om kritisk sjuke pasientar ikkje skal til legevaktsatellitten, kan akutte hendingar oppstå, og akuttmedisin er eit forskriftsfesta krav til opplæring for å kunne jobbe i legevakt (Akuttmedisinforskriften, 2015). For å unngå at dei tilsette på satellitten blei skremde, etterlyste leiarane betre førebuing til innhaldet i opplæringa, forventningar og presisering av rolle- og ansvarsfordeling mellom lege og sjukepleiar. Leiarane sitt syn er i tråd med forskning som peikar på behov for å synleggjere nytte av opplæring for førebu dei som skal delta (Ashley et al., 2018; Boman et al., 2019; Hetland, 2008). Tydelege mål, involvering av dei tilsette og tilpassing til lokale forhold er også viktig for trygging (Fjällman et al., 2020; Ree et al., 2020; Svensson et al., 2016).

Leiarane meinte at samhandlinga og samtreninga gjorde sjukepleiarane tryggare. Samarbeidet med legevakta og ambulansetenesta bidrog til auka klinisk kompetanse og til auka samhandlingskompetanse. Det same er vist i andre studiar (Fjällman et al., 2020; Svensson et al., 2016). Sjukepleiarane arbeider aleine på legevaktsatellitten, derfor var tverrprofesjonell samtrening viktig for læring og utvikling for den enkelte, men like viktig utvikling av eit sterkare fagmiljø. Å motta regelmessige tilbakemeldingar og å reflektere over erfaringar i etterkant av trening eller verkelege hendingar er viktig for kompetanseutvikling (Abelsson, Rystedt, Suserud, & Lindwall, 2016; Fjällman et al., 2020; Mikkola, Paavilainen, Salminen-Tuomaala, & Leikkola, 2018; Phung, Trueman, Togher, Orner, & Siriwardena, 2017). Det er i tidlegare studiar peika på behov for auka kompetanse i samarbeid med kollegaer og andre profesjonar (Bing-Jonsson et al., 2016; Fjällman et al., 2020; Lundberg et al., 2020).

Legevaktsatellittane hadde ikkje vore lenge i drift då intervjua blei gjennomført. I små kommunar varierer aktiviteten på legevaktsatellittane og det kan gå lang tid mellom akutte hendingar. Resultata frå denne studien kan tyde på at sjukepleiarane treng regelmessig øving, samtrening og tilbakemeldingar for å oppretthalde kompetansen og den faglege tilhøyrigheten. Det same er vist i andre studiar (Fjällman et al., 2020; Svensson et al., 2016). Både teoretisk kunnskap og

ferdigheitstrening er viktig for å utvikle klinisk kompetanse (Fjällman et al., 2020). Den støtta sjukepleiarane fekk frå legevaktslegane gjorde at dei følte seg tryggare og vart motiverte til å fortsette på legevaktsatellitten. Dette vert støtta av ein tidlegare studie der sjukepleiarane rapporterte at dei trengte støtte i fagmiljøet for å føle seg trygge i ukjente situasjonar (Svensson et al., 2016).

Det kom fram i intervjuet at alle sjukepleiarane i kommunane fekk tilbod om opplæringa i prosjektet. Opplæringa bidrog til kompetanseheving i heile tenesta og mange sjukepleiarar blei kvalifiserte for å jobbe på satellitten. Leiarane håpte òg at opplæringa og arbeidet på legevaktsatellitten kunne gjere det meir attraktivt å arbeide i kommunehelsetenesta. Funna kan tyde på at leiarane lukkast med dette. Omdømme og arbeidsmiljø kan være viktig for rekruttering av sjukepleiarar. Eit aktivt fagmiljø, mogelegheit for kompetanseheving, å kunne ta kunnskapsbaserte avgjerder og å ha støtte frå ein leiar er viktige faktorar for at tilsette blir i jobben og for å rekruttere nye (Andresen, Hansen, & Grov, 2017; Berge & Eilertsen, 2020; Halvorsrud, Kuburović, & Andenæs, 2017; Nei, Snyder, & Litwiller, 2015).

Metodekritikk

Gyldigheita av studien vart prøvd sikra ved at alle forfattarane gjennom heile prosessen hadde fokus på hensikta med studien og relevansen for problemstillinga. Intervjuarane følgde intervjuguiden, og det vart stilt oppfølgingsspørsmål slik at informantane kunne snakke fritt for å få fram eigne meiningar og utdjupingar (Graneheim & Lundman, 2004). Data vart samla med både telefonintervju og «ansikt-til-ansikt»-intervju. «Ansikt-til-ansikt»-intervju vert tradisjonelt sett på som ein intervjuform med større informasjonsrikdom sidan det og vil vere mogleg å registrere den nonverbale kommunikasjonen og fleire aspekt ved konteksten (Malterud, 2011). Likevel vert telefonintervju i aukande grad vurdert til å vere ein likeverdig datainnsamlingmetode (Carr & Worth, 2001). Etter vår vurdering var intervjusituasjonane godt eigna til at deltakarane fritt kunne dele relevante erfaringar. Ulike erfaringar kom fram i intervjuet, men det var òg mange fellestrekk som kom fram i dei ulike intervjuet når det gjaldt synspunkt på og erfaringar med kompetansebehov og kompetanseutvikling. Datamaterialet vart drøfta av alle forfattarane i gjentekne møte for å finne meningseiningar som reflekterte respondentane sine meiningar og problemstillinga.

Konklusjon

Ut frå leiarane sine erfaringar svarer «Pilot legevakt» på behovet for auka kompetanse til akutt sjuke pasientar i heile den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Leiarane støttar opp om prosjektet. Dei legg vekt på å gi støtte til sjukepleiarane når dei skal gå inn i ei ny rolle og få nye oppgåver. Det er krevjande for sjukepleiarane å kombinere ordinære sjukepleietenester med arbeid på legevaktsatellitt. Det er rimeleg å tru at leiaranes tilrettelegging og støtte gjer overgangen til ny rolle og kombinasjonsstillingar lettare. Støtte frå leiarane, den

planlagde opplæringa og samtreninga bidreg til å gjere sjukepleiarane trygge i den nye rolla. Leiarane legg vekt på at strukturelle og ressursmessige rammer må støtte opp om samtrening. Dei har inntrykk av at sjukepleiarane opplevde nye oppgåver som interessante, noko som kan verke positivt for rekruttering og stabilisering i tenesta.

Konsekvensar for praksis og vidare forskning

Modellen i «Pilot legevakt» bør prøvast meir ut i distriktskommunar. For at sjukepleiarane skal kunne utvikle og oppretthalde akuttmedisinsk kompetanse er regelmessig opplæring og samtrening med samarbeidande profesjonar og etatar viktig. Leiarane har ansvar for tilrettelegging og støtte. Det trengs vidare forskning på korleis sjukepleiarane som jobbar i legevaktsatellittane opplever integrering av akutte og ordinære tenester, og om denne organiseringa gjer det meir attraktivt å jobbe i kommunehelsetenesta. Ressursbruk til denne ordninga vil det og vere interessant å forske vidare på.

Litteratur

- Abelsson, A., Rystedt, I., Suserud, B. O., & Lindwall, L. (2016). Learning by simulation in prehospital emergency care—an integrative literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(2), 234-240.
<https://doi.org/10.1111/scs.12252>
- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (Rundskriv 5/15).
https://www.regjeringen.no/contentassets/bde3821703d44038a98b80923a1083ef/rundskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf.
- Albrektsen, G. (2018). *Legevaktpilot Sogn og Fjordane*. Henta frå
http://www.legevaktforum.no/uploads/1/1/7/2/117224830/gry_elise_albrektsen_legevaktpilot.pdf.
- Allertsen, M., & Morken, T. (2021). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2020*. (Nr.3).
<https://hdl.handle.net/11250/2755945>.
- Andresen, I. H., Hansen, T., & Grov, E. K. (2017). Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 90-99.
<https://doi.org/10.1177%2F2057158516676429>
- Ashley, C., Halcomb, E., Brown, A., & Peters, K. (2018). Experiences of registered nurses transitioning from employment in acute care to primary health care—quantitative findings from a mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 355-362.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13930>
- Berchet, C. (2015). Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. *OECD Health Working Papers*.
<https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>

- Berge, H. H., & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 21-41. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nurs*, 15(1), 5-5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people—Competence evaluation tool'. *International journal of older people nursing*, 10(1), 59-72.
- Boman, E., Ösp Egilsdottir, H., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). Nurses' understanding of a developing nurse practitioner role in the Norwegian emergency care context: a qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 47-54. <https://doi.org/10.1177%2F205715851878316>
- Bratt, C., & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of nursing management*, 26(8), 1074-1082. <https://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Carr, E. C., & Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *NT research*, 6(1), 511-524. <https://doi.org/10.1177%2F136140960100600107>
- Fjällman, C., Hilli, Y., & Jonasson, L.-L. (2020). Home health nurses' views on participating in pre-ambulance emergency treatment: A qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 2057158520946646. <http://dx.doi.org/10.1177/2057158520946646>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Halvorsrud, L., Kuburović, J., & Andenæs, R. (2017). Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(1). <https://doi.org/10.7557/14.4119>
- Haukelien, H., Vika, H., & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene : sykepleieres erfaringer*. (9788274018297). Bø i Telemark: Telemarksforskning <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling på rett sted-till rett tid*. (Meld.St.nr 47 (2008-2009)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2014). *Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. (Meld.St. 26 (2014-2015)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.

- Helse-og omsorgstenesteloven. (2020). *Lov om kommunale helse-og omsorgstenester m.m.* (§3-1, §3-2, §3-5).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pilot legevakt-rammedokument for forsøket*. Oslo: Henta frå <https://docplayer.me/105495538-Pilot-legevakt-rammedokument-for-forsoket.html>.
- Hetland, H. (2008). Transformasjonsledelse: Inspirasjon til endring. *Tidsskrift-Norsk Psykologiforening*, 45(3), 265
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/2003/transformasjonsledelse-inspirasjon-til-endring>.
- Hilpüsch, F., Parschat, P., Fenes, S., Aaraas, I. J., & Gilbert, M. (2011). Pleie-og omsorgspersonell i akuttmedisinske team. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 131(28), 28–31. doi: <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0319>
- Hopøy, A.-C., Bakken, L. N., & Bing-Jonsson, P. C. (2020). En kartlegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie. *Sykepleien Forskning*, 15.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.83096>
- Hovland, G., Kyrkjebø, D., Andersen, J.-R., & Råholm, M.-B. (2018). Self-assessed competence among nurses working in municipal health-care services in Norway. *British Journal of Community Nursing*, 23(4).
<https://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.4.162>
- Hovland, G., Kyrkjebø, D., & Råholm, M.-B. (2015). Sjukepleiaren si kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta; samspel mellomutdanningsinstitusjon og arbeidsplass. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 14–19. <http://dx.doi.org/10.7557/14.3475>
- Kinghorn, G. R., Halcomb, E. J., Froggatt, T., & Thomas, S. D. (2017). Transitioning into new clinical areas of practice: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24).
<https://doi.org/10.1111/jocn.14008>
- Kyrkjebø, D., Søvde, B. E., & Råholm, M.-B. (2017). Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering. *Sykepleien Forskning*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.64027>
- Lezzoni, L. I., Dorner, S. C., & Ajayi, T. (2016). Community Paramedicine-- Addressing Questions as Programs Expand. *The New England Journal Of Medicine*, 374(12), 3. <http://doi.org/10.1056/NEJMp1516100>
- Lundberg, A., Gyllencreutz, L., Saveman, B.-I., & Boman, E. (2020). Characteristics of nursing encounters in primary healthcare in remote areas: A survey of nurses' patient record documentation and self-report. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(2), 84-91.
<https://doi.org/10.1177%2F2057158520973165>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*: Universitetsforlaget.
- Mikkola, R., Paavilainen, E., Salminen-Tuomaala, M., & Leikkola, P. (2018). Out-of-hospital emergency care providers' work and challenges in a

- changing care environment. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 253-260. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12456>
- Nei, D., Snyder, L. A., & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health care management review*, 40(3), 237-253. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000025>
- NOU 15:17. (2015). *Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>.
- Parle, J. V., Ross, N. M., & Doe, W. F. (2006). The medical care practioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Medical Journal of Australia*. *The Medical Journal of Australia*, 185(1), 13-17. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00441.x>
- Phung, V.-H., Trueman, I., Togher, F., Orner, R., & Siriwardena, A. N. (2017). Community first responders and responder schemes in the United Kingdom: systematic scoping review. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0403-z>
- Ree, E., Aase, I., Strømme, T., Westbrook, J., & Wiig, S. (2020). Lessons learnt from nursing home and homecare managers' experiences with using the SAFE-LEAD guide. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(02), 103-118. <http://dx.doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-08>
- Sletner, A., & Halvorsrud, L. (2020). Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelse tjenesten og betydningen for jobbtilfredshet. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80410>
- Svensson, A., Fridlund, B., Wångmar, E., & Elmquist, C. (2016). Home healthcare nurses' experiences of being on stand by as a first responder in a 'While Waiting For the Ambulance' assignment. *Nordic journal of nursing research*, 36(4), 184-191. <https://doi.org/10.1177%2F2057158516637236>
- Sønstabø, Ø. (2015). *Sykepleierollen i endring-sykepleieres erfaringer med å delta som et ledd i den akuttmedisinske kjeden»-en kvalitativ studie fra kommunehelsetjenesten*. Master degree, Høgskulen på Vestlandet. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/301988>
- Zjadewicz, K., White, D., Bouchal, S. R., & Reilly, S. (2016). Middle managers' role in quality improvement project implementation, are we all on the same page?—A review of current literature. *Safety in Health*, 2(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1186/s40886-016-0018-5>