

Institutt for helse- og omsorgsfag

Hvilke utfordringer opplever AMK-sykepleier i møte med minoritetspråklige innringere på nødtelefonen 113?

Heidi Holmgren

Masteroppgave i helsefag. Mai 2015

Antall ord: 19458

Forord

Fire år har gått siden jeg startet på studieforløpet som skulle ende med en mastergrad. Fire år med utvidelse av horisonter, faglige så vel som sosiale. Det har vært interessant, krevende, frustrerende og ikke minst lærerikt.

Det er mange som har bidratt til at studiet har gitt mening og at prosjektet nå er ferdig.

Først og fremst vil jeg takke de seks informantene som er grunnlaget for hele oppgaven. Uten deres bidrag ville ikke prosjektet blitt til- tusen takk for at dere stilte opp!

Min engasjerte og faglig dyktige veileder, Inger Marie Holm, var ikke bare en inspirasjonskilde før valg av tema, men hun har, med sin energi og positive holdning, gitt meg innspill og støtte i skriveprosessen. Takk for at du har vært tålmodig, ærlig, ryddig og effektiv. Jeg kunne ikke fått en bedre mentor.

Takk også til Aud Obstfelder som bidro med sykepleiefaglig perspektiv og spennende diskusjoner.

Mine medkullinger, som tråkket opp stien før meg, takk! Dere gjorde at både samlinger og diskusjoner ble en kilde til inspirasjon.

Takk også til mine fantastiske kolleger i akuttmedisinsk klinikk på UNN. En spesiell takk til Inger Ruderaas som har lagt til rette for deltakelse på samlinger, tross en krevende vaktkabal.

Takk til venner og familie som har hatt tro på meg- deres oppmuntringer har betydd mer enn dere vet. En særlig takk til de av dere som tok dere bryet med korrekturlesning helt på tampen.

Til slutt, en spesiell takk til Sigrid Haugland som har vært med på alle opp- og nedturer. En kan ikke be om en bedre venn!

Heidi Holmgren, Tromsø, mai 2015.

Sammendrag:

Bakgrunn: De siste 50 årene har det skjedd store endringer i Norges befolkningssammensetning. Fra å være en nokså homogen populasjon etter andre verdenskrig, er befolkningen idag satt sammen av over 200 forskjellige nasjonaliteter. Antallet innvandrere er fordoblet i Norge de siste ti årene. Globalisering og økt migrasjon påvirker også helsevesenet. Helsepolitisk er fokus på tilrettelegging av helsetjenester, med tilpasning av universelle tilbud til pasientgrupper med særskilte behov. Målet er å utjevne sosiale forskjeller.

Hensikt: Å få kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleiere opplever når det gjelder henvendelser fra minoritetsspråklige innringere. Utgangspunktet for studien var problemstillinga: Hvilke utfordringer opplever AMK-sykepleier i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113?

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming. 6 AMK-sykepleiere med minst 2 års erfaring fra arbeid på en AMK-sentral i Norge ble inkludert i studien. På bakgrunn av semistrukturerte intervju ble det utarbeidet tekstmateriale som ble analysert ved hjelp av Aksel Tjoras stegvise-deduktiv induktiv metode. Studiens funn diskuteres i lys av interaksjonsteori med spesielt fokus på roller og rollekonflikter.

Funn: Informantene pekte på flere utfordringer knyttet til språkbarrierer på nødtelefonen. Det gjør den systematiske innhenting av opplysninger vanskeligere, og AMK-sykepleiers beslutningsgrunnlag for å kartlegge alvorlighetsgrad og ressursbehov ble dermed svekket. Økt opplevelse av stress kan skyldes at AMK-sykepleierne måtte avvike fra sine systematiske metoder for å innhente opplysninger. Det er ingen kultur for bruk av telefontolk.

Forhold som virker fremmede på informantenes håndtering av minoritetsspråklige innringere: Akuttmedisinsk forankring, ressurser i og rundt AMK-sentralen, personlige egenskaper, bevissthet rundt eget ansvar. Forhold som virket hemmende: Hørsel som eneste sans, tid, manglende systemkunnskap hos innringer, ressursprioritering, stress, statisk indeks, mangel på veiledning.

Konklusjon: AMK-sykepleier benytter en mengde ressurser, både hos seg selv og i sine omgivelser for å sikre at minoritetsspråklige pasienter skal få samme helsetilbud som de majoritetsspråklige. Oppgaven gir kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleiere opplever i møte med minoritetsspråklige innringere. Studien presenterer også ulike forhold som kan være årsaken til at akkurat disse utfordringene oppstår på AMK-sentralen. Utfordringene presentert i denne studien omhandler primært innringere med minoritetsspråklig bakgrunn, men funnene kan også omhandle utfordringer som AMK-sykepleiere opplever generelt, fordi tilrettelegging og individuell tilpasning ser ut til å være en integrert del av måten AMK-sykepleierne arbeider på. Verktøy som kan gjøre kommunikasjon med minoritetsspråklige innringere enklere for AMK-sykepleier, bør implementeres.

Nøkkelord: kvalitativ studie, telekommunikasjon, triage, telefon, nødsentral, utfordringer, sykepleierrolle, institusjonell interaksjon, sykepleiervurdering, stress yrkesrelatert, semistrukturerte intervju, minoritetshelse, språkutfordringer, ressursprioritering

Abstract:

Background: Over the past 50 years, Norway's demographics has undergone massive changes from being quite a homogeneous population after the Second World War, to presently consisting of more than 200 different nationalities. The number of immigrants has doubled just within the last 10 years. Globalization and the increasing migration is affecting the health care systems as well as society in general. Health politicians are focusing on how to facilitate public health care services in such a way that patients with distinct needs are met with customized services. The political goal is to reduce social inequality.

Aim: To gain insight in challenges emergency operators experience when receiving calls from foreign language-speaking callers. The research question in this study is: What challenges do nurses working in an emergency dispatch center, experience regarding foreign language-speaking callers?

Methods: The study has a qualitative design. Six nurses working in a Norwegian emergency dispatch center was included in the study. The nurses had a minimum of two years experience. Semi structured interviews were conducted and analyzed based on Aksel Tjoras' method for text analysis, using a stepwise-deduction inductive approach. The findings are discussed using interaction theory, with special focus on roles and role conflicts.

Results: The study's participants experienced a range of challenges due to language barriers. The decision-making process was jeopardized due to lack of thick enough descriptions. The nurses are used to working systematically, this was not easy when verbal communication was compromised and could be the cause of stress, in which the nurses experienced. Clarifying the severity in the callers' inquiry was made difficult. There is no culture for the use of telephone translation services.

Conclusion: The nurses use different skills and resources to make sure that the foreign-language speaking callers receive appropriate help. The study provides the reader with knowledge regarding which challenges the emergency-operating nurse experience. The study also presents some factors influencing the reasons as to why these challenges occur in the emergency dispatch center. Simple routines and facilities to communicate with foreign-language-speaking callers need to be developed. Findings emphasize the importance of support from organizational policies to develop models that makes communication with foreign language-speaking callers possible for the emergency operating nurse.

Keywords: Nurse, experience, telecommunication, telephone, triage, telenursing, qualitative study, telephoneconsultation, institutional interaction, decision-making clinical, nursing assessment, stress occupational, semi-structured interview, emergency operator, Norway.

1	Innledning.....	1
1.1	Prosjektets bakgrunn.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3	Innsikt i egen kultur.....	3
1.4	Rammebetingelser.....	4
1.4.1	AMK-sentralen som virksomhet.....	4
1.4.2	Pulten.....	4
1.4.3	Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.....	5
1.4.4	Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger.....	5
1.4.5	Nødsamtalen.....	7
1.5	Avgrensninger.....	7
1.6	Oppgavens oppbygning.....	8
2	Tidligere forskning.....	9
2.1	Forskning om organisering av nødsentraler.....	9
2.2	Forskning som berører AMK-sentralen.....	9
2.3	Forskning på nødoperatørens erfaringer.....	9
2.4	Forskning som berører nødsamtaler.....	11
2.5	Forskning som berører telemediert helsehjelp.....	12
3	Interaksjonisme.....	15
3.1	Interaksjonsordenen.....	16
3.2	Roller.....	16
3.2.1	Sykepleierrollen.....	16
3.2.2	Kollegarollen.....	17
3.2.3	Rollen som omsorgsarbeider.....	17
3.2.4	Rollen som veileder.....	18
3.2.5	Rollen som portvokter.....	18
3.2.6	Rollen som varsler.....	18
3.3	Rammer.....	19
3.4	Profesjonell distanse.....	21
4	Metode.....	22
4.1	Kvalitativ tilnærming.....	22
4.2	Å forske i eget felt; fordeler og ulemper.....	23
4.3	Hvorfor forske på AMK-sykepleiere?.....	24
4.4	Å forske på kolleger.....	25

4.5	Utvalg.....	27
4.6	Rekruttering av informanter via Facebook.....	28
4.7	Gjennomføring av intervju	30
4.8	Analyse.....	31
4.8.1	Koding.....	31
4.8.2	Kategorisering	32
4.9	Etiske betraktninger	32
4.9.1	Anonymisering og gjengivelse av materialet	33
4.10	Metodiske betraktninger	34
5	Presentasjon av funn.....	35
5.1	Hvilke innringerne handler det om?.....	35
5.2	En presentasjon av utfordringer slik de oppleves av AMK-sykepleier	35
5.2.1	Hvilket språk snakker innringer?	36
5.2.2	Bruk av telefontolk	36
5.2.3	Hvor er innringer?	37
5.2.4	Hvor syk er syk?	38
5.2.5	Prioritering av ressurser	39
5.3	Konsekvenser for AMK-sykepleier.....	40
5.3.1	Verbal kommunikasjon og hørsel som eneste sans	41
5.3.2	Vanskeliggjør veiledning.....	41
5.3.3	Veien videre.....	42
5.3.4	Kunnskap om organisering og system.....	43
5.3.5	Forventninger	43
5.3.6	Stress og ansvar.....	44
5.4	Hvilke kontekstuelle rammer påvirker AMK-sykepleiers erfaringer?	45
5.4.1	Nødhjelpssituasjonen.....	45
5.4.2	AMK-sykepleiers oppgaver.....	45
5.4.3	Det særegne ved telemediert kommunikasjon	46
5.4.4	Forskjellig kunnskapsgrunnlag	46
5.4.5	Indeksens statiske vesen	46
5.5	AMK-sykepleiers håndtering av minoritetsspråklige innringere.....	47
6	Diskusjon	51
7	Oppsummering.....	54
8	Litteraturliste.....	56

1 Innledning

Tema for min masteroppgave omhandler utfordringer som AMK-sykepleiere opplever i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113. Prosjektets hensikt er å få kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleier opplever i disse møtene.

1.1 Prosjektets bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene i Norge er i stadig utvikling. Historisk sett endres det norske samfunnet, herunder også det norske helsevesenet, gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden. Da den norske velferdsstaten ble utviklet etter andre verdenskrig bestod Norge av en nokså homogen befolkning. Målet var da at det offentlige tilbudet skulle være likt for alle, og å utjevne sosiale forskjeller (1). I dag er fokus i helsevesenet å yte *likeverdige* helsetjenester til en flerkulturell befolkning. En har tatt inn over seg at mennesker har ulike behov og at like helsetjenester ikke nødvendigvis sikrer at befolkningen mottar de samme tjenestene. Politiske føringer tilsier at det skal gis universelle tilbud i kombinasjon med tilpasning til pasienter med særskilte behov. Pasienter med annet kulturelt, religiøst og geografisk opphav har nye og andre behov enn majoritetsbefolkningen. Disse behovene møtes med individuell tilrettelegging, for at disse pasientene skal få samme muligheter når det gjelder helse. Ved å gi særskilte tjenester og tilrettelegging til denne gruppen er målet at de skal komme opp på majoritetsbefolkningens nivå og at forskjellene skal utjevnes (1).

De siste 10 årene er antallet innvandrere i Norge mer enn fordoblet (2). Ifølge tall fra statistisk sentralbyrå utgjør innvandrere 13 prosent av folkemengden per 1.januar 2015 (3).

Innvandrerne kommer fra 222 forskjellige land og selvstyrte regioner. Polakker, svensker og innvandrere fra Litauen utgjør de største gruppene, men også innvandrere fra Somalia, Pakistan og Irak utgjør betydelige tall i denne statistikken (3). Den sterke tilveksten skyldes hovedsakelig arbeidsinnvandring fra EUs nye medlemsland i Øst-Europa (4). 43 prosent av alle ikke-nordiske statsborgere som innvandret i løpet av 2013, hadde arbeid som innvandringsgrunn. 1 av 3 kom på grunn av familiegjenforening eller ekteskap, mens henholdsvis 13 og 11 prosent kom på grunn av flukt og utdanning (4).

Kortest botid i de største gruppene finner man blant innvandrere fra Polen og Litauen hvorav om lag ni av ti har bodd i Norge i mindre enn fem år. Flest med lang botid finner man blant

innvandrere fra Pakistan og Danmark hvorav over halvparten har bodd i Norge i mer enn 20 år (5).

Det bor mennesker med innvandrerbakgrunn i alle landets kommuner, men det er klart flest i hovedstaden der innvandrere utgjør 32 prosent av folketallet. Drammen kommune følger på andreplass, mens Båtsfjord kommune i Finnmark nylig har overtatt tredjeplassen. Per 1. januar 2015 er hver fjerde innbygger i Båtsfjord innvandrer eller norskfødt med innvandrerforeldre (3).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Mitt masterprosjekt startet med en undring over hvordan nødmeldertjenesten påvirkes av de demografiske endringene i Norges befolkning. Min ambisjon ved å sette fokus på dette tema, er å bidra til å utvikle kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleier opplever. Kunnskap om disse utfordringene, kan bidra til å avdekke forhold som i sin tur kan utvikle nødmeldertjenestene.

Gjennom masterstudiet har vi vært innom mange spennende tema innenfor helsefaget. Da jeg gjorde mitt temavalg, var personlige interesser med på å forme dette. Jeg har bestandig vært interessert i kommunikasjon og språk. I tillegg inspirerte forelesningene vi hadde om minoritetshelse og kultursensitivitet, til å skrive en oppgave innenfor dette feltet. Jeg er i dag ansatt i en akuttmedisinsk klinikk, og jeg ønsket også å skrive en oppgave som jeg kunne dele med mine kolleger, og som kunne være relevant for min arbeidsplass ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Før jeg valgte tema, tenkte jeg mye på egen yrkeserfaring. Jeg har i løpet av de siste ti årene opparbeidet meg praksiserfaring innenfor både prehospitale- og kommunale tjenester, så vel som fra spesialisthelsetjenesten, der jeg er ansatt i dag. Jeg har selv opplevd møter med minoritetspasienter der kommunikasjon har vært utfordrende. Mine erfaringer er fra situasjoner der jeg som sykepleier har møtt pasientene ansikt til ansikt. Jeg kunne se den andre og benytte meg av blick, gester og kroppsholdning når språket alene ikke var nok for å formidle. På akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (heretter kalt AMK) tar de imot nødsamtaler fra pasienter, helsepersonell og pårørende. Fordi disse samtalene foregår over telefon, blir det verbale språket et av AMK-sykepleiernes viktigste redskaper. De kan hverken

se eller ta på innringerne, men må basere sine vurderinger på hva de hører og på hva innringer forteller. Så hvordan erfarer og håndterer de da henvendelser som innebærer språkbarrierer? På bakgrunn av denne undringen har jeg valgt å operasjonalisere tema i følgende problemstilling;

Hvilke utfordringer opplever AMK-sykepleier i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke forklaringsmodeller kan interaksjonsteori gi meg som forsker, for å forklare hvorfor disse henvendelsene oppleves som utfordrende?

Ved å intervjuer AMK-sykepleiere om deres erfaringer med minoritetsspråklige innringere, ønsker jeg å få kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleierne opplever i disse møtene. Å forstå mer om hvilke utfordringer AMK-sykepleier opplever, og hvorfor akkurat disse utfordringene oppleves som vanskelige, kan bringe frem kunnskap som i sin tur kan være med å forme hvordan disse helsetjenestene utvikles i fremtiden.

1.3 Innsikt i egen kultur

Flere forskere har etterlyst forskning som setter helseprofesjonelle kulturer og helsefaglig praksis i fokus. Blant annet skriver forfatter og sykepleier Jonas Debesay, om viktigheten av at helsepersonell vender blikket innover mot sin egen kultur for å opparbeide seg en kulturell kompetanse, hvilket han igjen hevder er viktig i møte med andre kulturer (6). Bodil Blix, forsker ved UiT, skrev i 2014 en kritisk refleksjon om betydningen av kultur i møter mellom innvandrere og helse- og omsorgstjenester. Hun hevder, som Debesay, at det å ha kulturkompetanse ikke nødvendigvis handler om å ha kjennskap til «de andres», for eksempel innvandrernes kultur, men at helsepersonell må «reflektere kritisk over hvordan deres egne sosiale, kulturelle, økonomiske og profesjonelle bakgrunner former deres oppfatninger av menneskene de er satt til å hjelpe, og dermed påvirker deres praksis» (7, s.482). Mitt masterprosjekt fokuserer på AMK-sykepleiere, og kunnskap om hvordan de erfarer og håndterer minoritetsspråklige innringere kan si noe om den profesjonelle kulturen som

påvirker deres arbeid. Jeg støtter meg til Zygmunt Baumans kulturforståelse, der kulturer betraktes som levende og foranderlige, som noe som hele tiden skapes, endres og vedlikeholdes mellom mennesker (8).

1.4 Rammebetingelser

Rammene som politikk, lovverk og institusjon legger for arbeidet på AMK er selvsagt viktig. I det følgende vil jeg redegjøre kort for AMK-sentralen som virksomhet og for hvilke ressurser AMK-sykepleier har tilgjengelig i pulten. Deretter vil presentere jeg to dokumenter som jeg anser som spesielt viktige. Sammen er disse rammebetingelser som er styrende for hvordan AMK-sykepleier utfører arbeidet på AMK-sentralen og kjennskap til disse bidrar til en bedre forståelse av mine funn. Til slutt vil jeg, helt kort, redegjøre for nødsamtalen som en særegen form for samtale.

1.4.1 AMK-sentralen som virksomhet

Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral er en del av den offentlige beredskapen som skal komme nødstilte til unnsetning. Det er per januar 2015 19 AMK-sentraler i Norge. Disse mottok i 2013 over 850.000 samtaler. 47 prosent kom på nødnummeret 113. AMK-sentralenes oppgaver omfatter å motta nødansrop fra nødstilte, gi den nødstilte profesjonell veiledning og å iverksette nødvendige tiltak (9).

AMK-sentralen er knutepunktet for all transport av syke og skadede, og må sørge for rett prioritering av flåten. Flåten til AMK Tromsø består av 29 ambulanserbiler, 6 ambulansefly, 4 ambulansebåter og 2 ambulanshelikopter (10). I tillegg samarbeider AMK med ressurser lokalt plassert i distriktene, som legekantor, fastleger og legevaktssentraler.

1.4.2 Pulten

Ved AMK-sentralen i Tromsø jobber det operatører med sykepleierbakgrunn, som svarer på 113-telefonen. I samme rom, sitter ambulansesentraler, med ambulansesfaglig bakgrunn. De koordinerer ambulansesflåten og har ansvaret for å sende ut alarmer.

Ambulansesentraler sitter også på medlytt på 113. Medlytt innebærer at ambulansesentraler kan høre på samtalene som AMK-sykepleier får på 113 telefonen (11). Slik kan han eller hun oppfatte behovet for å slå ut en alarm, *samtidig* som AMK-sykepleier

snakker med innringer. At det er to som hører på samme samtale gir også andre fordeler, i form av kvalitetssikring av opplysninger, hvis det for eksempel er vanskelig å oppfatte hva innringer sier. Ambulansekoordinator svarer primært ikke på 113-telefonen.

I pulten der AMK-sykepleier sitter og svarer på telefonen, har hun flere skjermer med forskjellige datasystem og kartverk. AMK-sykepleier har høretelefoner på hodet som gjør at hun har hendene fri for å skrive og bruke forskjellige oppslagsverk.

1.4.3 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (12), heretter kalt indeksen, er et oppslagsverk som AMK-sykepleier støtter seg til for å gjøre en systematisert skadevurdering. Indeksen ble første gang utgitt av Den Norske Legeforening i 1994 og har kommet i flere utgaver og opplag siden. Indeksens funksjon er å fastsette en respons, et tiltak, bestemt av problemtype og hastegrad. Helt først i indeksen finnes et såkalt startkort. Startkortet tilbyr et mønster for innhenting av relevant informasjon. Der står det hva en skal spørre om, når en skal spørre om det og kortet gir pekere på hvor en skal slå opp eller til hvilken respons som skal iverksettes. Respons er delt opp i tre kategorier. Rød respons- akutt, gul respons- haster og grønn respons- vanlig. I siste utgave av indeksen finnes 39 oppslag. Hvert oppslag representerer et problem (for eksempel fremmedlegeme i luftveiene, krampeanfallet eller brystmerter). Ved å slå opp på de forskjellige symptomene eller plagene innringer oppgir, kan AMK-sykepleier få hjelp til å stille relevante spørsmål. Indeksen er ment å være et beslutningsstøtteverktøy for kompetent personell. AMK-sykepleier må foreta selvstendige vurderinger og tilpasse bruken til den enkelte innringersituasjonen. Det blir understreket i indeksens forord at den kun gir anbefalinger, og ikke skal anses som et regelverk (12).

1.4.4 Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger

Denne planen (13) er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (heretter kalt Kokom) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Planen har blitt brukt til opplæring og oppfølging av operatører ved AMK- og legevaktsentraler. I denne planen spesifiseres hvilke kunnskaper, ferdigheter og egenskaper nødoperatører bør og skal ha. Den tar for seg ulike typer kompetanse, og fremhever etisk, relasjonell, prioritering, operativ og IKT-kompetanse. Kompetanseplanen inneholder 5 moduler og jeg skal her redegjøre kort for innholdet i to av disse modulene som jeg anser for å være spesielt relevante

for min oppgave. Modulene jeg ikke går nærmere inn på, er lover og regler, IKT i sentralen og etikk og kultur.

1.4.4.1 Ansvar og oppgaver

Denne modulen tar for seg hvilke oppgaver, ansvar og faglige retningslinjer som gjelder for den medisinske nødmeldetjenesten. Det nevnes både teoretiske og praktiske ferdigheter, i tillegg til holdninger. Operatørene må blant annet kjenne til bruken av indeksen, både teoretisk og praktisk. I tillegg må personellet ha kunnskap om den akuttmedisinske kjeden og samhandling med diverse samarbeidspartnere. Under punktet om ferdigheter står det blant annet at vedkommende må; «Kunne føre gode kommunikative samtaler med innringer. Aktiv lytting, uten å være forutinntatt. Fulle veilederrolle. Smidighet og fleksibilitet. Kunne arbeide systematisk. Løsningsorientert. Utøve god yrkesetikk» (13, s.16).

1.4.4.2 Kommunikasjon med innringer

Denne modulen tar for seg punkter som omhandler kommunikasjon. Under punktet om verbal kommunikasjon står blant annet; «Systematisk utspørring av innringer jfr. medisinsk indeks, kvalitetssikring av at innringer har forstått hva operatøren sier, kjenne til konfliktdepende teknikker» (13, s.38).

Under nonverbal kommunikasjon står det; «kjenne til hvordan nonverbal kommunikasjon påvirker en samtale, bevisst bruk av stemmeleie og unngå uartikulerte lyder som kan virke negativt» (13, s.38).

Videre tar denne modulen for seg et eget underpunkt om kommunikasjon med innringere fra andre kulturer og med fremmedspråklige innringere. Der står det at operatøren må ha «evne til å kommunisere med fremmedkulturelle som enkeltindivider uten å ha forutinntatte holdninger basert på stereotype oppfatninger» (13, s.38). Og videre; «Kjenne til hvordan man får til en god kommunikasjon med personer som snakker dårlig norsk» (13, s.38). Enda et underpunkt utdyper at «operatør må lytte til innringer, unngå tvetydighet, sikre gjensidig forståelse og justere språket etter innringers språkferdigheter» (13, s.41-42).

Denne planen tar for seg hva operatørene skal og bør gjøre, men går i mindre grad inn på hvordan operatørene skal oppnå dette. Unntaket er punktet om kommunikasjon med fremmedspråklige. Der utdypes konkrete råd, og planen gir anbefalinger som at operatør bør forsøke å unngå å avbryte innringer og at operatør bør bruke klar tale, og enkle og korte

setninger. Videre står det at operatøren eksplisitt bør bekrefte at de har hørt innringers anmodning om ambulanse. Operatøren bør også unngå å beskylde innringer for noe, selv om operatør mener at beskyldningene er berettigede (13, s.42).

1.4.5 Nødsamtalen

For å tydeliggjøre for leser hvordan en typisk nødsamtale går for seg finner jeg det nyttig å trekke inn funn fra en masteroppgave i språklig kommunikasjon (14). Forfatteren presenterer de ulike fasene i en nødsamtale og deler inn nødsamtaler i 6 ulike faser. Åpningsfasen, der deltakerne skaper kontakt og etablerer relasjoner. Anmodningsfasen, der innringer kommer med anmodning om hjelp. Utspørringsfasen, der operatøren initierer en spørsmål-svar utspørring. Responsfasen, der operatøren svarer og responderer på innringers anmodning om hjelp. Mellomfase, en fase der deltakerne eventuelt holder linjen i påvente av at hjelp kommer til (skjer ikke i alle nødsamtaler, men i mange). Til slutt avslutningsfasen, der deltakerne har godkjent løsningen, altså responsen på anmodningen og samtalen avsluttes (14).

Denne oppdelingen av en nødsamtale var nyttig for meg da jeg skulle analysere informantenes utsagn fordi det gav meg en slags struktur på hvordan nødsamtalene foregår, i alle fall når nødsamtalen går «som planlagt» og følger et type oppsett som informantene er vant til å jobbe innenfor. Nøyaktig hva det er som forkludres eller hva det er som forstyrres når den språklige kommunikasjonen reduseres skal jeg komme nærmere inn på senere i oppgaven.

1.5 Avgrensninger

I mitt studie er fokus på AMK-sykepleieres erfaringer med en bestemt gruppe innringere. I oppgaven anvender jeg begrepet minoritetsspråklige innringere. Med dette refererer jeg til innringere som ikke behersker norsk flytende. Jeg har lagt til grunn at innringerne heller ikke behersker svensk, dansk eller engelsk, alle språk jeg antar at AMK-sykepleier vil beherske i større eller mindre grad. Med andre ord er jeg interessert i innringersituasjoner der den kommunikasjonen mellom AMK-sykepleier og innringer utfordres på grunn av språkbarrierer.

Disse innringersituasjonene er en form for samhandling som involverer flere parter. Oppgavens fokus er AMK-sykepleieres opplevelse av utfordringer. Dette medfører at oppgavens funn vil gi et begrenset kunnskapsgrunnlag om hvordan samhandling mellom

AMK-sykepleier og innringer foregår. Innringers perspektiv utelukkes og innringers rolle presenteres kun indirekte via mine informanter og deres beretninger. Dette er et bevisst valg fra min side, da jeg ikke skal studere samhandlingen mellom innringer og AMK-sykepleier, men kun er interessert i hvordan AMK-sykepleierne opplever disse innringersituasjonene.

AMK-sykepleier blir referert til som AMK-sykepleier, AMK-operatør eller hun. Ikke alle AMK-operatører er kvinner, men alle mine informanter var det.

Jeg vil understreke at funn presentert i denne oppgaven, baserer seg på opplysninger som berører AMK-sentralen i Tromsø. Hvordan AMK-sentraler er organisert, og hvilke oppgaver AMK-operatører har, kan variere fra sentral til sentral.

1.6 Oppgavens oppbygning

Jeg har i kapittel 1 redegjort for prosjektets bakgrunn og problemstilling. I det følgende vil jeg presentere forskning på feltet som har bidratt til å forme oppgaven min. Videre vil jeg gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk; interaksjonsperspektivet. Deretter kommer et metodekapittel der jeg redegjør for prosjektets utforming og gjennomføring, før jeg presenterer mine funn. Til slutt diskuteres mine funn i lys av interaksjonsperspektivet. Helt til slutt vil jeg foreta en kort oppsummering.

2 Tidligere forskning

Da jeg søkte på forskning og litteratur innenfor feltet nødsentraler og kommunikasjon med minoritetsspråklige innringere, fant jeg mye stoff, og utfordringen har vært å finne frem til forskning som kunne belyse og tilføre mitt prosjekt relevant kunnskap. I det følgende vil jeg presentere forskning som har vært spesielt viktig for mitt prosjekt.

2.1 Forskning om organisering av nødsentraler

Nødsentraler organiseres forskjellig rundt om i verden (15) og det er således ikke all forskning som uten videre kan overføres til mitt prosjekt, selv om det på mange måter kan dreie seg om samme tema. I Norge har vi tre separate nødnummer- 110 (brann), 112 (politi) og 113 (medisinsk nødhjelp) (9). Også innad i Skandinavia er organiseringen av nødsentralene forskjellig (16). I Sverige har de siden 1973 hatt et felles nødnummer som betjenes av personell uten annen form for fagutdanning enn det 1-årige studiet de må gjennomføre for å bli godkjent som operatør (17).

Jeg har valgt å inkludere noe forskning fra land som har organisert sine nødsentraler på en annen måte enn Norge. Dette gjør jeg fordi forskningen er av en slik art at jeg, tross forskjellene, vil hevde at funnene er aktuelle også for norske forhold.

2.2 Forskning som berører AMK-sentralen

Fagpersoner med annen bakgrunn enn min egen kan ha andre perspektiv og således åpne opp for andre og nye nyanser i eget materiale. Sosiologen Aksel Tjora har i flere prosjekter studert AMK-sentraler og bruken av teknologi i medisinsk nødkommunikasjon (11, 18-20). Hans arbeider har gitt meg innsikt i hvordan AMK-sentralene er utformet, og hvilke tekniske hjelpemidler AMK-sykepleier har tilgjengelig. Dette har vært nyttig for å få kunnskap om de kontekstuelle rammene på AMK-sentralen.

2.3 Forskning på nødoperatørens erfaringer

Jeg har funnet svært mye forskning fra USA, som opererer med et felles nødnummer; 911. Nødsentralene i USA tar imot samtaler fra innringere som kan befinne seg i forskjellige typer nød, altså har de ikke bare helserelaterte henvendelser. Allikevel finner jeg følgende studie relevant, da tema dreier seg om kommunikasjonsproblemer på en nødsentral. En studie fra

2010 hadde som mål og danne grunnlag for utviklingen av såkalte guidelines, altså retningslinjer, for kommunikasjon med *limited-English-proficiency (LEP) populations*, altså pasienter med begrensede engelskkunnskaper (21). 123 operatører deltok i undersøkelsen og totalt 172 samtaler ble analysert (86 ble karakterisert som samtaler med kommunikasjonsbarrierer). Studiens forfattere fant at operatørene opplevde samtaler med denne typen innringere spesielt stressende, og at operatørene mente at kommunikasjonsbarrierer påvirket omsorgstilbudet til den pasientgruppen. Videre avdekket studien at operatørene brukte telefonolk i bare 13 prosent av samtalene. Forfatterne etterlyser såkalt «best practise» forskning for å bedre kvaliteten på helsetilbudet til LEP-populations (21). I mitt prosjekt fant jeg flere likheter med funnene i denne undersøkelsen. Informantene mine forteller også om en økt opplevelse av stress når det gjelder minoritetsspråklige innringere. Og heller ikke mine informanter hadde brukt telefonolk i særlig grad, faktisk var det bare en av de seks informantene som hadde brukt tolketjenesten Noricom (22) på AMK-sentralen.

I den overnevnte studien skriver forfatterne at LEP-populasjonene trenger å forstå 911-systemet bedre og lære seg hvordan man kommuniserer under en nødsamtale (21). Mangel på systemkunnskap belyses også av to av mine informanter. Som en av dem svarte på spørsmålet om de får henvendelser på 113 som ikke er akutt; «*Ja, men det er jo fordi de ikke forstår vårt system med legevakt og når det haster- når ringer du legevakt og når ringer du 113?*» En annen informant kommenterer; «*I våre øyne, er det litt en overreaksjon*». Hun refererte da til en innringer som hadde falt og fått et kutt i hodet, og som informanten vurderte kunne ta en drosje til legevakt, men innringer «bestilte» en ambulanse. En tredje informant fortalte følgende da jeg spurte om hun hadde opplevd at minoritetsspråklige innringere gav uttrykk for at de ikke fikk den hjelpen de ønsket; «*Mmm. Og spesielt dem med utenlandsk opprinnelse. Hvorfor får vi ikke hjelp, hvorfor får vi ikke ditt og datt? Fordi at vi har våre skjema vi skal gjennom, vi skal vite hva som har skjedd, vi skal vite hvor de er, vi skal vite om de er våkne, om de puster, altså, vi har en del ting som vi må igjennom og den prosessen tar litt tid, og har du da språkproblemer så blir veldig mange hissig. Hvorfor driver du å stiller alle disse spørsmålene? Hvorfor driver du og maser om ditt og datt, men det hjelper ikke meg at de sier at de trenger en ambulanse, for jeg har også en jobb å gjøre, jeg har også en vurdering å gjøre, av hvor fort det skal gå, hvem skal prioriteres*». En grundigere diskusjon rundt dette med systemkunnskap og forskjellig forståelse kommer jeg tilbake til.

En svensk studie fra 2004 (17) tok for seg 16 operatører ved en SOS sentral (Sveriges svar på AMK-sentral), og analyserte på bakgrunn av intervjuer, hva operatørene opplevde som utfordrende/vanskelig og informantenes refleksjoner rundt hvorledes de taklet disse utfordringene. Selv om operatørene i Sverige ikke har helsefaglig bakgrunn, finner jeg grunn til å tro at det disse operatørene beskriver som vanskelig, også kan gjelde for norske AMK-sykepleiere, da oppgavene i form av å behandle nødsamtaler og prioritere ressurser gjelder i begge land. Forfatterne fant at de situasjonene som informantene refererte til som vanskelige var karakterisert av usikkerhet (rundt diffuse symptomer/ mangel på informasjon/usikre omstendigheter), kommunikasjonsvansker (det forfatterne kaller *Communication handicaps*; døve, blinde, innringere med afasi/ medisinsk språk/ språkvansker) og manglende (transport)ressurser. Egenskaper, kunnskap og erfaring ble oppgitt som vesentlig når det gjaldt operatørens evne til å håndtere situasjonene. Informantene spesifiserte personlige egenskaper som sensitivitet, innsikt, empati og intuisjon (17). Også denne studiens funn underbygger at det mine informanter har erfart, kan være gjeldende for flere. Mer om hva mine informanter fortalte, vil bli presentert i kapittel 5.

2.4 Forskning som berører nødsamtaler

En norsk studie fra 2012 tar utgangspunkt i en nødsamtale der utfallet ble fatalt, og en pasient døde. Forfatteren analyserer kommunikasjonen mellom innringer og operatøren på 113, og redegjør for hvordan mistillit og misforståelser kan oppstå i en nødsamtale (23). En ambulanse ventet utenfor pasientens leilighet i 15 minutter, fordi AMK-operatør oppfattet innringeren, en pårørende, som truende, og derfor ville at ambulansepersonellet skulle vente på politistøtte (23).

I kompetanseplan for personell som mottar og håndterer nødmeldinger (13) understrekes viktigheten av god kommunikasjon med fremmedspråklige innringere. Allikevel opplever informantene mine at slik kommunikasjon er vanskelig. Forfatteren av studien over, skriver i sin konklusjon at han håper at studien kan leses av personell som jobber med dette og at de gjennom denne samtaleanalysen kan få noen praktiske råd til hvordan man kan bedre kommunikasjonen på nødtelefonen (23). Informantene mine forteller at de ikke har fått noen spesifikk opplæring i hvordan man skal håndtere spesielt utfordrende samtaler på 113. Utover AMK-kurset har ingen av de 6 informantene hatt noe kursing eller annen form for opplæring på AMK-sentralen, men understreker at de lærer av sine erfaringer.

Tracy, forfatteren av en amerikansk artikkel fra 1997 (24), hevder at forskjellige forventninger blant innringere og operatører på 911-sentralen i USA er én årsak til hvorfor det kan oppstå misforståelser og problemer i nødsamtaler. Forfatterens funn kan være med å bidra til å forstå hvorfor mine informanter opplever slike innringersituasjoner som utfordrende. Tracy fant at problemer som oppstår mellom innringere og operatører på 911-sentralen i USA, kan forklares på bakgrunn av såkalte «interactional frames», interaksjonelle rammer (min oversettelse). Hun finner at innringer og operatør har forskjellige forventninger til hvilke rammer som gjøres gjeldende i en 911-samtale. Mens operatøren har en såkalt «public service»-ramme, altså offentlig service-ramme (min oversettelse), har innringer ofte en såkalt «customer service »-ramme, altså kundeservice-ramme (min oversettelse). Jeg fant Tracys artikkel relevant fordi den hjalp meg med å forstå hvordan interaksjonsforskning kan anvendes i praksis. I tillegg hjalp funnene hennes meg å forstå hvorfor misforståelser kan oppstå i nødsamtaler. Jeg vil diskutere hvilke implikasjoner forskjellige forventninger kan ha for mine informanter i kapittel 6.

Flere forskere har vært interessert i problemfylte nødsamtaler. Amerikanerne Jack og Marilyn Whalen og Don Zimmerman har publisert en rekke artikler om nødsamtaler, og bruker samtaleanalyse for å vise hvordan misforståelser i nødsamtaler kan utvikle seg (25). Deres artikler har gitt meg kunnskap om hvordan nødsamtaler kan foregå i virkeligheten da de bruker empiriske eksempler i sine analyser.

Jeg ville også tilegne meg kunnskap om nødsamtaler, og hvordan disse skiller seg fra dagligdagse telefonsamtaler. Heritage og Clayman skriver om institusjonelle samtaler (26) og tar for seg hvordan nødsamtaler er en form for institusjonell samtale (27). Kunnskap om det særegne ved institusjonelle samtaler, og mer spesifikt, nødsamtaler, ble viktig underveis i arbeidet mitt, ettersom disse samtaleformene gir noen helt spesielle føringer på hvordan AMK-sykepleier arbeider.

2.5 Forskning som berører telemediert helsehjelp

I 2010 publiserte *Journal of Advanced Nursing* en studie der forfatterne hadde gjennomført en såkalt «systematic review» med mål om å finne studier som omfattet sykepleiererfaringer med telefontriage (28). Telefontriage brukes her som en fellesbenevnelse for all rådgivning

sykepleiere utfører over telefon, og inkluderer både nødoperatører og sykepleiere på legevaktsentraler. Studiene som er inkludert her omfatter landene Sverige, Storbritannia, Canada og USA. Forfatterne ville undersøke hvilke faktorer som fremmet sykepleiernes beslutningstaking og hva som hemmet den. Studien fant fem hovedtemaer som belyste felles problemer og bekymringer; utvikling og opprettholdelse av ferdigheter, autonomi, nytt arbeidsmiljø og stress og arbeidspress (28). I studiens konklusjon skriver forfatterne at det å danne seg et bilde av innringer er nøkkelen til å gjøre vurderinger over telefonen, men at vurderingene i siste rekke påvirkes av de motstridende kravene det medfører å være både omsorgsperson og portvokter til de begrensede helsetjenestene (28).

Også en mindre studie fra Sverige avdekker liknende funn. Mange byer i Sverige har siden begynnelsen av 1970-tallet, hatt et telefonrådgivingstilbud til sine innbyggere kalt «Sjukvårdsupplysningen» (29). En studie fra 2002 undersøkte 5 sykepleiere, ansatt på sjukvårdsentralen, sine erfaringer med pasientmøter over telefon. Sjukvårdsentralen er bemannet av det forfatterne refererer til som medisinskfaglig kompetente personer, ofte sykepleiere, og sentralens eksistens begrunnes i innbyggernes rett til lett tilgjengelig helsehjelp (29). Studien fant at sykepleierne sine erfaringer karakteriseres av motstridende krav til dem som helsearbeidere. På den ene siden føler de en forpliktelse overfor innringer til å yte hjelp, mens de på den andre siden føler seg som det forfatterne av studien har kalt portvoktere (gatekeepers) overfor helsetjenesten, som ikke har kapasitet til å henvise alle innringerne til legekonsultasjon.

Konfliktene som studiene over refererer til, kommer også til syne i mitt materiale. AMK-sykepleierne oppgir at de føler et ansvar for å hjelpe innringerne på nødtelefonen, samtidig som de adresserer utfordringene med ressursknapphet og organiseringen av det norske helsevesenet, på den andre siden. I Norge er det nødvendig å ha en henvisning til spesialisthelsetjenesten for at en pasient skal bli innlagt på sykehus. Unntaket er akutte, livstruende situasjoner, som krever behandling på sykehus, slik som hjertestans, mistanke om hjerneslag etc. I akutte tilfeller har ambulansetjenesten og AMK-sykepleierne anledning til å se bort ifra kravet om henvisning, slik at pasienten kan komme direkte til sykehus. I tilfeller der pasienten ikke er akutt kritisk syk, er det altså nødvendig med henvisning, enten fra fastlege, en legevaktslege eller andre som har myndighet til å henvise.

En stor og viktig del av arbeidsoppgavene pålagt AMK-sykepleier, er å innhente opplysninger om symptomer og pasientens helsetilstand, for så å avgjøre hvilken hastegrad og respons tilfellet krever. Som nevnt har AMK-sykepleierne norsk medisinsk indeks (12) å støtte seg til når det gjelder disse vurderingene. Når det gjelder minoritetsspråklige pasienter, blir vurderingen AMK-sykepleier må gjøre vanskelig, fordi beslutningsgrunnlaget for å fastsette rett hastegrad, og således rett respons, blir mindre, eller i noen tilfeller helt fraværende. I slike tilfeller oppgir mine informanter at de *må* sende en ambulanse. Som en informant sa det: «*Er vi i tvil, så er vi i tvil, og da sender vi en ambulanse for å liksom...hva er dette her?*»

Som nevnt i innledningen er det østlandsområdet som i størst grad berøres av de demografiske endringene. Oslo universitetssykehus har i samarbeid med NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse), utarbeidet en rapport (30) som gir praksisrelevante, konkrete anbefalinger til AMK-operatører, slik at disse skal kunne forbedre sin kommunikasjon med fremmedspråklige innringere. Denne rapportens eksistens underbygger viktigheten av å ta AMK-operatørers opplevelser og erfaringer på alvor, slik at tjenesten kan utvikles i en retning som ivaretar både innringer og operatør.

Nødsentraler organiseres forskjellig, men som forskningen jeg har presentert her viser, ser det ut til at feltet har flere felles utfordringer. Jeg fant ingen studier som har undersøkt norske AMK-operatørers erfaringer med minoritetsspråklige innringere, og således håper jeg at mitt prosjekt kan fylle et kunnskapshull.

I neste kapittel vil jeg presentere oppgavens teoretiske perspektiv.

3 Interaksjonisme

All profesjonell virksomhet er av relasjonell karakter og har interaksjon, eller samhandling, både som forutsetning og resultat. Derfor er et interaksjonsteoretisk perspektiv alltid egnet til å studere profesjonelt arbeid (31). Dette perspektivet retter seg mot sosial samhandling og mer spesifikt i denne sammenhengen, mot profesjonell samhandling. Samhandling viser til noe personer gjør sammen og i forhold til hverandre. Det er når den profesjonelle, her AMK-sykepleieren, involverer seg praktisk og konkret i en aktivitet på arbeidet, at den profesjonelle kompetansen og kunnskapen blir konkretisert og virkeliggjort. Først da får faglige standarder og etiske prinsipper praktisk mening (31). Samhandling kan vise til samarbeid, konflikter eller generelt til situasjoner der mennesker, mer eller mindre bevisst, omgås eller tar hensyn til hverandre i sine praktiske og konkrete væremåter.

Jeg fant interaksjonsperspektivet spesielt relevant fordi jeg var interessert i hvilke seremonielle krav som påvirker AMK-sykepleiers opplevelser med minoritetsspråklige innringere, og et interaksjonistisk perspektiv kunne i så måte være relevant og gyldig.

Hvilket perspektiv en velger, er basert på hva en vil studere og hvilke spørsmål en søker å besvare (32, 33). Jeg har altså valgt å anvende et interaksjonsteoretisk perspektiv. Det finnes imidlertid også andre perspektiv som kunne vært spennende å bruke, for eksempel et fenomenologisk perspektiv. Ved å velge et perspektiv, velger en samtidig vekk et annet. Det er ikke bare et gyldig perspektiv. Hvis jeg hadde knyttet oppgaven an til fenomenologien kunne materialet mitt frembragt annen, men ikke nødvendigvis mindre relevant kunnskap. Forskjellige perspektiver vil kunne gi forskjellige tolkninger av samme materiale (33).

I min oppgave har jeg først og fremst brukt det teoretiske rammeverket som Per Måseide presenterer i kapitlet «Profesjoner i et interaksjonsteoretisk perspektiv» i boka Profesjonsstudier (31). Jeg fant det imidlertid også nødvendig å trekke inn begreper fra den canadiske sosiologen og samfunnsforskeren Erving Goffman (34), da disse gav meg en utfyllende og grundig innføring i interaksjonsforskningens begrep, og således hjalp meg å forstå teorien Måseide presenterer i større grad enn ved å se på Måseides presentasjon alene. Goffmans teorier er omfattende, og jeg vil i det følgende trekke ut et utvalg av begreper som etter min mening underbygger og tydeliggjør funn i mitt materiale.

3.1 Interaksjonsordenen

I en posthumt publisert artikkel (35) skriver Goffman om det han kaller orden i interaksjonen eller samhandlingen. Det finnes et mønster for hvordan vi kan eller får interagere, ellers ville ikke den sosiale interaksjonen fungert som den gjør. Interaksjonsordenen stiller krav til samhandling mellom mennesker, og omfatter de moralske og normative konvensjonene som regulerer denne samhandlingen (34). Måseide skriver at observasjoner av konkret samhandling mellom profesjonell og klient, viser at samhandlingsprosessen i stor grad er preget av det Goffman kaller samhandlingsritualer (31). Det rituelle aspektet ved samhandling, viser til generelle moralske prinsipper, for eksempel at man skal opptre normalt høflig og vise sine medmennesker respekt (31). Høflighet og respekt er altså seremonielle krav til det såkalte samhandlingsritualet. Hva som ligger i de forskjellige seremonielle kravene, og hvilke krav som gjelder for å opptre høflig og respektfullt, varierer over tid, mellom kulturer, innenfor profesjoner og fra profesjon til profesjon (31). Før jeg går nærmere inn på hvilke seremonielle krav som kan regulere samhandling i AMK-sentralen, og mer spesifikt, hvilke seremonielle krav som påvirker AMK-sykepleiers håndtering av minoritetsspråklige innringere, vil jeg si litt om *roller*. I all sosial samhandling vil deltakeren spille flere roller (31).

3.2 Roller

En kan ikke nødvendigvis trekke et klart skille mellom AMK-sykepleier som profesjonell yrkesutøver og hennes andre roller, det være seg rollen som kvinne, mor, ansatt etc. Jeg vil i det følgende konsentrere meg om AMK-sykepleierens profesjonelle roller.

I min empiri finner jeg at AMK-sykepleierne spiller flere, og ofte ulike roller, samtidig. AMK-sykepleierens profesjonelle roller innbefatter foruten rollen som sykepleier, rollen som kollega, omsorgsarbeider, veileder, og som allerede nevnt, portvokter. I tillegg kommer rollen som bindeledd mellom de prehospitale tjenestene og selve sykehuset, en rolle jeg har valgt å kalle varsler.

3.2.1 Sykepleierrollen

Rollen som AMK-sykepleier omfatter både profesjonelle seremonielle krav, og krav til mer allmenngyldige prinsipper for samhandling. Disse kan være vanskelige å skille fordi de kan overlape hverandre. Yrkesetiske krav er et eksempel på krav som er formulert med hensyn til

profesjonen sykepleie. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer utdyper sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier, og konkretiserer hva sykepleierne strekker seg etter for å sikre god praksis innenfor profesjonen (36). I tillegg til yrkesspesifikke seremonielle krav omfattes AMK-sykepleiers arbeid av krav til mer allmenngyldige prinsipper. AMK-sykepleier skal for eksempel opptre normalt høflig på telefonen og unngå handlinger eller annen oppførsel som kan støte eller fornærme innringer. Dette understøttes blant annet av Kokoms kompetanseplan (13).

3.2.2 Kollegarollen

AMK-sykepleier jobber med svært mange forskjellige mennesker. De har sine nærmeste kolleger inne på AMK-sentralen. Antall AMK-sykepleiere og ambulanseskoordinatorer på vakt, varierer gjennom døgnet. På dagtid kan det være flere AMK-sykepleiere i rommet, mens det på kveldstid og natt, stort sett bare er en AMK-sykepleier og en ambulanseskoordinator til stede. Informantene mine uttrykte at ambulanseskoordinator var en ressurs og en samarbeidspartner de benyttet seg av i stor grad. AMK-sykepleier kommuniserer også med flere profesjoner på sykehuset og ellers i helsevesenet, over telefonen. I tillegg hender det at AMK-sykepleier samarbeider med politiet eller andre nødetater. Evne til samarbeid er en dyd som trekkes frem av samtlige informanter.

3.2.3 Rollen som omsorgsarbeider

Informantene forteller at de i situasjoner der innringer er redd og oppkavet, balanserer mellom å være på tilbudssiden, slik at innringerne føler at de blir hørt, mens de på den andre siden må være tydelige, og stille krav til hvilke opplysninger innringer må oppgi, slik at sykepleieren får gjort jobben sin. Ved å vekte hvor mye av fokus som skal gå med på å ivareta innringers følelser, mot hvilke opplysninger sykepleieren må innhente for å kunne hjelpe samme innringer, gjør sykepleier en ubevisst vurdering av de seremonielle kravene. Hun prioriterer å ikke å trøste innringer på samme måte som en ville gjort hvis en fikk en telefon fra en venn eller et familiemedlem, men holder fokus på det profesjonelle aspektet ved samtalen og dreier fokus fra ren trøst til et mer overordnet formål, nemlig å samle de opplysninger som gir grunnlag for å sende rett form for hjelp.

3.2.4 Rollen som veileder

Rollen som veileder i forhold til pasienter, men også i forhold til kolleger eller annet helsepersonell som henvender seg til nødtelefonen, er en rolle informantene uttrykker at de er stolte av. De har akuttmedisinsk forankring og må ha lang klinisk erfaring før de før begynne å jobbe på AMK-sentralen. I mangel på andre verktøy enn språket, er verbal veiledning og rådgivning ofte den eneste hjelpen AMK-sykepleier kan tilby innringer.

3.2.5 Rollen som portvokter

Som tidligere forskning har pekt på, opplever nødoperatører i store deler av verden den samme konflikten mellom det å være omsorgsperson på den ene siden, samtidig som de kjenner på ansvaret som portvokter overfor et helsevesen som ikke har ubegrenset med kapasitet og ressurser. Å ivareta innringers behov, samtidig som AMK-sykepleier må ta hensyn til hvilke ressurser som er tilgjengelige, kan medføre noen tøffe prioriteringer. I Nord-Norge kan det være svært store avstander mellom hver ambulansobil. Når AMK-sykepleier velger å sende en ambulans på et oppdrag, kan det medføre at en annen pasient må vente. AMK-sykepleier kan ikke bare tenke isolert på akkurat den innringeren hun har på telefonen, men hun har også et ansvar for beredskapen i resten av den ambulansens distrikt.

3.2.6 Rollen som varsler

AMK-sykepleierne forteller at de har et ansvar for å sikre at sykehuset, først og fremst akuttmottaket, skal ha muligheten til å forberede seg på mottak av hardt skadde eller alvorlig syke, og de tar således ansvar for å varsle koordinator i akuttmottaket, vakthavende leger og eventuelle andre som kan komme til å være en del av sykehusets mottaksapparat når det kommer pasienter til sykehuset.

«Du må liksom hele tiden være et steg framfor for å få ting... Det stopper liksom ikke bare når pasienten... når ambulansen kommer... eller pasienten kommer inn i akuttmottaket. Du må liksom forberede systemet på at de får pasienter som er potensielt syke».

I rollen som varsler inngår altså det å være et bindeledd mellom det som skjer utenfor sykehuset, prehospitalt, og selve sykehuset. I tillegg kan AMK-sykepleier være bindeledd mellom innringere og legevaktslege, mellom pårørende og pasienter, mellom leger på sykehuset og helikopterlege og en rekke andre konstellasjoner. Rollen som varsler stiller krav til AMK-sykepleiers evne til å tenke både frem og tilbake i tid, og til å klare å se utfordringer

og potensielle problemer før de oppstår, slik at de kan iverksette fortløpende tiltak.

Informantene fortalte at det de beskriver som å «komme i forkant» er viktig for å sikre flyt i for eksempel pasienttransport, mottak av pasient etc.

3.3 Rammer

Et annet sentralt begrep i Goffmans teorier er ramme eller «framing» (31, 34). Måseide skriver at interaksjonsforskere har benyttet et liknende begrep, nemlig forventningsstruktur (31). I forventningsstruktur, ligger at mennesker organiserer virkeligheten på grunnlag av tidligere opplevelser og erfaringer, og tillegger ulike sammenhenger mening ut fra dette erfaringsgrunnlaget. Ingen henvendelser på nødsentralen er helt like, og enhver situasjon AMK-sykepleier møter i sitt arbeid er i så måte ny. Men etter hvert som de får flere og flere innringere, og således får erfaring med flere typer situasjoner, lager de seg referanser og mønstre for handling som de bygger videre på. Goffman skriver; *«det som kreves av hver enkelt er at man lærer seg tilstrekkelig mange uttrykk, så man kan improvisere stort sett alle de roller som man kan få»* (34, s.67).

Informantene forteller at deres erfaring fra pasientmøter ansikt til ansikt, har gitt dem et viktig grunnlag for å vurdere ulike innringersituasjoner. De forteller at de eksempelvis har møtt pasienter med pusteproblemer, og således kjenner igjen en såkalt besværet respirasjon på telefonen. AMK-sykepleier har erfart hvordan besværet respirasjon kan uttrykkes, og på bakgrunn av dette kan hun orientere seg når hun møter nye pasienter eller innringere som har liknende symptomer. Sykepleierne på AMK har minst to års klinisk erfaring. Alle som jobber der har relevant helsefaglig kompetanse, og praksis fra akuttmedisin er å foretrekke (13). Dette sikrer at AMK-sykepleier kjenner til et minimum av uttrykk, som igjen gjør henne i stand til å improvisere i nye situasjoner.

Deltakerne i interaksjonsordenen baserer seg også på felles praksis, altså det hver og en typisk gjør i en typisk situasjon. Etter AMK-kurset der deltakerne tilegner seg teoretisk kunnskap, har de opplæring i pulten, der de sitter sammen med en kollega, og får mulighet til å både lytte til samtaler og få et innblikk i den mer praksisnære kunnskapen. Således formes AMK-sykepleiers arbeid i stor grad av hvordan profesjonen, altså kollegene, organiserer arbeidet. Det er ikke opp til hver enkelt sykepleier å svare akkurat som hun vil når hun tar imot en nødsamtale. Hun forholder seg til en praksis og til prosedyrer som gjelder for den posisjonen hun har som AMK-sykepleier.

Prosedylene er en viktig rammebetingelse for praksis. Informantene forteller at de har et bestemt «oppsett» de må gjennom, og de følger medisinsk index (12). Alle informantene forteller at de først og fremst må finne ut *hvor* innringer befinner seg. Uten den informasjonen er det nærmest meningsløst å vite hvilken skade eller sykdom henvendelsen gjelder, for sykepleieren vil ikke vite hvor hun eventuelt skal sende hjelp. Gjennom intervjuene mine og ved å lese relevant litteratur om AMK, har jeg fått en ny forståelse av hvordan arbeidet på AMK sentralen er organisert. Selv om hver samtale er ulik den forrige, har operatørene en standardisert måte å kartlegge og innhente informasjon på. Da jeg ikke selv har observert nødsamtalene har jeg støttet meg på forskning (14, 19, 25, 37) der leseren får konkrete eksempler på hvordan nødsamtaler foregår.

Måseide (31) skriver at det må etableres profesjonelle og institusjonelle rammer for å få til en profesjonell praksis og en profesjonell samhandling. Rammer styrer hvordan vi mennesker oppfatter andres og egne aktiviteter (31, s.370). Eksempelvis danner rammen som AMK-sentralen utgjør, visse forventninger til og blant de som oppholder seg der. Informantene mine fortalte at det ikke var akseptert å skravle høyt med kolleger inne på sentralen. Innenfor rammen som en nødsentral utgjør, med fokus på å høre hva innringere sier, og der de er avhengig av hørselen for å mestre arbeidet, er forventningen om arbeidsro en forventning som gir mening for deltakerne involvert. I en annen setting, la oss bare flytte oss til pauserommet på samme arbeidsplass, er rammen en annen, og en kan se for seg at aksepten for høylytt skravling endres tilsvarende. Måseide skriver at det vanlige er at det er deltakerne selv som har ansvar for å holde på eller skifte rammer (31). At de ansatte regulerer støynivået inne på sentralen er et eksempel på dette. En av informantene fortalte at hvis hun bare slo en gang i pulten, men håndflaten, når hun besvarte en 113-samtale, ble resten av kollegene på sentralen umiddelbart helt stille. Hun fortalte at kollegene da oppfattet at her var det noe viktig som skjedde og da fikk hun ro til å konsentrere seg.

For de fleste situasjoner og samhandlingssekvenser kan mer enn en ramme gjøres gjeldende (31). Arbeidet på AMK sentralen omfattes av mange forskjellige rammer. De institusjonelle rammene er blant annet formet av nasjonalt lovverk om helsehjelp, retningslinjer for ansatte i den offentlige helsetjenesten, og kompetanseplaner og maler laget spesielt for arbeidet som foregår på en nødsentral. De formelle rammene som de overordnede planene og lovverket legger for arbeidet er med å forme hvordan sykepleieren vurderer og håndterer det som foregår der.

3.4 Profesjonell distanse

AMK-sykepleier forholder seg til innringere og kolleger på en annen måte enn hun forholder seg til venner og familie. Måten AMK-sykepleieren snakker med innringerne er preget av en såkalt profesjonell distanse som gjør at samtalen foregår på en annen måte enn en telefonsamtale mellom to venner. Den profesjonelle rammen rundt nødsamtalene gir AMK-sykepleieren anledning til å stille spørsmål til innringer som ville vært upassende i de fleste andre telefonsamtaler. AMK-sykepleiers verbale ytringer er designet slik at de gjør det mulig for innringer å analysere dem som spesifikke handlinger knyttet til spesifikke sosiale strukturer. Eksempelvis er det legitimt å stille innringer spørsmål om avføringsmønster dersom innringer melder om magesmerter. Å stille et slikt spørsmål kan ha som formål å utelukke at manglende tarmpassasje er årsaken til innringers plager og således legitimeres sykepleierens spørsmål i lys av den profesjonelle rammen som spørsmålet inngår i. Et liknende spørsmål til en kollega ville nok blitt ansett som upassende. Måseide skriver at de profesjonelle rammene endrer intimsfæren (31), men at disse rammene ikke gir seg selv. AMK sykepleieren bruker ord og formulerer seg på en måte som opprettholder en profesjonell ramme.

AMK-sykepleiers arbeid med innringere er en profesjonell samhandling. Hvordan hun opplever henvendelser fra minoritetsspråklige innringere, formes av Goffmans interaksjonsorden. AMK-sykepleier besitter flere forskjellige roller, og disse ulike rollene stiller forskjellige krav til henne. Rammene AMK-sykepleier utspiller sine roller innenfor, påvirker hvordan hun oppfatter og vurderer sine egne og innringers handlinger.

4 Metode

4.1 Kvalitativ tilnærming

Hensikten med min studie var å få kunnskap om hvilke utfordringer AMK-sykepleiere opplever i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen. Jeg ønsket å forstå hvordan disse utfordringene gjorde seg gjeldende for mine informanter, og en kvalitativ forskningsmetode var således godt egnet for en slik studie (38).

Det var altså prosjektets problemstilling som avgjorde metodevalget. Videre er jeg sykepleier og naturlig nok også influert av egen fagdisiplin, der kvalitativ forskning er svært utbredt.

Jeg ville bruke masterprosjektet til å tilegne meg kunnskap om kvalitativ forskning, fordi dette er en metode som setter fenomener som motiver, tanker, prosesser og holdninger i fokus, alle fenomener jeg er spesielt interessert i. Av hensyn til masterprosjektets omfang og min egen rolle som fersk forsker, valgte jeg å fokusere kun på en kvalitativ tilnærming, men jeg ser at en med fordel også kunne kombinert et slikt prosjekt med en kvantitativ innfallsvinkel for å oppnå mer generaliserbare funn. Jeg ser for eksempel for meg at en kunne hentet ut nasjonale data fra samtlige AMK-sentraler og fått statistikk på antall henvendelser fra minoritetsspråklige innringere og på den måten kunne en ha laget oversikter over forekomst (hvor mange slike henvendelser har AMK-sentralene?), geografiske funn (hvilke sentraler har flest henvendelser?) og en kunne gått systematisk til verks med en større spørreundersøkelse, for å undersøke AMK-operatørens bakgrunn, som igjen kunne si noe om hvorvidt denne bakgrunnen har noe å si for hvordan slike henvendelser blir håndtert. Å rekruttere minoritetsspråklige informanter som har erfart hvordan det er å ringe til 113, og kanskje gitt de et enkelt spørreundersøkelsesskjema om hvordan de opplevde situasjonen, ville også utgjort et spennende prosjekt. For å fremskaffe slike data ville en ha brukt andre metoder enn jeg har gjort i mitt prosjekt, men jeg ser for meg at de forskjellige metodene ville kunne løfte hverandres data frem på en måte som i det store og hele ville gitt prosjektet større tyngde og kunnskapsutbytte.

I dette studiet har jeg valgt å fokusere på informantenes opplevelser. Selv om jeg også måtte ta pragmatiske hensyn, relatert til oppgavens omfang og tiden til rådighet, var det altså prosjektets problemstilling som avgjorde metodevalget.

Jeg valgte å gjennomføre individuelle intervju med informantene. Intervjuene hadde en semistrukturert form for å sikre at jeg fikk svar på mine spørsmål. Semistrukturerte intervjuer

har det Tjora beskriver som en halvfast struktur (38, s.229). I dette ligger at forskeren har en grov ramme for hva som skal tematiseres i intervjuene. Man kan lage en intervjuguide der viktige tema for intervjuet er oppført, men et semistrukturert intervju åpner også opp for at informantene kan få fortelle nokså fritt rundt disse hovedtemaene.

4.2 Å forske i eget felt; fordeler og ulemper

Jeg er selv sykepleier og har således valgt å forske innenfor eget felt. At jeg var sykepleier som skulle forske på andre sykepleiere tenkte jeg en del på før prosjektstart. Kom informantene til å anta at det var enkelte ting jeg allerede kjente til, slik at de ville tenke at spørsmålene mine ble fordummende? Ville min bakgrunn som sykepleier gjøre at jeg gikk glipp av noe på grunn av egne forutinntattheter? Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) (39) skriver at nærhet til feltet er en viktig forutsetning innenfor kvalitativ forskning, men at det er nødvendig med en refleksiv holdning hos forskeren for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning. Jeg har bevisst valgt et område innenfor sykepleiefaget som jeg ikke hadde særlig kunnskap om fra tidligere, slik at jeg fikk en viss distanse til materialet. Informantene og jeg har samme grunnutdanning og således deler vi plattform og kunnskapsgrunnlag. Dette gjør at jeg har forutsetningene som jeg mener må til for å sette materialet inn i en større kontekst, samtidig som jeg besitter en grunnleggende forståelse av hva jobben som sykepleier er. Jeg har med andre ord innsikt i den profesjonelle kunnskapen som igjen danner grunnlag for hvordan en skal forstå og fortolke materialet. Ulempen med dette er at jeg kan blindes av den samme kunnskapen fordi jeg som sykepleier og forsker har med meg mange forutinntattheter (38). Stillingen som AMK-sykepleier skiller seg imidlertid så mye fra den type sykepleie som jeg har erfaring med, at jeg følte meg trygg på at jeg kunne ivareta en balansert vurdering av materialet.

Vi er i alle tilfelle aldri helt objektive når vi forsker. Vi har med oss vår forforståelse og den farger det vi vet, eller det vi tror vi vet, i større eller mindre grad. Gadamer skriver at en «må bevisstgjøre seg de fordommer som styrer forståelsen» (40, s. 42). For å forstå noe kreves en forforståelse. Men dersom vi ikke aktivt er bevisst hva vi vet og gjør egen forforståelse synlig, både for en selv som forsker og for leseren, kan denne bli stående i veien for ny forståelse. Bare når forforståelsen settes på prøve, kan vi lære noe nytt (40). Videre skriver Gadamer «Å synliggjøre en fordom som fordom innebærer at den ikke lenger anses som gyldig» (40, s.43). Med andre ord, hvis jeg redegjør for egne fordommer og har disse med når jeg jobber med materialet mitt, kan jeg allikevel avdekke ny kunnskap. Det viktige er at jeg reflekterer over

valg jeg tar og hvordan disse valgene vil påvirke det jeg undersøker. Jeg konkluderte med at den kunnskapen jeg hadde om fagfeltet helse og mer nøyaktig, om sykepleie og akuttmedisin, gav meg fordeler i form av at jeg kunne stille presise spørsmål. Jeg har allikevel forsøkt å se på materialet mitt med kritisk blikk for å påse at leser gjøres oppmerksom på vurderinger og analyser som kunne vært tolket på andre måter.

Dette prosjektets forskningsdesign og analyse er formet og påvirket av perspektiver og teorier jeg har tilegnet meg både som sykepleier og som masterstudent. Jeg har spurt meg selv om resultatene i mitt prosjekt ville vært de samme dersom en annen forsker hadde gjort den samme jobben. Svaret på det er trolig nei. At jeg har min faglige bakgrunn fra helsefag og at jeg har erfaring fra akuttmedisin, er helt klart med på å forme hva jeg ser og hvordan jeg vurderer det informantene forteller meg. Jeg skal imidlertid forsøke å tydeliggjøre hvilke vurderinger jeg gjør underveis i oppgaven, slik at leser får innsikt i forhold som kan påvirke funnenes pålitelighet. Jeg vil understreke at det ikke finnes rom for å redegjøre fullt og helt for egen forforståelse, men jeg skal altså forsøke å fremheve de relevante i dette kapittelet, og jeg vil også søke å gjøre leseren oppmerksom på eventuelle andre underveis i oppgaven.

4.3 Hvorfor forske på AMK-sykepleiere?

Da jeg bestemte meg for å forske på AMK sykepleiere og deres erfaringer, var det på bakgrunn av en fascinasjon og beundring overfor den jobben de gjør. Det jeg visste om arbeidet deres før prosjektet, var begrenset til det en kan regne med at lekfolk kan og vet. AMK sykepleiere betjener 113-telefonen, et nummer man ringer når man trenger akutt helsehjelp. Jeg visste at de sannsynligvis måtte ha bred akuttmedisinsk kompetanse og at det antagelig var erfarne sykepleiere som jobbet der. Før jeg selv begynte å jobbe i samme klinikk som AMK-sykepleierne, hadde jeg ingen innsikt i hvordan de faktisk jobbet, altså hvordan arbeidsrommet er organisert, hvordan det ser ut der de sitter osv. Jeg brukte derfor litt tid på å sette meg inn i de kontekstuelle rammene rundt AMK-sentralene. Jeg studerte «kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger» (13) og satt meg inn i hvordan arbeidet organiseres på norske AMK-sentraler (9, 11, 14, 19). I tillegg fikk jeg mulighet til å komme inn i en AMK-sentral og se hvordan det så ut der. Dette var nyttig da jeg senere gjennomførte intervjuene, og informantene refererte til forskjellige hjelpemidler som jeg nå visste hvor var. Det gav meg også noen knagger å henge andre opplysninger på, for eksempel vedrørende samarbeidet med ambulansesentralene, som jeg da også hadde sett hvor var plassert i selve sentralen.

Jeg har allerede nevnt at jeg har erfaring fra pasientmøter der kommunikasjon med pasienter og pårørende ble utfordret fordi vi ikke snakket samme språk. Jeg satt derfor med en forestilling om at henvendelser fra minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen ville være vanskelig å håndtere. Samtidig kjenner jeg ikke til mange eksempler der kommunikasjonsproblemer på nødtelefonen 113 har fått negative konsekvenser. Unntaket er samtalen og saken som Jan Svennevig (23) har brukt som gjenstand for analyse, der en pasient døde. Det finnes sikkert også hendelser som aldri får medias oppmerksomhet, og som derfor ikke når offentligheten, men mitt inntrykk før jeg startet med masterprosjektet var altså at AMK-operatørene får det til, til tross for at jobben de gjør er vanskelig.

4.4 Å forske på kolleger

Jeg er ansatt i akuttmottaket i akuttmedisinsk klinikk, samme klinikk som informantene i dette prosjektet jobber i. Flere av informantene jobber både i AMK-sentralen og i selve akuttmottaket. Informantene kjente meg derfor, og visste at jeg holdt på med en mastergrad. Rekrutteringen gikk overraskende raskt. Jeg spurte informantene om hvorfor de ville delta i prosjektet og de oppgav en todelt begrunnelse. For det første ønsket de å stille opp for en kollega, og for det andre syntes samtlige at det var et viktig tema som de ønsket å bidra til å belyse.

Min avdelingsleder var også positivt innstilt til arbeidet mitt og har lagt til rette for gjennomføring i form av å innvilge permisjon til samlinger og seminarer, og hun innvilget også ferie i prosjektets slutfase, slik at jeg fikk tid til å konsentrere meg om skrivearbeidet.

At jeg bestemte meg for å forske på kolleger, ga meg litt hodebry til å begynne med. Én bekymring var at informantene skulle komme til å bli *for* fortrolige med meg slik at strukturen i intervjuet skulle forsvinne. Dette søkte jeg å løse ved å lage en intervjuguide der jeg skisserte hvilke tema jeg ville komme inn på under intervjuene. Jeg startet alle intervjuene med å fortelle informantene at jeg hadde denne lille «malen» for å forsikre meg om at vi ikke kom til å snakke oss ut av tema. På den måten tydeliggjorde jeg også at dette ikke var en vanlig samtale der vi kunne snakke helt hverdagslig og ustrukturert, men at det var en profesjonell ramme rundt og at det var jeg som forsker som la premissene for organiseringen av intervjuet.

Jeg var også bekymret for at informantene ikke kom til å ta meg på alvor som forsker, da de kun kjenner meg som sykepleier. I tillegg kjente de til at dette var mitt første

forskningsprosjekt og således kunne det hende at de ville behandle meg mer som en likesinnet enn en profesjonell utenforstående. Jeg oppfattet imidlertid, noe overraskende, at sykepleierne syntes komfortable i rollen som informanter, og da jeg skrudde på båndopptageren, var det akkurat som de gikk over i en formell versjon av seg selv, selv om vi bare kort tid i forveien hadde vært typisk skravlende kollegaer. Jeg formulerte meg mer høytidelig, og pratet på en måte de ikke er vant til at jeg gjør når vi treffes i sykehuskorridorene, og på den måten ble skillet mellom intervjusituasjonen og annen form for samtale tydelig.

På den annen side var informantene sannsynligvis mer fortrolige med meg som forsker enn de kanskje ville vært med en fremmed. Jeg antar at en av grunnene til at informantene så fort begynte og fortelle om sine erfaringer, kan skyldes at vi ikke trengte tid på tørrprat i begynnelsen av intervjuet, slik en kanskje gjør når forsker og informant er helt fremmede for hverandre. Informantene visste hvem jeg var og de uttrykte at de stolte på at jeg ville behandle det de fortalte om med respekt.

Så vidt jeg vet har ingen av informantene forsket selv, og de sa heller ingen ting om at de hadde erfaring fra rollen som informant fra før av, men det kunne virke som om de var bekvemme i den posisjonen. Av dette tolker jeg at de var oppriktig interesserte i å fortelle om arbeidet de gjør og at de mente det når de sa at det var et viktig tema å belyse.

Et tredje dilemma jeg reflekterte mye rundt, var hvordan min rolle som kollega kunne komme til å påvirke hvordan informantene fremstilte innringersituasjonene. Ville de tørre å fortelle om hendelser som de kunne føle kanskje satt de i et dårlig lys? Ville de være redd for at jeg skulle dømme deres reaksjoner og handlinger? Min personlige oppfatning, er at feltet minoritetshelse oppleves som et vanskelig tema i samfunnet generelt, hvilket igjen kan gjøre at informantene mine kanskje ikke ville komme med sine personlige erfaringer, i frykt for å få stempelet fordomsfull, transsynt eller liknende. At jeg gjorde det klart for informantene at jeg skulle anonymisere datamaterialet, medførte kanskje at de slappet litt av, men samtidig måtte de konfrontere *meg* som kollega, forsker og bekjent med sine tanker og oppfatninger. Kan hende fremstilte de sine beretninger i tråd med det de oppfattet som «politisk» korrekt? Jeg forsøkte å forebygge dette ved å understreke at jeg ikke var ute etter å bedømme deres erfaringer som rette eller gale, men at jeg var ute etter deres erfaringer slik *de selv* opplevde det. Hvorvidt jeg lyktes med dette arbeidet, er ikke mulig for meg å redegjøre for. Jeg fant imidlertid at flere av informantene mine reflekterte rundt akkurat dette med holdninger, og

selv kom med kommentarer rundt enkelte fortellinger, som nyanserte og/eller forklarte deres handlinger.

Det finnes dog en mulighet for at min dobbeltrolle som kollega og forsker, har påvirket informantene til å snakke om emner de oppfattet at jeg *ville* de skulle snakke om, og som således kan ha preget empiriens validitet. Noe som taler imot dette, er at jeg i mine data, finner det samme som flere andre studier. Videre var ikke spørsmålene jeg stilte mine informanter av en slik art at det var naturlig å mistenke at det ville bli problematisk for dem å redegjøre for de. Jeg vil også understreke at jeg spurte samtlige informanter hvordan de opplevde intervjuene, hvorpå alle sa at det hadde gått fint. Videre spurte jeg eksplisitt om de synes det var et vanskelig tema å snakke om. En av informantene sa at det var et «touchy» og «varmt» tema på grunn av en del mediesaker, og at hun ville kviet seg for å skrive om et slikt tema selv, men hun understreket samtidig at det var desto viktigere å sette fokus på det. Dette tenker jeg understreker min oppfatning av at feltet kan sies å være av en sensitiv art.

For øvrig hadde jeg skrevet en huskelapp til meg selv der det stod «nærhet <>distanse» som jeg hadde tilgjengelig både under og mellom intervjurundene. Jeg ville minne meg selv på at jeg hverken måtte bli for involvert i informantenes fortellinger eller forbli for stiv og formell i tonen. For å få gode og fyldige intervju må forskeren balansere mellom en tone som innbyr til tillit slik at informanten våger å åpne seg og fortelle, og en mer formell tone som ivaretar den profesjonelle siden av situasjonen, slik at en sikrer å få de opplysningene en faktisk etterspør i prosjektet (38, 41). Informantene visste hvilket tema jeg ville snakke med de om og de aller fleste begynte å prate før jeg i det hele tatt behøvde å innlede.

4.5 Utvalg

Antall informanter jeg skulle inkludere i prosjektet, hadde jeg diskutert med veileder og vi kom frem til at 6 informanter ville gi tilstrekkelig data for å danne grunnlag for analyse.

NEM skriver at et høyt antall informanter innenfor kvalitative studier gir en større risiko for dårlig vitenskapelig kvalitet enn et lavt antall informanter (42).

Jeg valgte videre å gjøre et strategisk utvalg av informanter for å sikre at de hadde et minimum av erfaring fra AMK-sentralen. Jeg orienterte meg ved hjelp av leder på avdelingen om ansettelsesforhold og fikk da også tilgang på alle aktuelle navn.

På forhånd hadde jeg noen kriterier til utvalget. Alle informantene måtte ha minst 2 års erfaring fra arbeid på AMK. Videre måtte alle ha erfaringer med minoritetsspråklige innringere. Utover dette ønsket jeg i utgangspunktet å få både kvinnelige og mannlige informanter, men dette viste seg imidlertid å bli vanskelig ut fra etiske hensyn. Av samtlige AMK-sykepleiere ansatt, er bare er 2 menn. Dersom jeg skulle inkludert en mannlige informant, ville bare det faktum at han er mann, kunne medført at kolleger ville kunne avsløre hans identitet. Alle mine informanter er derfor kvinner. En kan kanskje innvende at en mannlige AMK-sykepleier ville kunne gi andre perspektiver enn de kvinnelige, men jeg har lagt til grunn at det tross alt er flest kvinner ansatt på AMK-sentralen, og at mine funn derfor kan være representative, tross den ensidige kjønnsfordelingen. I et eventuelt fremtidig prosjekt kunne det allikevel være interessant å få informanter av begge kjønn for å teste om funnene vil være annerledes.

Da rekrutteringsfasen, som jeg skriver om i neste avsnitt, var over, satt jeg igjen med 6 kvinnelige informanter. Alderen på informantene velger jeg å ikke oppgi, da jeg ikke finner det relevant for oppgavens problemstilling. Informantene hadde mellom 2,5 og 20 års erfaring fra AMK. Samtlige hadde vært sykepleiere i minst 10 år og alle hadde minimum 4 års erfaring fra akuttmodtak. Den relativt store forskjellen i erfaring hos de enkelte informantene kan tenkes å påvirke resultatene. Nå viste det seg imidlertid at informantenes beskrivelser av egne erfaringer var nokså like, tross at enkelte hadde lengre erfaring enn andre. Årsakene til dette vil jeg diskutere i kapittel 6.

4.6 Rekruttering av informanter via Facebook

Ved rekruttering av enkeltindivider til kvalitative studier skal prinsippet om frivillig deltakelse basert på et skriftlig samtykke ivaretas (42).

Da tiden kom for å sende aktuelle informanter en forespørsel om deltakelse, valgte jeg å henvende meg til disse på Facebook. Jeg har ikke lyktes med å finne andre forskningsprosjekter som har brukt denne kommunikasjonsplattformen til rekruttering av informanter, men jeg valgte allikevel å gjøre det på bakgrunn av følgende begrunnelse:

Jeg oppdaget at alle mine potensielle informanter hadde konto på Facebook. Dersom dette ikke hadde vært tilfelle, ville jeg kontaktet samtlige på tradisjonell måte med et brev eller en henvendelse på e-post. Da jeg imidlertid fant at alle 15 potensielle informanter hadde konto på Facebook, vurderte jeg dette som en kommunikasjonsform så god som noen, og sendte en

felles forespørsel til alle 15. Jeg la ved informasjonsbrevet og samtykkeerklæringen (vedlegg 2). I forespørselen skrev jeg:

«Hei AMK-sykepleiere. Jeg trenger deres bidrag i masterprosjektet mitt. Les invitasjonen vedlagt og svar så fort som mulig. Hilsen Heidi»

Innen et døgn, hadde 11 av de 15 svart. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for at jeg skulle inkludere de første 6 som var villige til å delta. Her kan en kanskje innvende at rekrutteringen ikke ble helt uavhengig, da ikke alle logger seg på Facebook daglig, og således kan jeg ha gått glipp av informanter som gjerne ville ha deltatt, men jeg ser på denne måten å rekruttere deltakere på, som en faktor som bidrar til at utvalget faktisk ble tilfeldig innenfor det strategiske valget jeg som forsker hadde tatt. Jeg hadde ingen innflytelse på hvem som svarte, eller når, men baserte altså utvalget på de første 6 som responderte.

Jeg sendte henvendelsen til en hel gruppe mennesker. I ettertid ser jeg at jeg kunne ha sendt hver og en potensiell informant en forespørsel i en privat melding, for på den måten å forsikre meg mot at de forespurte følte et kollektivt press om å delta. Dette har jeg imidlertid konfrontert alle informantene med, og ingen hadde tenkt på dette som noe negativt. De oppgav det motsatte, at de synes det bare var gøy å bli spurt. Når jeg kommenterte at det var en litt uortodoks tilnærming til rekruttering av informanter til et forskningsprosjekt, svarte samtlige at Facebook jo er en av dagens viktigste kommunikasjonskanaler og det virket på meg som om de synes det var naturlig at de fikk en slik henvendelse på sosiale medier, vel og merke når den kom fra en kollega.

Jeg reflekterte litt rundt hvorfor det gikk så lett å skaffe informanter. Det var langt flere enn de 6 som faktisk ble med, som sa ja til å delta. Hvorfor det? Det var ingen premie involvert og informantene måtte stille opp på fritiden sin. Jeg spurte de informantene som kom på intervju om dette og de svarte, som nevnt tidligere, at de ville stille opp for en kollega som trengte hjelp. Dernest sa de at de synes det var et viktig tema som de ønsket skulle få oppmerksomhet og hvis de kunne hjelpe til med det, ville de gjerne stille opp.

Jeg informerte alle informantene om at de, når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten å oppgi noen grunn. Det var imidlertid ingen som trakk seg.

4.7 Gjennomføring av intervju

Intervjuene fant sted på forskjellige lokalisasjoner. De måtte gjennomføres utenom ordinær arbeidstid, så jeg lot det være opp til informantene hvor intervjuet skulle finne sted. 4 av 6 ønsket å gjøre det i forbindelse med jobb, så vi møttes i god tid før vekten deres begynte og fant et rom der vi kunne sitte uforstyrret. En av informantene ønsket å møtes på café, mens den siste inviterte meg hjem til seg. En kan kanskje hevde at de ulike rammene for intervjusituasjonene medførte at gangen i intervjuet og således også innholdets validitet ble satt på spill. Jeg opplevde ingen nevneverdige forskjeller i hva informantene fortalte meg ut fra hvor intervjuet fant sted. En kunne kanskje tenke seg at informanten som bad meg hjem til seg fortalte mer åpent og gav mer av seg selv, i og med at hun befant seg i sine hjemlige, trygge omgivelser. Hvis det var tilfellet, har jeg i så fall ikke funnet uttrykk for dette i mitt datamateriale. Mitt inntrykk var, uavhengig av lokalisasjon, at intervjusituasjonen bar preg av en viss form for høytidelighet. Dette tenker jeg kan skyldes at informantene visste at det de fortalte ble tatt opp på lydbånd, og således holdt en mer formell tone enn de kanskje ville gjort dersom båndopptakeren ikke hadde vært med.

Intervjusituasjonen var ny for meg som forsker. Jeg hadde derfor forberedt meg ved å gjøre meg kjent med opptaksfunksjonen og jeg hadde snakket gjennom intervjusituasjonen med en medstudent og en utenforstående venn. Jeg hadde også laget en intervjuguide der jeg hadde notert hvilke tema jeg ville at vi skulle komme inn på (vedlegg 3). Jeg gjennomførte 6 semistrukturerte, individuelle intervju.

Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å fremskaffe et empirisk materiale som består av den intervjuedes egne fremstillinger av seg selv og den livsverden han eller hun må forholde seg til (43). Ved bruk av intervju som metode er det forskeren som bestemmer hvilke data som skal samles inn. Svarene jeg får er imidlertid avhengig av hva informantene husker, hva de kan uttrykke seg om og hva informantene er villige til å avdekke. Hvor fyldige beskrivelser man får, beror også på forskerens evne til å lytte og stille oppfølgingsspørsmål (43). Da jeg transkriberte det første intervjuet, hørte jeg hvor ofte jeg sa «Mm» eller «Ja...». Dette forsøkte jeg å gjøre mindre av i de påfølgende intervjuene fordi jeg selv følte at det ble et forstyrrende element i informantenes beretninger. Jeg ønsket at de skulle få fortelle, og da måtte jeg gi dem tid til det. Av og til kunne jeg kjenne at jeg var fristet til å bryte inn, men jeg forsøkte å la informantene styre ordet, for å få så fyldige beskrivelser som mulig. Når jeg følte at informantene begynte å gjenta seg selv, og jeg ikke lenger hadde noen oppfølgingsspørsmål, tok jeg ordet og endret tema ved å introdusere et nytt spørsmål.

4.8 Analyse

Jeg valgte å anvende Aksel Tjoras metode for analyse av kvalitative data, fordi jeg fant denne metoden hensiktsmessig og oversiktlig i forhold til forskningsspørsmålene mine. Analyse innenfor kvalitativ forskning er en kontinuerlig prosess som starter allerede når man formulerer forskningsspørsmålene. Forskeren er tolkende tilstede under intervjuene og under transkriberingen av disse (44).

Aksel Tjora tar utgangspunkt i en trinnvis modell for å redusere kompleksiteten i datamaterialet, en stegvis-deduktiv induktiv metode, forkortet SDI (38). Når en anvender denne metoden, jobber forskeren i etapper, fra rådata, til konsepter eller teorier. Forskeren jobber på den ene siden, fra data mot teori, og på den andre siden, fra teori til det mer empiriske (38, s.175).

I modellen utgjør generering av empiriske data og bearbeiding av data de to første stegene (38). Jeg transkriberte intervjuene selv. Transkriberingen var tidkrevende, men jeg opplevde arbeidet som svært nyttig fordi jeg underveis gjorde små og store oppdagelser om innholdet. Parallelt med dette skrivearbeidet, noterte jeg meg poeng og funn som jeg tenkte kunne være relevant for problemstillingen. Da alle intervjuene var ferdig transkribert, satt jeg med et tekstmateriale på over 40 000 ord. Dette tekstmaterialet var mitt såkalte behandlede data (38, s.179). I tillegg hadde jeg notert meg en del stikkord underveis i intervjurundene, som også ble inkludert i analysedataene.

4.8.1 Koding

I den første kodingen, skriver Tjora, at det er hensiktsmessig å jobbe nært opp til empirien, og bruke begreper som allerede finnes i analysedata (38, s.179). Jeg gikk gjennom det første intervjuet og lagde koder som beskrev avsnitt, eller enda mindre utsnitt av datamaterialet. Kodene fra første intervju, tok jeg så med meg videre til de resterende intervjuene, og lagde flere koder der det ble nødvendig. Kodene er generert induktivt med utgangspunkt i analysedata. Tjora skriver at målet er å generere tekstnære koder (38, s.179), altså koder som bare er utviklet fra data, og ikke fra teori, hypoteser, forskningsspørsmål eller fra planlagte temaer. Jeg syntes det var vanskelig å gjøre denne tekstnære kodingen, og opplevde at jeg hadde en trang til heller å gjøre det Tjora betegner som sorteringsbasert koding (38, s.182). Sorteringsbasert koding handler om at forskeren lager koder som trekker ut generelle temaer som intervjuet handlet om, og sorterer empirien etter det. Problemet er at denne formen for koding ikke sier noe om *hva* informantene sier, bare hva de snakker *om* (38, s.182).

At jeg er helt fersk som forsker, og at jeg ikke har erfaring med denne måten å lese tekst på fra tidligere, medførte at dette arbeidet ble en lang, og tidvis frustrerende prosess.

Jeg brukte forskjellige farger når jeg markerte ulike koder. Jeg fant at flere av avsnittene og tekstutdragene kunne få flere farger, altså at det ikke nødvendigvis var et klart tematisk skille mellom de forskjellige tekstutdragene. Denne oppdagelsen gjorde at jeg gikk et skritt tilbake i analyseprosessen, og lagde meg noen flere koder, slik at jeg kunne kategorisere analysedata i enda mindre enheter.

Tjora skriver at en kan teste hvorvidt kodene er generert induktivt eller ikke, ved å sjekke om kodingen kunne vært satt opp *før* selve kodingen, eller om de bare kunne vært utviklet fra empirien. Etter omfattende arbeid, satt jeg igjen med et kodesett i tillegg til analysedata.

4.8.2 Kategorisering

Neste steg i Tjoras modell, er kategorisering. Da samles de kodene som er relevante for problemstillingen i grupper (38, s.185). Her kunne jeg utelukke flere av kodene fordi de ikke var relevante for problemstillingen. Jeg stod da igjen med noen hoved- og undertemaer, som jeg vil presentere i mine funn. Noen av underkategoriene fikk beskrivende overskrifter hentet fra sitater, for eksempel temaet *vurdering av alvorlighetsgrad* som fikk overskriften «Hvor syk er syk?». Andre hoved- og undertemaer beholdt sitt opprinnelige navn, da navnet i seg selv var beskrivende for innholdet.

Hvilke undertemaer vi fester oss ved, avhenger og preges av det perspektivet vi leser vårt materiale ut fra (40). Jeg tolket og lagde temaer ut fra mitt faglige ståsted og min bakgrunn. I større forskningsprosjekter kan en være tjent med at flere forskere deltar i denne delen av analysen, for å sikre at alle aktuelle funn blir belyst, og således ikke bare de en forsker har sett (38). Jeg har imidlertid gjort dette arbeidet på egen hånd, og jeg vil hevde at materialets omfang var så begrenset at jeg har klart å fange opp det som er relevant for å belyse problemstillingen.

4.9 Etske betraktninger

Alle forskningsprosjekter må oppfylle visse forskningsetiske krav. I dette masterprosjektet er det mennesker involvert, mennesker som forteller om seg selv og som deler sine erfaringer. Det fordrer av meg som forsker at jeg behandler materialet med varsomhet for å ivareta

informantenes konfidensialitet og anonymitet. Jeg måtte ta hensyn til etiske overveielser, både når det kom til valg av metode, og i selve utførelsen av prosjektet. For mitt vedkommende omfattet dette blant annet å innhente informert samtykke om deltakelse fra studiens informanter, sikre at informantenes konfidensialitet ble ivaretatt og vurdere hvilke konsekvenser studien kunne få for informantene. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har laget en veiledning (42) for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag som jeg har brukt aktivt både i planleggingen og i utskrivingsfasen av prosjektet.

Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), (se vedlegg 1), som godkjente prosjektet i henhold til gjeldende lovverk og forskrifter om oppbevaring av personsensitive opplysninger. Jeg har oppbevart lydopptak og transkriberte intervjuer på datamaskin beskyttet med passord.

Informantene mine forteller om egne erfaringer rundt en spesiell gruppe innringere. Jeg vil påpeke at det dreier seg om innringere som en kan anta befinner seg i en eller annen form for nød og som således befinner seg i en sårbar situasjon. Da jeg ikke har hatt tilgang til lydlogg av selve samtalene, men kun fått gjengitt anonymiserte opplysninger via sykepleierne, var det ikke nødvendig å søke REK (Regional etisk komité) om spesiell tillatelse. Jeg har imidlertid fått opplysninger som på bakgrunn av hendelsestype i teorien kan føre til at leser kan dra kjensel på hendelsene. Disse opplysningene har jeg sensurert, og jeg vil ikke gjengi noen av disse i min oppgave.

4.9.1 Anonymisering og gjengivelse av materialet

De få stedene der stedsnavn og personnavn er nevnt, er de anonymisert til noe annet enn det opprinnelige eller til x. AMK-sykepleier refereres til som AMK-sykepleier eller *hun*, fordi alle informantene var kvinner. Jeg har transkribert 6 intervju med sykepleiere som snakker forskjellige dialekter. Jeg har transkribert intervjuene på bokmål, da informantene ville kunne bli identifisert dersom jeg hadde sitert de på dialekt. Videre trekker jeg kun ut korte deler av sitater for å forhindre at informantene skal gjenkjenne historier og fortellinger som de kan knyttet til spesielle kolleger. AMK-miljøet er såpass gjennomsiktig at informantene og andre som kjenner dem og deres erfaringer, kunne dratt kjensel på visse opplysninger og enkelte formuleringer hvis jeg hadde skrevet de akkurat slik som informantene sa det. Å gjøre

utdragene fra intervjuene så korte som mulig tjener også den hensikt å ikke overlesse leser med mer informasjon enn det som er nødvendig for å illustrere et fenomen eller et poeng.

4.10 Metodiske betraktninger

Jeg skulle veldig gjerne ha gjennomført en observasjonsstudie slik at jeg kunne sett og hørt hvordan sykepleierne faktisk håndterer samtaler med minoritetsspråklige innringere. Fordi det var umulig å si når slike samtaler som jeg var interessert i, kom, og masterprosjektet hadde knapp nok tid tilgjengelig i utgangspunktet, tok jeg ikke sjansen på det. Jeg valgte i stedet å snakke med sykepleierne om deres erfaringer.

I etterkant ser jeg at jeg i intervjuene kunne hatt enda mer fokus på hvordan de opplever slike situasjoner og mindre fokus på hva de gjør når de først får den typen innringere. Dette ble jeg oppmerksom på da jeg satt med analysen, og fant mindre tekst som omfattet AMK-sykepleiernes erfaringer, sammenliknet med tekst som sa noe om håndteringen av utfordringene. Jeg hadde dessverre ikke tid til å gjennomføre flere runder med intervju.

Dersom jeg skulle gjøre et tilsvarende prosjekt igjen, ville jeg ha laget et enda mer detaljert informasjonsskriv til informantene, og kanskje også bedt de om å formulere noen refleksjoner skriftlig, slik at jeg sikrer meg at de har noen refleksjoner før selve intervjuet begynner. Jeg oppdaget at informantene hadde lett for å fortelle om hva de gjør. Da jeg forsøkte å få de til å si noe om hva slike situasjoner gjør med dem som sykepleier og/eller person, ble de litt mer fåmælt. Jeg syntes det var utfordrende å vite hvor mye jeg skulle snakke selv, men opplevde etter hvert som jeg fikk mer trening at intervjuene egentlig gikk nokså greit.

Den aller beste måten å få kunnskap om slike typer henvendelser hadde vært å få tilgang på lydloggene og gått gjennom disse sammen med AMK-sykepleier. På den måten ville jeg ha forsikret meg om at opplysningene var autentiske og ikke en representasjon laget av sykepleieren. Dette kan hende blir et fremtidig prosjekt, men i masterprosjektet ble dette altså for omfattende.

5 Presentasjon av funn

Funnene slik de blir presentert her er basert på den empiri som kom frem i intervjuene. Da jeg bare har snakket med 6 informanter, er ikke mitt materiale og mine analyser dekkende for å si noe om alle AMK-sykepleieres erfaringer med denne typen innringere. Materialet kan imidlertid si noe om hvordan akkurat disse sykepleierne opplever innringersituasjoner der språklige utfordringer gjør seg gjeldene. Ettersom disse 6 informantene presenterer mange av de samme utfordringene som tidligere forskning også har pekt på, styrker det min tro på at de nevnte utfordringene kan gjelde for flere AMK-operatører.

5.1 Hvilke innringerne handler det om?

I empirien forteller informantene om ulike innringere og trekker frem turister, utenlandske arbeidere, asylsøkere, innvandrere bosatt i forskjellige kommuner og helsepersonell med dårlige norskkunnskaper.

Hvilke språkkunnskaper innvandrere har vil variere, men informantene mine oppgir at forekomsten av helsepersonell med dårlige norskkunnskaper, oppleves som et økende problem.

Innringer trenger ikke å være pasient, men kan for eksempel være pårørende, forbipasserende eller helsepersonell som ringer fra legevakt etc.

5.2 En presentasjon av utfordringer slik de oppleves av AMK-sykepleier

Informantene poengterte at flere av utfordringene de stod overfor også kunne gjelde norskspråklige innringere, men at det de oppfattet som problematisk, og som jeg skal vise i punktene under, ble forsterket i situasjonene der innringer hadde minoritetsspråklig bakgrunn. Hovedårsaken som informantene oppga, var at det de beskriver som et av deres viktigste verktøy på telefonen; det verbale språket, var mangelfullt eller i noen tilfeller nærmest fraværende. Dette medfører naturlig nok, at det å innhente opplysninger over telefon blir utfordrende. Tidligere forskning (17, 28) peker på at språk- og dialektproblemer medfører utfordringer for operatørene fordi beslutningsgrunnlaget for vurderinger ble svekket. Analysen av min empiri fant at det overnevnte og flere andre undertema gikk igjen. Jeg skal her løfte frem de forskjellige.

Under har jeg laget en oversikt der jeg skisserer hvilke hovedutfordringer informantene opplever i møtet med minoritetsspråklige innringere.

Utfordring:	Hvorfor er dette viktig?
Hvilket språk snakker innringer/pasienten?	Forutsetning for (videre) kommunikasjon Språket er AMK-sykepleiers viktigste kommunikasjonsmiddel
Hvor befinner innringer/pasienten seg?	Vet de ikke hvor innringer er, kan de ikke sende hjelp
Hvor syk er syk? Hva er problemet?	Nødvendig å vite for å kunne hjelpe Nødvendig å vite for å kunne prioritere de rette ressursene

5.2.1 Hvilket språk snakker innringer?

Rent kronologisk er den første konkrete utfordringen informantene forteller om, at de kan ha problemer med å forstå hvilket språk innringer snakker. I ett tilfelle hadde AMK-sykepleieren innringer på tråden i 15-20 minutter før hun fant ut hvilket språk det dreide seg om. Det aller første AMK-sykepleierne forteller at de gjør, når de forstår at innringer ikke kan kommunisere på norsk eller engelsk, er å orientere seg om hvilket språk innringer kan kommunisere på. At AMK sykepleier forstår dette, er en forutsetning for å kunne gå videre i arbeidet, enten ved hjelp av telefontolk, eller en metode hyppigere brukt av mine informanter, ved hjelp av kolleger med språkkompetanse. En informant nevner en situasjon der hun forstod at innringer snakket spansk, men da sykepleieren ikke behersket dette språket selv, tilkalte hun en lege «på huset» (på sykehuset) og fikk vedkommende til å tolke. Forutsetningen for videre kommunikasjon, må avklares før AMK-sykepleieren kan fortsette sitt arbeid.

5.2.2 Bruk av telefontolk

En informant gjorde et poeng av at de har én prosedyre- og én kultur, og at disse ikke er ens. Hun forklarte at prosedyren sier at de skal ringe Noricom (22), altså telefontolk, og koble opp tolk i samtalen med innringer, og slik sett kvalitetssikre opplysningene som fremkommer. Samme sykepleier sier at alle som jobber på AMK skal være kjent med denne prosedyren, men at det ikke er noen kultur for å bruke den på AMK-sentralen. Når jeg spurte hva hun

trodde det kunne komme av forklarte hun at det kunne ha med tiden det tar å få koblet inn Noricom å gjøre, at dette er et arbeid som tar flere minutter.

Kun én av de 6 informantene hadde brukt tolketjenesten Noricom (22) på AMK sentralen. I det tilfellet var det en kvinnelig innringer som snakket svært begrenset norsk, men som fikk kommunisert hvilket land hun var fra. Hvor hun befant seg klarte hun imidlertid ikke å redegjøre for. I dette tilfelle vurderte AMK-sykepleier at hun måtte ta seg tid til å få tolketjenesten på telefonen, for å finne ut *hvor* denne kvinnen var.

Samtlige av informantene uttaler at for lang tidsbruk er årsaken til at de ikke har brukt profesjonell telefontolk på 113. Selv den ene informanten som hadde brukt Noricom i en nødsamtale, understreker at hun vurderte om hun hadde tid til å koble inn tolk, men fordi innringer ikke kunne redegjøre for hvor hun var, så AMK-sykepleier seg nødt til det. Hun uttaler; «*Det tar jo lengre tid. Men når du ikke kan gjøre noe annet, så må du bare ta den tiden*».

Alle informantene beskrev altså at de opplevde den uavklarte språksituasjonen som utfordrende. Når de får henvendelser fra minoritetsspråklige innringere, fremgår det at de lar seg stresse av at tiden går, mens de må bruke tid på å avklare forutsetningene for hvordan kommunikasjonen skal foregå. På den annen side er de helt klare på at de er nødt til å bruke den tiden det tar, på å finne ut hvilket språk innringer faktisk snakker, slik at de i neste ledd kan få de opplysningene som trengs for at de kan gi adekvat hjelp.

5.2.3 Hvor er innringer?

Hvor innringer befinner seg, er det andre hovedproblemet informantene forteller om. Når de har innringer på tråden som kommuniserer på gebrokken norsk eller engelsk, haltende tysk eller noe annet, er spørsmålet om *hvor* innringer befinner seg den aller første opplysningen AMK-sykepleieren etterspør. De forteller at det er uviktig hva problemet til innringer er, så lenge de ikke vet hvor innringer befinner seg. Dette henger igjen sammen med at sykepleier må vite hvor hun skal sende ressurser for å få hjelp fram til innringer. Dette er et eksempel på en utfordring som ikke bare gjelder for minoritetsspråklige innringere, men det å kartlegge hvor pasienten er, inngår selvsagt i den standardiserte metoden AMK-sykepleierne jobber etter, uavhengig av innringers bakgrunn. Allikevel skiller denne oppgaven seg litt ut i møte med minoritetsspråklige innringere, fordi det naturligvis tar lengre tid å få svar på hvor noen er, når de du spør kanskje ikke engang oppfatter at du stiller spørsmålet. Informantene

forteller om flere situasjoner der de har brukt lang tid på å forstå hvor innringer er. Et eksempel er fra en innringer i distriktet, der innringer hverken kan redegjøre for adresse, kommune eller navn på huseier. Informanten som fortalte om denne situasjonen forteller at hun måtte tenke kreativt for å finne en løsning. Hun kunne for så vidt kommunisere litt på gebrokkent norsk med innringer, men hovedproblemet var altså å finne ut hvor innringer befant seg. Løsningen fant sykepleier ved at hun bad innringer om å løpe til nærmeste hus med lys i, for å finne folk som kunne gi opplysninger om hvor de befant seg. Dette ble også en tidkrevende prosess. Allikevel måtte informanten bruke den tiden det tok for å finne ut hvor hun skulle sende hjelp. Dette eksemplet belyser et annet aspekt ved situasjonene der innringer har minoritetsspråklig bakgrunn. En kan tenke seg at dersom språkkunnskapen er lav, så kan det hende at kunnskap om geografi også kan være mangelfull. Innringeren i eksemplet over kunne ikke redegjøre for hvilken adresse han befant seg på, ei heller hvilken kommune han ringte fra, hvilket medfører utfordringer for AMK-sykepleieren som må få kjennskap til dette før hun kan sende hjelp.

5.2.4 Hvor syk er syk?

Informantene forteller at de først og fremst må orientere seg om hvilket språk kommunikasjonen skal foregå på. Deretter søker de å avklare *hvor* innringer befinner seg. Når dette er avklart må de finne ut *hva* innringers problem er. Dette beskriver informantene som det vanskeligste med innringere som ikke behersker norsk eller engelsk godt. Innringer sier kanskje bare noe sånt som «syk» og «trenger hjelp» eller «need help». Utover det, sier informantene at de får minimalt av opplysninger. «*Hvor syk er syk?*», sier en av informantene og setter med dette ord på en utfordring alle informantene forteller om i ulike ordelag.

Informantene kan ikke bruke de språklige redskapene de vanligvis besitter i møte med innringere som behersker samme språk som de selv. Få og korte beskrivelser av problemstillinger oppgis som hovedproblemet. Som en informant formulerer det i et eksempel med innringer «*Altså, hvor det virkelig er vanskelig, du kan peile deg frem til at det er magesmerter, og så mye mer kan du ikke få av norske uttrykk*». En annen formulerer seg slik; «*Du kommer ikke til med detaljspørsmålene som du skal stille når de, når at de, kommunikasjonen blir vanskelig*». En tredje informant sier; «*Vi har alle nyanser i språkene våre og de nyansene har ikke folk som ikke snakker godt*».

Videre sier samme informant; «*Det å fiske ut en god essens er ikke alltid like lett når innringer i andre enden er redd. Og det gjelder i aller høyeste grad folk som ikke snakker språket, fordi at, det på toppen av alt det andre*». Her tolker jeg at informanten snakker om hvilken påvirkning frykt har på en innringersituasjon. En kan tenke seg at de fleste innringerne på 113 telefonen opplever en aller annen form for redsel eller frykt, da de etter all sannsynlighet befinner seg i en situasjon der det står om noens liv og helse. Informanten hevder her, slik jeg tolker henne, at alle innringere som er redde, kan oppleve at formidlingsevnen blir nedsatt, men at når det da i tillegg foreligger språkbarrierer, blir desto vanskeligere å kommunisere.

En informant kommenterte at de har helt faste retningslinjer som sier hvordan en skal gå frem når en har et gitt symptombilde, at en handler ut fra medisinsk indeks (12), men at dette virkelig blir vanskelig når en ikke forstår hva innringer vil.

5.2.5 Prioritering av ressurser

For å forstå hvorfor AMK-sykepleier etterspør fyldige opplysninger og ikke ønsker å nøye seg med et symptom som magesmerter alene, må jeg trekke inn en viktig del av AMK-sykepleiers ansvarsområde. I deres arbeidsinstruks inngår en prioritering av ambulanseressurser. For å kunne prioritere de ressursene de har tilgjengelig på riktig måte, er det nødvendig for AMK-sykeleier å danne seg et bilde av hva slags type skade eller sykdom innringer har, for så å prioritere rett ressurs til rett tid.

Det er ikke alle henvendelser til 113 som krever rød respons, altså akutt-tur med ambulanse. Ser en på statistikk fra siste oppsummerte virksomhetsdata for AMK Tromsø, ser en at av totalt 8611 henvendelser til 113 i 2012, ble hastegrad *akutt* brukt 2760 ganger, altså i cirka 32 prosent av henvendelsene. Hastegraden *haster* ble brukt 3522 ganger, altså cirka 40 prosent av oppdragene. De resterende turene fikk hastegrad *kan vente* eller ble håndtert ved hjelp av andre ressurser enn ambulanse. Det geografiske området AMK Tromsø dekker, strekker seg over store avstander og det kan i blant være timevis mellom ambulanseressursene. På bakgrunn av dette, kan ikke AMK-sykepleier sende ambulanser til alle innringere, men hun må gjøre en vurdering av skadens eller sykdommens alvorlighetsgrad og prioritere ressurser deretter (45).

5.2.5.1 Samtidighet

Her vil jeg presentere et begrep jeg ble introdusert for da jeg begynte å jobbe i akuttmedisinsk klinikk, nemlig samtidighetsbegrepet. Samtidighet innebærer at flere ting skjer samtidig, og man kan ha en samtidighetskonflikt når AMK-sykepleier har to eller flere oppdrag, og kun en tilgjengelig ambulanseressurs. Samtidighetskonflikter kan naturligvis oppstå uavhengig av hvorvidt det dreier seg om minoritetsspråklige innringere eller ikke. Når slike samtidighetskonflikter oppstår er nok stort sett tilfeldig. Sykepleier har ingen kontroll over aktiviteten og pågangen på 113 telefonen. Informantene forteller at de nødvendig vil «safe» og sende en ambulanse hvis de egentlig kunne ha kartlagt bedre og funnet rett ressurs. Imidlertid sier alle informantene mine at de har lavere terskel, eller lavere cutoff, for å sende ambulanser til uavklarte pasienter når det er vanskelig å kommunisere med innringer. De understreker for øvrig at dette gjelder norske så vel som utenlandske innringere.

«Det kommer til en vurderingssak, hvis vi da velger å sende av gårde en bil (ambulanse), og så er det en times kjøring til neste (ambulanse)stasjon. Hvis det da er tomt i kommunen bak der igjen, ikke sant...da....hva har vi av ressurser og sjonglere med da? Det er viktig å finne ut av behovet og hvilken hjelp trenger vi og hva slags ressurser må vi bruke her?» Her understreker informanten med egne ord at det er viktig å finne ut av innringers behov og å kartlegge hvilken type hjelp som trengs. Hun ser ikke innringers behov alene, men beskriver konteksten hun gjør sine prioriteringer i, og skisserer noen potensielle ressurskonflikter.

En informant forteller at den medisinske indeksen har et eget underpunkt der det står *uavklart problem og kommunikasjonsvansker. Lite informasjon tilgjengelig- mulig antatt rødt kriterie* (12). Dersom AMK sykepleier ikke får frem andre opplysninger, og gitt at hun har funnet ut hvor innringer befinner seg, kan hun velge å bruke dette punktet i indeksen og på bakgrunn av den algoritmen, sende en ambulanse uten at hun vet noe mer om problemstillingen. Dette refererer informanten til som å «safe». Flere av informantene beskriver dette med å sende ut ambulanse for å være helt sikre, som den løsningen de stort sett ser seg nødt til å bruke i innringersituasjoner med språklige utfordringer.

5.3 Konsekvenser for AMK-sykepleier

Over har jeg skissert hvilke hovedutfordringer AMK-sykepleierne oppgir gjør seg gjeldende når de får minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen. I det følgende skal jeg gå nærmere inn på hvilke konsekvenser språkbarrierer og nedsatt språklig kommunikasjon kan få for AMK-sykepleierne.

5.3.1 Verbal kommunikasjon og hørsel som eneste sans

AMK-sykepleier mister det viktigste redskapet hun har på telefonen, nemlig verbal kommunikasjon. Det er ikke vanskelig å forstå at det medfører utfordringer når innringer og AMK-sykepleier ikke kan kommunisere med språk. Det er flere og kanskje åpenbare grunner til dette. Språket er på mange måter selve grunnlaget for telemediert kommunikasjon. Hørselen er eneste sans og språket det eneste verktøyet AMK-sykepleier har for å kommunisere. En kan selvsagt kommuniserer mye uten ord, slik som også informantene selv beskriver. De sier for eksempel at de kan høre på måten en innringer puster på, om det er alvorlig. Dersom innringer puster anstrengt, eller kanskje ikke klarer å si noe i det hele tatt, tenker AMK-sykepleieren straks at det dreier seg om noe alvorlig da det åpenbart involverer innringers respirasjon. Men som hovedregel er de prisgitt at innringer forstår et minimum av norsk eller engelsk, og at sykepleier selv greier å gjøre seg delvis forstått samtidig som hun klarer å oppfatte den lille informasjonen som innringer faktisk kommer med.

5.3.2 Vanskeliggjør veiledning

At manglende verbal kommunikasjon gjør at det å få opplysninger om hvor innringer er og hva som er problemet blir vanskelig, har jeg allerede sagt noe om. Dette berører innringers evne, eller manglende evne, til å kommunisere. Men et annet punkt som kommer frem i min empiri, er at språkbarrierer også hindrer AMK-sykepleier i å veilede innringer. Å veilede, og det å gi råd til innringerne, er en stor del av AMK-sykepleiernes arbeidsoppgaver.

«Det viktigste er at du får ikke gitt noe veiledning til disse innringerne, selv om du har en engelsk indeks foran deg, når ikke motparten forstår hva du sier, så får du ikke gitt noen veiledning. Vedkommende forstår deg ikke».

«Hadde det vært en norsktalende eller en engelsktalende, eller en som du kunne snakke språk med, så hadde du kunnet fortelle dem hva de skulle gjøre i den enkelte situasjon, ut fra hvilke symptomer. Jeg kan jo be en innringer om; ta selv å ta kontakt med legevakten, for det er der ute de kan løse ditt problem, ikke her på 113. Og så ville den personen forstå og vil også kunne ringe opp. Men jeg kan aldri gi et legevaktsnummer til en person som ikke skjønner hverken språk eller annet. Da må du liksom være den som handler. Så du bruker jo ressurser på det, som egentlig ikke er tiltenkt å brukes på disse nødtelefoner.»

5.3.3 Veien videre

Sitatet over fører oss over på et annet viktig funn i mitt materiale, nemlig det som berører beslutningen om veien videre. Hva gjør AMK-sykepleierne når de har en uavklart henvendelse på telefonen?

Alle informantene fortalte at dersom de var usikre på hva det var saken handlet om, så sendte de en ambulanse uansett. *«Du tør ikke noe annet enn å sende bort en ambulanse, for du aner ikke hva det er for noe»*. Å ikke gjøre noe fremstår ikke som et alternativ når det gjelder innringere man ikke kan veilede. *«Jeg kan liksom ikke legge på før jeg sånn høvelig vet hva det er for noe. Og er vi i tvil, så er vi i tvil og da sender vi ambulanse for liksom å....hva er dette for noe»*.

Da jeg spurte informantene om det brukes ekstra mange ambulanseressurser på henvendelser fra minoritetsspråklige innringere svarte en; *«Vi legger opp hastegraden litt mer enn det kanskje ville være nødvendig, for jeg tenker ingen skal tape på at de ikke kan språket»*. En annen sier; *«Jeg har lavere terskel for å sende ut ambulanse til innringere jeg ikke forstår. Så gjør jeg heller det, og så avblåser vi situasjonen hvis det ikke viste seg å være noe»*. En tredje informant sier; *«Tvilen skal komme innringer til gode. Det er jo et poeng. Og det er ikke farlig å sende en bil for mye. Det er grusomt og ikke gjøre det!»*

Jeg spurte informantene om det å sende ut ambulanser på oppdrag, som det i etterkant viste seg at ikke dreide seg om noe alvorlig, og der pasient kunne ha oppsøkt legevakt eller tatt kontakt med fastlege, om det ikke også kunne gjelde for norskspråklige innringere? På dette svarte en av de;

«Jo, men da bruker du lengre tid på samtalen før du eventuelt da til slutt sender ut en bil, som siste mulighet. Når du har prøvd å være systematisk, altså å repetere spørsmålene, være klar, være krevende, altså hør på meg. Å være veldig, prøve å være strukturert. Og hvis man ikke kommer gjennom da, så sender man jo bil- til slutt. Men vi har jo ikke ressurser nok til, egentlig, å gjøre det hver gang man er....usikker». Slik jeg tolker det, understreker informanten her en forventning som både hun og hennes kolleger har, til hvordan AMK-sykepleier skal behovsprøve de opplysningene innringer kommer med. Dette kan igjen ses i lys av AMK-sykepleiers rolle som portvokter.

5.3.4 Kunnskap om organisering og system

Jeg spurte en av informantene om hun opplever at innringere med minoritetsspråklig bakgrunn henvender seg til 113 med mindre problemstillinger. Hun svarer før jeg har stilt spørsmålet ferdig; «*Legevaktsproblematikk, ja...*» Hun snakker litt generelt om forskjellige eksempler før hun kommer med en forklaring; «*...men det er jo fordi de ikke forstår vårt system med legevakt og når det haster, når ringer du legevakt og når ringer du 113?*» Jeg leser av dette at AMK sykepleier viser til et legevaktssystem hvor en henvender seg når en har pådratt seg mindre skader eller mindre alvorlig sykdom, men at hun samtidig anerkjenner at det ikke er alle innringere som kjenner til dette systemet. Hun sa videre at 113 er et telefonnummer det er veldig lett å huske, i motsetning til et åttesifret telefonnummer til en legevaktsentral eller til en fastlege.

5.3.5 Forventninger

Informantene forteller om innringere som *bestiller* en ambulanse uten at de nødvendigvis forklarer hvorfor en ambulanse er nødvendig. Som sitatene under illustrerer er dette problematisk for AMK sykepleierne, fordi de ikke får tilstrekkelig grunnlag for å gjøre sine vurderinger.

En informant forteller om en innringer, en turist, som hadde falt og fått et kutt som måtte sutureres. Sykepleieren hadde slått fast at innringer ikke hadde andre skader, at han var oppegående og kunne oppsøke legevakt for den aktuelle skaden; «*Det skulle han ikke. Han skulle rett hit (til sykehuset) og til plastikk kirurg. Og sykebil skulle han ha. Når man da skal forklare noen om systemet i Norge, for det er jo ikke sånn som i Sverige og mange andre land, at du kan dra rett på sykehuset, da kan folk bli ganske oppkavede. Og jo mer oppkavede folk blir fordi at de ringer et nødnummer og ikke får den hjelpa de forventer eller ringer og bestiller, jo vanskeligere er det å nå fram til dem og forklare hvordan det her måtte bli. Det er mange forskjellige kulturer om hva folk forventer for noen ting*».

Informantene bruker begrepet kulturforskjeller når de forteller om innringere som krever ambulanse eller som på andre måter stiller spørsmål ved vurderingene AMK-sykepleier gjør. Tre av dem spesifiserer at det eksisterer kulturforskjeller innad i den norske kulturen, så vel som mellom norsk og annen kultur, men i møte med minoritetsspråklige innringere gjør disse kulturforskjellene seg gjeldene som det jeg oppfatter at informantene beskriver som forstyrrende elementer, og som noe som bidrar til ytterligere å utfordre interaksjonen mellom AMK-sykepleier og innringer. Jeg vil hevde at det informantene omtaler som forskjellige

kulturforskjeller når det gjelder hva innringere forventer, også berører en trussel mot AMK-sykepleiers rolle som fagperson. Dersom innringer stiller spørsmål ved hvilke vurderinger AMK-sykepleier gjør, kan dette kanskje oppleves som en kritikk av henne som fagperson.

5.3.6 Stress og ansvar

Det stilles høye krav til arbeidet AMK-sykepleier utfører på AMK-sentralen. De potensielle konsekvensene av feil gjør AMK-sykepleierne sårbare og skaper en tidvis stresset arbeidsplass.

«Vi sitter jo med mye makt der inne. I forhold til sykehuset, i forhold til legene, i forhold til ambulansene, i forhold til... ja, det meste egentlig. Sånn tillitsmessig så ligger vi godt an i det store og det hele, men det igjen fører jo til at ansvaret blir desto større».

Forskning viser at nivået av et stresshormon, kortisol, er betydelig høyere hos personell som jobber på medisinske nødsentraler enn i kontrollgrupper (46). Fem av de seks informantene forteller at henvendelser fra minoritetsspråklige innringere gjør dem mer stresset enn henvendelser fra innringere som behersker språket. Den siste informanten påpekte at hun hadde så mange år med erfaring, at det var lite som gjorde henne stresset.

At informantene opplever økt stressnivå når det gjelder akkurat denne innringergruppen, kan ses i lys av punktene jeg har vært inne på tidligere. Språkbarrierer påvirker bruken av tid, som er essensiell i AMK-sykepleiers arbeid, og det at tiden går er en stressfaktor i seg selv.

En annen stressfaktor som en av informantene trakk frem, var at de sitter alene med ansvaret.

«Du sitter alene som medisinskfaglig ansvarlig. Jeg har jo legevaktslegen rundt om i kommunene som jeg kan ringe og snakke med, men de har ikke hørt det jeg har hørt. De kan ikke gå inn å gjøre en vurdering sammen med deg. Så du sitter mye alene».

Et annet sitat som berører det samme; *«Du må liksom jobbe hele tiden mot et system, mange mennesker, mange personligheter. Så må du hele tiden kjempe for å få det sånn som du vil hvis du er i tvil. Og det er en stressfaktor.»* AMK-sykepleier må, som påpekt tidligere, forholde seg til mange forskjellige instanser og mange forskjellige mennesker. Mennesker er ikke statiske og beslutningen som er riktig en vakt, trenger ikke å være rett beslutning neste vakt. Uforutsigbarhet relatert til hvilke krav ulike mennesker stiller til AMK-sykepleiers utførelse av arbeidet, kan således også bidra til økt opplevelse av stress.

En kort oppsummering:

Konsekvenser språkbarrierer medfører for AMK-sykepleier
Mister sitt viktigste arbeidsredskap- det verbale språket Tiden går Vanskeliggjør veiledning Svekker grunnlag for vurdering av alvorlighetsgrad Svekker beslutningsgrunnlag for vurdering av ressursbehov Økt stress

5.4 Hvilke kontekstuelle rammer påvirker AMK-sykepleiers erfaringer?

Hvilke forhold kan tenkes å påvirke AMK-sykepleiers opplevelse av utfordringer på nødtelefonen? Rammene som AMK-sykepleier utfører sitt arbeid innenfor, er med å påvirke hvilke utfordringer de opplever. I teorien kan en si at AMK-sykepleiers oppdrag er nokså enkelt; de skal ta imot henvendelser, kartlegge hva problemet til innringer er, og sørge for adekvat hjelp. Som jeg har vist i presentasjon av funn, er det allikevel langt fra teori til praksis og kompleksiteten og variasjonen på henvendelsene, gjør at arbeidet preges av en uforutsigbarhet. AMK-sykepleieren vet aldri hva neste henvendelse gjelder.

5.4.1 Nødhjelpssituasjonen

Nødsamtalen er en særegen kommunikasjonssituasjon (11, 14, 19). Mye står på spill. Enhver henvendelse kan dreie seg om liv og død. Tiden er knapp og dyrebar, så kommunikasjonen må være så effektiv som mulig, samtidig som AMK-sykepleier må sikre at informasjonen som utveksles er nøyaktig og korrekt. Videre er det nødvendig at AMK-sykepleier etablerer et tillitsforhold med innringer, for at innringeren skal kunne stole på AMK-sykepleiers vurderinger. Nødsamtaler er en form for samhandling som utspiller seg i en pågående og foranderlig situasjon (30).

5.4.2 AMK-sykepleiers oppgaver

AMK-sykepleier må innhente og prioritere informasjon i henhold til indeksen (12). Hun må veilede innringer og gi instruksjoner for å avhjelpe pasientens situasjon, enten en ambulanse er nødvendig eller ikke. AMK-sykepleier må «holde linja» helt til ambulansen kommer, eller til innringer er innforstått med alternativene som foreslås. Gjennom hele prosessen har AMK-

sykepleier mulighet til å bruke dataverktøy (som samtalelogging, kart og kataloger) som hjelp til å finne informasjon (13). Bruken av dataverktøy gir henne også mulighet til å dele opplysninger med ambulansesentralen i oppdragets logg, samtidig som hun snakker med innringer. Loggen er dataverktøyet som AMK-sykepleier bruker for å kommunisere med ambulansesentralen ute på oppdrag, og ambulansesentralen (13). Tross at dataverktøy kan være en verdifull ressurs, er det ikke utelukkende til nytte, men kan også bli distraherende for operatøren. I situasjoner der AMK-sykepleier må snakke med innringer på engelsk, må hun fremdeles skrive inn informasjon i loggen på norsk (30).

5.4.3 Det særegne ved telemediert kommunikasjon

Når AMK-sykepleier kommuniserer over telefon, fjernes alle synlige

kommunikasjonsressurser som er tilgjengelig i «ansikt til ansikt» møter. AMK-sykepleierne ser ikke ansiktsuttrykk og har ikke øyne på stedet som kan innhente opplysninger om hvem innringer er, hvor mange mennesker som er i nærheten og hva som foregår i bakgrunnen.

AMK-sykepleierne kan heller ikke kjenne og ta på pasienten for å avdekke om pasienten for eksempel er febervarm, klam eller kald, alle funn som sykepleiere gjør bruk av i sin kliniske vurdering av pasienter.

5.4.4 Forskjellig kunnskapsgrunnlag

AMK-sykepleier og minoritetsspråklige innringere kan ha et begrenset felles

kunnskapsgrunnlag. Kunnskap om hvordan det norske helsevesenet er organisert, og når man kontakter henholdsvis legevakt, og når man ringer 113, er bare en liten del av de nye systemene som innvandrere, turister og utenlandske arbeidere må forholde seg til i et nytt og kanskje ukjent land. AMK-sykepleierne er utdannet i akuttmedisin, mens ikke alle innringere kan forventes å kunne for eksempel grunnleggende førstehjelp. Sjansen for at misforståelser, usikkerhet og forvirring oppstår, er derfor større når det gjelder henvendelser fra minoritetsspråklige innringere, sammenliknet med innringere som behersker språket (23, 24, 47, 48).

5.4.5 Indeksens statiske vesen

Norsk medisinsk indeks, beskrevet i kap 1.4.3, er et støtteverktøy som AMK-sykepleierne har tilgjengelig på pulten. Indeksen tar ikke høyde for henvendelsenes kompleksitet, og gir lite

spillerom for hvordan AMK-sykepleier skal forholde seg til innringer, når den systematiske innhentingen av opplysninger trues av språkbarrierer. Aksel Tjora er kritisk til indeksen som verktøy for sykepleiervurderinger, fordi indeksen ikke tar hensyn til dynamikken i sykepleiepraksis (19). Dette gjenspeiles også i mine funn, der AMK-sykepleierne omtaler bruken av indeksens punkt; *uavklart problem og kommunikasjonsvansker. Lite informasjon tilgjengelig- mulig antatt rødt kriterie (12)*, som den eneste løsningen indeksen tilbyr. Forfatterne av indeksen understreker at indeksen bare gir anbefalinger, og at operatørene må foreta selvstendige vurderinger og tilpasse bruken til den enkelte innringersituasjonen (12).

5.5 AMK-sykepleiers håndtering av minoritetsspråklige innringere

I det følgende presenteres en oversikt over hvilke forhold som fremmer AMK-sykepleiers håndtering av minoritetsspråklige innringere, og hvilke forhold som virker hemmende. Oversikten er utarbeidet av undertegnede basert på studiens empiri.

Fremmende forhold	Hemmende forhold
Akuttmedisinsk forankring -Fagkunnskap -Praksiserfaring -Systemkunnskap	Ressursprioritering -Samtidighet -Store avstander- knapphet på ressurser
Personlige egenskaper -Språk -Evne til ro, kreativitet, «multitasking»	Verbal kommunikasjon som eneste verktøy -Får ikke veiledet
Ressurser i AMK-sentralen -Kolleger -Pulten	Statisk indeks-liten hjelp i uavklart situasjon
Bevissthet rundt eget ansvar/makt	Hørsel som eneste sans
Tidspress	Stress
	Ingen/lite faglig veiledning
	Manglende systemkunnskap hos innringere

AMK-sykepleier har akuttmedisinsk forankring, både hva gjelder fagkunnskap og praksis. Hun kjenner både helsevesenet i sin helhet, og organiseringen av nødmeldertjenesten spesielt. Dette kunnskapsgrunnlaget gjør AMK-sykepleier godt rustet til å håndtere henvendelser på nødtelefonen, fra norskspråklige så vel som fra minoritetsspråklige.

Mine informanter forteller også om egenskaper som de oppgir at det er viktig å besitte for å kunne fungere i jobben. Å kunne gjøre flere ting samtidig og å ha evne til å beholde roen når det koker rundt en, trekkes frem.

Det å være kreativ sier samtlige informanter noe om. Dette overrasket meg da jeg hørte det første gang. I min forforståelse lå en forventning om at jobben på AMK ikke overlot mye til tilfeldigheter, og jeg så således ikke for meg at kreativitet ville bli løftet frem som en av de viktigste ferdighetene AMK-sykepleierne fortalte om. Etter å ha lest kompetanseplanen (13) og boka Aksjonskollektivet (11), og sist men ikke minst, etter å ha gjennomført intervjuene, hadde jeg fått en annen forståelse for hvilke arbeidsoppgaver jobben på AMK innebærer. Da ble det at AMK-sykepleierne bør ha evne til å tenke kreativt, langt mer forståelig.

Jeg trodde, at det å svare på nødsamtaler, innebar og gi råd til innringer mens en ventet på at ambulansen kom frem. Jeg hadde ikke reflektert over hvilke ambulanseressurser AMK-sentralen har til rådighet, ei heller over hvilke utfordringer Nord-Norges geografi medfører. At AMK-sykepleier evner å tenke kreativt når det kommer til å finne løsninger på ressursknapphet og geografiske utfordringer, er kan hende en undervurdert egenskap. Gjennom å snakke med informantene om deres opplevelser, fikk jeg tilgang på fortellinger og historier som tydeliggjorde hvor viktig kreativitet, og det å være løsningsorientert, er på AMK-sentralen. Fagkunnskaper, praktisk erfaring og personavhengige egenskaper er alle interne ressurser som fremmer AMK-sykepleiers håndtering av innringere. Dette gjelder naturligvis alle innringere, ikke bare minoritetsspråklige.

Informantene har i tillegg til det jeg refererer til som interne ressurser, forskjellige eksterne ressurser tilgjengelig, både i pulten, i AMK-sentralen og på sykehuset. Som påpekt tidligere, er det imidlertid ikke bare positivt å ha ressurser tilgjengelig. AMK-sykepleierne må også ha kapasitet til å bruke dem. Når det gjelder minoritetsspråklige innringere, kan AMK-sykepleier hjelpe seg med søkeverktøy for å finne antenner som tar inn mobilsignaler, for eksempel, hvis innringer bruker mobil. Dette kan hjelpe dem til å finne ut hvilken kommune innringer ringer fra. Men utfordringen ligger i å forklare en innringer som ikke behersker språket, at han eller hun må holde linja og vente, mens AMK-sykepleier eller ambulanseskoordinator bruker tid på de tekniske hjelpemidlene. Som informantene sa noe om, spiller tid en viktig rolle i henvendelsene på 113. Innringer kan forventes å være i en form for nød, og at klokka tiker virker stressende på AMK-sykepleier. En kan forestille seg at det samme kan gjelde for innringer. Når AMK-sykepleier ikke kan forklare for innringer hvorfor hun etterspør fyldige

opplysninger, kan innringer kanskje oppfatte dette som provoserende, og tolke AMK-sykepleiers spørsmål som unødvendige.

At informantene mine ønsker utfyllende opplysninger om innringers situasjon, har også og gjøre med hvilket ansvar de føler overfor ambulanspersonellet som skal sendes på oppdraget. At ambulanspersonellet kan bli irriterte på AMK-sykepleier, dersom de blir sendt på et oppdrag som viser seg at heller burde vært henvist til legevakt, er et eksempel på en rollekonflikt. Forventningene blant ambulanspersonellet gjør at AMK-sykepleier ønsker å gjøre en grundig jobb med innhenting av opplysninger. På den andre siden er informantene ikke bare forpliktet til, men de har også et ønske om, å hjelpe innringer. Rollen som kollega kommer i konflikt med rollen som sykepleier og omsorgsarbeider.

Rollen som portvokter påvirker også denne situasjonen. AMK-sykepleierne vet at de har begrenset med ressurser. Dette gjelder ikke bare ambulansbiler, men de kjenner også et ansvar for å finne rett respons, på grunn av systemet der legevaktene er de som skal håndtere mindre skader og sykdom. Etersom de sitter alene med vurderingene, kan AMK-sykepleier oppleve at hun må jobbe mot systemet, og i konflikt med kollegers og innringers forventninger.

Den medisinske indeksen er rigid, og gir som tidligere nevnt, ingen særlig hjelp i komplekse, uavklarte situasjoner. Den gir ingen føringer som kan assistere AMK-sykepleier i hennes vurderinger av hvilke hensyn som skal vektlegges.

Når de får innringere som behersker norsk, jobber AMK-sykepleier systematisk, på bakgrunn av indeksen, med innhenting av opplysninger. En kan si at de har en fast struktur i måten å jobbe på. Når de får henvendelser fra minoritetsspråklige innringere rykkes de ut av denne strukturen, og må improvisere. Ut fra det mine informanter fortalte, høres det for meg ut som de er nokså gode på det med å improvisere. Ingen henvendelser til nødtelefonen er like, så en kan si at de er vant til å forholde seg til det ukjente. Allikevel sier materialet mitt noe om at informantene selv opplever dette med minoritetsspråklige innringere som et felt de kunne blitt bedre på.

En siste faktor som jeg vil trekke frem, og som jeg har konkludert med at virker hemmende for hvordan AMK-sykepleierne opplever at de håndterer sine arbeidsoppgaver, er mangel på veiledning. Informantene forteller at det ikke er noen kultur for å hente frem vanskelige situasjoner og henvendelser, og få veiledning og råd fra ledere, fagutviklere og kolleger. Det

handler ikke bare om minoritetsspråklige innringere, men om oppfølging i forhold til den jobben de gjør, generelt.

6 Diskusjon

I forrige kapittel presenterte jeg studiens funn. I det følgende skal jeg diskutere mine funn i lys av de teoretiske perspektivene fra kapittel 3.

Gjennom informantenes refleksjoner over sitt arbeid, fikk jeg øye på forventninger som jeg ved hjelp av interaksjonisme, kan kalle seremonielle krav (31). De seremonielle kravene regulerer informantenes praksis, selv om de ikke bruker dette begrepet selv. AMK-sykepleier spiller flere roller, som hver for seg og i sum, regulerer krav til AMK-sykepleiers praksis og til hvordan hun selv vurderer egen praksis.

AMK-sykepleier har sin faglige bakgrunn i sykepleierrollen, og dette påvirker hvilke utfordringer hun ser. Under intervjuene forteller informantene om vurderinger og refleksjoner rundt minoritetsspråklige innringere. Informantene oppgir velbegrunnede, faglig funderte motiver når de forteller om viktigheten av å sørge for at minoritetsspråklige innringere får de samme tjenestene som majoritetsspråklige. De har kunnskap om disse innringernes forutsetninger for å forstå det norske systemet, og refererer til lover og retningslinjer de som helsepersonell er forpliktet av.

Det de forteller bærer altså preg av deres profesjonelle bakgrunn som sykepleiere, men flere andre roller kommer også til syne i empirien. For AMK-sykepleier er ikke bare profesjonell. Hun er også et menneske med følelser og motiver. Hun kan ikke skille seg fullstendig fra sin bakgrunn, og et bredt spekter av roller vil kunne påvirke henne, også i profesjonell sammenheng. I teorikapittelet, presenterte jeg 6 ulike roller. Disse ulike rollene, former hvilke forventninger andre har til AMK-sykepleieren, og hvilke forventninger hun har til seg selv.

Rollen som kollega innebærer at et seremonielt krav som lojalitet, virker inn på hvilke beslutninger AMK-sykepleier tar. Informantene ønsker å være gode kollegaer. De vil gjerne gjøre riktige og kloke vurderinger, slik at kollegaene i ambulansetjenesten får et godt inntrykk av dem. Primært som fagarbeider, men kanskje også som privatperson?

I møte med minoritetsspråklige innringere fremhever informantene utfordringen med å få fylldige beskrivelser av hva det handler om- hva problemet er. At de fremhever akkurat denne utfordringen, kan ha med forventningene de har til seg selv som kollegaer, å gjøre.

Det kan virke som at informantene anser det å sende en ambulanse, uten helt å vite hva som er problemet, som et slags nederlag. De kaller det for å «safe», altså noe de gjør for å sikre seg.

Jeg tolker det slik at informantene vurderer det å «safe» som noe de ser seg nødt til å gjøre hvis de ikke har noen andre muligheter, men at de helst skulle ønske at de kunne begrunne et oppdrag til ambulansepersonellet, med noe mer håndfast. At informantene har indeksens punkt om «uavklart problem- mulig rødt kriterie», ser ikke ut til å påvirke deres egne oppfatning av at dette er å «safe». De uttrykker det og «safe» nærmest som en reserveløsning når ingenting annet fungerer. Dette kan ses i lys av deres forventning til egen rolle som kollega. For å bli oppfattet som en god kollega, er mitt inntrykk, at informantene vil sørge for at ambulansepersonellet får riktige opplysninger når de skal ut på et oppdrag. Det å være grundig, kan se ut til å være en norm som er viktig for informantene.

AMK-sykepleier har flere kollegaer. Rollen som varsler påvirker nok også hvilke forventninger informantene har til utførelsen av eget arbeid. Å komme i forkant, og å ha evne til å planlegge, er poeng som alle informantene uttrykker på forskjellige måter. Dette ser jeg i sammenheng med lojaliteten og ansvaret AMK-sykepleier føler overfor kollegaene i akuttmottaket. Men ulike forventninger følger denne rollen også. Som en informant påpekte, var det noen av kollegaene som ønsket en tett kommunikasjon med AMK-sentralen, mens andre kunne gi uttrykk for at for mange telefoner fra AMK-sykepleier, kunne oppfattes som mas.

Kommunikasjon med andre instanser på sykehuset, er generelt en stor del av AMK-sykepleiers arbeidsoppgaver. AMK-sykepleier kommer derfor i kontakt med svært mange forskjellige personer i løpet av en vakt. Menneskene de forholder seg til, har som informantene selv, forskjellige roller og forskjellige forventninger til hvordan saker skal håndteres. At AMK-sykepleierne må forholde seg til forskjellige forventninger, innebærer nødvendigvis at de må være fleksible og kunne tilpasse seg disse forskjellige forventningene.

Måseide skriver at hva som ligger i de forskjellige seremonielle kravene, varierer over tid, mellom kulturer, innenfor profesjoner og fra profesjon til profesjon (31). Jeg vil gå lenger, og hevde at de seremonielle kravene som stilles til AMK-sykepleierne, endres nærmest kontinuerlig, fordi de hele tiden må tilpasse sin rolle til de forskjellige henvendelsene som kommer til nødsentralen. I et øyeblikk spiller AMK-sykepleier rollen som veileder, i det neste må hun være varsler. Hun kan snakke med en spesialist i hjertesykdommer i en samtale og ha en fortvilet pårørende på telefonen rett etterpå. Det skjer en stadig utbytting av hvilke rammer som gjøres gjeldende.

På hvilken måte påvirker dette informantenes opplevelser med minoritetsspråklige innringere? Jeg vil hevde at AMK-sykepleiernes evner til å improvisere forskjellige roller, gjør de i stand til å håndtere disse henvendelsene.

I teksten over har jeg forsøkt å redegjøre for den kompleksiteten som forskjellige roller og rammer fører med seg. Med denne kompleksiteten følger muligheter. Jeg vil hevde at det mangfoldet av erfaringer og vurderinger som AMK-sykepleier har tilegnet seg, gjennom å spille disse forskjellige rollene, gjør henne rustet til å håndtere innringersituasjoner som avviker fra det vanlige, og som i denne sammenhengen har omhandlet henvendelser fra minoritetsspråklige innringere.

7 Oppsummering

Studiens hensikt var å undersøke hvilke utfordringer AMK-sykepleier opplever i møte med minoritetsspråklige innringere på nødtelefonen 113. Mitt materiale har avdekket ulike utfordringer og jeg har presentert noen kontekstuelle rammer som kan belyse hvorfor akkurat disse utfordringene blir problematiske.

AMK-sykepleier utfører sitt arbeid innenfor de institusjonelle rammene som AMK-sentralen utgjør. Med forankring i akuttmedisin bruker AMK-sykepleierne sine faglige kunnskaper og sin praktiske erfaring, for å sikre at innringere får den hjelpen de har krav på. AMK-sykepleiere tar i bruk interne så vel som eksterne ressurser i dette arbeidet. Egen språkkompetanse og ferdigheter de har tilegnet seg gjennom erfaring i pulten, er blant faktorer som bidrar til at henvendelser fra minoritetsspråklige innringere, i det store og hele, går bra, til tross for utfordringene.

Mine informanter er seg sitt ansvar bevisst, hvilket gjør at jobben på AMK-sentralen, fra tid til annen, oppleves som stressende. Allikevel oppgir samtlige informanter at de trives i jobben. Som en av de sa det; *«Det er like artig hver gang du er kreativ og du faktisk skjønner at det når fram. At du klarer å gi dem den hjelpa de trenger og har krav på»*.

AMK-sykepleierne fortalte meg om sine erfaringer med minoritetsspråklige innringere. Innsikt i deres erfaringer har gitt meg en større forståelse for hvordan de jobber og hvilke utfordringer de står overfor i sin arbeidshverdag.

Det som overrasket meg noe, var hvor mange av utfordringene som i like stor grad kan gjelde innringere som snakker flytende norsk. Mangel på systemkunnskap hos innringer, for eksempel, er ikke en utfordring forbeholdt for innringere med minoritetsspråklig bakgrunn. Gjennom informantenes beretninger, har jeg innsett at forskjellen på innringere med minoritetsspråklig bakgrunn og innringere med norsk som morsmål er langt færre enn jeg hadde forestilt meg før prosjektstart. For meg blir det tydelig at alle innringere på 113 telefonen trenger en eller annen form for tilrettelegging og tilpasning. En informant sa noe som oppsummerer mine funn;

«Det er enklere å gjøre en god jobb når du har språket, men jeg tror at i en sånn situasjon der du er livredd, så har det ingen betydning. For vi reagerer likt. De er like redde de, selv om de har en annen bakgrunn».

Jeg har i denne oppgaven trukket frem flere aspekter som AMK-sykepleierne opplever som spesielt utfordrende og disse er viktige å ha med seg når en skal lære opp nytt AMK-personell. Om informantene mine følte at de hadde gjort en god jobb eller ikke, handlet i stor grad om hvorvidt hun fant ut hvor innringer var, hva som var problemet og at hun fikk gitt innringer hjelp, på en eller annen måte. Implementering av verktøy som lett tilgjengelig telefontolk på nødsentralen, kan være *et* tiltak som vil gjøre håndteringen av minoritetsspråklige innringere enklere i fremtiden.

Av og til oppstår misforståelser, og feil gjøres, men ved å få kunnskap om hvordan slike misforståelser og feil kan oppstå, kan en forebygge at samme feil skjer igjen. Oppfølging og veiledning av AMK-operatører kan bidra til å utvikle de livsviktige nødmeldertjenestene i riktig retning.

I fremtiden hadde det vært veldig spennende å gjort et større prosjekt innenfor samme felt. Jeg kunne hatt lyst til å gjøre en observasjonsstudie der en kunne observere AMK-sykepleiere mens de jobber. Kanskje også inkludere innringers perspektiv? Dette får eventuelt bli en ph.d.

8 Litteraturliste

1. St.meld. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo.
2. Østby L, Henriksen K. Innvandrere- hva vi nå vet og ikke vet. Samfunnsspeilet [Internet]. 2013; 5. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-hva-vi-naa-vet-og-ikke-vet>.
3. sentralbyrå S. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2015 www.ssb.no2015 [cited 2015 4.mars]. Statistikk]. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar>.
4. sentralbyrå S. Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2014 www.ssb.no: Statistisk sentralbyrå; 2014 [updated 07.01.2015; cited 2014 04.september]. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>.
5. Henriksen Kristin ØLo, Dag E. Innvandring og innvandrere 20102010. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandring-og-innvandrere-2010>.
6. Otterstad AM. Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold : fra utsikt til innsikt. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
7. Blix BH. En kritisk refleksjon over betydningen av kultur i møter mellom innvandrere og helse- og omsorgstjenester. Tidsskrift for samfunnsforskning. 2014(04 ER).
8. Bauman Z. Culture as Praxis. London: United Kingdom, London: SAGE Publications Ltd; 1999.
9. Helsedirektoratet. Nasjonale data fra akuttmedisinske kommunikasjonsentraler. Årsrapport 2012,: Helsedirektoratet; 2013.
10. Utredning av fremtidig AMK-struktur i Helse Nord: Hearing before the Norum, Jan(leder) Helse Nord RHF(13.desember 2013, 2013).
11. Tjora AH. Aksjonskollektivet: samarbeid og bruk av teknologi i akuttmedisinsk koordinering. [Trondheim]: G<Academy; 2002. XV, 122 s. : ill. p.
12. Den norske legeförening. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. 3 ed. Stavanger: Laerdal Medical AS; 2009.
13. Dreyer K, Jensen ÅC, Almenning B. Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer nødmeldinger. In: Helsedirektoratet, editor. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap; 2011.
14. Reinholdtsen K. Nødsamtaler til 113: en studie av AMK-operatørers bruk av samtaleverktøy. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det humanistiske fakultet, Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier; 2013. IX, 124 s. p.
15. EMS expert group W. Emergency Medical Services Systems in the European Union- Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. www.euro/who: Directorate-General for Health & Consumers, 2008.
16. Langhelle A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, Lippert FK, Ersson A, et al. International EMS Systems: the Nordic countries. Resuscitation. 2004;61(1):9-21.
17. Forslund K, Kihlgren A, Kihlgren M. Operators` experiences of emergency calls. Journal of Telemedicine and Telecare. 2004(10):290-7.
18. Heldal F, Tjora A. Making sense of patient expertise. Social Theory & Health. 2009;7:1-19.
19. Tjora A. The technological mediation of the nursing-medical boundry. Sociology of Health & Illness. 2000;22(6):721-41.
20. Tjora A. Maintaining Redundancy in the Coordination of Medical Emergencies. Proceedings of the 2004 ACM conference on Computer supported cooperative work. Chicago, Illinois, USA2004. p. 132-41.
21. Meischke H, Chavez D, Bradley S, Rea T, Eisenberg M. Emergency communications with limited-English-proficiency populations. Prehospital Emergency Care. 2010;14(2):265-71.

22. Noricom www.noricom.no: Custompublish AS; 2015 [updated 2015]. Available from: <http://www.noricom.no/>.
23. Svennevig J. On being heard in emergency calls. The development of hostility in a fatal emergency call. *Journal of Pragmatics*. 2012;44(11):1393-412.
24. Tracy K. Interactional Trouble in Emergency Service Requests: A Problem of Frames. *Research on Language and Social Interaction*. 1997;30(4):315-43.
25. Whalen MR, Zimmerman DH. Sequential and Institutional Contexts in Calls for Help. *Social Psychology Quarterly*. 1987;50(2):172-85.
26. Heritage J, Clayman S. Dimensions of Institutional Talk. *Talk in Action: Wiley-Blackwell*; 2010. p. 34-50.
27. Heritage J, Clayman S. Emergency Calls as Institutional Talk. *Talk in Action: Wiley-Blackwell*; 2010. p. 51-68.
28. Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(3):482-94.
29. Holmström I, Dall'Alba G. 'Carer and gatekeeper' -- conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2002;16(2):142-8.
30. Gerwing J, Indseth T. Kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødhjelpssamtaler: anbefalinger til AMKs operatører og ledelse. Oslo: 2010.
31. Måseide P. Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. In: Molander A, Terum LI, editors. *Profesjonsstudier*. 2 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
32. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9 ed: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
33. Starks H, Trinidad SB. Choose Your method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*. 2007;17:1372-80.
34. Goffman E. *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag; 1992.
35. Goffman E. The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review* 1983;48(1):1-17.
36. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internet]. Helsebiblioteket. 2008 [cited 13.03.2014]. Available from: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>.
37. Wakin MA, Zimmerman DH. Reduction and Specialization in Emergency and Directory Assistance Calls. *Research on Language and Social Interaction*. 1999;32(4):409-37.
38. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 246 s. : ill. p.
39. Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin og helsefag (NEM). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag www.etikkom.no: De nasjonale forskningsetiske komiteer; 2010. Available from: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>.
40. Gadamer H-G, Jordheim H. *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen; 2003. 122 s. p.
41. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
42. Indrebø Hovland B, Bakken K, Dale O, Johnsen W, Lunde T, Ann Melsom P, et al. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag 2009. 2010:[Available from: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>].
43. Kvale S. *Doing interviews*. London, California, New Delhi, Singapore: SAGE Publications Ltd; 2007.
44. Thagaard T. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.; 2013. 244 s. p.

45. Cromdal J, Osvaldsson K, Persson-Thunqvist D. Context that matters: Producing “thick-enough descriptions” in initial emergency reports. *Journal of Pragmatics*. 2008;40(5):927-59.
46. Weibel L, Gabrion I, Aussedat M, Kreutz G. Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Annals of Emergency Medicine*. 2003;41(4):500-6.
47. Ernesäter A, Winblad U, Engström M, Holmström IK. Malpractice claims regarding calls to Swedish telephone advice nursing: what went wrong and why? *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2012;18(7):379-83.
48. Tracy SJ. When questioning turns to face threat: An interactional sensitivity in 911 call-taking. *Western Journal of Communication*. 2002;66(2):129-57.

Vedlegg 1

Inger Marie Holm Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø MH-bygget 9037
TROMSØ

Vår dato: 31.10.2013

Vår ref: 36105 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering 36105 Hvordan kan AMK-sykepleier ivareta retten til likeverdige helsetjenester på telefonen? En studie i sykepleiererfaringer

Behandlingsansvarlig Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Inger Marie Holm

Student Heidi Holmgren

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kopi: Heidi Holmgren Grønnegata 109 9008 TROMSØ

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36105

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Personvernombudet minner om at det ikke kan framkomme opplysninger som identifiserer 3. personer, i dette tilfellet innringere på nødtelefon da dette vil være i strid med taushetsplikten. Studenten bør gjøre deltakerne oppmerksomme på dette og sørge for at det ikke framkommer bakgrunnsopplysninger om 3. person som bidrar til indirekte identifisering.

Prosjektet skal avsluttes 10.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

E-post mottat 13.10.2014.

Hei,

Jeg viser til endringsmelding for prosjektet ' Hvordan kan AMK-sykepleier ivareta retten til likeverdige helsetjenester på telefonen? En studie i sykepleiererfaringer', mottatt den 09.10.2014. Endringen gjelder en forlengelse av prosjektperioden og ny dato for prosjektslutt er 31.05.2015. Vi gjør oppmerksom på at du ved eventuelt ytterligere behov for forlengelser, må påregne å gi ny informasjon til de registrerte.

Du vil motta en statushenvendelse i forbindelse med prosjektslutt i mai 2015.

--

Vennlig hilsen
Marie S. Schildmann
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg vil med dette spørre deg om du kunne tenke deg å delta i et prosjekt knyttet til min masteroppgave. Tema for oppgaven er språkproblematikk på 1-1-3-telefonen

Mitt navn er Heidi Holmgren. Jeg er sykepleier og jobber på Unn i Tromsø. Jeg tar for tiden også en master i helsefag ved Universitetet i Tromsø.

I dette prosjektet vil jeg at du skal fortelle om en eller flere situasjoner der du fikk en innringer som ikke snakket norsk på 1-1-3-telefonen. Hvordan går du som AMK-sykepleier frem når det ikke er mulig å kommunisere på felles språk? Hvordan løser AMK-sykepleier disse utfordringene? Hva tenker du underveis? Hvilke ressurser har du tilgjengelig?

Prosjektets formål er å samle AMK-sykepleieres egne beskrivelser for å få kunnskap om hvordan arbeidet erfares i praksis. Intervjuet vil ha en åpen form, der jeg ønsker at du som informant skal få fortelle fritt uten for mange avbrytelser fra min side.

Intervjuet vil finne sted på din arbeidsplass. Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i løpet av november/desember 2013. Intervjuet vil ta inntil 60 min. Jeg kommer til å ta lydopptak av intervjuet og i tillegg skrive notater. Alla data og opplysninger du gir meg vil bli behandlet konfidensielt og vil bli anonymiserte. Datamaterialet fra prosjektet vil oppbevares på en datamaskin beskyttet av passord og lydbåndet vil oppbevares innelåst, og bare jeg og min veileder vil ha tilgang til materialet. Lydbåndet vil bli slettet når oppgaven er ferdig i mai 2014. Et fiktivt navn vil knytte deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har adgang til ditt navn og som kan finne tilbake til deg. Det vil altså ikke være mulig å tilbakeføre noe til deg eller kjenne deg igjen i det skriftlige produktet. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste(NSD) og jeg forholder meg til deres regler om oppbevaring og makulering av datamateriale.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan trekke deg når som helst uten å oppgi grunn og uten at det vil få noen konsekvenser for deg.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer denne til meg så fort som mulig. Dersom du ønsker å delta, vil jeg ta kontakt med deg og avtale tid og sted for intervju.

Har du spørsmål til prosjektet kan disse sendes til meg på e-post(hholmgr@gmail.com) eller per telefon (93040573), eller du kan henvende deg til min veileder Inger Marie Holm (Inger.m.holm@uit.no).

Jeg håper du finner prosjektet interessant og at du ønsker å delta. Jeg vil så langt det lar seg gjøre prøve å få det tilrettelagt slik at intervjuet kan gjennomføres i tilknytning til din arbeidstid. Intervjuet vil foregå på et kontor slik at vi skal unngå forstyrrelser.

Vennlig hilsen Heidi Holmgren

Samtykke til deltakelse i studien.

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

Signatur av prosjektdeltaker og dato.

Kontaktinformasjon:

Ditt navn: _____

Ditt tlf.nr: _____

Vedlegg 3

Intervjuguide:

Før intervjuet starter vil jeg introdusere meg og si noe om den praktiske gjennomføringen av intervjuet. Jeg vil også spørre om informantene har noen spørsmål før vi begynner.

Jeg vil informere om at jeg ønsker at de, i størst mulig grad, skal fortelle fritt om situasjoner og erfaringer knyttet til det aktuelle tema men at jeg har noen tema som jeg ønsker å se på, og at jeg kan stille noen åpne spørsmål dersom de synes det er vanskelig å komme i gang.

Jeg vil helt til å begynne med spørre informanten om hva hun/han legger i begrepet tilrettelegging. Dersom de ikke har noe svar, vil jeg kunne komme med noen generelle eksempler.

-Bakgrunnsinfo om informant: Alder, kjønn, arbeidserfaring fra AMK, evt. tidligere arbeidserfaring.

-Hva var din umiddelbare reaksjon når du så forespørselen min/tema for oppgaven?

-Fortell om en (eller flere) situasjoner der du satt på nødmeldertelefonen og fikk en minoritetspråklig henvendelse.

-Hvordan går du frem?

- (**Hvis** informantene sier at det er vanskelig) - Hva vil du si er utfordringene med akkurat denne typen innringere? Hva er problemet?

- Hvilke ressurser har dere tilgjengelig?

Tolk? Dataverktøy? Egne kunnskaper? Kollegaressurser?

-Hva med non-verbal kommunikasjon?

-Refleksjoner/vurdering av henvendelse via Facebook?