

Kristina Reinholdtsen

Nødsamtaler til 113

En studie av AMK-operatørers bruk av samtaleverktøy

Masteroppgave i språklig kommunikasjon

Trondheim, våren 2013

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Det humanistiske fakultet

Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier

Forord

Mange har hjulpet meg i arbeidet med denne oppgaven, og fortjener en stor takk.

Min hovedveileder Ellen - takk for at du har vært stødig som fjell og gitt meg troen på mine evner til å skrive og til å klare å gjennomføre. Du har rolig har forsikret meg om at dette kom til å gå bra når jeg selv har tvilt, og mange ganger bidratt til å gi meg aha-opplevelser ved å løfte blikket mitt og gi meg ny innsikt i hva jeg egentlig skriver om.

Biveileder Gøril - takk for fruktbare diskusjoner og verdifulle innspill. Et møte en solfylt fredag der du sa til meg at det er viktig å herje litt også innimellom all fagligheten, var en viktig påminnelse om at en kan hente inspirasjon til å skrive andre steder enn i bøker.

Gittan - takk for at du utfordret meg til diskusjoner og refleksjoner da jeg tok 3304. Det å tidlig måtte argumentere for hvorfor jeg gjør de valgene jeg gjør, trente opp en bevissthet hos meg som har vært utrolig nyttig for arbeidet med denne oppgaven.

Takk til Grete Hepsø og Kirsten Mo Haga som har vist meg rundt og tålmodig svart på spørsmålene jeg har hatt underveis, og til Petter Aadahl som generøst lånte meg kontoret sitt med St. Olavs kuleste kontorstol. En takk også til Marte, som både ga meg innsyn i sitt forskningsprosjekt og hjalp til med å tilrettelegge for arbeidet på sykehuset.

Takk til medlemmer på helsefaggruppa, som gav meg nyttige innspill på arbeidet mitt.

Takk til deltakere på masterseminaret for innspill, faglig dyktighet og engasjement. Å få vist frem tekst og lufta tanker i dette forumet har hatt stor verdi. Å legge frem tekst innenfor trygge rammer der en blir tatt på alvor bidrar til utviklinga av gode skrivere.

Takk til medstudenter på fredagsmasterkake-lunsjer for både faglige og til dels veldig ufaglige sammenkomster med mye fliring og ærlige analyser. En spesiell takk til Tor for gode og endeløse diskusjoner, konstruktive tilbakemeldinger, grundig respons og uvurderlig hjelp til å formatere tekst.

Til min selvutnevnte helsefaglige ekspert Ida Weydahl - du har vært en upåklagelig motivator og klagemur gjennom hele dette løpet. Vedder på at du er like glad som jeg over at denne oppgaven nå er innlevert!

Takk til familien min, og særlig mamma, som aldri har vært lenger enn en telefonsamtale unna når det har stormet som verst rundt ørene på meg. Å vite at jeg har dere i ryggen og at dere støtter meg betyr mye for meg.

Tusen takk!

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Prosjektet 'Nødsamtaler til 113'	2
1.2 Tidligere forskning	3
1.3 Nasjonale rammebetingelser	5
1.4 Materiale fra AMK Sør-Trøndelag	5
1.5 Problemstilling	6
1.6 Oppgavens oppbygging	7
2. Materialet	9
2.1 Kriterier for utvalgelse	9
2.2 Innsamling	10
3. Metode	12
3.1 Gangen i arbeidet	12
3.2 Transkripsjon - innføring og bakgrunn	14
3.3 Samtaleanalytisk transkripsjon - det som faktisk skjer, ikke det normerte	15
3.4 Transkribere på dialekt, eller med en mer normert talestil?	15
3.5 Ivaretagelse av prosodien selv om personopplysninger er anonymiserte	16
3.6 Lesbarhet	16
4. Etikk	18
4.1 Etske retningslinjer for forskere	18
4.2 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	18
4.3 Oppbevaring av lydlogger	19
4.4 Anonymisering	19
4.5 Gjengivelse av materiale	19
4.6 Forskerposisjon - samtaledeltakerne i mitt materiale og meg selv som forsker	20
4.6.1 Innringene	20
4.6.2 Profesjonelles praksis	20
4.6.3 Meg som forsker	21
4.7 'Tynne' og 'tykke' beskrivelser	21
4.8 Ulike paradokser	23
4.8.1 Observatørens paradoks	23
4.8.2 Deltakerens paradoks	23
4.8.3 Analytikerens paradoks	24
4.9 Etikk - en dynamisk prosess	25
4.10 Oppsummering	25
5. Rammebetingelser	27
5.1 AMK-sentraler som virksomhet	27
5.2 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp	29
5.3 Ulike responser	29
5.3.1 Rød respons - akutt	30
5.3.2 Gul respons - haster	30
5.3.3 Grønn respons - vanlig	30
5.4 Eksempel på bruk av indeksen	30
5.5 Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger	31
5.5.1 Om personell og deres kvalifikasjoner og kompetanse	32
5.5.2 Ulike typer kompetanse	33
5.5.2.1 Etisk kompetanse	34
5.5.2.2 Relasjonell kompetanse	34
5.5.2.3 Prioriteringskompetanse	34
5.5.3 Moduler for personell ved AMK	34
5.5.3.1 Modul 2 - Ansvar og oppgaver	34

5.5.3.2 Modul 3 - Kommunikasjon med innringer	35
5.5.3.2.1 Verbal kommunikasjon	36
5.5.3.2.1 Verbal kommunikasjon	36
5.5.3.2.2 Nonverbal kommunikasjon	36
5.5.3.2.2 Nonverbal kommunikasjon	36
5.5.3.2.3 Kommunikasjon med innringere fra andre kulturer	37
5.5.3.2.3 Kommunikasjon med innringere fra andre kulturer	37
5.5.3.2.4 Operatøren som aktiv sender/formidler og aktiv mottaker.....	37
5.5.3.2.4 Operatøren som aktiv sender/formidler og aktiv mottaker.....	37
5.5.3.2.5 Håndtering av konflikter.....	38
5.5.3.2.5 Håndtering av konflikter.....	38
5.5.3.2.6 Innringers opplevelse av samtalen	38
5.5.3.2.6 Innringers opplevelse av samtalen	38
5.6 Oppklaring av og krav til operatører ved AMK Sør-Trøndelag.....	39
5.6.1 Faglige krav og krav til erfaring.....	39
5.6.2 Prosedyrer og funksjonsbeskrivelser i arbeidet.....	39
6. Teori.....	41
6.1 Språk forstått som noe dynamisk	41
6.2 Dialogismen - bakgrunn.....	41
6.3 Dialogismen som utgangspunkt for empiriske analyser.....	43
6.4 Institusjonelle samtaler	44
6.4.1 Innledning.....	44
6.4.2 Målorientering.....	44
6.4.3 Roller: lekmenn og profesjonelle	44
6.4.4 Asymmetri.....	45
6.4.5 Rettigheter og plikter.....	45
6.4.6 Strukturering og sekvensiering.....	45
6.4.7 Turorganisering.....	46
6.4.8 Ordvalg.....	46
6.5 Virksomhetsyper.....	47
6.5.1 Levinson om virksomhetstyper.....	47
6.5.2 Linell om virksomhetsyper	49
6.5.2.1 Deltakernes roller i virksomhetstypen.....	50
6.5.4 Oppsummering av virksomhetstyper	51
6.6 Redegjørelser	51
6.7 Dugende beskrivelser	52
7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1	54
7.1 De ulike fasene i nødsamtalene.....	55
7.1.1 Åpningssekvenser	56
7.1.2 Anmodningsfaser.....	58
7.1.3 Utspørringsfaser.....	61
7.1.4 Responsfaser.....	63
7.1.5 Eventuelle mellomfaser	68
7.1.6 Avslutningsfaser.....	73
7.2 Oppsummering.....	75
8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2	76
8.1 Innledning.....	76
8.2 Fremvise samtaleekspertise.....	77
8.3 Dynamiske spørsmålstrategier	81
8.4 Forfølge relevante kommunikative prosjekter	84
8.5 Handlingsanvisninger i imperativ - instruksjoner til innringer	87
8.6 Innramming av handlingsanvisninger	90
8.7 Spørsmålstrategier og orientering mot lokalisering	92
8.8 Innramming - hvorfor er det viktig å få vite dette nå?.....	94

9. Diskusjon	97
9.1 Faseorganisering - oppsummering	97
9.2 Analyse av samtaleverktøy - oppsummering	99
9.3 Funnene sammenholdt med kompetanseplanen	100
9.4 Bruken av samtalestrategier i en annen helsetjeneste	101
9.5 Teori og praktisk erfaring gjennom empiri	102
9.6 Oppsummering	103
9.7 Veien videre	103
Referanseliste	105
Vedlegg	111

1. Innledning

Norge har 19 akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (heretter kalt AMK-sentraler) som i 2012 mottok ca 400.000 samtaler til nødnummeret 113. Dette utgjorde en økning i denne typen samtaler på ca 20.000 fra året før.¹ Sentralene er bemannet med operatører, som oftest sykepleiere, og ambulansesentraler med ambulansesentral bakgrunn. Operatørene mottar samtalene og gir dem en hastegrad avhengig av hvor akutt situasjonen er, mens ambulansesentralene hjelper til med vurdering og utsendelse av hjelp, for eksempel ambulanse, luftambulanse eller varsling til andre nødetater som politi og brannvesen.

400.000 nødsamtaler er en relativt stor mengde. Hvor mye vet vi egentlig om disse samtalene, og hvor får vi informasjonen vår fra? Medias dekning av dette kan gå i retning av å vise frem de samtalene som "går galt", altså der det har oppstått misforståelser som går på bekostning av hjelpen som kunne blitt gitt. Kommunikasjonen mellom innringer og operatør har sviktet, og dette kan føre til at det tar lang tid å få sendt hjelp, eller at hjelp blir sendt til feil sted. De negative sakene som blir slått opp i media, blir oppfattet som skandaløse fordi de bryter med vår kulturelle forventning om at vi kommer til å få hjelp. Selv om en kan komme ut for hendelser der vi blir nødt til å ringe 113, har vi tillit til at vi vil få den hjelpen vi trenger.

Imidlertid er det ikke slik at kommunikasjonen svikter i alle disse samtalene. Hva vet vi egentlig om de nødsamtalene der kommunikasjonen fungerer? Der innringer får råd, hjelp og relevant veiledning, der hjelp blir iverksatt og kommer effektivt frem til riktig sted? TV2 sendte våren 2012 en programserie kalt 'Alarm 113' - der seerne fikk "følge ofre for ulykker og dramatiske hendelser".² I dette programmet ble hendelser som hadde ført til en oppringing til 113 rekonstruert, og deler av de originale nødsamtalene ble avspilt. Innringerne ble intervjuet om sine opplevelser rundt det å ringe nødnummeret og hjelpen de fikk både av AMK-operatører og ambulansesentral, og fikk ofte møte noen av de de hadde hatt kontakt med. Felles for disse sakene var at det hadde inntruffet en alvorlig hendelse, men at innringerne følte seg ivaretatt av helsevesenet og hvordan helsepersonellet hadde kommet dem i møte.

Dette er en annen vinkling, som i større grad bidrar til å vise frem et bilde av hvordan innringerne opplever situasjonene, men som også forklarer både hvilket arbeid som blir utført og hvordan det

1 Tall fra Nasjonale data fra Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler (2013), utgitt av helsedirektoratet.

2 Beskrivelsen er hentet fra <http://sumo.tv2.no/programmer/fakta/alarm-113/>

1. Innledning

blir gjort. Imidlertid ser vi også her at fokuset kun ligger på de mest alvorlige hendelsene der det handler om liv og død. Flertallet av hendelsene i tv-programmet tilhører hastegrad rød (akutt) som er den mest akutte, der tilstanden antas å være kritisk og ambulanse skal rykke ut og lege varsles. Imidlertid finnes det også to andre hastegrader, der hastegrad gul (haster) er en antatt alvorlig tilstand, der det er behov for transport til sykehus og/eller en umiddelbar situasjonsvurdering av lege. Hastegrad grønn blir betegnet som en vanlig respons. Hastegrad grønn (vanlig) indikerer at tiden ikke er avgjørende, og innringeren kan i disse tilfellene bli bedt om å kontakte fastlegen sin eller legevakta.³

I følge tall fra 2012⁴ blir 36,5% av samtalene til 113 vurdert til rød hastegrad. 35,7% blir vurdert til gul hastegrad, mens 27,8% blir vurdert til grønn hastegrad. Vi ser altså at spekteret av samtaler som blir mottatt, er bredere enn fremstillingen kan gi inntrykk av i for eksempel 'Alarm 113'.⁵

1.1 Prosjektet 'Nødsamtaler til 113'

Prosjektet 'Nødsamtaler til 113' er et tverrfaglig samarbeid mellom Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier (heretter ISK) og Det Medisinske Fakultet (heretter DMF) ved NTNU i Trondheim. I prosjektet deltar to masterstudenter ved ISK, Tor Simonsen Ellefsen og meg selv, Kristina Reinholdtsen, samt legestudent ved forskerlinja på DMF Marte Vaage Øie. I prosjektet står deltakerne relativt fritt til å utforme sine respektive problemstillinger med utgangspunkt i et felles materiale, nemlig lydlogger av nødsamtaler som har blitt ringt inn til 113. Siden studentene ved de ulike fagfeltene kommer til å ha et ulikt fokus, er tanken at dette kan bidra til at de kan utfylle hverandre og hjelpe hverandre til å se ting som kanskje ikke ville blitt oppdaget innenfor et fagfelt alene.

Da jeg ble presentert for prosjektet 'Nødsamtaler til 113' i januar 2012, hadde jeg i liten grad kjennskap til denne typen samtaler fra før. Kunnskapen jeg hadde, stammet i stor grad fra mediefremstillinger som for eksempel de jeg nevnte innledningsvis. Imidlertid visste jeg ikke om disse fremstillingene var representative for nødsamtaler generelt. Kompleksiteten i samtalene

3 Definisjonene på hastegradene er hentet fra Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

4 Også disse tallene er hentet fra Nasjonale data fra Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler (2013), utgitt av helsedirektoratet.

5 I tillegg vil jeg påpeke at disse tallene kun gjelder samtaler som blir ringt til 113 - AMK mottar tilsammen over 850000 samtaler, hvorav 47% ringes inn til nødlinjen 113.

fascinerte meg imidlertid fra første stund. Mye skal avklares og mange oppgaver skal løses i nødsamtalene, og det er en mangefasettert og kompleks type samtale. Det at samtalene kan være veldig presset på tid, samt at deltakerne står overfor potensielt store utfordringer som skal løses gjennom samtalen, øker kravene til håndteringen av samtalene. Det er altså mange aspekter som virker forlokkende på en samtaleforsker i disse samtalene, og mye en kan velge å studere.

Som samtaleforsker ønsker jeg å bidra til en forståelse av hvordan disse nødsamtalene faktisk fungerer. Mitt perspektiv på nødsamtalene er at de må forstås som *kommunikative virksomhetsyper*. I dette ligger at nødsamtalene forstås som en spesifikk type samtale eller virksomhetsype der ulike oppgaver skal løses gjennom kommunikasjonen mellom deltakerne (Linell 2011). Jeg vil vende tilbake til en utvidet versjon av denne forståelsen i kapittel 6.3.

Dette er altså komplekse samtaler der mange oppgaver skal løses samtidig, mens deltakerne kan være særs presset på hvor mye tid de har til å komme frem til løsninger. Å kunne vise en leser et utsnitt av det som skjer i disse samtalene, vil kunne bidra til en forståelse for hvordan disse samtalene fungerer, og også *hva* det er i samtalene som gjør at de fungerer. Det å utgå fra reell empiri, autentiske samtaler, gjør at jeg kan vise hvordan dette fungerer i praksis.

1.2 Tidligere forskning

Jack og Marilyn Whalen og Don Zimmerman har publisert en rekke artikler om nødsamtaler (Whalen og Zimmerman 1987, Whalen, Zimmerman og Whalen 1988, Zimmerman 1992, Whalen og Zimmerman 1998, Wakin og Zimmerman 1999). De har i tillegg til samtaleanalyser av nødsamtaler hospitert ved 911-sentraler i USA, og de refereres til av flere andre som skriver om institusjonelle samtaler og nødsamtaler (Cromdal et al 2008, Heritage og Clayman 2010, Svennevig 2012).

Det er viktig å huske på at en ikke uten videre kan overføre kunnskap fra en kontekst til en annen. Internasjonalt og regionalt er det forskjeller i oppbygningen av de medisinske nødmeldetjenestene⁶, noe som fører til at det vil være forskjeller i selve utførelsen av samtalene. For eksempel har USA kun ett nødnummer (911) som skal betjene alle typer henvendelser (brann, politi og medisinsk

⁶ For en oversikt over forskjellene i de nordiske landene, anbefales Langhelle et al (2004.)

1. Innledning

nødhjelp), der vi i Norge har tre separate nødnummer - 110 (brann), 112 (politi) og 113 (medisinsk nødhjelp).⁷ Dette vil altså si at variasjonen i hvilke type samtaler som blir mottatt, vil kunne forventes å være større ved 911 i USA enn ved en AMK-sentral i Norge som mottar samtaler til 113. Likevel vil jeg argumentere for at artikler som omhandler nødsamtaler, om enn i en litt annen kontekst enn det mitt materiale er en del av, kan være nyttige for å skape en forståelse for hvordan nødsamtaler fungerer.

Sosiologen Aksel Tjora har i sin doktorgrad (1997) studert samarbeid og bruken av teknologi i medisinsk nødkommunikasjon. Dette arbeidet resulterte senere i et prosjektet "Lokal praksis i den medisinske nødmeldetjenesten" som med støtte fra KoKom hadde som mål å utvide kunnskapen om hvordan operatører på AMK-sentralene jobbet og hvordan de brukte teknologien i forbindelse med jobben de utførte. Dette prosjektet resulterte i utgivelsen av boka Aksjonskollektivet (2002). Denne boka har vært nyttig og inspirerende lesing når jeg har satt meg inn i konteksten rundt nødsamtalene, spesielt siden Tjora har hospitert ved flere av landets AMK-sentraler, deriblant AMK Sør-Trøndelag.

Både Whalen et al (1988) og Jan Svennevig (2012) bruker samtaleanalyse for å vise hvordan misforståelser i nødsamtaler kan utvikle seg. De bruker begge empiriske eksempler av to samtaler, henholdsvis USA og Norge. Begge samtalene fikk mye medieoppmerksomhet etter at de ble ringt inn, og i begge tilfeller brukte operatørene og innringerne lang tid på å få avklart et hendelsesforløp. Dette førte i sin tur igjen til at det tok lang tid før ambulanspersonell kunne rykke ut og kom frem, og i begge tilfeller døde en person før legehjelp kom til stedet. Begge disse artiklene gir oss eksempler på hvordan samtaleanalyse er et nyttig verktøy for å kunne peke på *hvordan* misforståelser oppstår, ikke bare at de *er* der. Dette kan gi et mer omfattende, helhetlig og utfyllende bilde av en hendelse enn om media, TV og aviser refererer til bruddstykker av samtaler på en ukritisk måte.

Å tilegne seg kunnskap fra internasjonal litteratur som omhandler nødsamtaler i en litt annen kontekst har altså vært viktig for meg i arbeidet med denne oppgaven, i tillegg til å være åpen for å tilegne seg kunnskap fra artikler som er skrevet av fagpersoner med et annet perspektiv enn kun det samtaleanalytiske.

⁷ Det pågår en diskusjon om hvorvidt en skal/bør samlokalisere etatene. Blant annet Tjora (2002) argumenterer mot samlokalisering. Det er enda ikke tatt noen avgjørelse per juni 2013.

1.3 Nasjonale rammebetingelser

Linell (2011) peker på at alle virksomhetstyper formes av den organisatoriske konteksten de er en del av. Å studere nødsamtaler som virksomhetsstype, krever altså at jeg setter meg inn i rammebetingelsene som omgir dem.

Arbeidet som blir utført ved AMK-sentralene, er regulert av ulike rammebetingelser. Disse vil jeg komme mer utfyllende tilbake til i kapittel 5. Her nøyer jeg meg med å nevne at nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (heretter KoKom) har som hovedoppgave å monitorere og videreutvikle medisinsk nødmeldetjeneste i Norge.⁸ De har i oppdrag fra helsedirektoratet utviklet en kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger, en plan som bidrar til å regulere operatørens arbeidspraksis og opplæring.

I tillegg bruker operatørene ved AMK-sentralene et oppslagsverk kalt Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (heretter kalt indeksen). Dette oppslagsverket er et verktøy for å kunne fastslå hastegrad, samt å kunne vurdere responsene som skal iverksettes.

1.4 Materiale fra AMK Sør-Trøndelag

Alle nødsamtalene som inngår i materialet dette prosjektet utgår fra, er innhentet fra AMK Sør-Trøndelag ved St. Olavs hospital i Trondheim. Dette er en av landets 19 AMK-sentraler⁹, og den grenser til AMK Møre og Romsdal (Molde) i sør og AMK Nord-Trøndelag (Namsos) i nord. AMK Sør-Trøndelag dekker et område på ca 20.000 km², og rundt 300.000 personer sogner til denne sentralen. I 2012 ble det mottatt rundt 50.000 hendelser.¹⁰

Jeg vil påpeke at det kan være forskjeller i hvordan arbeidet blir utført mellom de ulike AMK-sentralene. Ved å kun basere meg på samtaler fra én AMK-sentral, utelukkes muligheten for sammenligning på tvers av sentraler. Like fullt kan funnene være relevante for andre AMK-sentraler enn AMK Sør-Trøndelag, siden en kan regne med at selve virksomhetsypen ikke er helt ulik fra en

8 Beskrivelse hentet fra www.kokom.no

9 For et kart over plasseringen av de ulike AMK-sentralene i Norge, se <http://www.luftambulanse.no/sites/default/files/Luftambulansetjenesten-basekart.pdf>

10 Tallene er hentet fra Nasjonale data fra Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler (2013), utgitt av helsedirektoratet.

1. Innledning

sentral til en annen. Dette er nærliggende å tro blant annet på grunn av at personell fra alle AMK-sentraler deltar på samme type opplæringskurs.¹¹

1.5 Problemstilling

Et vendepunkt i jakten på en problemstilling ble Cromdal et als artikkel "Context that matters: Producing "thick-enough descriptions" in initial emergency reports" (2008). Her understreker Cromdal et al at operatørene ikke trenger den fyldigste, lengste og mest utfyllende redegjørelsen fra innringerne - dette kan tvert imot virke mot sin hensikt, siden for mye informasjon kan virke forstyrrende. Operatørene trenger derimot en redegjørelse som er det Cromdal omtaler som fyldig *nok* ('thick-enough') til at de kan bruke den til å iverksette en passende respons, beskrivelsen må duge til den jobben den skal gjøre. I min oppgave har jeg derfor valgt å kalle dette 'dugende beskrivelser' (etter Aristoteles' 'dygd')¹².

En slik dugende redegjørelse innebærer at operatørene ikke bare må få innringer til å fortelle og redegjøre om alt som angår situasjonen som har oppstått, men at det også inngår i operatørens arbeid å navigere unna tema som ikke er relevante på det punktet i samtalen de befinner seg. Operatørene må altså kontinuerlig vurdere om informasjonen bidrar til en fyldig nok beskrivelse mens samtalen pågår.

Med dette som bakteppe, blir problemstillingen min som følger:

Hvilke samtaleverktøy gjør operatørene bruk av i nødsamtalene for å få fatt i 'dugende beskrivelser', og hvordan gjør de bruk av disse grepene for å lede samtalen mot tema det er viktig å få avklart, og bort fra tema som ikke er relevante?

11 Hentet fra "AMK er nervesenteret" i magasinet Helse, 01/2013, s. 14-15.

12 Som sagt har jeg oversatt 'thick-enough descriptions' til 'dugende beskrivelser'. Imidlertid bruker Cromdal et al også et annet begrep for dette, nemlig 'workable descriptions'. Begrepet 'workable' frem en ny dimensjon ved disse beskrivelsene - nemlig at de skal brukes som et utgangspunkt for å *gjøre en jobb*, altså at operatøren bruker beskrivelsen til å vurdere hvilken respons som skal iverksettes. Jeg har ikke funnet noe norsk ord som fullt ut bærer i seg meningen jeg selv finner i 'workable', og kommer derfor til å komme tilbake til og bruke det engelske begrepet flere steder i løpet av denne oppgaven.

1.6 Oppgavens oppbygging

Etter dette innledende kapittel 1, kommer jeg til å beskrive materialet jeg tar utgangspunkt i i kapittel 2. Så følger kapittel 3 som omhandler metodeoverveielser, der jeg beskriver hvordan jeg studerer materialet. I tillegg vil jeg også i denne delen vise noe av gangen i utvelgelsen av materialet til dette prosjektet, for å ta leseren med meg på overveielser som ble foretatt underveis.

Alle forskere i forskningsprosjekter som omhandler mennesker og autentisk materiale, bør være bevisst på etikken som omkranser prosjektene. Dette vil jeg ta opp i kapittel 4, etikk. Siden etikk og forskerposisjon henger tett sammen, vil jeg også gjøre rede for min egen forskerposisjon i dette kapitlet.

Deretter beveger jeg meg i kapittel 5 over til å beskrive rammebetingelsene som ligger til grunn for nødsamtalene. Som jeg har vært inne på, formes nødsamtalene som virksomhetstype av den organisatoriske virksomheten rundt dem. Det gjør det naturlig at jeg må undersøke konteksten rundt samtalene.

Så er det tid for en teoridel i kapittel 6. Her vil jeg begynne med å gjøre rede for mitt syn på språk og hvilke muligheter dette gir meg til å undersøke kommunikasjonen som foregår i disse samtalene. Så går jeg over til å si noe om institusjonelle samtaler og virksomhetstyper, samt å presentere begreper jeg kommer til å bruke i analysen.

Etter dette følger selve analysedelen. Den er todelt, hvor kapittel 7 er en oversikt over fasestrukturen i nødsamtalene. Her viser jeg hvordan de ulike oppgavene som utføres i samtalen er med på å forme en faseinndeling i samtalene. Å se på denne oppbyggingen anser jeg som nødvendig for å fullt ut forstå det jeg viser i analysens del to i kapittel 8, som er å se på hvilke grep operatørene gjør bruk av for å få frem en 'workable description' fra innringer. Dette er altså en redegjørelse av situasjonen som er fyldig nok til at de kan bruke den til å vurdere en respons, til å handle ut fra.

I begge analysedelene vil jeg gjøre korte oppsummeringer underveis, før jeg i kapittel 9, diskusjon, oppsummerer funnene fra begge analysedelene før jeg diskuterer implikasjoner av funnene og setter dem inn i en større sammenheng.

1. Innledning

2. Materialet

Materialet som jeg har tatt utgangspunkt i, består av ca 25 lydlogger fra samtaler som har blitt ringt inn til 113 og som har blitt tatt imot av AMK Sør-Trøndelag som holder til ved St. Olavs hospital i Trondheim.

2.1 Kriterier for utvalgelse

Femø Nielsen og Beck Nielsen (2005) nevner i sitt kapittel om metodeoverveielser at kriteriene for utvalgelse bør henge sammen med forskningsspørsmålet og utformingen av dette. Men hvordan gjøre dette når vi var tre personer med forskjellig fokus som skulle ta utgangspunkt i samme materiale? Og for å komplisere dette ytterligere, at vi ikke kom fra samme fagfelt? For å minne leseren på noen av rammene for denne oppgaven, er den en del av et tverrfaglig prosjekt mellom Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier (heretter ISK) og Det Medisinske Fakultet (heretter DMF) kalt 'Nødsamtaler til 113'. Dette innebærer at det samme materialet ligger til grunn for oppgavene som skal leveres ved disse to instituttene/fakultetene.

Legestudenten Marte ville undersøke de medisinske opplysningene som kom frem under samtale, mens samtaleforskerne Tor og meg selv hadde synet på hvordan nødsamtaler fungerer som institusjonell kommunikasjon. Dette gjorde at vi valgte å utelukke 'falske' samtaler¹³, altså samtaler der det åpenbart ikke er en reell situasjon som har oppstått som krever akuttmedisinsk bistand.

Andre kriterier vi satte for utvalget, var at vi ville ha samtaler som ble ringt inn av privatpersoner, ikke helsepersonell. Det vi la i dette, var at innringerne ikke skulle vektlegge at de selv var en del av helsevesenet, uten at dette nødvendigvis trengte å bety at de ikke hadde kjennskap til helse som fagfelt.

Vi valgte også å se bort fra samtaler som hadde fått mye medieomtale. Dette betyr ikke at sakene som samtale omhandler, har forbigått i stillhet, men at vi valgte bort noen som fikk relativt omfattende omtale i media i dagene etter at samtale fant sted. Dette gjorde vi for å i enda større

¹³ Forstått som både såkalt 'pøbelringing' og lommeoppringinger, altså samtaler der innringer åpenbart har ringt ved et uhell, for eksempel siden en kan slå nødnumrene på enkelte mobiler selv om tastelåsen er aktivert.

2. Materialet

grad sikre anonymiteten til innringerne.

Siden vi alle tre hadde forskjellig fokus, eller, for å være enda mer presis, enda ikke visste hvilket fokus vi kom til å ha, fant vi at det var best å ha et bredt utvalg når det kom til samtaler. Dette innebar at vi valgte å gå for variasjon når det kom til type hendelse og hastegrad samt innringers kjønn og alder. Her må det nevnes at det sjelden gjøres noe poeng i samtaler av innringers alder, dette baserer seg på skjønn.

Marte, legestudenten, hadde i tillegg plukket ut noen samtaler som hun fant spesielt interessante der hun hadde hørt på samtaler da de ble ringt inn og kunne gå ned til akuttmottaket når pasienten ankom sykehuset. Vi valgte derfor å ta med noen av disse samtaler.

Målet med disse kriteriene var å sitte igjen med noen "typiske" nødsamtaler. Her vil jeg med en gang påpeke at jeg med "typiske" ikke mener prototypiske nødsamtaler som sådan, til det er dette materialet for snevert. Med "typiske" mener jeg typiske i mer eller mindre grad *for dette materialet*. Vi ønsket altså ikke å vise hvordan en nødsamtale *er*, men hvordan den *kan være* i dette materialet. Som jeg var inne på tidligere, bidrar dette til det faglige fokuset mitt, som er at jeg kan studere nødsamtaler som institusjonelle samtaler og se på hvordan de fungerer som virksomhetstyper.

I tillegg vil jeg føye til at vi tre valgte ut flere samtaler enn det jeg selv har brukt. Dette henger både sammen med omfanget av oppgavene og fokuset: min masteroppgave er på 60 studiepoeng og har et kvalitativt fokus, mens Martes oppgave er på 120 studiepoeng og kan danne grunnlaget for en doktorgradsstudie om hun ønsker. Ut fra dette materialet skal det altså skrives en oppgave med dobbelt så stort omfang som min egen. Dette gjorde at jeg selv valgte å utelate noen av samtaler i denne oppgaven. Dette var ikke bare på grunn av omfanget, noen forkastet jeg også fordi kvaliteten på opptakene var såpass dårlig, for eksempel fordi innringer var langt fra telefonen mens han eller hun snakket. Uansett var det greit å ha et større materiale slik at jeg kunne velge ut det jeg selv fant mest relevant.

2.2 Innsamling

Alle nødsamtaler som blir mottatt ved AMK Sør-Trøndelag blir tatt opp på bånd, uavhengig av om de skal forskes på eller ikke. Dette innebærer at operatørene vet at alle samtaler rutinemessig blir

tatt opp. Det er altså ikke mikrofoner, kameraer eller annet utstyr i rommet som blir sett på som fremmed av operatørene, siden alle samtaler tas opp uansett - dette er en del av jobben.

Selve innsamlinga ble utført av Marte, som hospitererte på AMK-sentralen og noterte ned stikkord om de samtalene som kom inn mens hun var tilstede i løpet av tre dager i første halvdel av 2012¹⁴. Deretter møttes deltakerne i prosjektet (altså Marte, Tor og meg) og diskuterte hvilke samtaler som skulle danne utgangspunktet for materialet.

Å "høre for seg" hvilke samtaler som kunne vært interessante ut fra et samtaleanalytisk fokus basert på en tre linjers beskrivelse, er ikke så veldig lett. Derfor var det til stor nytte for oss at Marte hadde sittet på såkalt medlytt inne på AMK og kunne fortelle meg og Tor litt mer om samtalene og hvordan de foregikk. Jeg nevner kort noe jeg skal komme tilbake til i etikkapittelet, nemlig at det at Marte satt på AMK på medlytt, kan ha spilt en rolle med tanke på observer's paradox (se Labov 1972 og Sarangi 2007). Når det er sagt, satt Marte tre dager på AMK, og noterte AMIS-numrene¹⁵ etterhvert uten å si ifra til operatørene at hun kom til å bruke akkurat denne samtalen. Operatørene visste altså ikke om hun kom til å velge ut akkurat den samtalen de gjennomførte. I tillegg anser jeg det at hun er legestudent som at hun er et mindre fremmedelement enn det jeg selv ville vært om jeg skulle ha sittet på AMK mens samtalene kom inn.

Det å plukke ut samtaler via AMIS-numrene, innebærer at vi fikk tilgang til alle lydfiler som omhandler én sak. Altså kunne en lydfil være selve samtalen mellom innringer og operatør, mens en annen kunne være en samtale mellom ambulansesentralen og luftambulansen. Disse filene har jeg altså hatt tilgang til, men har valgt å kun konsentrere meg om samtalen mellom innringer og operatør.

¹⁴ Jeg oppgir bevisst ikke datoer for å minske muligheten for gjenkjenning av enkeltsaker.

¹⁵ AMIS står for Akuttmedisinsk informasjonssystem, og er et oppdragshåndteringssystem brukt i AMK-sentralene. Hver sak får tildelt et nummer for identifisering, kalt AMIS-nummer.

2. Materialet

3. Metode

I denne delen av oppgaven tar jeg for meg noen av metodeoverveielserne jeg gjorde under arbeidet med materialet og transkriberingen av samtaler.

3.1 Gangen i arbeidet

For å få en oversikt over samtaler som utgjorde materialet mitt, transkriberte jeg dem. Dette arbeidet måtte utføres på St. Olavs, siden samtaler er sensitivt materiale som ikke kan tas med utenfor sykehusets områder. Dette ble løst ved at jeg fikk låne en kontorplass hos Petter Aadahl, en av veilederne i prosjektet 'Nødsamtaler til 113', og at CD-ene med samtaler ble låst inn på dette kontoret.

Jeg forsøkte å bruke et program spesielt utviklet for transkripsjon, men det jeg prøvde, var ikke så lett å bruke, og jeg hadde heller ikke en fullversjon tilgjengelig. Da ble løsningen å bruke vanlige lydavspillingsprogrammer som Quick Time Player, og veksle mellom denne og Word-dokument. Dette var ikke noe jeg hadde planlagt, men da jeg hadde begynt å gjøre det sånn, synes jeg det fungerte. Jeg ser i ettertid at jeg kunne hatt utbytte av å ha (lært meg) et program hvor både lydavspilling og skriveprogram hadde vært plassert i samme vindu for å slippe å veksle så mye mellom vinduene. Dette kunne blant annet gjort at jeg kunne målt pauser mer nøyaktig - i utdragene vist i denne oppgaven er pausene målt manuelt.

Marte, legestudenten på prosjektet, hadde fått utført grovtranskripsjoner av samtaler som hun selv skulle bruke, med sitt formål om å studere de medisinske opplysningene i samtaler. Som blant annet Ochs (1979) og Norrby (2004) skriver, henger material og formål sammen med typen transkripsjon. Hvis det er aspekter ved innholdet en er ute etter, kan det være nok med en grov transkripsjon som også kan legges tettere opp mot en skriftspråkskonvensjon. Det var en transkripsjon av denne typen transkripsjon som hadde blitt gjort, for eksempel ble samtaledeltakernes ytringer gjengitt på normert bokmål, og pauser, nøling og lignende hadde ikke i stor grad blitt vektlagt, siden det ikke var dette hun skulle undersøke.

3. Metode

Jeg hadde tilgang på disse grovtranskripsjonene, men var i tvil om jeg skulle lese gjennom dem selv for å få oversikt, eller om jeg burde vente til jeg selv hadde hørt på samtalene. Jeg skjønnte at jeg selv måtte ha transkripsjoner som var mer finmaskede enn disse siden det er forskjell på hvordan en transkriberer til ulike formål - dette skal jeg komme tilbake til under overskriften transkripsjon som metode. Jeg kom frem til at de ville gi meg en oversikt over hva som skjedde i samtalene, men at de ikke kunne gi meg fullgode svar på hvilke *funksjoner* noen av ytringene hadde. Jeg som samtaleforsker har stor interesse av *hvordan* samtalen blir gjort, ikke bare *hva* deltakerne snakker om innholdsmessig. Dette krevde altså at jeg transkriberte og tok med detaljer som overlapp, pauser, avbrutte ytringer, nøling, ikke-språklige aspekter som for eksempel skriving på tastatur i bakgrunnen og så videre.

Å transkribere materialet selv gav meg i tillegg muligheten til å utforske det og bli kjent med det i en helt annen grad enn om jeg kun skulle fått overlevert. Siden selve samtalene er materialet, er det viktig å sette seg inn i dem og gjøre seg kjent med dem, og det å transkribere dem selv fungerte godt for å klare dette.

Jeg bestemte meg for å lage det Linell (2011) kaller en 'basistranskripsjon', altså et utgangspunkt som en kan jobbe videre ut fra og senere utvikle eller gjøre finere alt etter hva man ønsker å analysere. Imidlertid syntes jeg det ble enklest, rent praktisk, å ta med flere detaljer i første omgang, siden jeg måtte sitte på St. Olavs når jeg skulle transkribere og ikke i like stor grad kunne få høre på transkripsjonene på nytt uten å planlegge turen dit først. I tillegg ønsket jeg å utvikle problemstillingen etter å ha hørt på transkripsjonene, for å ikke låse meg til kategorier jeg ikke visste om kom til å bli nyttige.

Etter at jeg har ferdigstilt arbeidet med transkripsjonene, ser jeg at jeg kan ha lagt lista for basistranskripsjonen litt for høyt - altså at den ble for omfattende til å tilsvare en grunnleggende del som kunne utvikles. Jeg kunne brukt mindre tid på å transkribere i første omgang, og heller valgt å gå tilbake etterhvert for å se nærmere på enkelte fenomener. Ellinor Ochs' råd om å være selektiv med tanke på hva en som forsker vil undersøke, burde jeg altså tatt med meg tidligere.

3.2 Transkripsjon - innføring og bakgrunn

Selv om en samtaleanalytikers materiale er selve lydopptakene, er det nødvendig å bruke transkripsjoner å lette oversikten samt å gjøre materialet lettere å vise frem. Det å transkribere gjør altså at en på lettere vis kan undersøke og vise frem et muntlig materiale. Imidlertid kan vi ikke snakke om å "oversette" snakk til tekst, som blant annet Linell (2011) er inne på. En transkripsjon kan ikke sies å være 'sannheten' (Norrby 2004) eller 'nøytral' (Psathas og Anderson 1990) - to personer som gjør transkripsjoner av samme materiale vil utføre dem forskjellig alt avhengig av forskningsinteresse. En transkripsjon er altså en *versjon* av samtalene.

Som samtaleanalytiker kan jeg ha stor interesse av å ha fokus på detaljene, på de små tingene. Ved å transkribere nøye der det for eksempel er overlapp, pauser eller en økende intonasjonskontur, kan jeg få informasjon om hva som skjer i samtalen, hvordan det blir mottatt, hvordan meningen skapes i samspillet med de som snakker. Det er de små tingene jeg ser etter som kan gi meg det store bildet - hva er det som får samtalen til å fungere?

Etter å ha sagt at jeg vil ha stor interesse av å ha fokus på detaljene, må jeg understreke at det ikke finnes noe sånt som en 'fullstendig' transkripsjon. Som Linell (2011:132) påpeker, er dette en både praktisk og teoretisk umulighet, siden den omkringliggende interaksjonen og taleflyten er mangedimensjonell og multimodal.

Jeg har valgt å utgå fra en transkripsjonskonvensjon utviklet av Gail Jefferson for CA-analyser av et materiale (Sacks, Schegloff og Jefferson 1974). Denne kalles The Jeffersonian Transcription System, og denne måten å strukturere transkripsjoner på gir god oversikt over de fenomenene jeg har nevnt ovenfor. Det benyttes i tillegg også en del spesialsymboler.¹⁶ Jeg har i mitt materiale ikke tatt med alle disse, og har lagt til noen som får frem aspekter ved mitt materiale (se transkripsjonsnøkkelen i vedleggene).

Ochs skriver om transkripsjoner at de ideelt sett skal møte både praktiske og teoretiske overveielsen (1979:59). De skal gi oversikt til en leser, men samtidig klare å vise kompleksiteten i samtalene. De skal altså, som Johansson (1991) i Linell (2011:133) skriver, være både virkelighetstro og praktisk anvendbare. Jeffersonian System er et godt verktøy å ha med seg for å klare å få frem dette. Når det er sagt, er det viktig å huske på at denne metoden er utviklet for en ren CA-analytisk tilnærming.

¹⁶ Jefferson (2004) gir en kort innføring i transkripsjonssymbolene for de som vil lese mer.

3. Metode

Mine analyser vil nok være inspirert av CA, imidlertid vil dette i større grad være mer kontekstuelle analyser enn det ren CA legger til grunn.

3.3 Samtaleanalytisk transkripsjon - det som *faktisk* skjer, ikke det normerte

Lesere er ofte vant til å lese tekster som er koherente og grammatisk korrekte i større grad enn det vi faktisk gjør (sier) når vi snakker. Dette kan føre til at vi tror at vi snakker mer grammatisk korrekt og koherent enn det vi faktisk gjør. Imidlertid er det mye som skjer i en samtale som avviker fra den noe mer ordnede tekstlige måten vi som oftest skriver på. I samtalene avbryter vi oss selv eller andre, vi starter på nytt, nøler, sukker, prøver igjen, tar pauser. Linell (2011:130) påpeker at dette kan irritere en leser, som kan oppleve transkripsjoner som uoversiktlige og repetitive. Til tross for, eller nettopp på grunn av dette, er det viktig å gjengi samtalen på det han kaller 'dens egne vilkår'.

Transkripsjoner gjør at vi får en mulighet til å *se og studere* noe av det som skjer i samtalen, og dette gjør det mer oversiktlig og etterprøvbart enn å kun høre – når vi hører, må vi gjøre en vurdering der og da. Det kan bety at en vurderer enkelte aspekter annerledes i en samtale enn etterpå. Et eksempel er det som på folkemunne kalles 'pinlig stillhet' i en samtale, som ofte kan oppleves som mye lengre pauser enn det faktisk er.

I arbeidet med transkripsjoner, bruker vi for eksempel begreper som 'ytring' og 'intonasjonsenhet', ikke 'setning'. Jeg nevner dette for å understreke poenget med at 'setning' er en *grammatisk* enhet. Når vi setter dette i sammenheng med det som tidligere har blitt nevnt om at vi ikke alltid snakker helt grammatisk korrekt, innebærer dette at det ikke er alltid at en intonasjonsenhet er en setning eller at en setning er en ytring.

3.4 Transkribere på dialekt, eller med en mer normert talestil?

Jeg transkriberer selve ordene som deltakerne sier dem. I det legger jeg at jeg har transkribert på dialekt, ikke på stavingsnormert bokmål (som tilsvarer det Linell (2011:157) kaller 'talestilsnøytral'). Som jeg har beskrevet i avsnitt 4.4, lurte jeg på om dette ville føre til etiske problemer med hensyn til ivaretagelse av innringernes anonymitet. Jeg kom frem til at det ikke ville gjøre det, siden AMK Sør-Trøndelag betjener et geografisk område på over 20.000 km² der det bor

ca 300.000 mennesker.

Når jeg skriver at jeg har transkribert på dialekt, vil ikke dette si at jeg kommer til å legge vekt på å få til den helt presise formen for palatalisering eller andre dialektale trekk. Da ville jeg ha måttet gjøre en fonetisk transkripsjon, noe jeg slett ikke trenger, fordi dette er ikke *formålet* mitt. Jeg skal ikke studere dialekter, jeg vil studere *interaksjonen* mellom deltakerne.

3.5 Ivaretagelse av prosodien selv om personopplysninger er anonymiserte

I anonymiseringen av transkripsjonene har jeg som Linell (2011) påpeker, holdt meg til like mange stavelser i de anonymiserte navnene for å ivareta prosodien i samtalene. Øvrige refleksjoner rundt anonymisering vil jeg kome tilbake til i kapittel 4.4. sUt fra opplysninger som fremkom i samtalene, har jeg laget titler på samtalene. Det at titlene er satt ut fra opplysninger som fremkommer i samtalen, vil si at at hvis transkripsjonen har blitt kalt 'hjerstans treningscenter', er det ikke sikkert at det er dette som ble den endelige diagnosen - tittelen er basert på ytringer som har fremkommet i løpet av samtalene. I tillegg har jeg valgt å nummerere de ulike utdragene jeg bruker i analysen for å lette oversikten for leseren.

3.6 Lesbarhet

I tillegg til det etiske aspektet rundt anonymiseringen, hadde jeg også transkripsjonenes lesbarhet i tankene. Hvordan er det for en leser å lese transkripsjoner på dialekt, kontra transkripsjoner på normert bokmål? Gitt at Norge er et land med et bredt utvalg dialekter, har jeg vurdert dette til at den gjengse leser ikke vil ha veldig store problemer med å forstå transkripsjonene. Der jeg selv har hatt problemer med å forstå enkelte ord på trøndersk, har jeg satt inn fotnoter for å oppklare dem.

Et annet aspekt når det kommer til lesbarhet, er at en finmasket transkripsjon kan være vanskelig å lese. Hvor detaljert transkripsjonene fremstilles, må nødvendigvis avhenge av hvilke aspekter en vektlegger i interaksjonen. En ortografisk transkripsjon vil fremstille samtalen som mer ordnet. Det kan være bra hvis det er *innholdet* en er ute etter å studere. Men for å studere meningen i samtalene, hvordan de gjøres, må jeg se på samtalene som de er, hvordan meningen skapes i møtet mellom deltakerne. Dette vil en samtaleanalytisk transkripsjon i mye større grad klare å vise kontra en

3. Metode

ortografisk transkripsjon som vil fremstille samtalen som mer ordnet enn det den er.

Her er det også på sin plass å minne om noe jeg kommer mer utfyllende tilbake til i teorikapitlet, nemlig det grunnleggende synet på språk som jeg tar med meg. Å studere mening vil si å studere samspill, siden jeg ikke forstår mening som overføring av informasjon.

4. Etikk

I dette masterprosjektet er materialet som ligger til grunn autentiske samtaler. Det er mennesker involvert; både mennesker i en arbeidssituasjon og mennesker som trenger hjelp. Dette gjør at materialet må behandles med varsomhet for å ivareta deltakernes konfidensialitet og og anonymitet, og stiller strenge krav til en forskers evne til etisk overveielse og vurdering.

4.1 Etiske retningslinjer for forskere

De etiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi¹⁷ skal fungere som en rettleiding til forskere om etiske aspekter i forskning innenfor disse disiplinene. De er utgitt av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (heretter kalt NESH), som er en rådgivende instans som for eksempel kan brukes til å diskutere et for- og imot-syn på en spesifikk sak. Fangen (1998) understreker at dette i praksis ikke er noe annet enn en generell anbefaling til forskeren, gitt at NESH er en *rådgivende* og ikke en *dømmende* instans¹⁸.

4.2 Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Alle prosjekter som omhandler forskning på mennesker, må meldes inn til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (heretter kalt REK) i den aktuelle geografiske regionen prosjektet tilhører. Komiteen vil gjøre en vurdering av prosjektet. Prosjektet 'Nødsamtaler til 113', som min masteroppgave er en del av, har vært gjennom to runder med godkjenning i REK¹⁹. Det ble i utgangspunktet søkt om godkjenning uten å innhente informert samtykke, noe som ble avslått. Dette vedtaket ble anket, og det ble fra prosjektledernes side argumentert for at det var vanskelig å innhente informert samtykke fra alle innringerne, særlig siden noen av dem ikke har oppgitt noe navn. Anken ble senere tatt til følge, men REK understreket at det måtte innhentes informert samtykke fra operatørene. Operatørene har altså skrevet under på samtykkeskjema, mens prosjektet

17 [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)

18 For en diskusjon om hva det kan innebære å ha rådgivende og ikke dømmende organer, og hva dette gjør med forskeres syn på etiske utfordringer, anbefales Egge Grung og Nagell 2003.

19 For å se korrespondansen mellom REK og prosjektleder, se vedleggene.

4. Etikk

fritas for å innhente informert samtykke fra innringerne.

4.3 Oppbevaring av lydlogger

Samtalene inneholder opplysninger av sensitiv art. Lydloggene skal derfor behandles med varsomhet, og har blitt oppbevart innelåst på St. Olavs hospital. Jeg har gjennomført all transkribering på sykehuset²⁰, og ingen lydlogger har forlatt sykehusets område.

4.4 Anonymisering

Alle stedsnavn, personnavn og -nummer, telefon- og postnummer er anonymisert ved at de er endret til noe annet enn det opprinnelige og ikke kan kobles til dette. Det har vært viktig for meg å ivareta anonymiteten samtidig som transkripsjonen framstår som 'reell'. Om jeg skulle kalt alle personer for X1, X2 og X3, og alle stedsnavn for Y1, Y2 og Y3, ville dette gjøre transkripsjonen vanskeligere å lese siden det ikke ivaretar flyten i samtalen. Det er for eksempel mange storgater, kirkegater og strandgater der ute, men i transkripsjonene er disse fiktive. For å ytterligere bidra til å anonymisere operatørene, har jeg valgt å kalle alle operatørene 'hun', selv om både mannlige og kvinnelige operatører forekommer i materialet.

4.5 Gjengivelse av materiale

Jeg har transkribert 21 fulle samtaler. Det å ikke gjengi alle her, for eksempel som vedlegg, bidrar også til å minske risikoen for at deltakernes identiteter blir (gjen)kjent. Å kun vise utdrag av samtalene, fyller altså flere funksjoner - både å vise utdrag jeg finner relevant, og unngå å overlesse en leser med informasjon som ikke blir brukt, samt å bidra til anonymiseringen av deltakerne i samtalene.

²⁰ Jeg vil takke Petter Aadahl for å ha stilt kontoret sitt til disposisjon under arbeidet med transkriberingen av materialet.

4.6 Forskerposisjon - samtaledeltakerne i mitt materiale og meg selv som forsker

Min forskerposisjon og mitt ståsted henger sammen med materialet mitt og mitt fokus som forsker. I tillegg er samtaledeltakerne i forskningen min med på å forme dette. Dette henger igjen sammen med etiske aspekter rundt forskningen. Jeg vil derfor gå gjennom hvordan jeg ser på min posisjon som forsker, samt aspekter rundt deltakernes rolle i samtalene.

4.6.1 Innringerne

Som jeg har vært inne på tidligere, finnes det i materialet samtaler både hvor den som ringer inn selv er pasienten, og samtaler der innringer ringer på vegne av den som er pasient. I samtalene kan det fremkomme informasjon om både pasient og innringer som omfatter for eksempel sykdomshistorie og familiære forhold. Samtalene blir ringt inn til det som blir presentert som en "medisinsk nødtelefon"²¹ - vi kan derfor utgå fra at innringerne opplever situasjonen som en nødsituasjon. Innringerne kan dermed stå midt oppe i potensielt stressede situasjoner der det står om liv og død, for dem selv, noen av deres nærmeste eller noen i deres umiddelbare nærhet. Å være ydmyk med tanke på det som skjer og informasjonen som fremkommer i samtalene, samt å anonymisere slik at ikke enkeltpersoner kan identifiseres, er viktig.

4.6.2 Profesjonelles praksis

Operatørene på AMK har en profesjonell kunnskap om det de gjør. I denne profesjonelle kunnskapen ligger en rekke ting. De har medisinsk fagbakgrunn både gjennom teori og utdanning, men også erfaringsbasert kunnskap. De har tilegnet seg denne typen kunnskap både gjennom å jobbe på AMK, og også gjennom andre akuttmedisinske erfaringer (se kapittel 5 om rammebetingelser for en gjennomgang av dette). Sarangi (2007) skriver om den erfaringsbaserte kunnskapen at den består av å vite *hva*, altså innholdsbasert kunnskap, samt å vite *hvordan*, en prosedyrebaseret kunnskap. Operatørene på AMK har med andre ord gjennom sin erfaring lært både hva som inngår i arbeidet deres, og hvordan arbeidet skal utføres.

Erfaringsbasert kunnskap utmerker seg fordi den ikke kan læres på forhånd, den må oppleves. Operatørene går ut i arbeidet sitt med teorier og kurs som rammeverk, men må kle dette rammeverket med erfaringene de gjør seg underveis. Derfor blir det viktig både å kunne evaluere

²¹ Dette er frasen operatørene åpner samtalene med, eventuelt etterfulgt av "sykepleier".

4. Etikk

samt og bli evaluert underveis. Dette er også vektlagt i KoKoms kompetanseplan: operatørene må ha gode evner til både å få og gi tilbakemelding. Evnen til å kunne vurdere seg selv, og se både det som fungerte godt og det som fungerte mindre godt, samt det å kunne gi konstruktive tilbakemeldinger til andre slik at de kan lære av det, blir altså pekt på som en viktig forutsetning for operatørene. Dette sikrer en utnyttelse av den erfaringsbaserte kunnskapen - hvis en reflekterer over hva en gjør, er det lettere å bruke erfaringer senere i andre tilfeller.

4.6.3 Meg som forsker

Jeg som samtale- og kommunikasjonsforsker er en utenforstående, jeg er ikke en kliniker med medisinsk bakgrunn. Så hva kan jeg bidra med? Nettopp med dette blikket som kommer utenfra, blir min jobb å se på materialet og vise hvordan samtalene fungerer. Dette kan være vanskelig med praksiser som blir tolket og forstått 'innenfra', nettopp fordi de er så inneforstått. Det at noen ser på en praksis utenfra, kan bidra til ytterligere refleksjon rundt egen praksis.

Som en anvendt forsker som deltaker i et tverrfaglig samarbeid, stiller dette også krav til hvordan jeg behandler etikken rundt dette prosjektet. Andenæs (1989) skriver om det hun kaller 'forskerens dilemma' (researcher's dilemma), som omhandler hvordan forskere innenfor anvendt vitenskap både skal forholde seg til de interne kravene innenfor sin egen disiplin, og samtidig de eksterne kravene fra en samarbeidsdisiplin. I dette anser jeg at det i tillegg ligger at jeg som forsker må forholde meg både til etikken rundt helsefaglig forskning, samt etikken i mitt eget fag. Disse kan være overlappende på enkelte punkt, og ulike på andre. Èn etikk er ikke 'bedre' enn en annen, men ulike fag kan ha ulike syn på enkelte etiske aspekter, og dette er det viktig å være oppmerksom på.

4.7 'Tynne' og 'tykke' beskrivelser

Imidlertid møter en noen utfordringer - hvis jeg ikke vet noe som helst om materialet mitt og konteksten rundt, hvordan kan jeg da forsøke å tolke det? Cromdal et al bruker begrepene 'tynne' og 'tykke' beskrivelser, og sier at det som skiller dem er at en tynn beskrivelse kun er en beskrivelse av en hendelse mens en tykk beskrivelse er fyldig nok til å beskrive *meningen* i en hendelse (Ryle (1968) i Cromdal 2008). En tykk beskrivelse viser altså en *forståelse* av en hendelse, ikke bare en *observasjon* av en hendelse. Et eksempel på dette kan være at jeg observerer i materialet mitt at operatørene noen steder velger å avbryte innringerens redegjørelse av situasjonen med spørsmål om

hvor han eller hun befinner seg. Ved å ha studert kommunikasjonsplaner og oppslagsverk som ligger til grunn for operatørens arbeid, kan jeg forstå *hvorfor* dette skjer, altså en forståelse som går ut over en ren observasjon av *at* det faktisk skjer.

Sarangi (2007) skriver om 'tykk deltakelse' som en forutsetning for tykke beskrivelser. I 'tykk deltakelse' ligger det å sosialisere seg inn i en praksis. Igjen betyr ikke dette at en skal bli praktiker, men denne sosialiseringen kan gi en forsker en innsikt i den profesjonelle kunnskapen som kan fungere som et grunnlag for hvordan en skal forstå og fortolke materialet. Uten denne innsikten er det en fare for at forskeren kan overse eller unnlate å legge merke til ting i materialet som kan vise seg å være betydningsfulle.

Jeg må altså vite noe om materialet mitt for å kunne forstå hvordan det skal tolkes. En måte å få vite mer om materialet, er å se på praksisene det inngår i og rammebetingelsene rundt det. Det vil si at jeg bør sette meg inn i konteksten rundt samtalene for å bedre kunne forstå rammene som ligger til grunn for dem.

For å få vite mer om de kontekstuelle rammene, har jeg studert overordnede planer som regulerer operatørens arbeid (KoKoms kompetanseplan), satt meg inn i hvordan arbeid organiseres på ulike AMK-sentraler i Norge (Tjora 2002), studert oppslagsverk som operatørene bruker i sitt arbeid (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp), og hatt samtaler og e-postutvekslinger med både seksjonssjef Kirsten Mo Haga og Grete Mebust Hepsø på AMK Sør-Trøndelag og gjennom dem fått informasjon om både praktiske aspekter ved arbeidet og opplæring som blir utført på selve sentralen (se 'personlig kommunikasjon' i referanselisten).

Andre ting som også kunne gitt innblikk i kontekstuelle rammer, kunne for eksempel vært å fått hospitere på AMK og tatt feltnotater. Det har vært diskutert om dette lot seg gjennomføre, men tid og ressurser har rett og slett vært for knappe. I ettertid ser jeg også at jeg jo ikke gjør noen etnografiske analyser - jeg studerer operatørens grep i samtalene som blir ringt inn. Selv om jeg ikke gjør etnografiske analyser, ser jeg at dette er noe som kunne bidratt til å gi meg mer innsikt.

I tillegg kunne jeg intervjuet ansatte på AMK og spurt om for eksempel hvordan de opplever sin egen jobb og hvordan de reflekterer rundt egen praksis. Igjen ble tid og ressurser for knappe, og jeg har tilegnet meg kunnskaper om dette gjennom å lese Aksjonskollektivet av Aksel Tjora (2002), der

4. Etikk

han har gjort spørreundersøkelser blant operatører på samtlige 44 AMK-sentraler i Norge²². Disse spørreundersøkelsene dekker en rekke områder: bemanning på sentralen, belastning og trafikk, fysiske forhold ved sentralen, bruk av tekniske hjelpemidler, kompetanse og hjelpemidler, forhold mellom arbeid på AMK-sentralen og andre oppgaver, bruk av Norsk Indeks og andre protokoller, samarbeid på AMK-sentralen og ressursbruk (Tjora 2002:16).

4.8 Ulike paradokser

Uttrykket 'observer's paradox' er kjent fra sosialantropologien og ble først brukt av Labov (1972) for å beskrive hvordan forskeren påvirker forskningen sin ved sin tilstedeværelse. Sarangi (2002) tar tak i noen andre paradokser, nemlig det han kaller 'participant's paradox' og 'analyst's paradox'.²³ Jeg vil i avsnittene under gå inn på de ulike paradoksene og se på hvordan disse spiller en rolle med tanke på innsamling og analyse av mitt eget materiale.

4.8.1 Observatørens paradoks

Hvorfor anser jeg dette paradokset å være relevant her, når jeg ikke selv har deltatt i observasjoner av deltakernes praksiser under innsamlingen av materiale? Jeg velger å ta det med fordi Marte som legestudent har hospitert ved AMK da hun valgte ut samtaler som kunne være aktuelle for utvelgelse. Imidlertid, som jeg var inne på i metodekapittelet, anser jeg at påvirkningen ikke har vært betydelig. Denne vurderingen gjør jeg av flere grunner: for det første er Marte legestudent, og dermed en større del av det medisinske fellesskapet enn det jeg selv ville vært om jeg skulle vært tilstede og observert. For det andre hospiterte hun i flere dager, og det var ikke gitt at alle samtalenes som ble mottatt disse dagene skulle brukes i forskningen. Marte tok notater underveis, og leverte et skjema for utlevering av samtalen til seksjonssjefen etter at hospiteringen var over. Operatørene visste dermed ikke om akkurat den samtalen de mottok der og da, skulle brukes i forskningen.

4.8.2 Deltakerens paradoks

Labovs definisjon av observatørens paradoks sier noe om *innsamlingen* av materialet, men Sarangi

22 Antallet AMK-sentraler er fra Tjora 2002:17. Per juni 2013 er tallet 19 (Haaheim et al 2013).

23 Etter å ha introdusert disse begrepene på originalspråket, vil jeg heretter bruke de norske begrepene observatørens, deltakerens og analytikerens paradoks.

(2007) peker på at forbeholdet hans er at en kan *tolke* dataene uproblematisk. Sarangi peker på at deltakerne også observerer forskeren, og har visse forventninger om hva forskeren igjen forventer. Igjen må jeg understreke at det ikke i dette tilfellet er jeg som er deltakeren - det er Marte som har hospitert inne på sentralen. Imidlertid gjelder dette innsamlingen av materialet som jeg utgår fra, og jeg vurderer det derfor som riktig å ta med denne delen om deltakerens paradoks.

Kjernen i deltakerens paradoks, er om informantene oppfører seg naturlig, eller slik forskeren tror er interessant. Her vil jeg igjen peke på det at Marte inngår i et medisinsk fellesskap, om enn ikke med akkurat samme kompetanse som operatørene på AMK-sentralen har. I tillegg inngår det i opplæringen av nye operatører at de skal hospitere, så det vil være nærliggende å tro at operatørene til en viss grad har erfaring med å bli observert i sitt arbeid. Dette er aspekter som jeg vil anta reduserer dette paradokset.

4.8.3 Analytikerens paradoks

Analytikerens paradoks innebærer ifølge Sarangi (2007:579) "the activity of obtaining member's insight to inform our interpretive practice, especially in light of tacit and layered embeddings of professional conduct." I dette ligger flere ting. Det første handler om å skaffe seg innsikt - Sarangi kaller det "member's insight". Jeg vil ikke gå så langt som å si at jeg skaffer meg innsikt på lik linje som et medlem av en praksis - jeg har verken samme fagbakgrunn eller erfaringsbasert kunnskap. Det jeg kan gjøre noe med, er imidlertid å lese meg opp på kunnskap rundt praksisen - i mitt tilfelle for eksempel Tjora (2002). Videre handler dette om å "inform our interpretive practice". Jeg tolker dette som å legge denne innsikten og kunnskapen til grunn for vår fortolkende praksis. I tillegg ligger det i utførelsen av profesjonell praksis mange lag med kunnskap, og mye av den er taus og innforstått. Å skaffe seg innsikten kan hjelpe oss til å forstå noe av det som ligger skjult i lagene.

Et enkelt eksempel fra en samtale i mitt materiale, er en jente ringer inn og har hodepine. Dette tilfellet blir ikke vurdert som noe hasteoppdrag, og hun får beskjed om å ringe fastlegen sin. Samtalen er langt inne i avslutningsfasen da operatøren spør om hun får til å legge haka ned mot brystet. Dette kan fremstå som noe vanskelig å forstå: alle formaliteter er avklart, det har blitt sagt at dette ikke vurderes som noe som haster, og at jenta tar kontakt med fastlegen. Så hvorfor kommer dette spørsmålet her? Hadde jeg ikke visst eller satt meg inn i noe av konteksten rundt, ville jeg vært mer usikker på hvordan jeg skulle tolke det - deltakerne er inne i en avslutningsfase, og så kommer dette spørsmålet? Imidlertid, siden jeg vet at operatørene sitter med medisinsk indeks, er en

4. Etikk

sannsynlig tolkning at dette er et spørsmål som kan rokke ved det de har kommet frem til - for eksempel at dette kan være mer akutt eller alvorlig enn først antatt. I følge de symptomene innringer har beskrevet, ser situasjonen i indeksen ut på en bestemt måte - hvis en legger til eller trekker fra informasjon, er ikke situasjonen lengre den samme. Dette henger altså sammen med å oppnå de tykke beskrivelsene av samtaleene.

4.9 Etikk - en dynamisk prosess

Korrespondansen med REK som jeg viste til i avsnitt 4.2, illustrerer at aspekter som omhandler etikk sjelden har et fasitsvar, og at en ved å diskutere disse, kan få frem ulike synspunkter og argumentasjon, slik at en kan komme frem til bedre løsninger.

I tillegg er det viktig å huske på at etikken i et prosjekt er dynamisk - prosjekter forandrer seg etterhvert som de skrider frem, og det er viktig å vurdere etikken underveis i prosjektet også. Et eksempel på dette er at vi hadde bestemt oss for å ikke bruke samtaler som omhandlet saker som hadde blitt eksponert i media. Noen måneder etter innsamling, dukket det opp en sak i media som lignet veldig på en av samtaleene vi hadde plukket ut. Jeg diskuterte med Tor, den andre kommunikasjonsstudenten, om det ville være lurt å fjerne denne saken fra materialet eller ikke, og vi bestemte oss for å vente og se. På dette tidspunktet hadde vi nemlig bare plukket ut samtaleene, vi hadde enda ikke hørt på dem siden vi ventet på å skrive under en taushetserklæring. Da vi fikk tilgang på materialet, hørte vi at dette ikke var samme sak - den lignet, men var ikke den vi hadde sett omtale av i media. Dette ble også en påminnelse på at en kan dra kjensel på aspekter i flere av sakene - som jeg har vært inne på, kan det godt være flere strand, kirke og storgater. Dette trenger ikke å bety at en kjenner til den originale saken. Uansett hvor "godt" en anonymiserer, vil det alltid være aspekter enkelte kan dra kjensel på (eller tro at de drar kjensel på). Dette er det ikke mulig, og kanskje heller ikke ønskelig, å sikre seg mot.

4.10 Oppsummering

Som vi har sett over, omhandler etikk en rekke aspekter i alle deler av forskningen og oppgaveskrivingen: innsamling, utvelgelse og oppbevaring av materiale, anonymisering og gjengivelse, samt min egen forskerposisjon og deltakere i forskningsprosjektet.

Jeg anser at en del av etikken rundt dette prosjektet er å ta leseren med meg på hva jeg har tenkt og hvordan jeg har gjort mine vurderinger. Avgjørelsene jeg har tatt som forsker, har noen ganger vært ambivalente. Dette ser jeg på som en styrke heller enn som en svakhet: ved at jeg har våget å tvile og reflektere over hva jeg velger bort, våger jeg også å spørre om andre alternativer kan være riktige, og forsøker å ta disse perspektivene også. Ved å klare å vise frem denne diskusjonen, gjør det oppgaven mer etterrettelig, og ikke minst blir det forhåpentligvis lettere for leseren å skjønne hvordan og hva jeg har tenkt under arbeidet med denne oppgaven. Å ta en mest mulig veloverveid beslutning anser jeg å ikke bare handle om det en faktisk velger, men også om å vite verdien av det en velger bort.

5. Rammebetingelser

Dette kapittelet vil ta for seg en del av rammebetingelsene som inngår i konteksten rundt nødsamtalene. Rammebetingelsene påvirker innholdet i samtalene, siden disse er styrende for hva som skal gjennomføres i løpet av samtalene. Å ha kjennskap til rammene, bidrar dermed til en tykkere beskrivelse og en bedre forståelse av materialet.

Jeg vil begynne med å se på hvordan AMK-sentralen er organisert som en virksomhet, før jeg går inn på to rammedokumenter som jeg finner spesielt nyttige. Det ene er norsk indeks for medisinsk nødhjelp, det andre er en kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger. Jeg har valgt å vektlegge kompetanseplanen, siden denne blant annet tar for seg hvordan operatørene skal opptre i møtet med innringer, mens indeksen går på den medisinskfaglige delen av jobben. I tillegg vil jeg til slutt komme kort inn på opplæring av og krav til operatører ved AMK Sør-Trøndelag ved St. Olavs hospital.

5.1 AMK-sentraler som virksomhet

I Norge finnes det per juni 2013 19 AMK-sentraler. Disse mottok i 2013 over 850.000 samtaler, 47% av disse på nødnummeret 113. AMK-sentralene utfører en rekke oppdrag. De mottar ikke bare medisinske nødmeldinger som ringes inn til 113, de bestiller og koordinerer også ambulansetransport.²⁴ Ved AMK Sør-Trøndelag jobber det både operatører med sykepleierbakgrunn, som svarer på samtalene som blir ringt inn, og ambulansesentraler som sitter på medlytt. Dette gjør at arbeidet med å sende ut en ambulanse kan gå raskere, slik at operatøren kan konsentrere seg om å gi verbal hjelp, råd og veiledning til innringeren.

Tjora (2002) skriver at arbeidsformene på AMK er preget av perifer deltakelse. Dette defineres som at "operatørene er oppmerksomme på hverandres handlinger, både rent fysisk på sentralen (ved bevegelser), ved kommunikasjon (kroppsspråk og tegn) og ved bruk av tekniske løsninger (medlytt)" (Tjora 2002:36). Dette vil for eksempel si at hvis én operatør tar imot en innkommende samtale, skal det være minst en person til på medlytt (Grete Hepsø 05.10.12, pers.kom.). Imidlertid er det noen ganger slik at alle linjer opptatte, og dette fører til at ingen har mulighet til å være på

²⁴ For ordens skyld vil jeg igjen nevne at vi under utvelgelsen av materialet valgte å prioritere nødsamtaler, ikke samtaler der det ble koordinert ikke-akutt ambulansetransport.

5. Rammebetingelser

medlytt.

Alle nødmeldinger som blir ringt inn, blir gitt et saksnummer kalt AMIS-nummer. Alle opplysninger om saken lagres under dette nummeret, og alle sakene skal dokumenteres med for eksempel iverksatte tiltak, vurderinger som har blitt gjort, hvilken hastegrad henvendelsen har fått og hvilke ressurser som er satt inn eller råd som har blitt gitt.

Nødsamtalene til 113 er en del av den prehospitale akuttjenesten, som Forslund (2008) kaller sykehusets forlengede arm i samfunnet. Dette innebærer blant annet å være første hjelp på stedet ved ulykker og sykdom, og tilretteleggingen som gjøres før dette - i nødsamtalene. Målet med den prehospitale akuttjenesten er å skape gode forutsetninger for at pasienten i så stor grad som mulig skal kunne tilgodegjøre seg neste lenke i verdikjeden (Jonasson og Wallman 1999, i Forslund 2008:148, min oversettelse).

Denne virksomheten skal altså både ivareta funksjoner i den daglige virksomheten, som å koordinere pasienter som har vært på sykehuset og som skal sendes hjem med ambulanse, men skal også stå til tjeneste ved akutte og ekstreme tilfeller, som ulykker og katastrofer. Dette innebærer at operatørene på AMK må være rustet til oppgaver med ulike grader av både skadeomfang og hastegrad. Dette krever gode evner til å tilpasse seg situasjonen samt tilstedeværelse i samtalen. Enhver innringer skal bli tatt imot, og det skal ikke gjøres forskjell på dem. Hvis den forrige samtalen har omhandlet om liv og død, skal den neste som omhandler et kutt i armen behandles med like mye alvor, omsorg og tilstedeværelse (Grete Hepsø 05.10.12, pers.kom.) Som Forslund (2008) påpeker, er arbeidet innenfor den prehospitale akuttjenesten ofte preget av stress og uforutsigbarhet. Dette gjør arbeidet både krevende og ansvarsfullt, og samtidig interessant og spennende.

Akuttsamtalen er en tjeneste som produseres og konsumeres på samme tid (Forslund 2008:154, min oversettelse). I dette ligger at tiden er knapp og det gjelder å utnytte den godt. Da blir det desto viktigere med kunnskaper og erfaring for å på hurtigst mulig måte kunne vurdere informasjon. Operatørene på AMK har alle en medisinsk fagbakgrunn, og ulike erfaringer med akuttmedisinsk arbeid. I tillegg har de også ulike erfaringer med å ta imot samtaler. De har altså en faglig bakgrunn som er relativt lik, men de har fylt denne med ulike erfaringer. Dette trenger heller ikke å være noe negativt, det kan heller fungere slik at operatørene utfyller hverandre. Dette ivaretas blant annet ved brifinger etter samtaler, der flere kan få høre på båndet fra samtalen og diskutere hva som ble gjort

(Grete Hepsø 05.10.12, pers.kom., Dreyer et al 2011b). Evnen til å sette seg inn i situasjonen samt å komme innringeren i møte blir fremhevet som noen av de vesentligste aspektene ved disse samtalerne. I tillegg må operatøren aktivt lytte både etter verbale og ikke-verbale signaler i samtalerne.

5.2 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp²⁵

I følge forordet fra redaksjonsgruppen til indeksen, er et medisinsk veiledningssystem utviklet i USA i slutten av 1980-årene (Criteria Based Dispatch) et forbilde for utviklingen av den første utgaven av indeksen som kom i 1994. Indeksen brukes til triagering, altså skadevurdering, og er et oppslagsverk som operatørene støtter seg til når de tar i mot samtaler ved AMK. Den ble utgitt av Den Norske Legeforening, og har siden 1994 kommet i flere nyopplag og utgaver. Operatørene ved AMK har et oppslagsverk i større format som skal brukes i nødmeldetjenesten, mens det også utgis lommeutgaver til studiebruk. For ordens skyld vil jeg påpeke at det er en av disse lommeversjonene jeg selv har gått ut fra under arbeidet med denne oppgaven.

Indeksen gjør at operatørene kan iverksette en systematisert respons, selv om helsetilsynet i forordet også understreker at den må oppfattes som et supplement til øvrige prosedyrer og rutiner, og at den ikke kan erstatte kravet til fagkyndig personell i nødmeldetjenesten. Brukerne av indeksen må altså selv foreta selvstendige vurderinger og tilpasninger. Det blir også understreket flere ganger at indeksen kun gir anbefalinger, og ikke er å anse som et regelverk.

Indeksens funksjon er å hjelpe operatørene med å fastsette en respons som skal iverksettes. Forrest i indeksen finnes et såkalt startkort eller startskjema. Den viser hva en skal spørre om, når en skal gjøre det, og gir pekere til hvor en skal slå opp og/eller hvilken respons en skal iverksette. Ved å slå opp på de ulike sakene innringer beskriver, kan operatøren gjennom indeksen få hjelp til å stille relevante spørsmål som vedrører hendelsen. Eksempler på disse ulike sakene kan for eksempel være 'allergisk reaksjon', 'pustevansker' eller 'krampeanfalle'.

25 Heretter kalt indeks(en)

5. Rammebetingelser

5.3 Ulike responser

Responsene som skal iverksettes, er delt inn i tre ulike hastegrader: rød (akutt), gul (haster) og grønn (vanlig). Alle beskrivelsene under er hentet fra indeksen.

5.3.1 Rød respons - akutt

Dette er en situasjon som krever lege/ambulanse umiddelbart. Denne skal iverksettes hvis det er manifest eller truende svikt i livsviktige organfunksjoner som åndedrett, kretsløp, hjernens funksjon, bevissthet eller sentralnervesystem, hvis det er et eventuelt behov for redning (personer som er fastklemt o.l.), eller en eventuell fare for sikkerhet

5.3.2 Gul respons - haster

Dette er tilfeller med behov for lege/ambulanse uten ventetid. Denne skal iverksettes hvis pasientens tilstand synes stabil, og det ikke er noen fare for sikkerheten på stedet. I tillegg kan den brukes i tilfeller der helsepersonellet er i tvil og har behov for umiddelbar avklaring i henhold til vakthavende lege.

5.3.3 Grønn respons - vanlig

Dette er situasjoner som tillater ventetid. Her formidles det kontakt med, eller pasienten henvises til egen lege/legekontor eller legevaktslege, som vurderer henvendelse ved første passerende anledning. Operatøren bistår også innringer med eventuelle råd og veiledning.

5.4 Eksempel på bruk av indeksen

På de ulike oppslagene i indeksen vil operatøren så finne ulike kriterier listet opp, og kan dermed bestemme hvilken respons som skal iverksettes. Følger vi eksemplet fra forrige avsnitt, 'allergisk reaksjon', ser vi for eksempel at hvis pasienten har "pustevansker som raskt blir verre", skal det iverksettes rød respons. Har han eller hun derimot "pustevansker, men ikke virker utmattet", er det gul respons som skal iverksettes. I tillegg er det listet opp tilleggsspørsmål operatøren kan stille pasienten, som om han eller hun har hatt kraftige eller farlige allergiske reaksjoner før eller bruker

medisiner til daglig, samt råd som kan gis til innringer, som å legge pasienten på ryggen og holde bena høyt.

Det neste dokumentet jeg vil gå inn på som omhandler rammebetingelsene rundt operatørens arbeid ved AMK-sentralen, anerkjenner også indeksen og skriver at den gir grunnlag for en felles begrepsbruk og er en norm for god faglig standard i dagens medisinske nødmeldetjeneste.

5.5 Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger

Denne kompetanseplanen er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (heretter kalt KoKom), på oppdrag fra Helsedirektoratet. KoKoms hovedoppgave er å monitorere og videreutvikle medisinsk nødmeldetjeneste i Norge. Arbeidet med denne planen er gjennomført i samarbeid med de regionale helseforetakene, og bygger på andre planer fra 2002 og 2009 som har blitt brukt til opplæring og oppfølging ved AMK- og Legevaktsentralene (LV-sentralene) i landet.

Denne planen synes jeg er spesielt interessant fordi den går inn på hvilke kunnskaper, ferdigheter og ulike typer kompetanser en operatør ved AMK bør og skal inneha, og hvordan de kan tilegne seg dem. Med andre ord er det nærliggende å tro at denne kompetanseplanen førende for hvordan operatørene kommer til å gjøre nødsamtalene, og den er derfor verdt å studere nærmere.

Som nevnt ovenfor omfatter denne planen flere enn bare operatører på AMK, så jeg velger å gjengi KoKoms eget relativt kortfattede sammendrag av rapporten, før jeg vil gå nærmere inn på det jeg selv finner spesielt relevant for mitt prosjekt. Utdrag og formuleringer er altså alle hentet fra denne planen.

"Sammendrag:

Når innringere/pasienter kontakter Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentral (LV-sentral), er kvaliteten på informasjonsuthenting og at de blir møtt med trygghet og omsorg av stor betydning for utfallet av henvendelsen.

Denne kompetanseplanen tar sikte på å følge opp helsetjenestens overordnede mål om gode og likeverdige tjenester, samtidig som personell får tilfredsstillende behov for personlig vekst og faglig utfordring.

Sentrale temaer er hvordan personell opparbeider nødvendig kunnskap, etisk kompetanse, relevante ferdigheter og blir egnet for optimal utføring av arbeidsoppgavene.

Planen med tilhørende moduler er ikke en lærebok, men er ment som en veileder med fokus på overordnede føringer og rammer for rekruttering, opplæring, oppfølging og kvalitetssikring av personell ved sentralene.

De viktigste elementene som inngår i kompetansebygging beskrives i kompetanseplanen - som igjen gjenspeiles i de 5 ulike modulene." (Dreyer et al 2011a)

5. Rammebetingelser

Sosiologen Aksel Tjora har hospitert ved AMK på St. Olavs og skrevet en rapport om samarbeid og bruken av teknologi i det akuttmedisinske arbeidet, og blir i KoKoms rapport sitert på at det er et sterkt fokus på formelle retningslinjer og teknologi i sentralene mens det på den andre siden er ferdigheter og kompetanse som bærer virksomheten i sentralene. Det er kompetanse, ferdigheter, trygghet, samt gode institusjonelle og sosiale forutsetninger som i første omgang vil sikre en god medisinsk nødmeldetjeneste (Tjora 2002).

Vi ser at kompetanse og ferdigheter står sentralt, og denne kompetanseplanen søker altså å gi et grunnlag for å utvikle de ulike kompetansene og ferdighetene personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger må ha. Dette må fremheves at dette er en overordnet, nasjonal plan, mens det finnes individuelle krav til opplæring ved de ulike helseforetakene. Dette vil jeg komme tilbake til i det siste avsnittet, som spesifikt omhandler opplæring av operatører ved AMK Sør-Trøndelag.

Planen tar opp behovene for en nasjonal standard, men understreker også at dette er en *felles* nasjonal løsning for godkjenning og re-godkjenning med mulighet for *lokal* administrasjon og dokumentasjon. Den gir nasjonale retningslinjer for hvordan en bruker lydlogg som hjelpemiddel med tanke på opplæring, kvalitetsforbedring og erfaringsutveksling.

De ulike modulene i planen kan brukes til å tilrettelegge den teoretiske og praktiske delen av opplæringa. Slik kan en videre utarbeide en plan for teoridelen, der det undervises i for eksempel bruk av indeksen. Kompetanseplanen understreker at det bør utarbeides teoriprøve - dette har, som jeg skal komme tilbake til, blitt utført ved AMK Sør-Trøndelag.

5.5.1 Om personell og deres kvalifikasjoner og kompetanse

Det er ingen formalkrav til personell som bemanner sentralene. Sentralene er tradisjonelt bemannet med sykepleiere eller ambulansearbeidere. Vi ser også av planen at Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin går inn for at kompetansekravene må styrkes, med minimum helsefaglig utdanning på bachelornivå, klinisk erfaring og et spesifisert opplæringsprogram. Jeg påpeker her at AMK Sør-Trøndelag har mer spesifikke formalkrav til operatørene, se mer om dette i det siste delkapittelet.

Det stilles en rekke krav til personlig egnethet hos operatørene. De skal være omsorgsfulle, ha motivasjon for arbeid, være fordomsfrie, ha lederegenskaper, beslutningsevne og impuls kontroll, kunne kontrollere sin egen reaksjon på en hendelse eller en opplevd provokasjon, ha evne til rask identifisering av essensen i et budskap og evne til konstruktiv utnyttelse av positiv og negativ kritikk, ha en klar og behagelig stemme med tydelig tale, beherske norsk muntlig og skriftlig, kunne snakke og forstå engelsk, ha grunnleggende datakunnskap og god hørsel - for å nevne noe. Å håndtere kritiske situasjoner krever videre god fagkunnskap, evne til å samarbeide og gi veiledning og til å iverksette tiltak.

Planen vektlegger videre at kvaliteten på det de kaller informasjonsinnhenting og det at innringer møter trygghet og omsorg, er av stor betydning for utfallet av hendelsen. Operatørene må opptre lyttende og observerende, uten at de har mulighet for å se det innringer ser. Dette gir en ekstra utfordring i situasjonen, siden innringer og operatør dermed mister en del av den nonverbale kommunikasjonen som man får ansikt til ansikt. Dette øker sjansene for misforståelser og setter ekstra store krav til fortolkning og formidling.

Proessen i forløpet av telefonsamtalen krever god struktur og systematikk, kombinert med fagkunnskap, oversikt, ro, kommunikasjonsevne, empati og teknisk kunnskap. Personellet i sentralene skal gjennomføre en rekke oppgaver samtidig: håndtere situasjonen, beholde innringeren i fokus, ta raske og rette avgjørelser, gi råd og samtidig håndtere teknologisk verktøy.

Et viktig element i utvikling av personell er å observere og vurdere de holdninger som formidles til innringer og samarbeidspartnere. Håndtering og formidling av en henvendelse skal håndteres med bevissthet og ro, og personell må kunne utøve det planen kaller "totalmestring" uansett situasjon.

Operatøren skal altså gjennom smidighet, fleksibilitet og kreativitet bidra til at den enkelte pasient blir ytt rask og adekvat helsehjelp på riktig nivå, og operatøren medvirker dermed til lik tilgang på gode tjenester for alle. Det kreves også av operatørene at de er kreative for å finne de beste løsningene.

5.5.2 Ulike typer kompetanse

Planen lister opp ulike typer kompetanser operatørene må inneha: etisk, relasjonell, prioritering, operativ og IKT-kompetanse. Det er viktig å understreke at en her må ha med den helsefaglige

5. Rammebetingelser

kompetansen som grunnmur. Jeg vil gå kort inn på de tre første kompetansene, som jeg anser som de mest relevante.

5.5.2.1 Etisk kompetanse

Det som ligger i en etisk kompetanse, er å vise systematisk refleksjon og fremstilling knyttet til de oppfatninger og problemstillinger som operatørene blir stilt overfor. I tillegg må de vise innringer respekt og ivareta hans eller hennes integritet, og gi hjelp ut fra de symptomer eller hendelse som blir presentert. Operatørene skal også trene opp evnen til å reflektere systematisk omkring situasjoner der ulike verdier kommer i konflikt med hverandre når man skal komme fram til gode løsninger.

5.5.2.2 Relasjonell kompetanse

I denne kompetansen inngår å kunne lytte, veilede, kommunisere verbalt samt å lede samtalen. Relevant informasjon kan komme spontant fra innringer, men det er viktig å sikre informasjon ved hjelp av et mønster med spørsmål for å kunne vurdere og prioritere hendelsen. Operatøren må videre vise evne og vilje til å sette seg inn i innringers perspektiv for å få forståelse av helheten i problemet, og dette må bunne i en "beredskap" av handlinger: nemlig en vilje og evne til å velge den beste respons i situasjonen. Operatørene må også forstå at måten en lytter på påvirker samtalen.

5.5.2.3 Prioriteringskompetanse

Her vil jeg kun nevne kort at planen vektlegger en formell kompetanse, som må kombineres med erfaringsbasert kompetanse. Etter gjennomført praksis, vil det være nyttig med erfaringsutveksling, siden en da kan lære av hverandres opplevelser.

5.5.3 Moduler for personell ved AMK

Dette vedlegget til kompetanseplanen består av fem moduler. Alle modulene går gjennom hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger operatørene må ha i tilknytning til emnet modulen omhandler. Jeg har valgt å se på modul 2: Ansvar og oppgaver og modul 3: Kommunikasjon med

innringer, som jeg anser for å være spesielt relevante i denne oppgaven.

5.5.3.1 Modul 2 - Ansvar og oppgaver

Denne modulen gjennomgår oppgaver, ansvar og faglige retningslinjer i den medisinske nødmeldetjenesten. I modulen nevnes både teoretiske og praktiske ferdigheter som må gjennomgås, i tillegg til holdninger operatørene bør ha. Bruken av indeksen som arbeidsverktøy er nevnt, både det å teoretisk vite hvordan det fungerer og praktisk bruk av den. I tillegg må personellet ha kunnskap til aspekter rundt mottak og håndtering av medisinske nødmeldinger, og også kunnskap om den akuttmedisinske kjeden og samhandling med eksterne samarbeidspartnere, som for eksempel luftambulansen.

Holdninger som jeg velger å understreke, er evnen til å være løsningsorientert, arbeide selvstendig, gi og ta imot konstruktiv kritikk, samt å vise lojalitet overfor gjeldende samarbeidsrutiner og overordnede målsetninger. Vi ser at disse holdningene innebærer at det forventes at operatørene skal finne en løsning på problemet innringer presenterer, og at videre at han eller hun både skal arbeide selvstendig, men også samarbeide med eksterne samarbeidspartnere. Det å gi og ta imot konstruktiv kritikk, kan for eksempel innebære å få eller gi tilbakemeldinger fra kollegaer ved AMK-sentralen (Grete Hepsø, pers.kom.).

5.5.3.2 Modul 3 - Kommunikasjon med innringer

Dette er den modulen som ut fra overskriften fanger min interesse i størst grad. Kommunikasjonen mellom operatørene og innringer står sentralt i denne oppgaven, og det at jeg tilegner meg kunnskap om hvordan operatørene skal kommunisere med innringer, gjør at jeg i større grad kan forstå rammene rundt det som foregår i samtalene.

I innledinga til modulen står det at god kommunikasjon med innringer forutsetter operatører som opptrer med gjensidig respekt, som har ydmykhet overfor oppgavene, lojalitet til samarbeidsrutinene og en disiplinert kommunikasjon. Ved å definere god kommunikasjon sies det noe om hva en ønsker å oppnå og hvordan operatørene bør opptre. Videre står det at operatøren må kjenne til teori som er knyttet til kommunikasjon.

5. Rammebetingelser

Det understrekes også at god kommunikasjon ikke kan operasjonaliseres gjennom standardiserte regler, siden den må være tilpasset situasjonen og den man kommuniserer med. Likevel, skrives det, kan man følge noen generelle prinsipper for god kommunikasjon som gjennomgås her. Det legges også vekt på at det modulen beskriver er et *ideal* for god kommunikasjon, altså et forbilde en kan strebe mot, siden operatørene har et arbeidspress på seg i form av samtidighet og tidskrisiske situasjoner som gjør det umulig å leve opp til dette idealet i hver eneste samtale.

Sentrale emner som nevnes i denne modulen, er verbal kommunikasjon, nonverbal kommunikasjon og kommunikasjon med innringere fra andre kulturer. Jeg vil gå inn på noen av hovedtrekkene under, siden dette griper direkte inn i det som jeg studerer i nødsamtalene.

5.5.3.2.1 Verbal kommunikasjon

I denne delen vektlegges at operatøren skal utspørre innringer systematisk om symptomer, og jamføre dette med indeksen. Operatørene skal lære seg metoder for å sikre at de har oppfattet innringers budskap, og lære seg å kvalitetssikre at innringer har forstått hva de selv sier. I tillegg skal de kjenne til konfliktdempende teknikker og være bevisste når det kommer til ordvalg: de skal unngå fagterminologi og følelsesladde uttrykk. Det siste punktet er å kjenne til hvordan de som operatører er den *styrende part* i samtalen. Med andre ord fastslår planen at operatørene er de som styrer samtalen. Dette vil jeg komme tilbake til i analysene, der vi vil se konkrete eksempler på hvordan dette gjennomføres i praksis.

God samhandling med innringer krever at operatøren bruker et lett forståelig vokabular og har en tydelig diksjon. Innenfor akuttmedisinen har pasienten ofte en kort sykehistorie, og sammenliknet med andre pasienter har vedkommende derfor gjerne et begrenset medisinsk ordforråd og manglende innsikt i den aktuelle sykdommen. Innringer kan i tillegg ha en så stor grad av opplevd krise at evnen til å ta imot informasjon er svært begrenset. Det er da avgjørende at operatøren bruker et enkelt og lettfattelig språk og gir informasjon som fokuserer på det mest viktige. Operatøren bør om mulig også repetere og oppsummere informasjonen, og sjekke om alt er oppfattet riktig. Dette er ekstra viktig i tilfeller der det bare er gitt råd og samtalen avsluttes uten videre oppfølging.

5.5.3.2.2 Nonverbal kommunikasjon

Her beskrives det hvordan operatørene skal kjenne til hvordan nonverbal kommunikasjon påvirker en samtale, og at de bevisst skal bruke stemmeleiet sitt for å formidle ro og trygghet. I tillegg skal de unngå uartikulerte lyder som kan virke negativt. Her er "pustelyder, sukk og bruk av tyggis osv" nevnt som eksempler.

Operatøren må være oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen fra innringer og *ha evne til å oppfatte eksempelvis utrygghet og misnøye selv om dette ikke blir formulert* (min utheving). En interessert operatør vil prøve å få avklart hva som ligger til grunn for de nonverbale signalene og kan på den måten sikre at innringer og operatør har en mest mulig sammenfallende oppfattelse av situasjonen. Dette vil bidra både til å kvalitetssikre pasientbehandlingen og til å unngå at operatøren blir tillagt negative holdninger.

5.5.3.2.3 Kommunikasjon med innringere fra andre kulturer

Her vektlegges det at operatørene skal ha evne til å kommunisere med fremmedkulturelle som enkeltindivider, uten å ha forutinntatte holdninger basert på stereotype oppfatninger. Det er sjelden tid til å bli kjent, men operatøren må evne å se enkeltindividet og ikke kulturen. Operatørene skal også kjenne til hvordan man får til en god kommunikasjon med personer som snakker dårlig norsk, og det listes opp en rekke kommunikative strategier som kan være nyttige. Operatørene bør unngå å avbryte, be innringer om å gjenta uforståelige utsagn, bruke ekstra tid og innsats på å sikre gjensidig forståelse, forankre all informasjon som (potensielt) viktig, og unngå tvetydighet. I dette ligger at når innringer sier "jeg forstår", skal det spørres eksplisitt *hva* han eller hun har forstått - ved å gjenta sikrer en at en snakker om samme aspekter.

I tillegg skal operatørene snakke med klar tale, enkle, korte setninger, og justere ved hjelp av artikulasjon, som her blir definert som pauser mellom ord og informasjonenheter. I kommunikasjonen med innringere som snakker dårlig norsk, blir det desto viktigere å informere om at hjelpen er på vei.

5. Rammebetingelser

5.5.3.2.4 Operatøren som aktiv sender/formidler og aktiv mottaker

Først en liten innledning om bruken av disse begrepene: sender og mottaker-begrepet er et begrep mitt eget fagfelt har valgt å gå bort fra, siden dette konnoterer et mer statisk og enveis syn på kommunikasjon enn det rådende innenfor anvendt språkvitenskap. Dette betyr imidlertid ikke at jeg oppfatter begrepene som "feil" når jeg kommer over dem innenfor andre sammenhenger, men jeg kan nok være ekstra nøye med å finne ut av hva som egentlig ligger i dem. Som vi videre skal se, er ikke dette i stor grad er snakk om enveiskommunikasjon.

I begrepet aktiv mottaker ligger at operatøren har en ektefølt interesse for å se problemene fra innringers side. Dette øker sjansene for at man får frem alle relevante opplysninger og et bedre grunnlag for å gi nødvendig informasjon og veiledning. Samtidig må operatøren være bevisst på at særlig tidsaspektet men også selve telefonkommunikasjonen setter grenser for i hvor stor grad man kan vise nærhet og empati.

Når det videre henvises til operatøren som aktiv formidler (sender), vektlegges nødvendigheten av at operatøren formidler til innringer hvordan man tolker de opplysninger som er gitt for å oppnå en kvalitetssikret informasjonsuthenting. En sammenfattet og tydelig tilbakemelding vil vise innringer hva operatøren har oppfattet og hva som prioriteres. Operatørens tilbakemelding gir innringer mulighet for korrigeringer.

5.5.3.2.5 Håndtering av konflikter

Operatørene får også råd om hvordan de skal behandle konflikter som kan oppstå i samtalen. For å unngå konflikter, skal de eksplisitt bekrefte anmodning om ambulanse og bruke strategier²⁶ for å utvikle gjensidig forståelse ved å oppdage og løse konflikter. Videre skal de unngå å beordre innringer til å oppføre seg som han gjør, de skal unngå beskyldninger samt å antyde at det å skaffe pasienten hjelp er avhengig av innringers samarbeidsvilje og "gode oppførsel".

5.5.3.2.6 Innringers opplevelse av samtalen

²⁶ Her vil jeg legge til at det ikke gis konkrete eksempler på disse strategiene.

Innringer skal oppleve en trygghet om å få hjelp. Han eller hun skal møtes av en fagkyndig person som bidrar med respekt og omsorg. Siden de fleste som ringer medisinsk nødtelefon opplever at de er i en nødsituasjon, må ulike ferdigheter besittes for å kunne møte innringer på best egnet måte i situasjonen. Press øker alle språkutfordringer, inkludert dialekter, "sosiolekter" og manglende felles begrepsapparat. Dette vil kunne forvanske forståelsen av innringers beskrivelse av hendelsen.

5.6 Opplæring av og krav til operatører ved AMK Sør-Trøndelag

Opplysningene jeg gir under, stammer fra korrespondanse med avdelingssjef Kirsten Mo Haga og seksjonsleder Grete Mebust Hepsø (pers.kom.).

5.6.1 Faglige krav og krav til erfaring

Operatørene ved AMK-sentralen i Sør-Trøndelag har alle erfaring fra akuttmedisin. Medisinske operatører er alle sykepleiere med erfaring fra akuttmottaket, ambulanseskoordinatorer er ambulansefagarbeidere har alle erfaring fra ambulansetjeneste. Det er krav til at de må ha minst 3 års klinisk erfaring og derav minimum ett år i akuttmottaket for sykepleierne. For ambulanseskoordinatorer må de ha minst 3 års erfaring som ambulansearbeider. Det er medisinsk operatør som mottar 113-henvendelser, så fremt det ikke ringer mange samtidig.

5.6.2 Prosedyrer og funksjonsbeskrivelser i arbeidet

Operatørene følger opplæringsplanen fra KoKom, og i tillegg har det blitt utarbeidet prosedyrer for hvordan dette skal foregå. AMK Sør-Trøndelag har godkjenning av operatørene og re-godkjenning som blant annet går ut på å høre gjennom 10 lydlogger for å sjekke om operatørene håndterer henvendelser i henhold til norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Der settes poeng ut fra et oppsett , og operatørene må ha 80 % score for å bestå. I tillegg finnes funksjonsbeskrivelser for medisinsk operatør og for ambulanseskoordinator og for "ansvarlig sykepleier i AMK-sentralen".

5. Rammebetingelser

Til slutt velger jeg å gjengi et vedlegg fra KoKom-rapporten som stammer fra AMK Sør-Trøndelag, og brukes som en slags huskeregel for operatørene:

Jeg er klar over at:

- ved et hvert møte har jeg en flik av et menneskes liv i mine hender
- jeg har stor makt i forhold til de som er avhengig av våre tjenester
- makt må utøves på en god og sunn måte

Som AMK-operatør skal jeg alltid:

- være tilstede i samtalen
- lytte til det innringer har å si
- prøve å sette meg inn i situasjonen til den det gjelder
- ha omsorg for den hjelpetrequende og deres pårørende
- sjekke ut at jeg har forstått situasjonen
- sørge for å komme til enighet med innringer
- tilby å ringe tilbake hvis usikkerhet oppstår

6. Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for mitt teoretiske ståsted, og gi definisjoner på begreper jeg kommer til å bruke i analysen.

6.1 Språk forstått som noe dynamisk

Inn i denne oppgaven tar jeg med meg et overordnet syn på språk. Språk er ikke en statisk, uforanderlig enhet, det er dynamisk og utvikler seg i takt med brukerne av det. Ordnes mening er altså ikke statisk, men forandres over tid og er avhengig av de som tar det i bruk som et verktøy for å kommunisere.

Dette innebærer at meningen skapes i samspillet mellom deltakerne i interaksjonen. Det er derfor det å studere ytringene som en del av dette samspillet gir oss en mulighet til å studere hvordan ytringene påvirker hverandre og former hverandre, hvordan de både formes av konteksten og samtidig bidrar til å skape ny kontekst.

6.2 Dialogismen - bakgrunn

Dialogismen kan sies å ha sitt utspring i Bakhtin, selv om han aldri brukte dette begrepet selv. Begrepet har videre blitt utviklet blant annet av Evensen (2013) og Linell (2009). Linell bruker begrepet dialogisme som et overordnet teoretisk begrepsrammeverk som legger vekt på rollen interaksjon og kontekst spiller, i tillegg til synet på språk og 'den andre'.

For en kort begrepsavklaring, kan det være verdt å merke seg at hvis en tar utgangspunkt i *dialogen*, blir synet *dialogisk*. Er grunnlaget *dialogismen* som et overordnet rammeverk, kan en sies å ha et *dialogistisk* syn på språk.

Dialogismen som retning innenfor språkvitenskapen etterfølger former for interaksjonisme. Dette er interessant fordi retninger som følger etter hverandre ofte representerer enten brytninger eller suppleringer med den forrige. Når noe ikke kan forklares innenfor en retning eller et paradigme, søker vi mot noe annet, en annen måte å forstå på, som kan gi oss svar.

6. Teori

Dialogismen bryter ikke med interaksjonismen - den tar med seg denne måten å forstå på, og tilføyer i tillegg en ny forståelse. Der interaksjonismen fokuserer på interaksjonen mellom mennesker på et mikronivå her og nå, føyer dialogismen til den historiske og kulturelle i det sosiale. Disse aspektene eksisterer jo heller ikke for seg selv på et makronivå, uten å la seg påvirke av og selv påvirke enkeltmenneskene og deres interaksjoner.

Det er altså dette dialogismen setter oss i stand til - å forene mikro- og makronivå og se på dem sammen, på det Linell (2009) kaller et mesonivå. Vi ser menneskene og interaksjonen i lys av historien og kulturen, og motsatt. Evensen (2004) har i sin diatopmodell forent et interaksjonistisk perspektiv med et mer konstruksjonistisk sjangerperspektiv. I modellen ser vi at disse mikro- og makroperspektivene møtes i et mesoperspektiv, og dermed gir oss en ny måte å forstå disse på i lys av hverandre.

Med dette som bakteppe, innebærer dette at en ikke finner på nye måter å interagere på hver gang en står ovenfor en situasjon. Opplevelser og erfaringer danner det Bakhtin (1998) kaller avtrykk i oss, og avtrykkene gir oss altså en ramme for hvordan vi kan forstå det som skjer her og nå i lys av noe vi har opplevd tidligere. Denne rammen kan forstås som en type sjanger eller aktivitetstype vi forholder oss til - i denne oppgaven virksomhetstypen nødsamtaler. Bakhtin beskriver sjangeren og våre forventninger til hva som vil foregå innenfor den som noe som holdes sammen av samlende, *sentripetale* krefter. Hver gang sjangeren utfordres, påvirkes den av de *sentrifugale* kreftene, som drar innholdet i den ut fra et sentrum. Tilsammen gjør altså disse kreftene at vi både kan forholde oss til en sjanger eller en aktivitetstype, men også utfordre sjangerkonvensjoner eller gjøre variasjoner innenfor typer aktiviteter. Vi kan altså både utfordre, reforhandle og forsterke.

Denne gjensidige påvirkningskraften viser også dynamikken i synet på språk: språk er ikke en statisk størrelse, det forandrer seg, og det er befolket med mening gjennom våre ytringer. Forandringen, og dermed også konflikten mellom de ulike betydningene, er i følge Bakhtin normaltstanden i et språk: konflikter fører med seg ny innsikt og nye perspektiver.

Mening er altså noe som skapes i samspillet mellom deltakerne, og ytringene våre er alltid et svar på noe eller til noen, de oppstår ikke isolert.

6.3 Dialogismen som utgangspunkt for empiriske analyser

I denne oppgaven studerer jeg nødsamtaler som virksomhetsype, der en rekke kommunikative oppgaver skal løses i løpet av samtale. Blant de mest prekære oppgavene er å finne ut skadeomfang og dermed ta en beslutning om hvilken respons som skal iverksettes. Denne responsen bygger på innringers beskrivelser, det er innringer som vet hvordan situasjonen på stedet ser ut eller utarter seg.

Beslutningen om hvilken respons som skal iverksettes, baserer seg altså på de opplysningene som fremkommer i interaksjonen mellom innringer og operatør. Med et dialogistisk syn på språk som bakteppe, kan vi si at både innringer og operatør prøver å ta hverandres perspektiv for på best mulig måte å forstå hverandre. Viktigheten av det å forsøke å ta den andres perspektiv, er understreket i kompetanseplanen for operatørene på AMK (Dreyer et al 2011a). Vi kan dermed si at denne delen av kompetanseplanen lar seg forene med dialogistiske prinsipper.

Et konkret eksempel på det å ta den andres perspektiv, kan være å gjenfortelle opplysninger innringer har kommet med ved bruk av andre ord. Slik er det lettere for operatøren å vise innringer hvordan en har forstått det som har blitt fortalt. Det samme gjelder andre veien - operatøren kan for eksempel be innringer om å fortelle hva han eller hun har blitt bedt om å gjøre, i stedet for å bare si "ja" når en får en instruksjon om hva som må gjøres.

Et annet aspekt som understreker det dialogistiske synet på språk og kommunikasjon, ble jeg bevisst da jeg leste Artman og Wærns (1999) artikkel og så på hvordan transkripsjonene ble fremstilt av dem. De argumenterer for at kun ønsker å analysere operatørens ytringer, og dermed ikke trenger å vise innringerens ytringer i en analyse. Slik kan det videre argumenteres for at det er nok å innhente samtykkeerklæring fra operatørene, ikke innringerne. Ut fra et dialogisk syn på språk og kommunikasjon, er ikke dette et alternativ for å kunne vise samtalen som en forhandling og meningsskaping mellom deltakerne. Ved å bare se på en av deltakerne, mister en samhandlingsperspektivet. Ved å ikke kunne vise responsen til en ytring, blir det umulig å si noe om hvordan denne har blitt forstått. Ved å ta bort halvparten av ytrerne, mister man altså ikke bare halve meningen - man mister så godt som hele, siden samtale ikke bare handler om ren overlevering av informasjon fra person A til person B i en sender-mottaker-modell. Budskapet eller beskjeden formes og tolkes av begge parter, og ingen har monopol på eller kan påberope seg den 'rette' tolkningen.

6. Teori

6.4 Institusjonelle samtaler

6.4.1 Innledning

Linell (1990:21) sier om institusjonelle samtaler at de foregår mellom en 'ekspert', altså noen med utdanning innenfor en profesjon, og en lekmann. Sammen skal disse to løse en oppgave. Samtalene utgjør en spesifikk aktivitet der en på forhånd har bestemt formålet, og har ofte en rutinisert gjennomføring. Rollene som vi var inne på, ekspert og lekmann, utfyller hverandre og er asymmetriske - den ene har mer kjennskap til et fagfelt enn den andre, og eksperten har ofte sin samtalerolle som en del av sin yrkesutøvelse. Begge roller har imidlertid både rettigheter og plikter knyttet til seg. Typen aktivitet som utføres er sosialt gjenkjennelig, og har et navn eller en beskrivelse som folk kjenner igjen. Eksempler på dette kan være politiavhør, lege/pasientsamtale eller, som mitt materiale, nødsamtaler.

Institusjonelle samtaler har vært gjenstand for mye forskning, og denne oppgaven gir ikke plass til å gi en fullstendig oversikt over dette. Det jeg har valgt å gjøre, er å velge ut trekk som kjennetegner institusjonelle samtaler, og gå nærmere inn på dem under, samt å vise hvordan dette utarter seg i det materialet jeg selv undersøker. Slik vil en leser kunne få et overblikk over elementer som inngår i denne typen samtaler, og se hvordan de er relevante for mitt arbeid.

6.4.2 Målorientering

Som jeg var inne på i begynnelsen, orienterer deltakerne seg mot en oppgave som skal utføres der en har et klart formål. I nødsamtalene er formålet at innringer skal få hjelp i den situasjonen han eller hun står ovenfor. Hva denne hjelpen består av, varierer fra samtale til samtale, men det overordnede målet som begge deltakerne orienterer seg mot, er altså at innringer søker hjelp hos operatøren.

6.4.3 Roller: lekmenn og profesjonelle

Linell (1990) skrev om institusjonelle samtaler at de som oftest omhandler deltakere der en er en lekmann, og en annen en profesjonell med samtalerollen som en del av sin yrkesutøvelse. Disse institusjonelle eller profesjonelle identitetene gjøres relevante for gjennomføringen av arbeidet i samtalene. I nødsamtalene er operatørene profesjonelle på sitt område, de har relevant medisinskfaglig utdanning og opplæring i mottak av samtalene. Innringerne kan også være

personer med helsefaglig utdanning (imidlertid, som vi var inne på i metodekapittelet om utvelgelse, gjøres ikke denne utdanningen relevant i noen av samtalerne i dette materialet), men det er operatøren som har disse samtalerne som en del av sin arbeidshverdag. Det er også verdt å merke seg at operatørene kan omtale seg selv i flertall: "vi skal hjelpe deg", for eksempel. Med dette viser de at de er en del av en organisasjon, og at de opptrer på vegne av den, som Drew og Sorjonen (1997) også viser til.

6.4.4 Asymmetri

I det jeg nevnte i avsnittet over om profesjonelle og lekmenn, ligger det allerede her en asymmetri. Den ene har mer kunnskaper om et fagfelt enn den andre (det er som oftest dette som er grunnen til at fagpersonen, 'eksperten', blir involvert i samtalen). Imidlertid kan samtalerne være preget av asymmetri på andre punkter enn bare det faglige forholdet mellom deltakerne. Asymmetrien i samtalerne kan også innebære at en av deltakerne har mer rett enn den andre til å holde på ordet og snakke mer, eller at en deltaker har større rett til å stille spørsmål enn den andre. I nødsamtalerne kan vi se dette for eksempel i utspøringsfasen, der operatøren har større rett enn innringer til å stille spørsmål, og innringer tilsvarende har større plikt til å svare. Dette bringer oss over på neste punkt, som er rettigheter og plikter.

6.4.5 Rettigheter og plikter

Som jeg var inne på i forrige avsnitt, kan asymmetrien i samtalerne innebære at for eksempel den ene deltakeren har større rett enn den andre til å stille spørsmål. Imidlertid må vi huske at rettigheter og plikter ofte går hånd i hånd. Dermed kan det at den ene har større rett til å stille spørsmål, ofte innebære at den andre har større plikt til å svare på disse spørsmålene, som vi var inne på i forrige avsnitt. Dette kan også handle om forventninger og normer knyttet til rollene deltakerne i samtalen har: en innringer vil forvente at operatøren opptrer med en medisinsk fagkunnskap, og operatøren forventer at denne fagkunnskapen er noe innringeren kommer til å etterspørre.

6.4.6 Strukturering og sekvensiering

Institusjonelle samtaler preges også av en strukturering av samtalerne. Struktureringen innebærer at samtalerne har ulike faser og sekvenser. Dette inngår som en del av det rutiniserte ved disse samtalerne, og bidrar til at måten å gjøre disse samtalerne på ikke må finnes opp på nytt hver gang.

6. Teori

Siden jeg i analysekapittelet kommer til å gi en grundig gjennomgang av nødsamtalenes faseorganisering, utelater jeg dette i denne delen av oppgaven.²⁷

6.4.7 Turorganisering

Hvordan deltakerne organiserer turene, henger sammen med deres roller overfor hverandre. I ulike institusjonelle samtaler er det ulike regler og normer for hvordan turene skal organiseres. Som jeg var inne på tidligere, er det vanlig at operatøren er den som spør innringeren ut i utspørringssekvensen i nødsamtalene. Om innringer stiller et spørsmål i denne fasen, vil det ikke nødvendigvis føre til sanksjoner fra operatørens side. I en rettsforhandling, derimot, vil det at en tiltalt stiller spørsmål til dommeren være uhørt, og et brudd på noe mer enn en norm for hvordan samtaler skal gjennomføres. Imidlertid vil det i nødsamtalene være slik at operatøren vil være den som har ansvaret for å navigere innringer bort fra tema som ikke er relevante å snakke om. Dette kan gjøres på flere ulike måter, som analysekapittelet vil vise.

6.4.8 Ordvalg

Gjennom ordene en bruker, kan en synliggjøre hvilken institusjon en er en del av og hvilken rolle en inntar. Bruken av fagbegreper gjør for eksempel at fagpersoner kan vise tilhørighet til en fagkultur, leger kan for eksempel omtale 'frakturer', ikke 'brudd', og bruke det latinske navnet 'clavicula' på det en lekmann ville kalt 'kragebeinet'.

Ordvalgene kan altså, slik Drew og Sorjonen (1997) skriver, for eksempel brukes av eksperten for å skape avstand til lekmannen. Dette er spesielt interessant med tanke på nødsamtalene, der operatørene eksplisitt blir anmodet gjennom overordnede kompetanseplaner til å avstå fra å bruke faguttrykk, nettopp for at innringer i så stor grad som mulig skal forstå. Ekspertene, altså operatørene, skal bestrebe seg på å snakke et språk som i så stor grad som mulig kan bli forstått av lekmenne, nemlig innringerne. Viktigheten av dette blir også fremhevet av Rønneberg (2009), som skriver at overdreven bruk av fagtermer kan føre til at deltakerne ikke i stor nok grad klarer å orientere seg mot det institusjonelle målet i samtaler.

²⁷ Linell (1990:22) gir en oversikt over en generell struktur i institusjonelle samtaler for de lesere som vil vite mer om dette.

Drew & Heritage (1992:26) sier om institusjonelle samtaler at "Some of the systematic differences from everyday talk-in-interaction involve specific *reductions* of the range of options and opportunities for action that are characteristic in conversation and they often involve *specializations* and *respecifications* of the interactional functions of the activities that remain."

At de institusjonelle samtalene innebærer bruk av spesifikke reduksjoner hvis en sammenligner med konversasjon (hverdagssamtaler), blir også tatt opp av Wakin & Zimmerman (1999). I nødsamtaler kan vi se dette i for eksempel åpningssekvensene: det er systematisk fravær av hilsefraser som "hvordan går det med deg?" eller "har du det bra?" som vil være typiske for hverdagssamtaler (eller for den del, andre institusjonelle samtaler.) I andre kontekster ville disse reduksjonene måtte blitt redegjort for, mens fraværet av hilsefraser i nødsamtaler ikke fremstår som unaturlig, gitt oppgavefokuset i disse samtalene. Schegloff (1986) skriver videre om institusjonelle samtaler at åpningssekvensen er kortere siden elementer blir utelatt. Dette kan dreie seg om korte utvekslinger på to turer. Disse mer kompakte åpningssekvensene fører til "deletion, preemption, or repositioning of components of the "canonical" opening sequence that characterizes ordinary calls." (1986:431)

Vi har nå gått gjennom hva som kjennetegner institusjonelle samtaler på et teoretisk grunnlag. For å undersøke og analysere institusjonell kommunikasjon, brukes gjerne en tilnærming til samtaler som kommunikative virksomhetstyper. Dette skal vi ta for oss i neste avsnitt.

6.5 Virksomhetstyper

6.5.1 Levinson om virksomhetstyper

Som en introduksjon til begrepet (kommunikativ) virksomhetstype²⁸, velger jeg å ta utgangspunkt i et sitat fra Levinson. Levinson gir her en av de første definisjonene av en kommunikativ virksomhetstype²⁹, og har siden blitt referert til av flere som opphavsmannen bak begrepet, blant annet av Linell (2009 og 2011) og Sarangi (2000). Sistnevnte peker på at det at artikkelen har blitt gjenutgitt, er en indikasjon på at den fremdeles er like relevant. Levinson tar utgangspunkt i flere aspekter i definisjonen av virksomhetstyper, og gjør derfor dette til et fruktbart utgangspunkt.

28 Siden alle nødsamtalene er grunnleggende kommunikative, har jeg for enkelhets skyld valgt å heretter kun skrive 'virksomhetstyper'.

29 Levinson kaller det 'activity type', som jeg har valgt å oversette til kommunikativ virksomhetstype. For en diskusjon rundt oversettelsen av begrepet, se for eksempel Linell 2011:77.

6. Teori

"I take the notion of an activity type to refer to a fuzzy category whose focal members are goal-defined, socially constituted, bounded events with constraints on participants, setting, and so on, but above all on the kinds of allowable contributions" Levinson (1992:69) [1979:368]

La oss begynne med det første begrepet, nemlig at virksomhetstyper er en 'fuzzy category'. 'Fuzzy' refererer til noe som er litt ullent, tåkete, vanskelig å få tak i. Dette betyr ikke at alle virksomhetstyper er tåkete, det sier derimot noe om at virksomhetstypene ikke er entydige, fastlåste, statiske størrelser. De er heller preget av en dynamikk - de må hele tiden *gjøres*. 'Fuzzy' peker også på at virksomhetstyper ikke trenger å være avgrensede størrelser, de kan også være preget av en hybriditet. En virksomhetstype kan ha spor av andre i seg, eller gå over i andre, eller de kan være hierarkiske. Sarangi 2000 presiserer at virksomhetstypene ikke er *enten* det ene *eller* det andre - ulike virksomhetstyper kan sies å kunne plasseres på en skala av *mer* eller *mindre*.

Linell (2011) og Evensen (2013) bruker begrepet kommunikativ økologi. Dette begrepet forklarer virksomhetstyper som systemer av virksomheter - beslektede, men med ulike utførelser. Et eksempel kan for eksempel være at en overordnet kategori virksomhetstyper kan være institusjonelle samtaler. En underordnet type av disse kan være servicesamtaler, for eksempel til banken eller telefonselskapet ditt. Enda en underordnet type av disse igjen kan være nødsamtalene som mitt materiale består av. Som både institusjonelle samtaler og servicesamtaler har de et formål som skal utføres, men nødsamtalene skiller seg ut ved å være enda mer begrenset på tid (og ressurser). Heritage og Clayman (2010:67) kaller denne konfigurasjonen av praksiser et 'interaksjonelt fingeravtrykk' - det er altså dette skiller nødsamtalene fra andre typer av institusjonelle samtaler.

Vi ser videre at Levinson peker på målorienteringen i virksomhetstypene. Deltakerne i virksomhetstypen orienterer seg altså mot noen mål, og hva disse målene er, avhenger av utformingen av virksomhetstypen. I nødsamtaler vil et eksempel på et kommunikativt mål (for operatøren) være å få nok relevant informasjon fra innringeren til å danne seg et bilde av situasjonen innringer står ovenfor. Når dette målet er nådd, kan operatøren videre *vurdere* denne situasjonen for å bestemme hvilke ressurser som skal iverksettes. Eksempler på dette kan være å be innringer ta kontakt med fastlegen sin, å sende ut en ambulanse, eller å gi innringer råd om hva som bør *gjøres* i den aktuelle situasjonen. Her må det understrekes at dette ikke trenger å være et spørsmål om enten-eller, det innebærer ofte en kombinasjon av disse, for eksempel å sende ut en ambulanse, og deretter gi innringer instruksjoner i hjerte-lungeredning.

Videre er virksomhetstyper sosialt konstituerte. Linell (2011) kaller virksomhetstyper samtaler som er sosiale møteplasser. Ved at samtalene har et navn, eller kanskje rettere sagt: *gjennom* det at de har et navn, er de sosialt etablerte og gjenkjennbare. Vi gjenkjenner 'nødsamtaler' som en spesifikk type samtaler, som skiller seg fra andre typer, for eksempel 'servicesamtaler'.

Levinson fremhever også *restriksjonene* i virksomhetstypene: de er bundet, de legger restriksjoner på deltakerne og settingen og fremfor alt på de tillatte bidragene. Som tidligere nevnt er det viktig å huske på at dette ikke nødvendigvis er en "oppskrift" som gjør virksomhetstypene *statiske* - de må fremdeles *gjøres*. Forventningene, og også normene som omkranser virksomhetstypen legger føringer på hvordan deltakerne kan oppføre seg i samtalene, de er rammer som deltakerne orienterer seg mot i interaksjonen. Disse forventningene og normene fungerer altså som det Bakhtin (1981) kaller *sentripetale krefter*, og bidrar til stabilitet og kontinuitet.

Restriksjonene som omhandler de tillatte bidragene til samtalen vil heller ikke være absolutte. Som tidligere nevnt med tanke på mitt eget materiale, er det en ting som er særlig spesielt for nødsamtaler - *tid*. Dette innebærer at tillatte bidrag må vurderes ikke bare i forhold til samtalen som helhet, men også med tanke på *når* de opptrer i samtalen. Som vi skal se eksempler på, kan en ytring om situasjonen fra innringer bli behandlet som et uønsket bidrag - hvis operatøren ikke *forutgående for dette* har fastslått hvor innringer befinner seg, da blir dette behandlet som et tillatt bidrag.

6.5.2 Linell om virksomhetstyper

I forrige del så vi på hvordan Levinson tegnet et bilde av kommunikative virksomhetstyper og hvordan vi kan forstå dem. Videre skal vi se på hvordan Linell bruker begrepet, og bidrar med verktøy for å kunne analysere dem.

Linell gjør altså en tredeling av begrepet virksomhetstype i *avgrensning*, *iscenesettelse* og *sosio-kommunikative omgivelser* (Linell 2011). Vi må huske på at disse delene er tett knyttet til hverandre og dialektisk avhengige av hverandre, imidlertid gjør det å bryte begrepet ned i disse tre delene lettere å komme i gang med en analyse og å kunne plassere elementer i kategorier.

6. Teori

Avgrensning omfatter blant annet rammene som inn- og avgrenser virksomhetstypen. Dette har altså sammenheng med hvilke forutsetninger disse rammene gir for virksomhetstypen, og hvilke forventninger deltakerne har til det som skal skje.

Iscenesettelsen viser til interaksjonen mellom deltakerne, og hvordan dette gjøres i praksis. Dette handler altså om den faktiske interaksjonen, ikke deltakernes forventninger til dem som jeg omtalte i avsnittet over. I denne delen ser en på hvordan deltakernes orientering mot virksomhetstypen kommer til uttrykk i samhandlingen, hvilke faser som inngår i virksomhetstypen, og hvordan disse er organisert. Andre eksempler kan være hvordan det forhandles om temaskifter, hvordan disse blir tatt opp og av hvem.

Sosio-kommunikative omgivelser viser både til hvordan virksomhetstypen grenser opp mot andre nærliggende virksomhetsyper og hvordan den har blitt etablert som en egen virksomhetstype. Her er vi igjen inne på hybriditeten i samtale, og også samtalenes 'fuzzyness'³⁰.

For å kunne analysere virksomhetstypen, skriver Linell at dette kan gjøres som en tottrinns CA-analyse. Steg en er som klassisk CA, datanært og på mikronivå. Her kan (og bør) en som analytiker ha et blikk for de små delene, siden alle disse små delene tilsammen utgjør samtalen. Denne delen av analysen er beskrivende - hva ser en? Neste trinn er å gi funnene en mening ved å sette dem inn i en sammenheng og dermed kontekstualisere dem. Det første trinnet er altså å *beskrive* det en finner, før steg to er å *forklare* hva en har funnet.

6.5.2.1 Deltakernes roller i virksomhetstypen

Linell (2011) gjør en tredeling av rollene i virksomhetstypene i sosial, diskursiv og virksomhetsrolle. Jeg kommer ikke til å gå nøyere inn på forskjellene i denne oppgaven, men synes det er viktig å nevne at rollene ikke er statiske. Deltakerne posisjonerer seg selv og hverandre i løpet av samtalen, og 'gjør' dermed både seg selv og de andre.³¹

I nødsamtalene vil en kunne forvente at rollen som samtaleleder bli inntatt av operatørene, både institusjonelt (gjennom posisjonen av operatørene som medisinsk og helsefaglig kompetente) og interaksjonelt (gjennom utførelsen i selve samtalen). Operatørene har, naturlig nok, i de aller

30 'Fuzzyness' er ikke et godt norsk ord - det er imidlertid vanskelig å komme opp med ett enkelt norsk ord der så mye av meningen i det engelske er iboende.

31 For å lese mer om hvordan roller er en del av hvordan vi 'gjør' oss selv og andre, se Goffman (1959).

fleste tilfeller mer erfaring med nødsamtaler enn det innringerne har. Dette vil altså si at operatørene er de som har mest kunnskap om denne virksomhetstypen, både gjennom teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. Å være samtaleleder betyr ikke at operatørene *har* alt ansvar for det som skal skje i samtalen - igjen må ansvaret *gjøres*. Samtalen er et samarbeid mellom deltakerne, og dermed kan vi si at en av operatørens oppgaver er å *legge til rette for* at dette samarbeidet fungerer så godt som mulig.

I følge Heritage og Clayman (2010:53) er ett av aspektene som skiller nødsamtaler fra vanlige samtaler deres 'narrowness'. Samtalene er altså innskrenkede, barberte, korte og to-the-point. Det som kjennetegner dem er at det kun er én oppgave som opptar deltakerne fra begynnelse til slutt i samtalen. Sacks og Schegloff (1973) kaller dette monofokale eller monotopiske samtaler, og deltakerne 'møtes' i telefonsamtalen av én grunn: å utføre denne ene oppgaven. Deltakerne kan altså sies å ha et *instrumentelt* forhold til hverandre. Dermed vil rollene de inntar og tillegger hverandre som operatør og innringer fungerer som støtte og hjelp i samtalen, og legge føringer for hvilke rammer situasjonen skal tolkes som, som for eksempel tillatte bidrag.

6.5.4 Oppsummering av virksomhetstyper

Vi har altså sett på begrepet 'virksomhetsype' og sett at det ligger en rekke aspekter til grunn for det. De viktigste er at virksomhetsypene kan være hybride og gå over i hverandre, men at konfigurasjonen av praksiser danner et institusjonelt fingeravtrykk som kjennetegner den enkelte virksomhetsype. Virksomhetsypen er sosialt konstituert ved at den har et gjenkjennbart navn, og at det ligger restriksjoner rundt den hva angår for eksempel tillatte bidrag, omgivelser og deltakere. Deltakerne er målorienterte og søker å løse kommunikative mål innenfor virksomhetstypene, og posisjonerer og gjør dermed roller, både med tanke på seg selv og de andre deltakerne i løpet av samtalen.

6.6 Redegjørelser

I denne oppgaven bruker jeg begrepene beskrivelser og redegjørelser. Begrepet redegjørelser brukes innenfor en rekke ulike fagfelt som for eksempel antropologi, sosiologi, psykologi og sosialpsykologi, og kan deles inn i en bred og en smal tradisjon. Den brede definisjonen av begrepet går i retningen av at vi redegjør for vår måte å forstå verden på - ved å redegjøre for det våre

6. Teori

opplevelser, beskriver eller forklarer vi verden for andre eller oss selv. Det er denne brede tradisjonen jeg tar utgangspunkt i her, ikke den smale tradisjonen der begrepet redegjørelser brukes om forklaringer på handlinger som kan sies å bryte med normer som omgir oss, forklaringer som skal gi oss et annet syn på handlinger som kan fremstå som uønskede.

For å gjøre dette helt klart: jeg bruker begrepene redegjørelser og beskrivelser når jeg skriver om hvordan innringerne redegjør og beskriver for sin opplevelse av den situasjonen som har ført til at de ringer 113. Jeg ser altså *ikke* på redegjørelsene fra innringerne som unnskyldninger eller rettferdiggjøringer av handlinger som fremstår som uønskede ved å bryte med normer som omgir oss, som er vanlig innenfor en smal tradisjon.³²

6.7 Dugende beskrivelser

I problemstillinga introduserte jeg Cromdal et al (2008) begrep 'thick-enough descriptions', som jeg med utgangspunkt i Aritoteles' begrepet om dygd har oversatt til 'dugende beskrivelser'. Dette er et begrep som får stor betydning for å forstå innholdet i nødsamtalene og hvilke grep operatørene gjør bruk av i samtalen, derfor kan det være greit å gjenta dette for leseren før vi går over til analysedelen.

I etikkapittelet gikk jeg gjennom begrepene tynne og tykke beskrivelser. Tynne beskrivelser fungerer som observasjoner av det en ser, mens tykke beskrivelser i større grad er så fyldige at de klarer å beskrive *meningen* i det en observerer. Det disse beskrivelsene skal brukes til i nødsamtalene, er som Cromdal et al (2008) skriver å utføre interaksjonelt arbeid. Han sier om beskrivelsene at de er 'workable'³³, og understreker med dette den interaksjonelle jobben de skal gjøre.

Dugende beskrivelser er altså beskrivelser som er fyldige *nok* til at operatørene kan bruke dem til å gjøre seg opp en vurdering av situasjonen hos innringer, og dermed iverksette en respons. Grunnen til at jeg legger vekt på at beskrivelsene er fyldige *nok*, er at operatørene har et tidspress på seg for å iverksette responsene. De har dermed kun bruk for beskrivelser av situasjonen som de kan bruke for

32 For de som vil studere begrepet 'redegjørelser' som diskursiv praksis, anbefales Buttny (1993). I tillegg skriver Heritage (1988) om CA-studier av 'forklaringer' som redegjørelser.

33 Som jeg også sa i innledningen, finner jeg ikke et norsk begrep som rommer like mye av meningen som i 'workable', og velger derfor å gjengi det engelske begrepet.

å handle, og det fordrer også at informasjon kan være relevant et sted i samtalen, men ikke like relevant et annet sted.

Et eksempel på dette kan være at operatørene kan gjøre større nytte av å *først* få vite at en person er bevisstløs, ikke nødvendigvis det nøyaktige årstallet han eller hun er født. Informasjonen om at personen ikke er bevisst, setter dermed operatørene i stand til å avgjøre en respons hurtigere enn om de først hadde fått vite at personen er født i et bestemt år.

Nøyaktig *hva* som er en dugende beskrivelse vil dermed variere både fra samtale til samtale og også avhenge av hvor i samtaleforløpet en er. For eksempel kan det ved inngangen til en samtale være en dugende beskrivelse at operatøren har fått et innblikk i skadeomfanget og vurdert dette til en rød (akutt) respons, mens operatøren enda ikke vet helt nøyaktig hvor innringer befinner seg. Ambulansen kan altså kjøre mot stedet, og senere i samtalen vil den nøyaktige stedsangivelsen bli noe operatøren må vende tilbake til for å få en ny dugende beskrivelse slik at ambulansen kommer frem til riktig sted.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

I forrige del så vi på nødsamtaler som kommunikative virksomhets typer. Som vi var inne på, bidrar målorienteringen ved kommunikative virksomhetstyper til at det dannes ulike typer fasestrukturer. Denne delen av oppgaven vil derfor ta for seg faseorganiseringen³⁴ i nødsamtalene.

Schegloff (2002:274) sier at en kardiolog ikke bare kan fokusere på hjertet - han eller hun må vite hvordan hele kroppen fungerer som helhet. Spesialiseringen må komme *i tillegg* til kunnskapen om helheten, ikke *i stedet* for den. Dette forstår jeg som at jeg som forsker må få en oversikt over hvordan samtalen fungerer helhetlig, før jeg kan se på og forstå hvordan grep fra operatørene bidrar til å forme redegjørelsene fra innringer i neste analysedel. Denne delen om nødsamtalenes faseorganisering gir et viktig innblikk i hvordan samtalene er bygd opp, og dette kan lette forståelsen i analysene.

I denne delen vil jeg derfor gi en oversikt over fasene og hvordan de fungerer i samtalen. Jeg vil bruke empiriske eksempler for å knytte dette opp mot det materialet jeg utgår fra, og for å vise hvordan det gjøres i akkurat disse samtalene. Slik kan vi se på fasene som interaksjonsmønstre i samtalene.

Faseorganiseringen er altså resultatene av at deltakerne orienterer seg mot medisinske og kommunikative mål, og disse er ulike avhengige av fasene. Fasene varierer altså med målene, og kan sees på som *resultatet* av denne målorienteringen, ikke *utgangspunktet* for målene. Dette er det viktig å bemerke siden det motsatte, nemlig at fasene var utgangspunktet for målorienteringen, ville innebære en annen dynamikk i samtalene, samt at fasene ble tatt for gitt i samtalene.

"Calls are best described as *ongoing and developing sequences of actions*, actions that systematically get formed up into "calls"" (Whalen, 1990:6, original utheving, i Zimmerman 1992). Slik må vi forstå fasestrukturen like mye som en organisering av oppgaver - når en oppgave er utført, gjør dette at vi går over til en ny fase. Det er altså ikke fasen i seg selv som må gjennomføres - den oppstår på grunn av oppgavene som må løses. Målorienteringen i samtalene ligger altså ikke i

34 Strukturen i nødsamtalene er beskrevet av blant annet Heritage og Clayman (2010), Zimmerman (1992), og Whalen og Zimmerman (1987). De bruker både begrepene faser (phases) og sekvenser (sequences). For å oppklare begrepsbruken, velger jeg å bruke 'faser' for å beskrive den mer overordnede faseinndelinga i samtalene, og 'sekvenser' når jeg omtaler sekvenser *innenfor* fasene, for eksempel sideseqvenser som forekommer inne i fasene. Jeg ser altså på faser som et begrep som er overordnet sekvenser.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

å gjennomføre faser, men å gjennomføre oppgaver, og fasene blir gjennomført på grunn av dette. Fasene er underordnet oppgavene, ikke omvendt.

Jeg velger innledningsvis å gjengi en oversikt over faseinndelingen i nødsamtalene for å allerede her komme en leser i møte og gi en oversikt. Denne faseinndelingen er den jeg har funnet for disse samtalene, og baserer seg i stor grad på Heritage og Clayman (2010), som støtter seg på Zimmerman (1984 og 1992). Jeg vil presisere at dette er en versjon av faseinndelingene - andre forskere kan vektlegge andre ting, og finne andre faser eller gi dem andre navn. I tillegg vil jeg også vektlegge at det har vært viktig for meg som forsker å i størst mulig grad 'oppdage' fasene selv, ikke bare lete etter dem med utgangspunkt i en liste andre har funnet. Slik har jeg håpet å i størst mulig grad la materialet snakke for seg, i stedet for å bruke denne oversikten som en mal materialet skal passe inn i.

7.1 De ulike fasene i nødsamtalene

Denne faseinndelinga er som sagt inspirert av Heritage og Clayman (2010), men tilpasset funn i mitt materiale. Fase 5, mellomfasen, kommer jeg tilbake til i avsnitt 7.1.5.

1. **Åpning** - deltakerne skaper kontakt og etablerer relasjoner
2. **Anmodning** - en anmodning fra innringer om hjelp.
3. **Utspørring** - en spørsmål/svar-utspørring, initiert av operatøren
4. **Respons** - en svar og en respons på innringers anmodning om hjelp
5. **Eventuelle mellomfaser** - denne fasen stammer fra funn i mitt materiale. Navnet mellomfaser beskriver en fase der deltakerne holder linja i påvente av at medisinsk nødhjelp skal komme frem til innringer. Dette skjer i noen samtaler, men ikke i alle.
6. **Avslutning** - deltakerne har godkjent løsningen (responsen på anmodningen) og avslutter samtalen.

Jeg vil understreke at flere av disse fasene kan være overlappende, delvis utelatte, gli over i hverandre eller det kan gås tilbake til en tidligere fase avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg. Fasestrukturen trenger altså ikke å fremstå empirisk som like ordnet som i denne oversikten, imidlertid gir det en oversikt til både en forsker og en leser å ha en overordnet oversikt å forholde

seg til underveis.

7.1.1 Åpningssekvenser

ten Have (2002:235) skriver at åpningsfasen i seg selv innebærer tre funksjonelle faser, med fokus på samtalsens 'organizational job', altså organiseringen av samtalen, samt selve oppgavene som skal utføres. Første fase er å skape kontakt, andre fase å gjennom en presentasjon bli enige om hvilke relasjoner om gjelder, og fase tre: ærendet, det første samtaleemnet. En ytring kan ha funksjon som en eller flere av disse fasene: når operatørene i mitt materiale åpner samtalen med "medisinsk nødtelefon", har en *både* skapt en kontakt *samt* gitt en indikasjon på hvilke relasjoner som er gjeldende.

Åpningssekvenser i nødsamtaler er i mitt materiale uten unntak navneløse fra operatørens side. Operatørene svarer på oppringningen med "medisinsk nødtelefon, (sykepleier)". Den første frasen konnoterer altså *institusjonen*, i form av medisin som fag, heller enn *personen* som svarer. Noen av operatørene i mitt materiale legger til "sykepleier", men igjen er det ikke operatøren som *person* som er i fokus, det er operatørens *rolle som profesjonell* som understrekes. Hos innringerne, derimot, er det mer vanlig å oppgi navn i åpningsfasen - dette skjer i ti av 21 samtaler. Et viktig poeng her er at hvis det ikke er innringer selv som er pasienten³⁵ spiller innringers identitet mindre eller rolle enn om innringer også er pasient. I mitt materiale er denne typen samtaler i flertall - femten samtaler ringes inn på vegne av andre, mens fire blir ringt inn av pasienten selv. I de siste to tilfellene er det andre som starter samtalen ved å ringe inn på vegne av pasienten, imidlertid blir pasienten satt i kontakt med operatøren senere i samtalen.

Heritage og Clayman (2010) beskriver fraværet av navngiving (altså en hilsesekvens med navn) som at deltakerne reduserer hverandre til kategoriske identiteter. Noen søker, og noen tilbyr, 'service'. Dette rettferdiggjør og forklarer disse identifiseringsprosedyrene - samtaldeltakerne søker mot *kategoriene* de tilbyr hverandre, ikke mot *privatpersonene* de er. Kategoriene vil her være at operatøren er en representant for helsevesenet, en som kan tilby hjelp, mens innringer representerer en sak, en case, for operatøren.

³⁵ En pasient er av lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 1999-07-02 nr. 63) definert som "en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle". For videre diskusjon rundt pasientbegrepet, se f.eks "Pasient, klient, bruker eller kunde?" av Hem (2013).

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

Som nevnt over kan åpningsfasene ofte være korte i nødsamtaler. Både Heritage og Clayman (2010) og Whalen og Zimmerman (1987) viser eksempler på at denne fasen også kan være ikke-eksisterende - innringer hilser ikke eller presenterer seg selv, men går rett til anmodningsfaser. Uavhengig av hastegrad eller akutttilstand er det ingen eksempler på dette i mitt materiale - alle samtalene inneholder en eller annen form for hilsen fra innringer, i form av for eksempel "hallo", "ja heisann", "hei" eller at innringer presenterer seg med navn, for eksempel "ja, du det e Sigve Karlsen som ringe".

Et eksempel på åpningsfasen finner vi under:

[Eksempel 01]

08: Bil på hau

I=innringer, X=uidentifisert(e) person(er) i bakgrunnen, O=operatør

1. I: 'e hen cerka? ((til andre personer i bakgrunnen))
2. X: [(flere stemmer som prater samtidig i bakgrunnen)]
3. O: [medisinsk nødtelefon?]
4. I: ja hei, du, vi står oppå toppen på storåsen vi det legg en bil på haue her.
5. O: kor e dokker hen?

Vi ser at innringer åpner samtalen ved å si "e hen ca?" Det er nærliggende å tro at denne ytringen ikke er rettet til operatøren, men til andre personer sammen med innringer, og derfor ikke trenger å høre sammen med åpningsfasen mellom innringer og operatør. Åpningsfasen i denne samtalen består altså av operatørens (overlappende) hilsen fulgt av innringers "ja hei,", før innringer går over til å redegjøre for saken. At fasene glir over i hverandre, kan altså skje i løpet av en tur, og åpningsfasen består ofte bare av noen få ord.

Åpningsfaser i nødsamtaler kan altså være preget av kortfattethet sammenlignet med hverdagssamtaler, hvor åpningssekvensen ofte brukes til noe mer relasjonelt - for eksempel å spørre hvordan det går. Whalen og Zimmerman (1987) påpeker at denne knappheten i nødsamtalene må forstås i lys av samtalens oppgaveorientering og upersonlige karakter. Dette betyr altså ikke at det ikke foregår noe relasjonelt arbeid i samtalen, men at det oppgaveorienterte står i fokus.

7.1.2 Anmodningsfaser

Anmodningsfasen består i at innringer presenterer sin sak. Sacks (1992) påpeker at det å ringe til noen du ikke kjenner er en aktivitet som krever en forklaring. Dette innebærer at anmodningsfasen også kan fungere som en redegjørelse for hvorfor samtalen blir tatt, både implisitt og eksplisitt (jeg ringer hit *fordi...*) I denne fasen, som ofte overlapper med utspøringsfasen som kommer etter, begynner altså innringer å presentere sitt ærend for operatøren. Dette ærendet, eller saken, utgjør samtalsens '*monofokale fokus*' (Schegloff og Sacks 1973, Wakin og Zimmerman 1999). Samtalene dreier seg altså kun om én sak, "[...]having a singular business to transact" (Wakin og Zimmerman 1999:409).

Igjen, som vi skal se i utdraget under, kan overgangene mellom fasene skje ganske hurtig:

[Eksempel 02]

06:Hjertestans treningssenter

I=innringer, O=operatør

1. I: pust rolig prøv å pust [rolig] ((til person i bakgrunnen))
2. O: [medisinsk] nødtelefon?
3. I: ja hallo tore sivertsen her fra sprek treningssenter på tiller,
4. O: hei.
5. I: hei, v- vi har et tilfelle her nå hvor det mulig er slag da eller hjerteinfarkt av en eldre eh kvinnelig kunde?

I dette utdraget ser vi altså at etter at innringer har presentert seg og hvor han ringer fra, går over til å redegjøre for grunnen til at han ringer i tur 5. Begrepene (mulig) "slag" og "hjerteinfarkt" blir brukt for å beskrive tilstanden til pasienten. Begge disse begrepene er medisinske begreper som krever akutt tilsyn av helsepersonell, og funksjonen av å bruke disse begrepene blir å understreke det akutte i situasjonen, og behovet for å få hjelp. Innringer orienterer seg dermed mot operatøren både som en som innehar medisinsk kompetanse og også som en ressursforvalter som kan iverksette nødvendige tiltak.

Det er flere variasjoner av anmodningsfasen i materialet mitt. Et flertall av innringerne begynner å redegjøre for at de ringer, uten å eksplisitt be om (eller kreve) spesifikke typer hjelp, som for eksempel en ambulansesendelse. Dette aspektet blir bragt på bane av operatøren i senere faser av

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

samtalene. I materialet er det kun én samtale der innringer eksplisitt spør om å få hjelp i form av ambulanse i denne fasen. Jeg vil gjøre oppmerksom på at turene 1-4 som er utelatt, er mellom operatøren og en som har lånt telefonen sin til innringeren.

[Eksempel 03]

05:Mann med smerter

I=innringer, O=operatør

5. I: hallo, e=(h) æ står nedpå bunnprisen å så har så førferdelige smerter i=, i ma- ma- i bak i ryggen.
6. O: åja, de='du det, som e sy=k?
7. I: hva=?
8. O: de=du som e syk.
9. I: ja, e det muli å få en sjukebil heill nå hit?
10. O: jada, vi ska prøv å hjelp dæ,
11. I: [<X>]
12. O: [koss]telefonnummer har du, ringe du ifra du.

Spørsmålet i tur 9, samt redegjørelsen om hvorfor han ringer i tur 5, fungerer altså som en anmodning fra innringer. Heritage og Clayman (2010) skriver at denne typen eksplisitte formuleringer er uvanlige. De finner få eksempler på at innringere bruker uttrykk som "I'd like to have..." som jeg her har valgt å jamføre med det norske "er det mulig å få". I følge Heritage og Clayman er dette en måte å anmode på som minner om det en gjør for eksempel samtaler med forsikringselskaper, telefonselskap eller andre servicetilbydere. Imidlertid vil en av forskjellene mellom disse samtalene og nødsamtaler være at formen på nødsamtaler krever en redegjørelse, den krever at innringer presenterer et problem før operatøren kan avgjøre hvilken respons som skal iverksettes. I samtalene med servicetilbydere, vil en derimot som Whalen, Zimmerman og Whalen (1988) påpeker kunne bestille en vare eller tjeneste uten å oppgi en grunn.³⁶ Det er derfor vanligere i nødsamtalene å uttrykke at en *behøver/trenger* hjelp - slik ivaretas denne typen samtales krav om en redegjørelse.

En annen variant av anmodningsfasen i materialet mitt er av en mer implisitt form. Utdraget under er fra en samtale der innringer er ansatt ved et badeanlegg, og ringer 113 fordi et barn har falt og fått et kutt i hodet.

36 For en videre diskusjon om hvordan ulike innramminger av anmodningene kan føre til misforståelser, se Tracy (1997).

[Eksempel 04]

16:Kutt i hodet

I=innringer, O=operatør

6. I: vi har ei som har dott ne fra ei trapp og fått et ganske krafti= kutt i hodet her.
7. O: okei. [v-?]
8. I: [det] blør en del.
9. O: ja. (skriver)
10. I: så==, æ veititj om det e like greit at dokker bare 'sjæ=m ne en tur?
11. O: mnja.
12. kor a blør ifra?

Her ser vi at innringer i tur 10 presenterer et forslag til handling. Det utstrakte så==, der innringer holder ordet uvanlig lenge, signaliserer at han holder ordet mens han tenker seg om. Så presenterer han løsningen i en dempet form: "veititj" her gjør at han understreker at han ikke er sikker på om dette er den beste løsningen. "Like greit" impliserer at det er mulig at det finnes andre løsninger, men at det greieste muligens vil være at operatøren sender noen som "'sjæ=m ne en tur" - en formulering som kan tolkes som at det vil være lettvis å nærmest bare stikke innom en tur.

I både eksempel 3 og 4 kan vi merke oss at operatøren ikke umiddelbart innfrir på innringers forslag til handling, uten dermed å avvise dem helt. For at operatøren skal kunne iverksette en passende respons, er det flere ting som må avklares. Vi ser at operatøren i begge tilfellene går over til å spørre ut innringer for å få vite mer om situasjonen. I det første eksempelet lover operatøren først at innringer skal få hjelp, men kommer ikke med lovnader om at en sykebil skal sendes ut. I eksempel 4 kan operatørens "mnja" i tur 11 oppfattes som tvetydig. Imidlertid må vi huske på at det at operatøren går over til å spørre ut innringer, i seg selv er et tegn på at de søker å hjelpe dem. Det er altså en måte å *imøtekomme* innringers ønsker på, ikke et forsøk på å *avvise* ham eller henne med spørsmål.

Et viktig aspekt ved anmodningsfasen, er at operatørene innehar flere typer kompetanse som innringerne kan orientere seg mot. Den første og kanskje mest åpenbare, er at innringeren forventer at operatøren har en medisinsk fagkompetanse. Denne kompetansen kan være med på å belyse sider ved den medisinske situasjonen som har oppstått som innringer selv i de fleste tilfeller ikke har forutsetninger for å kunne vite noe om. Når innringeren i anmodningsfasen redegjør for saken, er det altså operatørens medisinske kompetanse han eller hun henvender seg til.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

I tillegg til dette har operatørene ansvar for ressursforvaltningen. De bestemmer hvilke tiltak som skal iverksettes, om det skal sendes ut ambulanse, hvilke medisinske råd og veiledning som skal gis. De skal bidra med adekvat hjelp i situasjonen innringer står overfor, men det er operatørene som avgjør hva den adekvate hjelpen er, ikke innringer. Som vi så eksempler på, hender det at innringer foreslår ambulanse som et alternativ i denne fasen. Dette må utredes nøyere av operatøren før en kan bekrefte eller avkrefte anmodningen. Dette innebærer igjen at spørsmålene operatørene spør om, er en del av *vurderingen* av innringers anmodning om hjelp.

Et tredje aspekt er at operatøren er den av deltakerne som har mest erfaring med nødsamtaler. Han eller hun besitter dermed en type ekspertise om hvordan en slik samtale kan og bør gjennomføres. Som vi skal se eksempler på senere, er det for eksempel av avgjørende betydning at operatøren tidlig i samtalen får rede på hvor innringer befinner seg. Derfor vil dette aspektet være noe som blir viet stor oppmerksomhet tidlig i samtalen, selv om innringeren gjerne vil redegjøre for den medisinske årsaken til at han eller hun ringer. Hvordan samtalen forløper, hva som blir tatt opp når, og hvor stor oppmerksomhet hvert enkelt tema gis, vil altså være noe operatøren har en type samtaleekspertise om.

Disse forskjellige kompetansene er altså av både profesjonell, interaksjonell og institusjonell art, noe Heritage og Clayman (2010) påpeker. Operatørene må altså ta i bruk ulike former kompetanse i samtalene, og innringerne kan orientere seg i større eller mindre grad mot de ulike kompetansene underveis i samtalene.

7.1.3 Utspørringsfaser

De som ringer 113 for å få hjelp, kan forvente at de kommer til å bli spurt en rekke spørsmål om sitt ærend. I utspørringsfasen som vi skal se på nå, er det operatøren som som oftest stiller innringer spørsmål for å få vite nok til å kunne vurdere hvilken respons som skal iverksettes.

I følge Scheuer (1998) er det å stille spørsmål og bruken av spørsmål–svar-praksiser et verktøy som kan brukes i samtaler. I denne fasen vil vi se flere eksempler på operatørens aktive bruk av disse praksisene.

I og med at analysedelen vil dreie seg om hvilke grep operatørene gjør for å forhandle frem redegjørelsene fra innringer, vil det ikke være så mange eksempler i denne faseoversikten, siden det vil bli mange eksempler fra denne fasen i analysekapittelet.

Variasjonen i nødsamtalenes lengder finner vi i følge Heritage og Clayman (2010) oftest i utspørringsfasen. Dette stemmer også godt overens med flere av samtalene i mitt materiale, selv om det kan være vanskelig å skille denne fasen fra deler av en mellomfase som kommer senere. Dette skal vi komme tilbake til i avsnittet om denne fasen.

Heritage og Clayman (2010) skriver altså at grunnen til at denne fasen kan bli forlenget, vil være om saken er atypisk, kompleks eller tvetydig. Dette virker kanskje innlysende - jo mer kompleks en sak er, jo mer vil det være å gjøre rede for, jo mer informasjon kan det være at operatøren og innringeren sammen må sortere. Det er viktig å ha i bakhodet at dette ikke kun handler om sakens reelle kompleksitet, men også om kompleksiteten i redegjørelsene som skapes mellom operatøren og innringeren.

Imidlertid overraskes Heritage og Clayman (2010) av at innringerne er så samarbeidsvillige med tanke på å svare på spørsmål i denne fasen. Med dette peker de på at innringer har anmodet om hjelp, og enda ikke fått svar på denne anmodningen, siden operatøren som oftest må stille noen spørsmål før responsen gis. De forklarer samarbeidsvilligheten hos innringerne med at den typiske nødinnringer ikke umiddelbart vil protestere mot at hans eller hennes anmodning om hjelp ikke blir innfridd (eller avslått) med en gang, siden de ser ut til å skjønne at spørsmålene angår anmodningen. Særlig gjelder dette tilfeller der operatøren er nødt til å fastslå hvor innringer befinner seg før han eller hun kan gå tilbake til innringers anmodning. Eksempler på dette skal vi se senere i analysen.

Det er imidlertid variasjoner i materialet, og det er mange aspekter som spiller inn. Innringerne kan være stresset, de kan stå oppe i en situasjon som i ytterste konsekvens kan føre til døden. Dette gjør at kanskje spesielt utspørringsfasen har en sårbarhet ved seg når innringerne er i følelsesmessige stressende situasjoner. Samtidig understreker sårbarheten at det må et tolkningsarbeid til for at denne fasen skal bli vellykket. Kanskje vil det by på større utfordringer (og mer tolkning) å få en beskrivelse ut av noen som er under stort emosjonelt press. Heritage og Clayman (2010) påpeker at det ikke er fremvisningen av emosjoner i seg selv som er gjeldende, men hvordan og om dette går ut over informasjonsutvekslingen og situasjonsbeskrivelsen til operatøren. En innringer som hulker,

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

snufser og gråter, kan likevel klare å gi informasjon om situasjonen, selv om det vil påvirke samtalene at innringer er i emosjonell ubalanse. Innringerne kan ha kontroll over følelsene, eller følelsene kan ha tatt kontroll over dem (2010:88).

I materialet vi skal se på, er det flere tilfeller der det vil være nærliggende å tro at innringer opplever svært mye stress og usikkerhet: en innringer har kjørt på en unge, en annen finner mannen sin i bilen og tror han er død. Imidlertid er det ingen av disse samtalene som kan fremvise eksempler på at innringer ikke klarer å gi et bilde av situasjonen de står oppe i³⁷. Selv om vi i flere eksempler kan se at innringer for eksempel gråter eller skjelver i stemmen, klarer operatøren i alle tilfellene å sette i verk en respons på bakgrunn av innringers redegjørelser. Dette bringer oss over til neste fase, nettopp responsfasen.

7.1.4 Responsfaser

I denne fasen fatter operatøren en beslutning om en respons, basert på bidragene fra innringer som har kommet frem i de forutgående fasene. Dette formidles til innringeren. Responsen henger sammen med hvilken hastegrad operatøren vurderer situasjonen til å være - som tidligere nevnt opererer Norsk indeks for medisinsk nødhjelp med grønn, gul og rød hastegrad, avhengig av hvor akutt hendelsen som ringes inn blir vurdert som.

Igjen kan fasene flyte over i hverandre - i materialet er det flere eksempler på at operatøren tidlig formidler til innringer at det blir sendt ut ambulanse umiddelbart, og så blir utspørringsfasen gjenopptatt, som vi var inne på i forrige avsnitt. Det er viktig å huske på at det inngår i operatørens oppgave å kontinuerlig vurdere hvilken respons som skal iverksettes - en ambulanse som er sendt ut, kan for eksempel bli kalt tilbake hvis det i løpet av samtalen kommer frem opplysninger som kan indikere at saken ikke er så akutt som først antatt.

Et eksempel på responsfasen ser vi under, der innringer ringer 113 for å melde fra om en person som har blitt funnet i et skianlegg. Innringer og personer sammen med ham får ikke kontakt med pasienten, og de tror ikke at han puster.

³⁷ Dette kan for eksempel være fordi de ikke klarer å ringe inn i det hele tatt, og dette vil dermed ikke kunne bli en del av materialet.

[Eksempel 05]

02:Mann som ikke puster

O=operatør, I=innringer, X=uidentifisert(e) person(er) i bakgrunnen

1. O: medisinsk nødtelefon.
2. I: (h)ja, det e arne johannes madsen som ringe.
3. [ifra] stordalen,
4. O: [hei]
5. I: og her har vi en person som e=, ikke får kontakt me vet itj
ka som har skjedd me=n, helt.
(høye stemmer som roper i bakgrunnen)
6. O: nei, e det nå gateadresse der dokker e eller?
7. I: det e stordalen skianlegg.
(flere stemmer i bakgrunnen)
8. X: 'geir
9. <EMF 'geir EMF>
10. I: de= må skje ganske fort for vi får itj kontakt me=n.
11. O: nei. me=n ska send ut ambulanse me en gang vi.
12. I: ja,
13. O: ja
14. I: bære send me en gång.
15. O: ja, men ikke legg på rikti enda, koss telefonnummer ringe du
fra?
16. I: (.hh) ni tre sju,
17. O: ja,
18. I: fem en,
19. O: ja,
20. I: åtte åtte åtte.
21. O: åtte åtte åtte.
22. men puste=n da?
23. I: nei, han puste itj- for øyeblikket tru itj vi.
24. [så da]
25. O: [hain] pust- (kremter) hain puste ikke?
26. I: puste ikke no.
27. O: nei, da må dokker start hjerte lungeredning på=n.
28. I: ja=, start hjerte- lun- lungeredning,
29. O: ja=, veit dokker koss dokk gjør det,
(2 SEK)
30. I: ja, vi=e ska prøv her no.(.hh)

Vi ser altså at operatøren på bakgrunn av at innringer ikke får kontakt med pasienten, gir beskjed om at det skal sendes ut ambulanse i tur 11. På dette tidspunktet er det ikke mye informasjon som har fremkommet om pasienten, men nok til at situasjonen blir vurdert som alvorlig. Operatøren gir altså beskjed om at ambulansen kommer, og konsentrerer seg videre om å få informasjon om hvilket nummer innringeren ringer fra. Når dette er avklart, styrer operatøren samtalen i retning pasienten og hans tilstand igjen. Vi merker oss også at operatøren enkelte ganger basert på opplysningene om pasienten, kan gi instruksjoner om hva innringer bør gjøre. I dette tilfellet gir

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

operatøren innringer beskjed om å starte hjerte/ lungeredning, andre instruksjoner kan for eksempel være å passe på at pasienten har det varmt eller ligger i stabilt sideleie.

I dette utdraget ser vi også at operatøren etter å ha informert innringer om at det har blitt sendt ut ambulanse, ber ham om å "[...]ikke legg på rikti enda" i tur 15. Dette kan forklares med samtals målorientering: når innringer har blitt lovet hjelp, kan dette sees på som løsningen på en oppgave, og en kan dermed avslutte samtalen. Schegloff og Sacks (1973) skriver at dette er et aspekt ved monofokale samtaler, som vi var inne på tidligere - når problemet er løst, snakket ferdig om, kan en avslutte samtalen. Det innebærer altså at det ikke er noen grunn til *ikke* å avslutte samtalen, da en har løst problemet og dermed per definisjon ikke har mer å snakke om. Imidlertid er spørsmålet om hvilken respons som skal iverksettes, bare et av mange kommunikative mål i samtalen, og det er derfor viktig at innringeren holder linja til operatøren har fått mer utfyllende redegjørelser. Der innringerne kun ser ett mål i samtalen (å få hjelp), kan operatørene se flere mål som må oppfylles. I flere samtaler er operatørene oppmerksomme på muligheten for at innringer kan komme til å legge på når denne har fått beskjed om hvilken respons som skal iverksettes, og kan søke å avverge dette ved at de eksplisitt ber innringer om å ikke legge på.

Ut fra det materialet jeg har undersøkt, ser jeg i flere samtaler i tillegg til denne at responsen fra operatøren i noen tilfeller kommer etter kun en kort del av utspørringsfasen. Dette gjelder i noen tilfeller som blir vurdert til å behøve ambulanse. I praksis vil altså dette si at en begynner på utspørringsfasen, beslutningen om å sende ambulanse blir tatt av operatøren³⁸ og meddelt innringer, og utspørringsfasen fortsetter. Innringerne i disse tilfellene vet altså at det er hjelp på vei i det utspørringsfasen fortsetter. Dette er i tråd med operatørens opplæringsdokumenter (Dreyer et al 2011b) som fastslår at beslutning om å sende ut ambulanse skal meddeles innringer siden dette kan bidra til å roe ned, og betrygger samtidig siden innringeren da vet at det er hjelp på vei.

Utdraget vi så på ovenfor, illustrerer et scenario der operatøren raskt må iverksette en respons, for så å fortsette med utspørringsfasen. Dette gjelder imidlertid de samtalene som blir ansett som mest akutte. I de samtalene som ikke blir vurdert som så akutte, kommer responsdelen ofte etter utspørringsfasen, og etterfølges av en avslutning. Et eksempel på det ser vi under, der en kvinne har ringt inn fordi hun har smerter i "høyre hjernefart" (senere referert til som høyre halvdel av hodet)

38 Jeg vil påpeke at jeg bruker begrepet 'operatører' om de som tar imot samtalene på AMK. Som jeg har vært inne på tidligere er det imidlertid både operatører (sykepleiere) og ambulansekoordinatorer som sitter på AMK. Derfor vil det muligens være riktigere å si at både operatøren og ambulansekoordinatoren tar beslutningen om å sende ut ambulanse.

og er kald på hendene. Det har tidligere kommet frem at kvinnen har vært innlagt tidligere på grunn av "hjernedrypp", og operatøren har spurt om hun har tatt smertestillende, noe kvinnen har svart avkrefte på.

[Eksempel 06]

07:Kvinne med smerter i hjernen (utdrag 01)

O=operatør, I=innringer

98. O: ja=, (.hh) fordi det e va=nli å frys når febern 'stig.
 99. å da får'n åsså vondt i 'hode=, det går influensa 'no=,
 100. I: ja(h).
 101. O: mm.
 102. (.hh) kain det vårrå nå sånt?
 103. I: æ- æ- æ- æ veit itj æ.
 104. O: ne=i.
 105. (.hh) vess du e i tvi=l, så syns æ du ska ring fastlegen din, åsså snakke du me dæm, åsså får du hø=r, ka- ka fastlegen din si.
 106. i forhold te det.
 107. om hain syns at du ska kom te en sjekk på legekantore=↑.. eller omme=h, ommeh om han mene at du ska sjå det an.
 108. I: [æ ve-]
 109. O: [har] du ringt fastlegen din?
 110. I: nei,
 111. O: nei.
 112. I: [<X>]
 113. O: [(.hh) det] syns æ du ska ta åsså gjør↑, no syns æ du ska ta åsså ring fastlegen din, i å me at du frys såpass krafti=↑, å du har 'vondt i hode=, for e- e det 'ligne det ve=ldi på sånn influensasymptoma↑.. å derfor syns æ du ska ring din fastlege.

Vi ser at utdraget åpner med en normalisering fra operatøren i tur 98: det er vanlig å fryse når feberen stiger, da får en også vondt i hodet, og nå går det influensa. Dette blir altså presentert som normalt. Videre ber operatøren om innringers egen vurdering av saken i tur 102: "kain det vårrå nå sånt?" Når innringer i påfølgende tur uttrykker usikkerhet rundt vurderingen av sin egen situasjon, følger operatøren opp med et råd. Dette utgjør altså responsen til innringer, et råd om å ta kontakt med fastlegen sin. Operatøren spør videre om innringer har ringt fastlegen sin, og når innringer svarer avkrefte på dette, følger en forsterkning av dette rådet fra operatøren i tur 113: "det syns æ du ska ta åsså gjør, no syns æ du ska ta åsså ring fastlegen din [...]". Operatøren veksler altså mellom spørsmål, handlingsanvisninger og redegjørelser når hun gir direkte råd utløst av usikkerhet hos innringer. Dette tolker jeg som et uttrykk for samtaleekspertise - å sette sammen og å bruke disse ressursene i samtalen for å råde innringer til hvordan hun videre bør handle.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

Det at operatøren vurderer innringerens (pasientens) tilstand som mindre akutt enn det denne selv gjør, kan i noen tilfeller oppfattes som betryggende - situasjonen var ikke så alvorlig likevel, kanskje holder det med en tur til fastlegen eller legevakta. Imidlertid vurderer noen innringere sin egen situasjon som mer akutt enn det operatøren gjør, og dette kan føre til at denne responsen kan oppfattes som ansiktstruende. KoKoms kompetanseplan (Dreyer et al 2011a) understreker at situasjonen likevel kan *oppfattes* som akutt for innringeren, og videre at operatøren må ta dette på alvor.

Dette ser vi et eksempel på under, der en jente har ringt 113 siden hun har vært hos fastlegen sin og fått konstatert et virus og har halsbetennelse. I dag føler hun seg imidlertid enda dårligere med feber og vondt i hals og hode, og opplever ikke at det hjelper å ta Paracet, som hun har fått beskjed om å gjøre.

[Eksempel 07]

11:Jente med hodepine

O=operatør, I=innringer

109. O: nei, men hvilket fastlegekontor e det du har.
110. I: strinda legesenter.
111. O: hæ?
112. I: strinda legesenter.
113. O: strinda ja, mm.
114. (.hh) e=h fordi at- atte det e=hm e hvis du føle dæ 'dårliar no enn du gjor da.
115. I: [ja]
116. O: [(.hh)] så syns æ for'di om legen, e=h ment at det va virus, så 'ka=in det utvikle sæ te nå bakterielt.
117. (.hh) så når du, bi d'årliare, så syns æ det at du ska kontakt strinda legesenter igjen, (.hh) for å vurder om du har fått en, en bakterieinfeksjon.. åkei?
118. så derformå du kontakt strinda legesenter og dem har øyeblikkelig hjelptima↑,
119. I: åkei
120. O: det æ 'kain gjør, de=å ring strinda legesenter for dæ å be dem om å ring opp dæ.
121. I: e=h ja men, er det ikkje slik at dokker kan komme hit?
122. fordi e føler nesten ikke at e klarer å reise meg opp(h), me=
123. O: neivel, e du så a- ka har du tatt av smertestillende da?
124. I: ja=, de=berre slik som e=h legen sa, da.
125. de= paracet, men uansett kor masse e tar, så hjelper det 'ikkje på en måte.
126. O: nei.
127. (.hh) men da tar du ett gram me paracet, kor mykje av paracet har du tadd da?

Vi ser altså at operatøren her, som i forrige utdrag, gir klare råd til innringer om å kontakte sitt legesenter. Igjen blir denne responsen grundig redegjort for, og det blir i tillegg påpekt at legesenteret har øyeblikkelig hjelp-timer. Her kan vi også se at det ligger noen institusjonelle begrensninger i operatørens ansvarsområde. Det er ikke AMK som har ansvaret for å vurdere om dette er en bakterieinfeksjon eller ikke, det er en representant for en annen type etat - nemlig fastlegen. Det operatøren gjør, er altså å gi innringer råd om å henvende seg til fastlegen som kan gi henne en grundigere vurdering.

Operatøren tilbyr seg etter redegjørelsen å ringe til innringers legesenter slik at de kan ta kontakt med henne i tur 120. Innringer protesterer imidlertid mot denne responsen: "e=h ja men, er det ikkje slik at dokker kan komme hit?" Her signaliserer "men" at handlingsforslaget er problematisk eller har noen svakheter ved seg: som innringer har forstått det, kan "dokker" (som kan tolkes å bety representanter fra helseinstitusjonen, altså St. Olavs hospital) komme hit i stedet for, siden hun vurderer sin egen helsesituasjon som så dårlig at hun ikke føler at hun klarer å reise seg opp. Operatøren går deretter i gang med en ny utspørringsfase for å finne ut om det er flere aspekter som kan påvirke responsen som ikke tidligere er kjent.

Vi har altså sett på tre utdrag fra responsfaser - en der situasjonen oppfattes som akutt av operatøren og responsen kommer tidlig i samtalen, og to der operatøren råder innringeren til å ta kontakt med sin fastlege eller legesenter. Oppsummert kan vi si at i de mest akutte tilfellene kommer ofte responsen tidlig i samtalen, og operatøren går tilbake til utspørringsfasen, mens de mindre akutte tilfellene viser at operatøren bruker responsfasen som en overgang til avslutningsfasen. Imidlertid, hvis innringer har innvendinger mot operatørens respons, ser vi at operatøren kan vende tilbake til en utspørringsfasen for å se om det er flere opplysninger som kan ha innvirkning på responsen.

7.1.5 Eventuelle mellomfaser

Før jeg går inn på hva denne fasen innebærer, kan det være greit å trekke fram noe av det som ble nevnt i innledningen til dette kapittelet. Vi må altså huske på at fasene er et resultat av at deltakerne orienterer seg mot medisinske og kommunikative mål. I forlengelsen av dette kan vi si at det er fullt mulig at en fase ligner på en annen i utforming - for eksempel at det stilles spørsmål - men hvis de kommunikative målene er forskjellige, vil dette si at oppgavene som skal utføres har en annen *funksjon*, og at dette dermed kan sies å være en annen fase.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

Navnet mellomfase har jeg valgt fordi denne i større grad representerer en slags overgang mellom responsfasen og avslutningen heller enn å være helt avgrenset. Som jeg ser det, finner vi hovedgrunnen til at denne fasen opptrer i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, det medisinske oppslagsverket som brukes på AMK. Her kan en nemlig lese at i tilfeller som blir vurdert til hastegrad rød, bes operatøren om å holde forbindelsen med innringer. Dette vil med andre ord si at denne mellomfasen kan opptre i de tilfellene som blir vurdert som akutte. I tillegg er det også et eksempel i materialet på at operatør og innringer holder linja i selv om tilfellet blir vurdert av operatøren som mindre akutt, men der operatøren søker å roe ned innringer, pasienten og pårørende i det som for dem kan oppleves som en skremmende situasjon.

Grunnen til at jeg igjen trekker frem de medisinske og kommunikative målene, er at jeg under arbeidet med faseinndelingen har diskutert om denne mellomfasen er en egen fase, eller om den heller bør sees på som en forlengelse av utspørringsfasen. Jeg har kommet frem til at det blir mest riktig å kalle dette en egen fase, nettopp på grunnlag av forskjellen i de kommunikative oppgavene som utføres i denne fasen kontra for eksempel utspørringsfasen. Selv om disse fasene tilsynelatende kan se like ut, og begge kan ta form som spørsmål fra operatøren, er altså de kommunikative målene annerledes i de respektive fasene.

Hva ligger i dette? Jo, når operatøren i utspørringsfasen stiller spørsmål til innringer, er det for å komme frem til en dugende beskrivelse. Å komme frem til denne redegjørelsen, vil sette operatørene i stand til å iverksette en handling, den passende responsen. Det er altså det som er det overordnede målet i utspørringsfasen - å komme frem til en dugende beskrivelse. I mellomfasen, derimot, er ikke lenger målet å få fatt i denne beskrivelsen - dette ærendet ble utført i utspørringsfasen. Det vil altså si at når operatøren fortsetter å stille innringer spørsmål, har spørsmålene en annen *funksjon* - det kan for eksempel være å spørre for å hjelpe innringer med å forholde seg rolig til ambulansen kommer.

Å holde forbindelsen ivaretar behov både hos innringeren og operatøren. Innringeren kan få råd og veiledning ved å ha en fagperson å støtte seg til, og operatøren kan få informasjon om situasjonen hos innringer, altså tilstanden til pasienten, skulle forverre (eller forbedre) seg, og kan dermed bistå med mer hjelp samt gi beskjed videre til ambulansen, slik at ambulanspersonellet vet hva som venter dem. I tillegg kan det som tidligere nevnt bidra til å roe ned innringer, både hvis han eller hun selv er pasient eller ringer på vegne av andre. Dette bekreftes blant annet av Forslund et al

(2005), som skriver at pasienter opplevde det som beroligende at de kunne få råd og støtte mens de ventet på ambulansen.

I materialet mitt opptrer denne mellomfasen i 11 av 21 samtaler. Siden den er relativt utbredt, blir det enda viktigere å kunne forstå og beskrive det som utspiller seg i denne fasen av samtalen. Noen av disse utdragene er svært lange - samtalen vi skal se et utdrag fra under, varer i over 26 minutter, og mellomfasen er lang, både målt i turer og minutter. Jeg viser derfor kun et utdrag fra en del av fasen, men vil argumentere for hvorfor dette utdraget er illustrerende for mellomfasen.

I utdraget er innringer en mann som har kjørt på et barn på veien. Jenta er bevisst, men gråter og blør fra hodet. Innringer og operatør har sammen kommet frem til hvor ambulansen kan kjøre for å komme frem, siden dette har skjedd på et sted uten nøyaktig gateadresse, og operatøren har fått innringers telefonnummer. Luftambulanse er rekvirert. Innringer er preget av situasjonen, og operatøren har instruert ham om å holde jenta varm og å stimulere henne for å holde henne våken. Samtalen bærer flere plasser preg av at det er dårlig dekning i området der innringer befinner seg.

[Eksempel 08]

15:Kjørt på en unge

O=operatør, I=innringer

500. O: eh, men det e fortsatt veldig viktig i og me at vi ikke har nåkka medisinsk hjelp fram te dokker at du bare hold tråden altså.
501. I: mnja.
502. O: eh, koss e det me dekning i forhold te på telefon din og sånn no a?
503. du har, nok <XX>
504. I: ja det går bra det.
505. O: det e det, bra ja.
506. ja=, e= batteriet tenkt æ på å.
507. I: ja det e bra det.
508. O: ja.
509. førr æ tenkt eventuelt, hvis du=, m, det e ikke nå fare førr at du plutseli dett ut på grunn av det førr då har æ måtta hadd et anna mobilnummer å= ringt, i tillegg.
510. I: mm.
511. O: men det e greit,
512. (.hh) e a s=, e a sløver no.
513. I: nei a- byinn <X> ja.
514. O: hu gjør det?
515. I: ja.
516. O: ja.
517. I: <X>.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

518. O: det e klart altså opp i alt sammen så har a jo også en hjernerystelse saint,
519. I: ja,
520. O: så det e klart atte det vil jo art sæ sånn atte=n blir sløv og,
521. men det e bare å stimuler a o=g,
522. snakk te a.
523. kanskje spesielt mor da oppi det her,
524. I: ja

Vi ser at utdraget starter med at operatøren understreker viktigheten av at de holder kontakten til medisinsk hjelp er fremme hos innringer. Denne ytringen markerer altså overfor innringer at kontakten med operatøren vil vare helt frem til innringer får hjelp av annet medisinsk personell som kommer til stedet. Ytringen markerer da på sett og vis hvor lenge samtalen skal vare, og avskriver i tillegg muligheten for å bryte kontakten.

Vi ser også at operatøren i tur 502 spør hvilke forhold det er på innringers telefon. De har snakket sammen i omtrent 18 minutter og 40 sekunder, og innringer har tidligere opplyst at det er ca 20 minusgrader ute. Siden operatøren nå har understreket viktigheten av å holde linja til annen hjelp er på stedet, framstår dette som en praktisk undersøkelse: hvis innringer står i fare for å gå tom for batteri, må operatøren ha et telefonnummer til noen andre på stedet slik at hun kan ringe opp.

Tidligere i samtalen har det blitt avklart at pasienten har skader i hodet, et kutt, men at hun er ved bevissthet og gråter. Operatøren stiller videre et spørsmål om pasientens tilstand i tur 512: "[...] e a sløver no." Innringer svarer på dette i neste tur, og operatøren bruker de neste turene på å normalisere aspekter ved situasjonen - det er klart at hun (pasienten) har fått en hjernerystelse, og det er klart at dette vil arte seg slik at en blir sløv.

Vi kan si at noe av det som foregår i mellomfasen, er en form for sosialt snakk - som kun omhandler samtalen og situasjonen. Samtalen holdes i gang mens en venter, og det kan derfor skje at spørsmål blir stilt flere ganger, eller at det blir bedt om en utdyping på noe som operatøren ikke nødvendigvis trenger å vite for å iverksette en respons. Tidligere i mellomfasen i eksempelet over, har operatøren for eksempel spurt om omstendighetene rundt påkjørselen, og har gjentatt flere ganger at det er viktig å holde jenta varm og å stimulere henne.

Som jeg var inne på tidligere, kan det også forekomme tilfeller som ikke blir vurdert som akutte, der operatøren likevel, hvis det er kapasitet på AMK, holder linja litt lenger for å forsøke å roe ned innringeren. Dette kan bidra til en følelse av å bli ekstra ivaretatt - rett og slett en ekstra trygghet for

den som ringer inn. Dette kan tolkes som at det ikke er nødvendig for operatørens del, men tilbys som en tjeneste til innringeren. Et eksempel på dette stammer fra en samtale som ikke blir vurdert som akutt, der en mann ringer inn på vegne av en dame muligens har et astmaanfall og som hyperventilerer.

[Eksempel 09]

21:Hyperventilerer

O=operatør, I=innringer

133. O: ja=, det e førdi at=a hyperventilere sånn.
hvis hu driv å hyperventiler over en lengre periode så kan=
a svim av.
134. I: ja, [ja]
135. O: [det] e itj nå fa=rli, men at det e viktig [at]
136. I: [(h) ja]
137. O: a(h).. [på] en måte får 'pu=sta roli å gjerne pusta i den
papirposen.
138. I: [mm]
139. mm.
140. O: at dokker rundt dokker på en måte klare å=, å [få] a te å
ro sæ ne å pust greit.
141. I: [ja]
142. ja.
143. mm.
144. O: ja.
145. I: nei men æ ska ta åsså= gjør det.
146. O: vi kan, vil du vi ska hold linja litt te dokker har fått
prøvd å roa=a ne?
147. I: (.hh) ja vi kan jo=, vi kan gjør det.
148. O: ja.

Operatøren har i løpet av denne samtalen snakket med pårørende, og snakket til pasienten, som ikke klarer å gi noen respons tilbake annet enn å hive etter pusten. Pasienten har uttrykt at hun ikke ønsker noen ambulanse, men operatøren fortsetter likevel samtalen med en av de pårørende. På et tidspunkt gir operatøren beskjed om at det kommer inn en ny nødsamtale, så hun setter dem på hold mens denne pågår, og tar dem inn etterpå. Idet hun er tilbake, fortsetter hun å gi råd om hvordan de som pårørende bør opptre for å gjøre situasjonen så behagelig som mulig for pasienten før samtalen avsluttes. Operatøren gjør altså et relasjonelt arbeid, der hun forsøker å roe ned både pasienten og innringeren før samtalen avsluttes, og presiserer også, som det står i indeksen, at det bare er å ringe opp igjen hvis pasienten blir verre.

Det at mellomfasen eksisterer, henger altså nøye sammen med operatørens bruk av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som instruerer operatørene i å holde linja i tilfellene som krever en rød

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

respons.

7.1.6 Avslutningsfaser

Denne fasen er et resultat av deltakernes arbeid og kommunikative problemløsning i samtalen, og viser seg i at deltakerne har funnet en løsning på saken som har blitt presentert. Hva denne løsningen består i, varierer fra samtalen til samtale. I noen samtaler blir operatør og innringer enige om at innringer skal kontakte fastlege, eller ringe tilbake om tilstanden forverrer eller forandrer seg. Under følger fortsettelsen på eksempel 6, som vi så på i responsfasen:

[Eksempel 10]

07:Kvinne med smerter i hjernen (utdrag 02)

I=innringer, O=operatør

112. I: [<X>]
113. O: [(.hh) det] syns æ du ska ta åsså gjør↑, no syns æ du ska ta åsså ring fastlegen din, i å me at du frys såpass krafti=↑, å du har 'vondt i hode=, for e- e det 'ligne det ve=ldi på sånn influensasymptoma↑,.. å derfor syns æ du ska ring din fastlege.
(2 sek)
114. I: okei.
115. O: greit, da får du gjørra det me e=n gang, sånn at legen får vurder det.
116. I: greit det.
117. O: ja(h).
118. mm.
119. ha det bra no å lykke te?
120. I: hei.
121. O: ja, hadet no.

Her gir operatøren i tur 113 råd basert på innringerens redegjørelser. Dette fungerer også som en handlingsanvisning til innringeren om hva hun bør gjøre. Vi ser at innringer godtar løsningen som operatøren legger frem i tur 114 og videre116, og at operatøren i tur 115 forflytter et ansvar - operatøren gir råd om å oppsøke legen, slik at han eller hun videre kan vurdere dette. Siden det nå er enighet om hva innringer bør foreta seg, kan samtalen avsluttes. Vi gjenkjenner i turene som følger avslutningsfraser som "ha det bra no", "hei"³⁹ og "hadet", som avslutter samtalen. Vi kan merke oss at operatøren i tillegg ønsker innringer lykke til - dette ville kanskje ikke blitt regnet som passende hvis situasjonen var mer alvorlig?

39 Dette er et eksempel på en ytring som kan brukes både for å innlede og å avslutte en samtale. Her trengs det altså kontekstuell informasjon for å kunne si noe om *funksjonen* til ytringen.

I andre samtaler fungerer det som en løsning at ambulansen kommer frem til stedet innringer befinner seg - da er hjelpen kommet frem, og helsepersonell på stedet tar over. Dette ser vi i utdraget under, der en kvinne med et barn har falt om på fortauet og har blitt funnet av personer som passerte henne i en bil. Flere operatører (muligens ambulanseskoordinator) og flere innringere har vært snakket sammen i denne samtalen, som vi ser av deltakerne i utdraget, O2, I2 og I.

[Eksempel 11]

14:Kvinne falt om på fortauet

O2=operatør 2, I2=innringer 2, O=operatør

139. O2: bil en, kjør videre rett frem mot åstun.
 140. ba- bare sjå etter bilen no, førr den e rett ved siden
 av [der]
 141. I2: [ja]
 142. dem må sikkert kjør inn på gangfeltet her da
 143. O2: jada, [men]
 144. I2: [det] står no en to tre støkker der
 145. O2: han ser dem no fra fortauet han itj sant?
 146. I2: (.hh) han sjer mæ no tenke ¹[æ]¹
 147. O2: ¹[ja]¹ gre²[it]²
 148. I2: ²[her]² e dem
 (stemmer i bakgrunnen)
 149. O: takk førr hjelpe'
 150. I2: greit det du, hadet.
 151. O: h- hei.

Vi ser at innringer takker for hjelpen han eller hun har fått i løpet av samtalen. Ved et tilfelle ser faktisk også at innringer ber om unnskyldning for sin oppførsel i samtalen. Dette utdraget er fra en samtale der to innringere ringer inn for å få hjelp til sin mor, som har problemer med å puste. Den ene innringeren har gitt tydelig uttrykk av frustrasjon over situasjonen som har oppstått, og har tidligere i samtalen tatt i bruk flere banneord, noe som kan tolkes som en ansiktstruende handling.

[Eksempel 12]

18:Kvinne med pusteproblemer

I=innringer, O=operatør

280. I: ja æ trudd æ hørte akkurat no (sirener i bakgrunnen)
 281. O: ja e nå høre du dem.
 282. I: ja, ja.
 283. O: da får dokk bare gå å ta imot ambulansen.

7. Faseorganiseringen i nødsamtalene - analyse del 1

284. I: åkei tusen tusen takk for [hjelpa]
285. O: [ja] bare hyggelig.
286. I: o- o- onnskyld meg det va æ va bare litt sånn er klart ikke
å snakk om til
287. O: neida men d[et
288. I: [fo]r di
289. O: det går helt fint.
290. I: ja, ja, onnskyld m[æ.]
291. O: [jad]a- det går bra.

Også her ser vi at innringer takker for hjelpen. Denne samtalen har imidlertid ikke typiske fraser som "ha det bra", men uten at den avsluttes brått. Innringer har fått hjelp, ambulansen er på stedet, og innringer har i tillegg fått redegjort for det som kan ha blitt tolket som en ansiktstruende handling tidligere i samtalen. Dette kan tolkes som at både operatør og innringer anser de kommunikative målene i samtalen som løst, og det blir derfor naturlig å avslutte samtalen her.

7.2 Oppsummering

Vi har nå gått gjennom fasene som kjennetegner virksomhetstypen nødsamtaler i mitt materiale. Som vi har vært inne på tidligere, er det ikke alle samtalene som inneholder alle fasene: åpningsfasen kan for eksempel være utelatt, samtalen kan istedet begynne med anmodningsfasen, og heller ikke alle samtalene har en mellomfase. I tillegg er det ikke alltid at disse fasene opptrer i nøyaktig den rekkefølgen jeg har lagt frem her, og noen ganger veksles det litt frem og tilbake mellom fasene avhengig av de kommunikative målene som skal løses. Derfor vil jeg minne leseren på å ikke se på denne faseoversikten som en tvangstrøye - de er underordnet oppgavene og målene deltakerne orienterer seg mot i samtalene. De kommunikative målene og oppgavene gir altså strukturen, og faseovergangene, da en går over fra en oppgave til en annen, fører til en ny innramming av interaksjonen mellom innringer og operatør.

8. Operatørenes bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

8.1 Innledning

I delen som omhandlet nødsamtalenes fasestruktur (kapittel 7), viste jeg til Schegloff (2002:274), som mener at en må se på helheten før en kan studere delene. Nå da vi har fått et overblikk over nødsamtalenes fasestruktur som helhet, kan vi se på det som er hovedmålet for analysen, nemlig å se hvilke samtaleverktøy operatørene tar i bruk for å forme redegjørelsene fra innringeren. Dette er interessant å utforske fordi operatørene er avhengige av dugende beskrivelser, redegjørelser som setter dem i stand til å handle, altså til å iverksette en passende respons. Derfor vil det å undersøke hvordan disse redegjørelsene blir jobbet frem, være nyttig for å forstå hvordan samtalene fungerer, siden disse redegjørelsene er en så omfattende kommunikativ oppgave.

Fra teoridelen husker vi at jeg legger til grunn et dialogistisk syn på språk og kommunikasjon. Med dette ståstedet vil det være problematisk, for ikke å si umulig, at det kun er én part som former interaksjonen - interaksjonen og meningen skapes og formes i samspillet mellom deltakerne. Imidlertid må vi ha i bakhodet det vi har vært innom i teorikapittelet - i virksomhetsypen nødsamtaler (som i institusjonelle samtaler generelt) har den ene parten en ekspertise som den andre ikke har. I disse tilfellene dreier det seg om flere ulike kompetanser som operatøren innehar: en medisinsk fagkompetanse, en kompetanse om ressursbruk og ressursforvaltning, samt en samtalefaglig ekspertise - operatøren har kunnskap om hvordan samtalene skal/bør utføres for å ivareta saken på en effektiv måte. Dette ser vi i operatørenes kompetanseplan, der det understrekes at selv om relevant informasjon kan komme spontant fra innringer, er det viktig å sikre informasjon ved hjelp av et mønster med spørsmål for å kunne vurdere og prioritere hendelsen. I tillegg skal operatørene også kjenne til hvordan de er "den styrende part i samtalen" (Dreyer et al 2011b:38).

Disse opplysningene forteller oss at operatøren har et ansvar for hvordan samtalene gjennomføres. Ved å være "den styrende part", må de navigere innringer gjennom disse mønstrene av spørsmål, med blant annet Norsk indeks for medisinsk nødhjelp som veiviser. Operatøren har altså i kraft av sin kompetanse et særskilt ansvar for at samtalene gjennomføres på en måte som ivaretar innringerens behov på en mest mulig effektiv måte. Dette fritar ikke innringer for ansvar i samtalen - både operatøren og innringer forholder seg til et sett av rettigheter og plikter, som vi har vært inne på tidligere. Imidlertid er operatøren den som i størst grad har rett (og plikt) til å lede samtalen slik

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

at dette ivaretas.

Kompetanseplanene fra KoKom og medisinsk indeks legger altså noen premisser for samtalen. I virksomhetstypen nødsamtaler gir altså disse premissene noen rammer for interaksjonen mellom deltakerne gjennom å styre hvordan operatøren igjen må styre samtalen.

8.2 Fremvise samtaleekspertise

Det meste av materialet fra analysene er hentet fra utspørringsfasen, selv om det enkelte steder kan være vanskelig å avgjøre hvor anmodningsfasen slutter, og utspørringsfasen begynner. I det første eksempelet har jeg imidlertid valgt å vise et utdrag fra begynnelsen av samtalen, altså gjennom åpningsfasen og anmodningsfasen. Dette gjør jeg for å illustrere at det som skjer i de første fasene også er med på å danne grunnlaget for det som utspiller seg i utspørringsfasen - operatøren venter ikke til denne fasen med å utvise kompetanse om hvordan samtalen kan og bør utføres, det skjer kontinuerlig. Allerede her må altså operatøren løse innringer innom temaer i bestemt rekkefølge.

Utdraget under er hentet fra en samtale der en mor ringer på vegne av sin lille sønn, som har satt noe fast i halsen og ikke får det opp. Det er hentet fra starten av samtalen, og vi kan bruke dette til å se hvilke opplysninger operatøren må ha kjennskap til før han kan konsentrere seg om den medisinske årsaken til at samtalen blir ringt inn. Operatøren må altså allerede på dette tidspunktet i samtalen ta noen grep for å styre samtalen mot det han trenger å få vite.

[Eksempel 13]

03:Gutt med noe i halsen

O=operatør, I=innringer, X=uidentifisert(e) person(er) i bakgrunnen

1. O: medisinsk nødtelefon, sykepleier.
2. I: <HI ja HI> heisann, du æ har en liten gutt som ha=r.. e= har nåkka i nerri (h)halsen si(h)n,
3. O: jaha=,
4. I: sekkert nåkka=, nåkka som sett fast så=n å hoste å, å skrik å=, æ får=e itj opp(h)
5. O: nei,
(skriver) (2 sek)
6. I: hem=, k(h)a ska æ gjør(h),
7. O: telefonnummeret du ringe fra, e det nittito femtien førtisju åttiåtte?

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

8. I: 'ja, (h)
9. O: mhm, hvilken adresse e dokker på?
10. I: vi e=, i storvika, [søtti]tre seksten40 storvik.
11. O: [ja.]
12. <P akkurat, P> har du nå gårds og bruksnummer der?
13. I: e=hm(h),
14. hain 'skri=k <X>, puste [<X>] streve veldi.
15. O: [mm.]
16. I: ehm=, æ ska spør om gårds og bruksnummeret æ.
17. O: mm.
18. I: vent littegrann.
19. ka= e gå=rds og bruksnummeret pappa?
20. X: <X>
21. I: ka e gå=rds [og b-]
22. X: [hoinner]åtreåfemti.
23. I: hoinneråtreåfemti?
24. X: ja <F hoinneråtreåfemti kan du sei F>
25. I: ja. hoinneråtreåfemti hørre du vel.
26. O: mm,
(barn skriker i bakgrunnen)
27. O: men hain klare å få luft i sæ.

Vi ser at innringers første ytring i tur 2 kun inneholder opplysninger som vedrører saken, og ikke noen opplysninger som kan brukes av operatøren til å finne ut hvem innringer er, eller hvor hun ringer fra. Dette er en av fem samtaler hvor innringers første ytring er av denne typen - altså uten noen *identifiserende* opplysninger, kun *saksorienterte*.

Operatøren responderer i tur 3 med "jaha=", og det at den siste a-lyden forlenges, kan tolkes som en oppfordring til å fortelle mer. Intonasjonen er fortsettende, ikke spørrende, og siden innringer i neste tur velger å fortsette å fortelle om saken, ser vi at operatørens ytring blir tolket som nettopp en oppfordring til å fortsette å fortelle. Innringer fortsetter med å gi et bilde av situasjonen, og presenterer med dette seg selv som en gyldig innringer, med en gyldig sak: En liten gutt har satt noe fast i halsen sin, og i tillegg følger en opplysning om at hun (innringeren) ikke får opp det som sitter der. Dette innebærer altså en forverring av saken - innringer har lokalisert hva som er problemet, nemlig at gutten har noe som sitter fast i halsen, og hun har forsøkt å gjøre noe med det, og ikke lyktes.

Operatørens respons på dette i tur 5 er "nei,", og i bakgrunnen høres lyder av skriving på et tastatur. I og med at vi hører at operatøren skriver, er det nærliggende å tro at det som skrives omhandler saken slik innringer har beskrevet den. Selv om "nei" er et nektende ord, kan *funksjonen* her være at dette er en respons som bekrefter. Vi noterer oss også at intonasjonen er fortsettende, noe som kan tolkes både som at operatøren vil si mer, eller at hun åpner for en kommentar fra innringer.

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

Innringer gir operatøren litt tid - mens skrivingen pågår er det en pause på to sekunder. Innringer venter på en uttalelse fra operatøren, og venter for å gi rom for denne ytringen. Når denne ikke kommer, går innringer mer offensivt til verks. Etter to sekunder med skriving, spør innringer eksplisitt "hem=, k(h)a ska æ gjør(h)," i tur 6. Innringer orienterer seg altså mot hva *hun* kan bidra med i denne situasjonen (ikke mot for eksempel en ambulansetsendelse). Ikke desto mindre er det faktisk operatøren hun spør om hjelp - han fremstår med dette som en person som kan tenkes å inneha en form for løsning, og dermed innehar kunnskap og en grad av autoritet.

Heller ikke i tur 7 som følger, kommenterer operatøren eksplisitt saken som innringer har beskrevet. Hun spør om telefonnummeret hun ringer fra, er det hun ramser opp. Hun er altså orientert mot den kommunikative oppgaven hun må få svar på før hun kan gå over til innringers ærend.

At operatøren istedet for å svare på spørsmålet til innringeren selv stiller et spørsmål i tur 7, fungerer altså som et temaskifte. Det er interessant, spesielt fordi temaskifter sjelden kommer så brått (altså, så markert) som dette, og ikke minst fordi innringer i foregående ytring kom med et spørsmål, som operatøren besvarer med et annet spørsmål med et annet tema. Begrepet 'nærhetspar' (se for eks. Norrby 04) sier oss at et spørsmål ofte vil bli fulgt av et svar - det skjer ikke her. Dette vil altså si at operatøren med dette fremstår som den som a) har rett til å skifte tema og b) kan velge å svare (eller ikke svare) på spørsmål fra den andre. Operatørens rolle som den som styrer samtalen kommer dermed tydelig frem i løpet av disse turene og videre i tur 9 og 12.

Et viktig poeng er også at det ikke er så enkelt som at operatøren selv konstituerer seg selv som samtaleleder. Når operatøren bytter tema og unnlater å svare på innringers spørsmål, signaliserer dette at det er operatøren som tar styringen i samtalen (som beskrevet i kompetanseplanene). Imidlertid ville jo ikke en slik selvutnevning "virke" hvis innringer nektet å godta denne ordningen - hun kunne ha fortsatt å stille spørsmål om hva hun skulle gjøre, hun kunne ha påpekt at det fremstår som ganske unnlattende, og kanskje også frekt, å ikke svare når noen spør deg om noe. Hun kunne altså motsatt seg denne asymmetrien som blir fremvist. Men det gjør hun ikke - i neste ytring svarer hun på operatørens spørsmål, og "godkjenner" med dette at operatøren har rett til å stille spørsmål, og at hun som innringer har plikt til å svare på spørsmål, ikke omvendt. Operatøren kommer med enda et spørsmål i tur 9, denne gang om hvilken adresse de befinner seg på, og også dette blir besvart uten innvendinger fra innringeren.

I det innringeren oppgir adressen i tur 10, viser det seg at hun og pasienten befinner seg på et sted

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

uten gateadresse. Innringer kan bare gi et stedsnavn og et postnummer. Operatøren kommer deretter med et oppfølgingsspørsmål, nemlig om innringer har gårds- og bruksnummeret dit. Innringeren nøler i tur 13, "e=hm(h)", og dette kan sees på som en slags tenkepause - hun tar ordet i turen og holder det mens hun bruker tiden til å tenke seg om. Men hennes neste ytring er ikke et svar på operatørens spørsmål - hun orienterer seg igjen mot saken, altså grunnen til at hun ringer inn. Hun fortsetter å fortelle om gutten i tur 14, "hain 'skri=k <X>, puste [<X>] streve veldi." Midt i denne turen overlapper operatøren med et "mm." Dette fungerer som en tilbakemelding til innringer om at operatøren hører hva hun sier, men vi ser at intonasjonen er avsluttende. Det trenger altså ikke å bli oppfattet som en oppmuntring til at innringeren skal fortsette å fortelle om dette. Og sånn blir det også behandlet - innringeren nøler igjen i tur 16, "ehm=", og orienterer seg dermed mot gårds- og bruksnummeret, som hun skal spørre (faren) om. Hun utfordrer altså operatørens måte å lede samtalen på ved å ikke svare på hans spørsmål. Hun får en respons på sin ytring, men ikke en respons som i stor grad oppfordrer henne til å fortelle mer, og hun vender seg dermed mot operatørens spørsmål igjen og søker å svare på dette.

Etter å ha konferert med faren i bakgrunnen, kan innringer gi svar på operatørens spørsmål om gård- og bruksnummer. På dette tidspunktet vet vi altså at operatøren har fått kjennskap til en del saksopplysninger - hun vet at en gutt har satt fast noe i halsen, hun vet at innringer har forsøkt å få dette opp, uten hell, hun vet at gutten hoster, skriker og strever med å få puste (imidlertid, siden gutten faktisk klarer å skrike og hoste, klarer han også å få litt luft i seg). I tillegg vet hun nå *hvor* innringeren befinner seg, og *hvilket telefonnummer* hun ringer fra.

For å forstå interaksjonen, er det en del ting vi må ha i bakhodet. For det første - hvis situasjonen vurderes som så akutt at operatøren må sende ut en ambulanse, er han avhengig av å vite hvor han skal sende den. Altså - hvis innringeren kun orienterer seg mot saken, og ikke opplyser om hvor dette finner sted, tar det altså lenger tid før en ambulanse eventuelt kan sendes ut. Og det bringer oss over på det andre punktet - tid. Jo tidligere en får avklart hvor innringer befinner seg, jo tidligere kan en være i beredskap for å rykke ut, hvis dette skulle vise seg å være nødvendig. Allerede nå kan en ambulansekoordinator begynne å gjøre klart til å sende ut en ambulanse, hvis det skulle vise seg at det er behov for det. Slik sikrer en at hvis det avdekkes i løpet av en samtale at det er behov for en ambulanse, slipper å bruke tid *da* for å finne ut hvor den skal sendes.

Der innringer i sin første ytring i tur 2 orienterer seg mot saken og ikke stedet, må altså operatøren vise at han må vite hvor dette har skjedd før de kan fokusere på hva som er skjedd. Dette gjør han

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

uten å avbryte innringeren eksplisitt. Etter innringerens første ytring kommer han selv med en ytring som kan tolkes som "fortell mer" - og her er det også åpning for at innringer kan komme inn på hvor de befinner seg. Når dette ikke skjer, heller ikke etter innringerens neste tur, begynner operatøren likevel å skrive. Det er nærliggende å tro at han begynner å dokumentere, som også må forstås som noe som ligger rundt disse samtalene - alle innringte saker blir gitt et saksnummer kalt AMIS-nummer, og alle sakene skal dokumenteres med for eksempel iverksatte tiltak, vurderinger som har blitt gjort, hvilken hastegrad henvendelsen har fått.

Når innringer så enda en gang ikke kommer med opplysninger om hvor de befinner seg, men istedet spør hva hun skal gjøre, må operatøren eksplisitt gjøre noe for å innhente disse opplysningene. Derfor kommer det altså det ganske brå temaskiftet i tur 7 - fordi det å finne ut hvilket nummer innringer ringer fra, vil være nyttig hvis samtalen av en eller annen grunn skulle bli brutt. Og av samme grunn kan vi forstå operatørens overlapp med innringer i tur 15 - det oppfordres ikke til en utdyping, fordi det spørsmålet han stilte i forrige ytring, må besvares *før* han kan gjøre noe med dette.

Og så etter ganske nøyaktig ett minutt, henvender operatøren seg mot den medisinske årsaken, altså guttens tilstand, i tur 27: "men hain klare å få luft i sæ." Når opplysningene om hvor innringer befinner seg og hvilket nummer hun ringer fra er klarlagt, kan operatøren orientere seg om det som har skjedd, og hvordan tilstanden pasienten til pasienten fremstår. Her går samtalen over til en utspørringsfase, der operatøren må fortsette arbeidet han har lagt ned i de forrige fasene for å forsøke å få frem så relevante redegjørelser som mulig fra innringeren.

Før vi beveger oss videre til eksemplene fra utspørringsfasene, vil jeg igjen minne om de dugende beskrivelsene. Operatørene trenger altså en redegjørelse som er god nok til å handle ut fra - altså til at de kan bestemme hvilken respons som skal iverksettes. Å fullføre denne kommunikative oppgaven kan dermed gjøre operatørene i stand til å bevege seg fra utspørringsfasen, fase 3, til responsfasen, fase 4.

8.3 Dynamiske spørsmålsstrategier

I dette utdraget er innringer ei jente som har hodepine. Operatøren og innringer har fastslått hvor innringer bor, og innringer har fortalt om et legebesøk og at hun har følt seg dårligere etter dette

besøket. I utdraget under kommer deltakerne inn på hvordan innringer oppfatter sin medisinske tilstand, og de forsøker å komme frem til en felles forståelse av situasjonen:

[Eksempel 14]

11: Jente med hodepine

I=innringer, O=operatør

63. I: menne= i natt så begynte det at e begynte å bli=, asså e hadde e- litt vondt i haudet fø=r, menne=, ja.
 64. menne=
 65. O: [mm.]
 66. I: [i] natt så berre= var det veldig dårlig @.
 67. O: [ja=.]
 68. I: [åsså] e det fortsatt, e= veldig vondt i haudet.
 69. O: ja du har 'økende hodepine eller har du like vondt i hodet.
 (2 sek)
 70. I: e- ja(h). ((nølende stemme))
 71. O: ja.
 72. I: ja.
 73. O: har du like vondt i hodet.
 74. I: [ja men]
 75. O: [du ha-] du sa ha vorte dårliar i natt. hvordan dårliar har du vorte.
 76. hvordan dårliar har du vorte.
 77. I: e=hm 'ja, de= e v- e trur at e har feber menne=, problemet e det atte e får e=h, e har veldig vondt i haudet da, i tillegg.
 78. O: (h)ja å, å- e- e det, e det at du hu- at du har fått 'mere hodepine.
 79. I: ja, e hadd egentli ikke så masse hodepine da e va hos han.
 80. O: nei(h), m[m.]
 81. I: [det] va egentlig bare feber, [menne=]
 82. O: [mm,]mm?

Vi ser i dette utdraget hvordan operatøren veksler på å stille spørsmål. I tur 69 ser vi at operatøren spør om innringer har økende hodepine *eller* like vondt i hodet. Innringers respons på dette i tur 70, "e- ja(h)" kan ikke sies å svare på operatørens spørsmål, siden det er uklart hvilket av alternativene dette svaret skal bekrefte. Operatøren vet altså fremdeles ikke mer om denne hodepinen, og fortsetter med et ja/nei-spørsmål i tur 73, "har du like vondt i hodet". Underveis i innringers svar i tur 74, avbryter operatøren og fortsetter i tur 75 med "du ha- du sa du ha vorte dårliar i natt. hvordan dårliar har du vorte." Her ser vi altså at operatøren begynte med et ja/nei-spørsmål, men går over til å gjøre dette til et spørsmål som inviterer til en redegjørelse og en vurdering fra innringeren⁴¹: med bakgrunn i det du sa om at du har blitt dårligere i natt, hvordan dårligere har du blitt? Et ja/nei-spørsmål har bare to (prefererte) svar, mens et spørsmål om "hvordan" ber om en vurdering, en redegjørelse om hvordan noe er. Dette krever mer av den som skal svare, både når det gjelder å

41 For ytterligere diskusjon rundt ulike typer krav om tale, redegjørelser og bekreftelser, se Scheuer (1998).

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

tenke seg om samt å formulere et svar som er forståelig for den andre parten. Ved å be innringer om denne type redegjørelse, kan vi tolke det dithen at operatøren håper at spørsmål om sykdomsforløpet kan bli besvart gjennom dette. Der operatøren ikke får en dugende beskrivelse ved å spørre ja/nei-spørsmål i tur 73, går hun over til en annen strategi, nemlig å be innringer om å beskrive *hvordan* hun har blitt dårligere i tur 76.

Av innringers påfølgende tur, ser vi at situasjonen blir definert som at hun tror at hun har feber, men at problemet er at hun får/har veldig vondt i hodet i tillegg. Ved at både "får" og "har" blir brukt, er det vanskelig å avgjøre om denne hodepinen er noe som har kommet nå, eller noe hun har hatt hele tiden. Operatøren får altså ikke et entydig bilde av innringerens helsetilstand, og strategien med å be om en beskrivelse heller enn et ja/nei-spørsmål resulterte ikke i et klart svar. Vi ser at operatøren i tur 78 ender opp med å formulere et nytt spørsmål, "(...)at du har fått 'mere hodepine." Igjen er dette ikke formet som et spørsmål med stigende intonasjon, men en klar oppfordring til innringer om å svare. Vi ser også at operatøren legger trykk på *mere*, og dermed igjen forsøker å nærme seg svar på spørsmålet om innringer har økende hodepine eller like vondt i hodet. Dette er et nytt ja/nei-spørsmål som er omformulert fra ytringen fire turer tidligere (tur 73): "har du like vondt i hodet." Ved å omformulere et tidligere spørsmål som det ikke har blitt gitt et tilfredsstillende svar til, kan operatøren håpe at innringer forstår spørsmålet bedre, og i større grad er i stand til å svare på det.

Her ser vi altså at operatøren har forsøkt å få et innblikk i hvordan innringer oppfatter sin helsetilstand for å kunne bruke dette som et utgangspunkt til å handle ut fra. Ved å referere til hva innringer har sagt i tidligere turer, gjør operatøren en kontrastering i tur 75: "du sa du ha vorte dårliar i natt" (i motsetning til før). Funksjonen her blir at operatøren spør: *jeg* oppfatter at *du* sa at du hadde blitt dårligere i natt, stemmer *min* oppfatning av *din* opplevelse av denne situasjonen?

Vi ser altså i dette utdraget at operatøren velger flere tilnæringsmåter for å prøve å forstå hvordan innringer opplever situasjonen. Når den ene måten å spørre på ikke gir en dugende beskrivelse, går hun over til en annen måte å spørre på. Slik blir dette et forsøk på å legge til rette for at innringer kan gi en redegjørelse som er fyldig nok til at operatøren kan bruke den som utgangspunkt for handling. Operatøren legger altså til rette for en samkonstruksjon av en dugende beskrivelse.

8.4 Forfølge relevante kommunikative prosjekter

I det neste utdraget vi skal undersøke, skal vi se eksempler på hvordan operatøren styrer samtalen både *mot* et relevant tema og *fra* et annet som ikke er like relevant på dette tidspunktet. Ved at operatøren forfølger de kommunikative prosjektene som er relevante, kan hun ta opp relevante tema samtidig som hun styrer unna temaer som ikke er like relevante for å få en dugende beskrivelse av situasjonen.

I denne samtalen ringer en sønn inn på vegne av sin mor, som "er veldig syk." Innringer har ikke norsk som morsmål, og både han og operatøren jobber for å finne begreper som de begge forstår. Operatøren spør gjentatte ganger om mora er syk fra før, om hun puster og om hun er våken.

[Eksempel 15]

18:Kvinne med pusteproblemer

O=operatør, I=innringer

76. O: e= mora di våken?
 77. I: nei nei, hon=, <X> hon <X starte bli mer syk X>
 78. O: hu- ja, ambulansen e på vei mens æ snakke me dæ.
 79. I: åkei åk[ei]
 80. O: [ja]
 81. I: <X hon bare banke sånn tenner nede på andre tennene X>
 82. O: hva si du(h).
 83. I: å(hh) ((høres oppgitt/irritert ut))
 84. O: gjen[ta
 85. I: [æ-] klarer ikke snakke akkorat nu=(h)
 86. O: nei.
 87. men e mora di våken.
 88. I: nei hon e ikke våken. (stemmer i bakgrunnen)
 89. O: ikke våken. ((skriver))

Operatøren har forut for dette stilt innringeren en rekke spørsmål vedrørende morens tilstand: om hun puster, hvor hun er, om hun er skeiv i ansiktet, og om hun er frisk fra før. I dette utdraget ser vi at operatøren spør om mora er våken i tur 76. Innringer svarer avkreftende, og legger uoppfordret til mer informasjon - mora starter å bli mer syk. Innringer gir altså uttrykk for en situasjon som forverrer seg. Vi ser at operatøren i påfølgende ytring starter på det som kunne vært en oppsummering av situasjonen - for eksempel "hu starte å bli mer syk.". Isteden avbryter operatøren sin egen ytring, og starter med å fortelle innringer "ja, ambulansen e på vei mens æ snakke me dæ." Med tanke på foregående ytring, fremstår dette som at operatøren søker å roe ned innringeren. Dette gjøres ved å anerkjenne innringerens redegjørelse for morens helsetilstand ("ja,"), og videre ved å

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

formidle informasjon som gjør at innringer får vite at han ikke trenger å være alene så veldig mye lenger - "...ambulansen er på vei mens æ snakke me dæ." Dette fungerer også som en forsikring til innringer om at dette ikke tar lenger tid fordi han snakker med operatøren - ambulansen er sendt ut, og påvirkes (tilsynelatende) ikke av samtalen mellom dem. Innringer viser i tur 79 at denne forsikringen er forstått: "åkei åkei."

Innringer fortsetter med å redegjøre for morens tilstand i tur 81, og sier at "hon bare banke sånn tenner nede på andre tennene". (Merk at dette er en usikker transkripsjon, markert med <X X>.) Denne ytringen kommer uoppfordret fra innringer, ikke på spørsmål fra operatøren. Operatørens respons i neste tur er "hva si du" - noe som ut fra denne sammenhengen både kan bety at det som er blitt sagt ikke har blitt *hørt*, men også at det ikke har blitt *forstått*. Innringer blir tydelig irritert og oppgitt, og svarer med "å(hh)". Operatøren ber ham om å gjenta - igjen kan dette *både* bety at ytringen ikke er forstått eller ikke hørt, det ligger en tvetydighet i den. Innringer avbryter seg selv i svaret og sier eksplisitt at han ikke klarer å snakke akkurat nå. Dette kan tolkes på flere vis: som en beskjed til operatøren om å ikke spørre mer, men også som en redegjørelse for at innringer faktisk ikke klarer å snakke mer nå, at han ikke får frem ord. En av årsakene til at innringer ikke klarer å snakke akkurat nå, kan for eksempel være at han er oppbrakt, usikker eller redd for hva som skjer med mora.

Operatørens respons til dette begynner med et kort "nei.". Dette kan bety både at operatøren hører hva innringer har sagt, og at "nei" dermed fungerer som en slags bekreftelse på eller godkjenning av at innringer ikke klarer å snakke nå. Det dette nei-et *ikke* fungerer som, er en oppfordring til innringer om å utdype hva han mener med denne ytringen. Ytringen, etterfulgt av et temaskifte i neste tur, kan også komme fordi operatøren velger å ikke ta tak i det innringeren ytrer - dette kan være fordi det ikke er relevant for samtalen, eller fordi det ikke er hensiktsmessig å forfølge her og nå. Som vi ser, forfølger operatøren i ytringen etter "nei.", ikke det faktum at innringeren ikke klarer å snakke akkurat nå - operatøren søker å vende tilbake til et annet uavklart spørsmål, nemlig om den forulykkede er våken. Operatøren skifter med det fokus fra innringeren, som "ikke klarer å snakke akkurat nå", til *pasienten*, som jo er den hun er avhengig av redegjørelser om. Operatøren forfølger altså et annet kommunikativt prosjekt enn det å respondere på det innringeren har ytret - fordi det er andre aspekter det er mer presserende å finne ut av, for eksempel om den forulykkede er våken (kanskje underforstått: er ved bevissthet).

Vi ser altså at operatøren velger å ikke kommentere det at innringer sier at han ikke klarer å snakke

akkurat nå i tur 85, og dermed ikke stiller spørsmålstegn ved det eller be ham om å utdype. Isteden retter hun fokus mot pasienten, og dermed implisitt vekk fra innringer. Det er altså pasientens helse som er i fokus, og det operatøren søker å finne ut mer om.

Cromdal et al (2008) har et lignende eksempel på dette i sin artikkel, og jeg gjengir det her for å vise likhetstrekkene i hvordan operatøren navigerer i samtalen. I eksemplet har en mann ramlet av en sykkel, og har slått seg i ansiktet. Personen som ringer inn har observert det hele, og ringt 112⁴².

[Eksempel 16]

Cromdal et al (2008) utdrag fra extract 2b⁴³:

O=operatør, I=innringer

- O: vicket nummer ungefär?
I: ä= ja vet inte riktigt men h.(.)
egentligen hinner ja inte stanna
å (.) kolla hur de ä me´n (.) men
ja tänkte ba.
(.6)
O: A= men vart på löndalavägen då?

Her ser vi at innringeren gir uttrykk for at han egentlig ikke har tid til å bli på stedet der pasienten befinner seg. For operatøren er fokuset på hva som skjer på stedet, og på det å skaffe seg en oversikt over det for å kunne iverksette en passende respons, ikke på innringerens "concerns and intentions" (Cromdal et al 2008:947). Som i eksempel 15, er operatørens fokus også her på pasienten og den medisinske saken, ikke på innringer. Vi ser at ikke alle ytringene til innringeren blir tillagt like stor institusjonell vekt - de blir lagt til side, og så går operatøren videre for å forsøke å nærme seg andre og kanskje mer presserende kommunikative mål i samtalen. Dette kan for eksempel være som i dette tilfellet å finne ut hvor innringeren (og dermed også pasienten) er, heller enn å forfølge innringers intensjoner rundt det å ringe inn.

Som vi ser av disse to eksemplene, hender det at operatøren ikke responderer direkte på innringerens ytringer hvis disse ikke regnes som formålstjenlige til det kommunikative målet å avklare pasientens status. I begge eksemplene bruker operatørene ord som "nei, *men*" eller "ja",⁴⁴

42 Dette er Sveriges nasjonale nødnummer; Cromdal et al (2008)s empiri stammer derfra.

43 Jeg har utelatt intonasjonsmønster og skrijving på tastatur, og satt inn "=" isteden for ":". Cromdal bruker "op" for operatør, "cl" for caller (innringer), noe jeg har valgt å bytte ut med hhv "O" for operatør og "I" for innringer, for å ivareta leservennlighet ved å ha uniforme transkripsjoner.

44 Det svenske "A=" tilsvarer her det norske "ja".

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

men" for å signalisere at "jeg har hørt hva du sier", eller å anerkjenne innringers ytringer som "noterte" - jeg hører hva du sier. Bruken av "men" signaliserer imidlertid en tilbakevendelse til noe som har skjedd tidligere. "Nei" og "ja" blir etterfulgt av ytringer som ikke fremstår som ikke gir sammenheng ut fra den umiddelbare konteksten i forkant - imidlertid, ved bruken av "men", gjøres ytringene mer koherente.

8.5 Handlingsanvisninger i imperativ - instruksjoner til innringer

I noen samtaler må operatøren gi innringer veiledning i førstehjelp. Dette vil fungere som en handlingsanvisning til innringeren, og operatøren må da både instruere innringer og stille oppklaringsspørsmål om hvordan det går underveis.

Et eksempel på dette skal vi se her. En dame har besvimt på bussen, og bussjåføren ringer 113. Etter å ha funnet ut at pasienten ikke puster, har operatøren instruert innringer om å starte hjerte/lungeredning:

[Eksempel 17]

10:Dame besvimt på bussen

O=operatør, I=innringer, X=uidentifisert(e) person(er) i bakgrunnen

52. O: (.hh) legg pasienten på ryggen,
53. I: ja?
54. O: legg dæ på kne ved si[den av pasienten,]
55. X: [ska e hjelp til <X>?]
56. O: mm,
57. I: du legg a- legg a ne på ryggen her, så får vi begynn me=
kompresjon.
58. O: ja=.
59. (.hh) legg a på ø=h ryggen ja, å, sett dokk på kne ved
siden av brystet,
(2 sek)
60. I: ja?
61. O: legg du e-
62. I: ja vi ha itj fådd a ne på ryggen enda da.
63. O: nei, hjelp te nån me [det, sett=n på] høyttaler
telefonen din vess du har det.
64. I: [<X ja det e nån som heill på me det.X>]
65. X: <X>
((lyder i bakgrunnen, spraking))(4 sek)
66. I: ja?
67. O: e=h, så legg du 'ei hand oppå brøstet å den 'ainner
oppå, midt i mellom= e=h brøst, vortan.

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

68. I: ja men hu 'sitt så trasi, vi få=itj a neppå golve einna skjønne du.
69. O: ha itj- ja.
70. men du må legg ifra dæ telefon så du hjølpe=n me å få a neppå golvet.
71. I: ja, dem gjør det no.
72. de=e foillt av folk her skjønne du så de= [<X>]
73. O: [æ=] skjønne at det ikke e så enkelt, menne= det der må vi nesten gjør.⁴⁵
74. I: ja.
75. O: mm.
(2 sek)
76. ligg a på si=a no?
((stemmer i bakgrunnen))
77. I: hu ligg på ryggen no ja.

I tur 52 ser vi at operatøren er i gang med å instruere innringeren i hva som må gjøres før en kan begynne med brystkompresjoner. I tur 60 ser vi at innringer svarer et bekræftende "ja?" etter to sekunders pause. Dette kan tolkes som at innringer bruker pausen til å gjøre det operatøren ber ham om å gjøre - nemlig å legge pasienten ned på ryggen, og å sette seg på kne ved siden av brystet. Da operatøren fortsetter i tur 61, "legg du e-" blir hun avbrutt av innringer som avkrefter at pasienten har blitt lagt ned på ryggen. Operatøren responderer med å si at noen må hjelpe til med dette - altså å foreslå en løsning. Videre følger hun på med å foreslå, i imperativ, at innringer setter telefonen på høyttaler, hvis han har det - altså ytterligere en løsning som kan gjøre det lettere for ham å utføre oppgaven hun ber ham om å gjøre. Innringer bekrefter at noen holder på med det.

Vi ser altså at innringer har blitt bedt av operatøren om å utføre en oppgave - nemlig å legge pasienten ned på gulvet, som et ledd i det å kunne starte hjerte-lungeredning.

Innringer har gitt uttrykk for at dette ene leddet i en mer omfattende oppgave har blitt utført, gjennom pauser som er relativt lange (i hvert fall i samtaleanalytisk forstand, henholdsvis 2 og 4 sekunder) etterfulgt av en bekræftende ytring: "ja?". Dette "ja?" kan sees på som en oppfordring til operatøren om å fortsette sine instruksjoner, noe som igjen må bety at innringer har utført de forrige instruksjonene. Når operatøren fortsetter med disse instruksjonene, og innringer to ganger svarer at oppgaven hun har anmodet ham om å gjøre, ikke er blitt utført, skaper dette et uromoment i samtalen - det er et problem som må løses, men det går ikke så fort. To ganger ser vi altså av operatørens ytringer at hun tror at innringer har fått pasienten ned på gulvet, slik at hun kan fortsette å gi instruksjoner. Begge ganger er svaret fra innringer avkreftende. En forklaring på at han "motsetter seg" instruksjonene på dette tidspunktet kan være fordi pasienten enda ikke er i (rent fysisk) posisjon til at en kan begynne med førstehjelp.

45 Stemmekvaliteten i denne turen oppfatter jeg som irrettesettende.

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

Der innringer tross i forslag fra operatøren om eventuelle løsninger i tur 63 og 70 (få noen til å hjelpe til, sett telefonen på høyttaler, legg fra deg telefonen) ikke utfører sin oppgave, oppstår det nå et kommunikativt dilemma for operatøren. Hvordan få innringer til å forstå at dette er noe som må gjøres med en gang, altså få ham til å forstå viktigheten av at dette må gjøres raskt, men samtidig ivareta et godt samarbeid mellom de to? Operatøren løser dette ved en ansiktsbevarende irrettesettelse av innringer - hun markerer forståelse overfor situasjonen han er i, men understreker viktigheten av å få dette gjort i mot slutten av tur 73: "menne= det der må vi nesten gjør."

Flere ord i denne ytringen gir oss en pekepinn om hvordan den skal oppfattes. "Menne" (men) kan oppfattes både som et signal om å holde oppmerksomheten siden instruksjonen er ikke ferdig, og også som at det er noe operatøren opplever som problematisk ved det innringer har sagt. Det markerer et brudd ved noe som har vært ytret tidligere, en annen måte å forstå situasjonen på. Operatøren markerer altså sin forståelse av situasjonen i første del av ytringen, men går likevel bort fra å bruke dette som en unnskyldning for å ikke handle. Andre ord det er verdt å legge merke til, er bruken (og sammenstillingen) av "vi" og "nesten". Begge disse ordene fungerer som dempere av det som kan oppfattes som en mild irrettesettelse av innringer. "Vi" som et ord som indikerer at det som skal gjøres, er det kollektive "vi" som skal ta oss av, og ikke innringer alene, og "nesten" som noe som tilsynelatende demper utsagnet. Her er det viktig å ikke forveksle dette "nesten" med at operatøren gir innringer en slags valgfrihet om dette skal utføres eller ikke - selv om "nesten" ved første øyekast kan se ut til å være en demper, er *funksjonen* her faktisk å forsterke utsagnet.

Innringerens respons til dette er et kort "ja." i tur 74. Intonasjonen indikerer at han med denne ytringen har notert seg det operatøren har sagt, underforstått sagt seg enig. Innringer kommer ikke med mer informasjon om hva som skjer på stedet, og operatørens neste ytring er "mm." Det etableres her en enighet mellom innringer og operatør om hva som må gjøres, og da operatøren etter en pause på to sekunder spør om pasienten ligger på siden, kommer (endelig) det bekreftende svaret fra innringer, at nå ligger pasienten på ryggen. Ett kommunikativt mål, i en rekke av flere, er dermed oppnådd.

Operatøren velger altså noen strategier for å løse de kommunikative dilemmaene ved å få innringer til å gjøre som hun vil, og for å få ham til å gjøre det *når* hun vil, og samtidig ivareta en relativt høflig overensstemmelse dem imellom.

8.6 Innramming av handlingsanvisninger

I det neste utdraget skal vi se eksempler på hvordan operatøren velger å ramme inn handlingsanvisninger til innringeren.

Dette utdraget kommer ganske langt ut i samtalen, mot slutten av en utspøringssekvens. En mann har falt om utenfor en butikk, og innringer er en av de ansatte ved denne butikken. Mannen har blitt bragt innendørs, og det har kommet frem at han har problemer med å snakke, snøvler og er skjev i ansiktet. Beslutningen om å sende ut ambulanse har blitt tatt og dette har blitt formidlet til innringer, imidlertid er det flere aspekter ved hendelsesforløpet og mannens tilstand som operatøren vil få større klarhet rundt.

[Eksempel 18]

01:Mann falt om ved butikk

O=operatør, I=innringer, P=pasient

139. O: e du langt onna pasienten da?
 140. I: jaæ= æ står rett utafør døra æ no, for at dem [byint]
 141. O: [kan itj]
 142. I: å- ja, ka ska æ gjør?
 143. O: berre gå= inn åsså- prøv å få=n te å snakk litt å sjå koss
 det verke.
 144. I: ja(h),
 145. O: før det e litt vekti forr behandlinga å- jah. om- eller ka
 som skal settes i verk nårn kjæm på sjukhuset.
 146. I: jah.
 147. O: eh- vess du
 148. I: eh, ska æ få=e,
 149. O: hvis du berre spø=rn om hain, ka han hette for no for
 eksempel,
 150. [om hain <X>]
 151. I: [ja, æ <X>],
 152. ka du hete for nå?
 153. P: [per,]
 154. O: [<X>]
 155. P: [per.]
 156. I: [ja.]
 157. ja.
 158. e- v- ja(h).
 159. ja= de=
 160. O: hain svare på det.
 161. I: hain svare, menne=n snøvle veldi.
 162. O: hain snøvle, (h)ja.
 163. I: [h-]
 164. O: [åsså] hvis du spø=rn om å løft høyre hånd først no, fårn

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

te det?
(2 sek)
165. og så venstre.

Vi ser altså at operatøren spør om innringer er langt unna pasienten (noen andre har hjulpet til med å få mannen inn i butikken der innringer jobber.) Innringer forteller hvor han befinner seg, og operatøren avbryter med "kan itj". Innringer avbryter seg selv i neste tur, og spør hva han skal gjøre. Det kan forstås som at han har tolket operatørens ytring som en oppfordring til handling, og han stiller seg altså til disposisjon. Operatøren ber ham "berre gå inn åsså- prøv å få=n te å snakk litt å sjå koss det verke". Det første "berre" (bare) har her flere funksjoner. Det ufarliggjør en situasjon, i betydningen 'det er jo bare å...'. I tillegg gjør det at operatørens ytring får mer form av en oppfordring, heller enn et direktiv, som det jo faktisk er. Operatøren er i kraft av rollen som samtaleleder den som kan be noen om å *gjøre* noe - imidlertid er det jo mange måter å be/oppfordre/befale på. Ved å ordlegge seg på denne måten, fremstår operatøren som mindre befalende overfor innringer, og dette kan i tillegg bidra til en bedre relasjon enn om innringer hadde blitt kommandert til å gjøre noe.

Innringer svarer bekreftende på operatørens anmodning, og i tur 145 forklarer operatøren hvorfor hun ber ham om å gjøre dette: "førr det e litt vekti for behandlinga å- jah. om- eller ka som skal settes i verk nårn kjæm på sjukhuset." Denne ytringen fungerer altså som en innramming av forespørselen: 'jeg ber deg om å gjøre dette *fordi*...' Hvis innringer forstår hvorfor han blir bedt om å utføre en oppgave, er det lettere for ham å gjøre det fordi handlingen vil gi mening. En forståelse av *hvorfor* det er viktig å utføre en oppgave, kan altså gjøre det lettere å faktisk utføre den.

Operatøren har innhentet både navn og personnummer på pasienten, så spørsmålet stilles ikke for å få klarhet i dette. Det har en medisinsk funksjon, nemlig å se om pasienten klarer å gjøre rede for seg. Dette trenger ikke å være selvforklarende for innringeren, så det at operatøren har rammet inn denne handlingsanvisningen gjør at innringer lettere kan forstå (og dermed ikke trenger å bruke tid på å stille spørsmål ved) hvorfor han blir bedt om å spørre pasienten om noe operatøren allerede vet.

Vi kan også merke oss at operatøren i tillegg til å be innringer om å prøve å få pasienten til å snakke, ber innringer om å vurdere denne handlingen i slutten av tur 143: "(...) å sjå koss det verke". Dette ser vi at innringer orienterer seg mot i tur 161: "hain svare, menne=n snøvle veldi." Opplysningen om at innringer snøvler, kan komme fordi innringer orienterer seg mot "koss det verke" (og tolker operatørens deiktiske "det" til å peke på pasientens snakk.)

I dette utdraget har vi altså sett at operatøren rammer inn anmodningene sine til innringeren, slik at innringer skal forstå hvorfor han blir bedt om å utføre handlingene. Dette bidrar til å dempe anmodningene slik at de ikke fremstår som befalende imperativ, men understreker samtidig viktigheten av å gjennomføre dem. Som et tillegg kan vi merke oss at innringer fremstår som villig til å handle - han spør eksplisitt hva han skal gjøre. Ved å på denne måten fremstille seg som en person som er kapabel til handling, fremstår han som samarbeidsvillig og gjør det lett for operatøren å be ham om å handle.

Det er også verdt å merke seg forskjellen på dette "ka ska æ gjør" i tur 142 og en lignende ytring som vi så på i eksempel 13, tur 6. I eksempel 18 vi nettopp har vært gjennom, kommer denne ytringen mot slutten av en utspørringssekvens, og operatøren har rett før ytringen stilt spørsmål om innringer er langt unna pasienten. "Ka ska æ gjør" kan i denne sammenhengen forstås som "hva vil *du* at *jeg* skal gjøre, hvilken handling vil du at jeg skal utføre?" Samme ytring i eksempel 13 kommer i anmodningssekvensen fra innringer, hun har lagt frem sin sak og redegjort for hvorfor hun ringer. Når hun ikke får noen umiddelbar respons fra operatøren, som begynner å skrive, spør hun hva hun skal gjøre. Det er altså samme spørsmål, som etterspør en handlingsanvisning, men i en annen kontekst. Her fungerer spørsmålet som en del av redegjørelsen for hvorfor samtalen blir ringt inn.

8.7 Spørsmålsstrategier og orientering mot lokalisering

I det neste utdraget skal vi se nok et eksempel på, som i eksempel 13, at operatøren må finne ut hvor innringer ringer fra før hun kan orientere seg mot den medisinske årsaken til at innringer har tatt kontakt. I tillegg ser vi hvordan en bestemt måte å stille et spørsmål på har en funksjon i samtalen. I utdraget har en kvinne kommet hjem og funnet mannen sin sittende i bilen i oppkjørselen deres. Motoren går, men hun tror at han er død.

[Eksempel 19]

19:Mann med hjertestans

O=operatør, I=innringer

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

- (pusting)
1. O: medisinsk nødtelefon?
 2. I: (puster) hallo?
 3. O: hallo ja=, de= medisinsk nødtelefo=n?
 4. I: det e= e- v- v- æ kommer hjem og så finner æ mainn min i bilen min æ trorn e død? (.hh)
 5. O: du trur han e død ja ringe du ifra øvre kirkegata fem?
 6. I: ja motorn e i gang og alt mulig, og hainn= (h) [(puster tungt, sukker, tydelig opphisset)]
 7. O: [ja=.]
 8. I: æ- æ-.. ja(h) æ vet itj.
 9. O: nei, vi ska send hjelp te deg(h) me e=n ga=ng [men]
 10. I: [ja(h)]
 11. O: sitt mainn din i bi=len
 12. I: ja han sitter i bilen men æ får itj te å steng av motorn ↑heiller æ sjø
 13. O: ne=i, men veit du de- ka- kan prøv å rist i han å se om [at det]
 14. I: [ja æ har jo prøvd] det
 15. O: rist 'hardt i han å se om han [puste]

Vi ser her at ytringen innringer kommer med i tur 4 er en redegjørelse av noe som utvilsomt må oppfattes som et sjokk for henne. Vi har allerede fastslått at hun har kommet hjem, at det er mannen hennes som er forulykket og at hun har funnet ham i bilen. De nokså tragiske forholdene tatt i betraktning, er dette en svært effektiv ytring med tanke på de kommunikative målene som søkes i samtalen. Når operatøren har fått kjennskap til at noen er livløse, og hvor de bor, er man et langt stykke på vei til en dugende beskrivelse av situasjonen, altså et bilde av situasjonen som en kan bruke til å sette i gang en respons.

Hele tur 5 fra operatøren har flat intonasjon bortsett fra en stigende kontur på slutten for å indikere et spørsmål: "du trur han e død ja ringe du ifra kirkegata fem?" Det er ikke en pause eller andre språklige eller ikke-språklige tegn på en slags overgang mellom "du trur han e død ja" og "ringe du ifra kirkegata fem?" Dette er kanskje slående fordi det i så stor grad er et tematisk stort skille mellom de to temaene i ytringen. Denne turen er en gjentakelse av innringers foregående tur, omformulert med henne som aktør. Operatøren viser dermed sin forståelse av situasjonen i begynnelsen av tur 5: "du trur han e død ja" og går så umiddelbart og i samme ytring over til å spørre om hvor innringer befinner seg, et spørsmål innringer kan bekrefte eller avkrefte. Å behandle en redegjørelse som dette så tilsynelatende overflatisk, kan oppfattes som ansiktstruende - i en annen sammenheng. I denne konteksten derimot, vil den brå overgangen fra en alvorlig opplysning til et teknisk detaljspor ikke bety at denne opplysningen blir oversett eller ikke tatt på alvor. Tvert imot, siden operatørens oppgave er å vurdere situasjonen for potensielt å kunne sende ut hjelp, er hun avhengig av å vite hvor hjelpen skal sendes. Ved å hurtig få frem denne informasjonen, viser operatøren oppmerksomhet både til den medisinske situasjonen og til innringeren, og tar begge i

høyeste grad på alvor.

Som vi ser i akkurat dette eksemplet, kan operatøren se hvor innringer ringer fra, muligens fordi det ringes fra en fasttelefon⁴⁶. Operatøren trenger ikke å spørre hvor innringer befinner seg, men kan spørre om det er sånn at innringer ringer fra kirkegata fem. På denne måten stiller operatøren et spørsmål som begrenser innringers svarmuligheter heller enn å stille et som krever en lengre respons. Operatøren begrenser dermed svarmulighetene innringer har fra å måtte oppgi en hel adresse, til eventuelt bare et enkelt ja. Denne begrensningen av innringers svarmuligheter, kan vi forstå som en mer effektiv måte å få et svar på (akkurat på dette punktet i samtalen) enn å stille spørsmål som krever lengre responser eller utvidete redegjørelser. Enhver vurdering av en situasjon vil avhenge av informasjonen som har kommet frem, og det er ikke sikkert at det er alt innringer forteller som er relevant. Et "fortell" fra operatøren vil avstedkomme mer informasjon enn et enten/eller- eller et ja/nei-spørsmål, og igjen må denne informasjonen vurderes - hva er det som er relevant her, hva er ikke relevant? I akutte tilfeller er det ikke tid til å vente på at innringer skal "komme til poenget" - altså komme med den relevante informasjonen. Innringer forstår kanskje ikke selv hva som er relevant informasjon på disse tidspunktene, og det er nødvendig med en form for veiledning fra operatøren. Ved å stille spørsmålene i ja/nei-form, viser operatøren at et kort og konsist svar er preferert for dette spørsmålet. Dette blir altså et krav om tale til innringer som viser at en bestemt type svar er preferert (Scheuer 1998). Slik får operatøren fram informasjon som er mest mulig relevant for det hun trenger å vite om situasjonen på dette tidspunktet, og kan gå over til å gi handlingsanvisninger til innringer, som vi ser i tur 13, der operatøren ber innringer om å riste i den forulykkede.

8.8 Innramming - hvorfor er det viktig å få vite dette nå?

I utdraget under ser vi på hvordan operatøren rammer inn spørsmålet om hvor innringer befinner seg. Innrammingen kan øke innringers forståelse av situasjonen, og av hvorfor operatøren stiller de spørsmålene hun gjør og kanskje også i hvilken rekkefølge spørsmålene stilles.

I dette eksempelet har innringeren har kjørt på en unge, og operatøren må igjen vite hvor innringer befinner seg for å kunne iverksette en respons. De første 8 ture erne utelatt - det er mye støy og

⁴⁶ Jeg må presisere at jeg ikke vet om nummervisningen på skjermene på AMK kommer opp parallellt med adresser.

8. Operatørens bruk av samtaleverktøy - analyse del 2

interferens på linja, utdraget begynner idet operatør får kontakt med innringer.

[Eksempel 20]

15:Kjørt på en unge

O=operatør, I=innringer, X=uidentifisert(e) person(er) i bakgrunnen

8. O: hallo, medisinsk nødtelefon?
9. I: hallo, i har kjørt på en unge oppi reindaln i.
10. O: ka du si for no no at.
11. I: i har kjørt på en !unge
12. O: du har kjørt på en unge?
13. I: ja.
14. O: javel?
15. I: i reindalen, oppi sør-trøndelag.
(unge skriker i bakgrunnen)
16. O: i reindalen.
17. I: ja(h).
18. O: kor det e hen det da?
19. I: det e på storfjellet
20. O: på storfjellet ja.
21. I: ja. (unge hyler)
22. O: ska vi sjå her=e, kor e du hen= <X>
(unge hyler)
23. I: hæ?
24. O: veit du nå meir eksakt, så at æ veit kor æ skal send-
25. I: nei=, altså, <X> skader i hue.
26. <X> moinn og nasan å. (unge gråter)
27. O: æ skjønne(h).
28. I: nja.
29. O: ehm. da=
30. I: det e
31. O: reindalen e det ved,
32. I: <X>
33. O: ta og så sjå her no.
34. æ må bære ha nå litt meir eksakt, e det nå gårds og
bruksnummer der du e?
(unge gråter)
35. I: hæ?
36. O: har du nå gårds og bruksnummer der du e?
37. I: nei, har ikke peiling.
38. O: nei. veit du nå litt meir, kor hen i reindalen du e da?
39. I: <X> e på slettelva heit det.
40. O: slettelva?
41. I: ja.
42. O: okei. ska vi sjå, æ ska finn ut kor=eh ska send ut hjelp te dæ
e=n gammel ungen da?

Vi ser i dette utdraget at innringer presenterer saken ved å si at han har kjørt på en unge. Dette blir tilsynelatende ikke oppfattet av operatøren, som ber ham om å gjenta i tur 10: "ka du si for no no

at." Innringer gjentar, operatøren gjentar - vi ser av operatørens ytring 14 "javel?" at den stigende intonasjonen indikerer at innringer kan fortelle mer om situasjonen. Innringer følger denne oppfordringa, og forteller hvor dette har skjedd, og i hvilket fylke. Imidlertid vet han ikke det eksakte stedet, og befinner seg tydeligvis på et sted uten gateadresse. Dette fører til at operatøren må fortsette jakten på en dugende beskrivelse: "kor det e hen det da?" i tur 18. Heller ikke nå kan innringer hjelpe med korrekt gateadresse (om det nå finnes), men de kommer et stykke nærmere - de sirkler inn et område han kan befinne seg på. Operatørene og ambulanseskoordinatorene har kart på AMK-sentralen, og jo fler stedsnavn i området, jo mer sannsynlig er det at de kan klare å finne plassen der innringer befinner seg.

Heller ikke innringers oppfølging i tur 19 er nok til en dugende beskrivelse for operatøren. Hun kommer med enda en forespørsel til innringeren, og spør hvor han er. I bakgrunnen gråter ungen som er påkjørt så høyt at det er vanskelig å høre hva operatøren sier.⁴⁷ Innringer ber operatøren om å gjenta gjennom et "hæ?", og operatøren omformulerer spørsmålet sitt til "vet du nå meir eksakt, så at æ veit kor æ skal send-". Vi ser her at hun begrunner hvorfor hun spør om det eksakte stedet med at at hun slik kan vite hvor hun skal sende (etter avbrytelsen kan vi anta at "hjelp" eller "ambulanse" er sannsynlig.) Denne måten å ramme inn en forespørsel på, kan bidra til økt forståelse for hvorfor operatøren spør som hun spør. I dette tilfellet er det relativt åpenbart hvorfor operatøren vil vite hvor innringer befinner seg - nettopp for å sende hjelp.

⁴⁷ At ungen gråter så høyt at det er vanskelig å høre hva operatøren sier, er min vurdering - jeg vet ikke om det var vanskelig for innringeren å høre operatøren i selve samtalen. Jeg velger imidlertid å tolke innringerens "hæ?" i tur 35 som at innringeren har hatt vanskelig for å høre operatørens ytring.

9. Diskusjon

I denne avsluttende delen av oppgaven vil jeg gå gjennom og oppsummere funnene fra analysekapitlene. Etter å ha sett på disse, vil jeg kort vende tilbake til kompetanseplanen som operatørene bruker, og se på hvordan relevante aspekter fra denne kommer frem i samtalen. Videre viser jeg eksempler på hvordan samtaleverktøy innenfor en annen helsetjeneste kan brukes for å forstå mer om denne typen verktøy i nødsamtaler, før jeg sier noe om hvordan forholdet mellom teori og empiri blir vektlagt. Avslutningsvis ser jeg på veien videre etter at arbeidet med denne oppgaven er avsluttet.

9.1 Faseorganisering - oppsummering

Vi har altså vært gjennom faseorganiseringen i nødsamtalene i kapittel 7 og analysedelen i kapittel 8. Jeg vil minne om at det er de kommunikative oppgavene som skal løses som gjør at samtalen får en fasestruktur, det er ikke fasestrukturen som gir de kommunikative oppgavene. Faseoversikten er altså underordnet oppgavene, ikke omvendt.

I materialet mitt fant jeg altså seks ulike faser i nødsamtalene:

1. Åpning
2. Anmodning
3. Utspørringssekvens
4. Respons
5. Eventuell mellomfase
6. Avslutning

Bortsett fra fase 5, samsvarer dette med annen litteratur som beskriver faseorganiseringen i nødsamtaler (Zimmerman 1992, Heritage og Clayman 2010).

Operatørens åpningsfrase, "medisinsk nødtelefon (sykepleier)" synliggjør institusjonen de opptrer på vegne av og eventuelt operatørens faglighet. Fraværet av at de hilser med sitt eget navn forsterker dette.

9. Diskusjon

Åpningsfasen er også ofte kort i nødsamtaler (som i andre institusjonelle samtaler) sammenlignet med hverdagssamtaler, siden enkelte hilsningsfraser ikke er med. Knappheten indikerer blant annet at oppgaveorienteringen i denne typen samtaler står i fokus.

I anmodningsfasen legger innringer frem sin sak. Saken utgjør samtalens monofokale fokus - dette er grunnen til at det ringes til 113. Det er flere variasjoner i denne fasen. Innringere kan eksplisitt be om å få tilsendt en ambulanse, selv om de aller fleste innringerne i mitt materiale begynner å fortelle om saken i denne fasen. Gjennom å fortelle dette, orienterer innringerne seg mot operatørens kompetanse, som kan være av både profesjonell, interaksjonell og institusjonell art.

I utspørringsfasen finner vi som oftest de største variasjonene i lengder på samtale. Her stiller operatøren spørsmål til innringeren angående hendelsen som har skjedd, og dette kan ta lengre tid hvis saken er kompleks eller tvetydig. Det er i denne fasen operatøren begynner jakten på en dugende beskrivelse, og å få frem denne beskrivelsen er altså det overordnede kommunikative målet i denne fasen.

Responsfasen er fasen der en beslutning om en respons blir formidlet fra operatøren til innringeren. Denne fasen kan arte seg ulikt alt etter hastegraden for den aktuelle saken. Hvis hastegraden er vanlig (grønn), fungerer responsen som en overgang til avslutningsfasen. Om hastegraden er rød, kan responsfasen være kort, siden situasjonen utvilsomt krever hurtig ambulanseutsending. Operatøren kan deretter vende tilbake til utspørringsfasen for å få vite mer om omstendighetene rundt saken.

Mellomfasen kan opptre dersom hastegraden er rød (akutt). I indeksen, oppslagsverket operatørene bruker for å bestemme hastegrad og stille relevante spørsmål, står det at operatøren skal holde kontakt med innringer til annet helsepersonell er på stedet hvis hastegraden er akutt. Mellomfasen kan være preget av en type sosialt snakk hvor konteksten til grunn er kun denne ene samtalen. De kommunikative målene i denne fasen trenger ikke å være å få vite mer om pasienten og hans/hennes tilstand - målene er i større grad knyttet opp mot å holde innringer rolig, og er rettet mot å støtte de som ringer inn mens de venter på hjelp på stedet.

I avslutningsfasen har innringer og operatør kommet til enighet om hva som skal skje videre. Dette kan være at annet helsepersonell ankommer stedet, eller at de har blitt enige om at innringer skal ringe sin fastlege. Når dette er gjort, kan de så avslutte samtalen.

9.2 Analyse av samtaleverktøy - oppsummering

Her vil jeg ta for meg funnene fra analysen, og sammenholde det med problemstillingen for å gi en kortfattet oversikt over hvilke samtaleverktøy og samtalemessige grep operatørene tar i bruk i samarbeidet med innringer.

Operatørene fremstår altså som *samtaleledere* gjennom å lede samtalen slik at de får informasjon om de mest relevante opplysningene først. Slik kan de raskere komme frem til en dugende beskrivelse. Det å få kartlagt hvor innringer befinner seg, gjør det lettere å iverksette utsendelse av ambulanse dersom dette skulle være nødvendig. Det er derfor viktig å få klarhet i dette før en går nærmere inn på selve hendelsen og aspekter rundt den, slik at det kommunikative målet om å få frem en dugende beskrivelse kan fullføres hurtigst mulig.

I tillegg til å innhente informasjon, gir operatørene også *instruksjoner* til innringer. Instruksjonene skal sette innringeren istand til å handle - for eksempel til å gi hjerte-lungeredning. For å få innringeren til å gjøre som operatøren vil, søker operatørene å ivareta en høflighet mellom seg selv og innringeren, samtidig som instruksjonene blir gitt. Dette kan oppnås gjennom å gi instruksjonene en form som lar dem fremstå som oppfordringer heller enn direktiver.

Operatørene kan i tillegg *ramme inn* disse instruksjonene slik at innringeren lettere kan forstå hvorfor han eller hun blir bedt om å gjøre dette, og dermed bidra til å sikre at instruksene faktisk blir fulgt.

Innramminger kan også brukes for å understreke hvorfor det er viktig å få bestemte opplysninger fra innringeren. For eksempel er det viktig å vite en nøyaktig gateadresse - fordi hjelpen da vil komme raskere frem, og ikke minst til riktig sted.

Operatørene benytter seg også av *dynamiske spørsmålsstrategier* under arbeidet med å få frem de dugende beskrivelsene. I dette ligger at de bytter mellom å stille ja/nei-spørsmål, og spørsmål som krever lengre redegjørelser. Som vi så et eksempel på i analysen, kan operatøren veksle mellom de ulike måtene å stille spørsmål på hvis responsen fra innringer ikke fører til et svar som kan brukes til en dugende beskrivelse. Disse vekslingene kan føre til at innringer lettere kan gi mer adekvate svar på det operatøren ønsker å finne ut av.

9. Diskusjon

I tillegg håndterer operatørene potensielle *konflikter* i samtalene. Dette kan gjøres ved å lede samtalen vekk fra det som kan oppfattes som problempunkter. En måte å gjøre dette på, er for eksempel å ikke forfølge tema som kan være problematiske, eller å bytte tema ved å lede oppmerksomheten over fra person til sak. Slik bidrar operatørene til å opprettholde et saklig og nøkternt fokus i samtalene.

9.3 Funnene sammenholdt med kompetanseplanen

Funnene i analysen har flere likhetstrekk med Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger (Dreyer et al 2011a) og Vedlegg: Moduler for personell i AMK (Dreyer et al 2011b.) I disse dokumentene blir det fremhevet at operatørene er samtalelederne, og at de er den styrende part i samtalen. Det å opprettholde en god relasjon med innringer blir også trukket frem, siden dette ivaretar både relasjonen i selve samtalen, men også innringers generelle tillit til helsevesenet.

Viktigheten av å "forankre informasjon som viktig eller potensielt viktig" (Dreyer et al 2011b:42) tolker jeg å gjelde det jeg selv gir betegnelsen 'innramming av informasjon'. Det å forankre eller ramme inn informasjon som viktig, kan bidra til å øke forståelsen hos innringer og dermed føre til at samarbeidet i samtalen går lettere. For eksempel kan operatøren spørre om hvordan huden til en forulykket føles når denne klager over smerter en annen plass, eller om innringer klarer å legge haka ned på brystet når hun forteller om smerter i hodet. Begge disse eksemplene kan mest sannsynlig forklares ved å peke på operatørens bruk av medisinsk indeks. Dette er imidlertid ikke noe en kan forvente at innringerne skal forstå eller vite på forhånd. Derfor kan det å ramme inn disse spørsmålene være til hjelp for å få innringer til å forstå hvorfor det er viktig å svare på dette, og kanskje også hvorfor spørsmålene inntreffer på akkurat dette punktet i samtalen.

Kompetanseplanen beskriver også tilfeller om konflikthåndtering. Imidlertid er enkelte beskrivelser ganske generelle. Et eksempel på dette, er at det refereres til at operatørene "bør bruke strategier for å utvikle gjensidig forståelse ved å oppdage og løse misforståelser" (Dreyer 2011b:42). Hvilke strategier dette kan være, er uklart. Her vil jeg presisere at kompetanseplanen er en overordnet nasjonal plan, og at opplæringen av operatørene internt i sentralene kan gi mer konkrete svar på disse generelle beskrivelsene.

Konkrete eksempler og forklaringer på hvorfor en bør utføre en oppgave på den ene eller andre måten kan bidra til å øke forståelsen hos operatørene som bruker planen i sin opplæring. I kompetanseplanen står det blant annet at operatørene må "kjenne til hvordan nonverbal kommunikasjon påvirker en samtale", og videre være "bevisst bruk av stemmeleie" (Dreyer et al 2011a:38). Fra mitt perspektiv som samtaleforsker anser jeg begge disse aspektene for å være noe som kan påvirke interaksjonen mellom deltakerne og som kan utgjøre en forskjell i meningsinnholdet i ytringene. For eksempel kan en oppfattes som sarkastisk, sint eller usikker ved bruken av både nonverbal kommunikasjon og stemmeleie. Derfor blir det viktig å være konkret på *hva en ønsker å oppnå* med disse aspektene. Rådene kan virke konkrete, men gir ikke nødvendigvis eksempler på *hvordan* en kan kjenne til eller være bevisst, bare at det er viktig å *være* det.

9.4 Bruken av samtalestrategier i en annen helsetjeneste

Mats Landqvist (2012) tar for seg anvisningene sykepleiere forholder seg til i 'sjukvårdsrådgivningen', en telefon- og e-posttjeneste i Sverige der sykepleiere møter innringeres behov for "vård", altså pleie eller ivaretagelse. Landqvist kaller virksomheten "en betydningsfull del av samfunnets kriseberedskap" (Landqvist 2012:49), og jeg velger å ta med dette eksempelet fordi han gir en kritikk⁴⁸ av bruken av konkrete råd og anvisninger i samtaler mellom helsepersonell og publikum. En del av rådene og anvisningene er overlappende for sykepleierne i sjukvårdsrådgivningen og operatørene på AMK gjennom kompetanseplanen.

Landqvist har altså sett på anvisningene sykepleierne gis i "Samtalsprosessen. En beskrivelse av det professionella rådgivingssamtalen" (2006). Her gis det en rekke forslag til bruk av samtaleverktøy og samtalestrategier. Et eksempel er punktet om støttesignal i samtalen. Det blir fremhevet at det er viktig å gi disse støttesignalene, og at rådgiverne skal være bevisste på å fremstå slik at de ikke formidler "otålighet, stress eller nonchalans" (Samtalsprosessen 2006:17 i Landqvist 2012:54). Landqvist setter her fingeren på at noe blir fremhevet som viktig, uten at det gis konkrete eksempler på hvordan dette skal gjøres i praksis. Når i samtalen skal man gi støttesignaler, og hvordan skal man være bevisst bruken av stemmeleie? Dette sier ikke Samtalsprosessen noe om, den fremhever kun viktigheten av at dette blir gjort.

48 Jeg vil understreke at jeg bruker ordet "kritikk" som et nøytralt begrep, i betydningen "vurdert".

9. Diskusjon

Landqvist viser også til at Samtalsprocessen tar opp at 'slutna' spørsmål, altså spørsmål som vanligvis kan besvares med ja eller nei, skal benyttes når rådgiverne vil "få svar på fakta, få tydeliggjort noe eller behøver kompletteringer i sin kartlegging" (Samtalsprocessen 2006:27 i Landqvist 2012:56, min oversettelse). Hans undersøkelser viser imidlertid at denne typen spørsmål nesten aldri leder til denne typen korte og avgrensede svar - de leder i stedet ofte til ny informasjon ved at innringerne begynner å redegjøre for sin opplevelse av situasjonen. Landqvist viser til Ruusuvuori (2000 i Landqvist 2012:57) som hevder at det er deltakernes forståelse for virksomhetens vilkår som overskygger ja/nei-spørsmålenes prefererte svartype. Slik ser vi at det er viktig å forstå vilkårene rundt virksomheten for å forstå det som foregår i selve samtalene.

Vi husker også fra oppsummeringen av analysen at operatørene ved AMK brukte dynamiske spørsmålsstrategier for å komme frem til de dugende beskrivelsene. I utdraget i eksempel 14 så vi at operatøren vekslet mellom å stille spørsmål som krevde lengre redegjørelser, og spørsmål som kunne besvares med ja eller nei. At det veksles mellom ulike typer å spørre på, kan føre til at innringer i større grad blir i stand til å gi en dugende beskrivelse av situasjonen som har oppstått.

9.5 Teori og praktisk erfaring gjennom empiri

Kompetanseplanen for operatørene vektlegger at overordnede styringsdokumenter må sammenholdes med erfaring fra praktisk erfaring fra arbeid på AMK-sentralene. Det er altså viktig å kombinere teoretisk kunnskap med praktisk erfaring for å oppnå kompetanse om gjennomføringen av nødsamtalene. Som Landqvist (2012) viser, må råd og anbefalinger tuftes på *empiri*, ikke teoretiske synspunkt. Dette illustrerer han med eksemplet fra Samtalsprocessen (2006) der sykepleierne blir fortalt at hvis de bruker lukkede ('slutna') spørsmål, vil de få svar som er korte og svarer på et ja/nei-spørsmål. Dette er et teoretisk utgangspunkt, og, som Landqvist viser i sitt eksempel, stemmer det ikke alltid overens med det som faktisk skjer hvis en tar utgangspunkt i empirien.

Dersom rådene som blir gitt i overordnede styringsdokumenter ikke blir konkretisert, kan de dermed fremstå som generaliserte. Ved å begrunne rådene om hvorfor operatørene bør bruke den ene eller andre strategien og forankre dette i reell empiri, styrkes forståelsen for *hvorfor* akkurat dette er viktig, ikke bare *at* det er viktig.

9.6 Oppsummering

Gjennom denne oppgaven har vi sett hvordan en av operatørens viktigste oppgaver er å bruke informasjonen fra innringer til å komme frem til en dugende beskrivelse av hendelsen som har oppstått. Vi har gjennom eksempler fra nødsamtaler sett at operatørene bruker ulike samtaleverktøy for å komme frem til disse beskrivelsene, og hvordan disse verktøyene faktisk blir brukt i samtalene.

Etter å ha sett på disse eksemplene, ser vi at samtalen er operatørens arbeidsredskap. Det er gjennom samtalen at de utfører sitt arbeid og gjør vurderinger som leder frem til beslutninger om tiltak og iverksettelse av responser. Det å studere nødsamtalene er derfor en kilde til å kunne lære mer om hvilket arbeid som faktisk blir gjort i samtalene, og hvordan dette arbeidet blir utført.

Jeg synes det er spesielt viktig å trekke frem operatørens evne til å opptre som samtaleledere. I dette ligger det jeg tidligere har kalt å 'lede' eller 'navigere' i samtalen samt å 'lose' innringer fra et tema til et annet. Ved at operatørene fremstår som det Dreyer (2011a) omtaler som 'den styrende part' i samtalen, kan dette brukes til blant annet å styre unna potensielle problempunkter og holde fokus på sak i samtalene, og ikke på person. Dette er viktig for å unngå konflikter av typen Whalen, Zimmerman og Whalen (1988) og Svennevig (2012) gir eksempler på i samtalene de utgår fra. I disse samtalene førte misforståelser mellom operatør og innringer til tap av liv før ambulansen ankom ulykkesstedet.

9.7 Veien videre

I denne oppgaven har jeg også vært innom styringsdokumentene operatørene forholder seg til, og i avslutningen har jeg kort nevnt hvordan jeg ser spor av rådene som gis i disse styringsdokumentene i den faktiske interaksjonen mellom operatører og innringere. Noe det hadde vært interessant å finne ut mer om, men som går ut over denne oppgavens begrensninger, er å se om det finnes spor av den praktiske opplæringa av samtaleoperatører, og eventuelt hvilke spor, og hvordan, de kommer til syne i interaksjonen mellom samtaledeltakerne.

Innledningsvis nevnte jeg at nødsamtalene i mitt materiale gjennom sin kompleksitet byr på mye en kan velge å studere som samtaleforsker. Kompleksiteten bidrar til et rikt utvalg av potensielle aspekter som kan være interessante - og den stiller også krav til forskeren om å klare å velge ut og

9. Diskusjon

snevre inn enkeltelementer. Det er ingen tvil om at det er mye mer å som kan analyseres i materialet jeg har tatt utgangspunkt i. Det at dette materialet også brukes som utgangspunkt for to andre oppgaver med ulike problemstillinger, bidrar til at forskerne sammen kan bidra med et bredere innblikk i nødsamtalene. Dette kan gjøres både gjennom at de ser på forskjellige aspekter ved nødsamtalene og at de i tillegg har ulikt faglig fokus. Gjennom dette kan forskningen forhåpentligvis bidra til en større forståelse av nødsamtaler.

Referanseliste

"AMK er nervesenteret" (2013) Magasinet *Helse*, 01/2013, s. 14-15.

Andenæs, E. (1989): The researcher's dilemma, or: The dual task of the applied researcher. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 9.

Artman, H. & Wærn, Y. (1999): «Distributed Cognition in an Emergency Co-ordination Center». I: *Cognition, Technology & Work* Vol. 1, No. 4, s. 237-246. Springer-Verlag London Limited

Bakhtin, M. (1981): *The dialogic imagination: four essays*. Holquist, M. (red). Austin: University of Texas Press

Bakhtin, M. (1998): *Spørsmålet om talegenrane*. Bergen: Ariadne

Buttny, R. (1993): *Social Accountability in Communication*. London, etc: Sage.

Cromdal, J., Osvaldsson, K. & Persson-Thunqvist, D. (2008): Context that matters: Producing "thick-enough descriptions" in initial emergency reports. *Journal of Pragmatics* 40 (2008), s. 927-959

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*
Lastet ned den 11.04.2012 fra:
[http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20(2006).pdf)

Den Norske Legeforening (1999): *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, 2 utg. Stavanger, Åsmund S. Lærdal A/S

Drew, P. & Sorjonen, M. (1997): "Institutional dialogue". I: Dijk, Teun A. van (red.): *Discourse as Social Interaction*. *Discourse Studies* 2, s. 92-118. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage

Dreyer, K., Jensen, Å. C., & Almenning, B. (2011a): *Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger*.
Lastet ned den 14.04.2012 fra:
<http://www.kokom.no/kokomsoek/publikasjonar/Rapportar/20110610%20Kompetanseplan%20for%20mottak%20og%20håndtering.pdf>

Dreyer, K., Jensen, Å. C., & Almenning, B. (2011b): *Vedlegg: Moduler for personell i AMK*.
Lastet ned den 14.04.2012 fra:
<http://www.kokom.no/kokomsoek/publikasjonar/Rapportar/20110609%20Moduler%20AMK.pdf>

Egge Grung, M. & Nagell, H. W. (2003): Trenger vi forskningsetiske retningslinjer? I: Ruyter, Knut W. (red): *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. s. 75-93. Oslo: Gyldendal Akademisk

Referanseliste

- Evensen, L. S. (2004): From dialogue to dialogism. I: Bostad, F., Brandist, C., Evensen, L.S. & Faber, C. (red.) *Bakhtinian perspectives on language and culture*. s. 147-164. London:Palgrave Macmillan
- Evensen, L. S. (2013): *Applied Linguistics: Towards a new integration?* London:Equinox.
- Fangen, K. (1998): Fangens dilemma. I: *Nytt norsk tidsskrift* nr 3, 1998. s. 257-268
- Femø Nielsen, M. & Beck Nielsen, S. (2005): *Samtaleanalyse*. kap 7, s. 201-239. Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Forslund, K., Kihlgren, M., Östman, I. & Sørli, V. (2005): Patients with acute chest pain experiences of emergency calls and prehospital care. *Journal of Telemedicine and Telecare* 11(7) s. 361-367.
- Forslund, K. (2008): Det akuta larmsamtale. I: Holmström, Inger (red.): *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. kap 8, s. 147-161. Studentlitteratur, Lund
- Goffman, E. (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. Trykt opp i ny utgave 1990. London: Penguin Books
- Haaheim, H., Myrmed, L., Nordhuus, I., Thoresen, T., Aronsen, M. B. & Støver, M. (2013): *Nasjonale data fra Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler*. Lastet ned den 01.06.2013 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-data-fra-akuttmedisinske-kommunikasjonssentraler-arsrapport-2012/Publikasjoner/nasjonale-data-fra-akuttmedisinske-kommunikasjonssentraler-arsrapport-2012.pdf>
- Hem, E. (2013): *Pasient, klient, bruker eller kunde?* Lastet ned den 15.05.2013 fra: <http://tidsskriftet.no/article/2996612>
- Heritage, J. (1984): Accounts and Accountings. *Garfinkel and Ethnometodology*, kap. 6. Cambridge: Polity Press
- Heritage, J. (1988): Explanations as accounts: a conversation analytic perspective. I: Antaki, Charles (red.) *Analysing Everyday Explanation. A Casebook of Methods* s. 127-144. London, Sage
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010): *Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions*. Part 2: Calls for Emergency Service, s. 51-100. UK, Wiley-Blackwell

- Jefferson, G. (2004): Glossary of transcript symbols with an introduction. I: G. Lerner (red.), *Conversation analysis: Studies from the first generation*, s. 13-31. Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Labov, W. (1972): *Sociolinguistic Patterns*. Philadelphia: Pennsylvania University Press
- Landqvist, M. (2012): Det goda samtalet. Anvisningar för sjukvårdsrådgivare. I: Karlsson, Anna-Malin, Landqvist, Mads og Rehnberg, Hanna Sofia (red.): *Med språket som arbetsredskap. Sju studier av kommunikation i vården*. s. 49-61. Stockholm, E-print
- Langhelle, A., Lossius, H. M., Silfvast, T., Björnsson, H. M., Lippert, F. K., Ersson, A. & Søreide, E. (2004): International EMS Systems: the Nordic countries. *Resuscitation* 61 (2004) s. 9-21
- Levinson, S. C. (1992)[1979]: Activity types and language. I: Drew, Paul og Heritage, John (1992) (red.): *Talk at Work: Social Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 66-100. Første utgave utgitt i *Linguistics* 17: 365-399.
- Lillis, T. (2003): Student writing as 'academic literacies': Drawing on Bakhtin to move from critique to design. *Language and education*, 17, s.192-207
- Linell, P. (1990): "De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella lekmän". I: *Forskning om utbildning. Tidsskrift för analys och debatt*, vol 4, Uppsala universitet, s. 8-35.
- Linell, P. (2009): *Rethinking language, mind and world dialogically. Interactional and contextual theories of human sense-making*. United States of America: Information Age Publishing Inc.
- Linell, P. (2011): *Samtalskulturer. Kommunikativa verksamhetstyper i samhället*. Linköping: LiuTryck
- Norrby, C. (2004): *Samtalsanalys. Så gör vi när vi pratar med varandra*. Lund: Studentlitteratur
- Ochs, E. (1979): Transcription as Theory. I: Ochs, E. & B.B. Schieffelin (red.): *Developmental pragmatics*. s. 43-72. New York: Academic Press
- Psathas, G. & Anderson, T. (1990): The 'practices' of transcription in Conversation Analysis. *Semiotica* 78, s. 75-99.
- Rønneberg, K. G. (2011): Politisamtaler med publikum. Språkbruk som fremmer eller hemmer god kommunikasjon. Oslo: Unipub.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language* Vol. 50, No. 4, pp. 696-735
- Sarangi, S. (2000): Activity types, discourse types and interactional hybridity: the case of genetic counselling. *Discourse and social life*, 2000 - 1J27. Harlow: London
- Sarangi, S. (2002): Discourse practitioners as a community of interprofessional practice: some insights from health communication research. *Research and Practice in Professional Discourse*, C.N. Candlin (red.) s 95-135. Hong Kong: City University of Hong Kong Press

- Saranghi, S. (2007): The anatomy of interpretation: Coming to terms with the analyst's paradox in professional discourse studies. *Text and Talk* 27-5/6, s. 567-584.
- Schegloff, E. A. (2002): Reflections on research on telephone conversation: Issues of cross-cultural scope and scholarly exchange, interactional import and consequences. I: K.K. Luke og T-S Pavlidou (red.): *Telephone Calls. Unity and diversity in conversational structure across languages and cultures*. s. 249-279. Amsterdam, John Benjamins B.V.
- Schegloff, E. A. and Sacks, H. (1973): Opening up closings. *Semiotica* 8:289-327.
- Scheuer, J. (1998): *Den umulige samtale: sprog, køn og magt i jobsamtaler*. København: Akademisk Forlag.
- Sjukvårdsrådgivningen (2006): *Samtalsprocessen. En beskrivning av det professionella rådgivningssamtale*. Lastet ned 23.06.2013 fra:
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/varwebb/Dokument/triage/Samtalsprocessen_Skane_rev.pdf
- Svennevig, J. (2012): On being heard in emergency calls. The development of hostility in a fatal emergency call. *Journal of Pragmatics*, 44(2012) s. 1393-1412.
- ten Have, P. (2002): Comparing telephone call openings: Theoretical and methodological reflections. I: K.K. Luke og T-S Pavlidou (red.): *Telephone Calls. Unity and diversity in conversational structure across languages and cultures*. s. 233-248. Amsterdam, John Benjamins B.V.
- Tjora, A. H. (1997): *Caring Machines: Emerging Practices of Work and Coordination in the Use of Medical Emergency Communication Technology*, dr.polit-avhandling i sosiologi, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU.
- Tjora, A. H. (2002): Aksjonskollektivet. Samarbeid og bruk av teknologi i akuttmedisinsk koordinering. Trondheim, NTNU-Trykk.
- Tracy, K. (1997): Interactional Trouble in Emergency Service Requests: A Problem of Frames. *Research on Language & Social Interaction*, 30:4, s. 315-343
- Wakin, M. A., Zimmerman, D. H. (1999): Reduction and Specialization in Emergency and Directory Assistance Calls. *Research on Language and Social Interaction*, 32(4): 409-437.
- Whalen, J., Zimmerman, D. H., & Whalen, M. R. (1988): When words fail: a single case analysis. *Social Problems* 35(4): 335-362
- Whalen, J. & Zimmerman, D. (1998): Observations on the Display and Management of Emotion in Naturally Occurring Activities: The Case of "Hysteria" in Calls to 9-1-1. *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61, No 2, s. 141-159.
- Whalen, Marilyn & Zimmerman, Don H. (1987): Sequential and institutional contexts in calls for help. *Social Psychology Quarterly* 50: 172-185.

Zimmerman, Don H. (1992): The interactional organization of calls for emergency assistance. I: Paul Drew and John Heritage (red.): *Talk at Work: Social Interaction in Institutional Settings*. s. 418-469 Cambridge: Cambridge University Press.

Personlig kommunikasjon

Haga, Kirsten Mo, og Hepsø, Grete Mebust : 17.4/18.4/19.4 2013, e-post om rammebetingelser og opplæring av AMK-operatører.

Hepsø, Grete Mebust: 05.10.2012, samtale under omvisning på AMK-sentralen.

Vedlegg

REK - Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

19.06.13 15:18

Forskningsprosjekt

Nødsamtaler til 113

Vitenskapelig tittel:

Are emergency telephone number calls sufficient for decision making in emergency medicine?

Prosjektbeskrivelse:

Prosjektets formål er å undersøke hvilken betydning kommunikasjon har for medisinske beslutningsprosesser. Man skal analysere 30 transkriberte lydlogger fra nødsamtaler til 113, og se om det er samsvar mellom medisinske opplysninger gitt av innringer, og det mottakeren oppfatter og som gir grunnlag for respons. Transkriberingen av samtalen skal gjøres av profesjonell transkribent, og samtalen skal deretter anonymiseres. Det søkes om godkjenning for ikke å innhente samtykke.

(Redigert av REK)

Ref. nr.: 2012/671

Prosjektstart: 01.09.2010

Prosjektslutt: 19.06.2015

Behandlingsstatus: Godkjent

Forskningsstatus: Pågående

Prosjektleder: [Petter Aadahl](#)Forskningsansvarlig(e): [St.Olavs Hospital](#)

Initiativtaker: Bidragsforskning

Finansieringskilder:

Det medisinske fakultet (Forskerlinjen)

Forskningsdata: Mennesker

Utvalg: Pasienter/klienter

Forskningsmetode:: Fortolkende (kvalitative) analysemetoder

Antall forskningsdeltakere (Norge): 30

Behandlet i REK

Dato REK

[15.06.2012](#)REK midt[27.04.2012](#)REK midt

Vedlegg B

27.04.2012 REK midt

Forskningsprosjekt
Nødsamtaler til 113

Vurdering:

Prosjektleder: Professor dr. med. Petter Aadahl

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital v/ konstituert klinikksjef Sindre Mellesmo

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av overnevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge i møtet 23. mars 2012. Den forskningsetiske vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Vurdering

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Prosjektet framstår som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Samtykke

Det søkes om fritak fra samtykkekravet med begrunnelse om at det kun skal benyttes anonymiserte data. Komiteen viser til helseforskningsloven § 20: «For innhenting av materiale og opplysninger som senere skal anonymiseres, kreves det samtykke etter kapitlet her». Helseforskningsloven krever altså at opplysninger som er personidentifiserbare i utgangspunktet, men som skal anonymiseres før bruk, krever samtykke fra de involverte parter. Komiteen gir derfor ikke fritak fra samtykkekravet i dette prosjektet.

Fritak fra samtykkekravet for de som er døde

Komiteen viser til helseforskningsloven § 35 og gir herved dispensasjon fra taushetsplikt, slik at opplysninger kan gis fra helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, til bruk i det beskrevne prosjektet. Komiteen godkjenner også at prosjektleder behandler personopplysninger uten samtykke fra pårørende. Prosjektleder kan delegere nødvendig tilgang til de andre personene som er nevnt i søknadens liste over medarbeidere. Komiteen begrunner vedtaket med at det vil være vanskelig å innhente samtykke. Videre finner komiteen at forskningsprosjektet er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Komiteen ber om at det innhentes samtykke fra innringer, samt AMK-personalet som mottok samtalene som skal benyttes i forskningsprosjektet. Komiteen presiserer at det ikke er nødvendig å innhente samtykke fra de av innringerne som nå er døde. Det må utarbeides informasjons- og samtykkeskriv. Skrivene sendes komiteen for godkjenning. Vennligst benytt vår e-postadresse post@helseforskning.etikk.no og «REK midt 2012/671» i emnefeltet. Komiteens leder har fullmakt til å vurdere skrivene. Prosjektet må ikke igangsettes før skrivene er godkjent.
2. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.
3. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Prosjektdata skal oppbevares i minimum 5 år etter prosjektslutt.

Vedtak:

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding på eget skjema senest et halvt år etter prosjektslutt.

Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. helseforskningslovens § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt.

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=258814&p_parent_id=267630&_ikbLanguageCode=n

27.4.12

15.06.2012 REK midt

Forskningsprosjekt
Nødsamtaler til 113

Vurdering:

2012/671 Nødsamtaler til 113

Prosjektleder: Professor dr. med. Petter Aadahl

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital v/ konstituert klinikkisjef Sindre Mellesmo

Vi viser til klage på vilkår for godkjenning gitt 15. mai 2012. Søknad om forhåndsgodkjenning for overnevnte prosjekt ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) 27. april 2012. Klagen ble behandlet av REK midt i møtet 15. juni 2012.

Den forskningsetiske vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Prosjektets formål er å undersøke hvilken betydning kommunikasjon har for medisinske beslutningsprosesser. Man skal analysere 30 transkriberte lydlogger fra nødsamtaler til 113, og se om det er samsvar mellom medisinske opplysninger gitt av innringer, og det mottakeren oppfatter og som gir grunnlag for respons. Transkriberingen av samtalen skal gjøres av profesjonell transkribent, og samtalene skal deretter anonymiseres. Det søkes om godkjenning for ikke å innhente samtykke.

Vurdering

Søknad om forhåndsgodkjenning ble behandlet på møte i REK midt 27. april 2012. Prosjektet ble godkjent med vilkår om at det blir innhentet samtykke fra både innringer (med mindre de er døde) og AMK-personalet som har tatt imot samtalene. Klagen gjelder vilkåret om å innhente samtykke fra innringerne.

Søker anfører bl.a. i sin klage at «..i mange tilfeller er innringers opplevelse av den kritiske samtalen dårlig og at det igjen kan påvirke en eventuell deltagelse [...]. Noen av samtalene skjer i affekt, i påvirket tilstand og i noen tilfeller er innringer tilfeldig forbigående som kanskje ikke ønsker å bli innblandet i oppfølgingen av akutte hendelser.»

Komiteen viser til helseforskningsloven § 13 hvor det presiseres at samtykke fra alle deltakere er den klare hovedregelen i medisinsk og helsefaglig forskning. Unntak fra samtykkekravet forutsetter at det må 1) være «vanskelig» å innhente samtykke, 2) forskningen må være av vesentlig interesse for samfunnet, og 3) hensynet til deltakernes velferd og integritet må være ivaretatt. Under tvil har komiteen kommet til at det vil kunne være vanskelig å få tak i og/eller svar fra mange av innringerne. Et stort frafall vil svekke forskningens validitet, og vilkår 1 betraktes derfor som oppfylt. Videre anses forskningsprosjektet til å være av vesentlig interesse for samfunnet. For å ivareta hensynet til deltakernes velferd og integritet, ber komiteen om at det innhentes «passivt samtykke» fra innringerne. Dette betyr at det innvilges dispensasjon fra taushetsplikten, jf. helseforskningsloven § 35, men med underrettelsesplikt. Fritak fra samtykkekravet innebærer at opplysninger kan gis fra helsepersonell uten hinder av taushetsplikt, til bruk i det beskrevne prosjektet. Komiteen godkjenner også at prosjektleder behandler personopplysninger uten samtykke fra pårørende. Prosjektleder kan delegere nødvendig tilgang til de andre personene som er nevnt i søknadens liste over medarbeidere. Underrettelsesplikten skal overholdes ved at hver innringer mottar et brev hvor det gis informasjon om forskningsprosjektet, og hvor deltakerne gis anledning til å reservere seg fra forskningsdeltakelse. Komiteen innvilger fritak fra samtykkekravet uten underrettelsesplikt for de av innringerne som ikke kan identifiseres, og som dermed er anonyme. Komiteen presiserer at det må innhentes skriftlig informert samtykke fra AMK-personalet.

Vedtak:

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge innvilger fritak fra

samtykkekravet, med underrettelsesplikt for de av innringerne som kan identifiseres. Komiteen innvilger fritak fra samtykkekravet uten underrettelsesplikt for de av innringerne som ikke kan identifiseres.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=258814&p_parent_id=267630&_ikbLanguageCode=n

15.06.12

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Språk, verbal og ikke-verbal kommunikasjon i akuttmedisin. Hvilken betydning har det for medisinske beslutningsprosesser?

Nødsamtaler til 113

Bakgrunn.

Dere er godt kjent med dette prosjektet som ble startet opp som en pilot for et par år siden hvor Marte Vaage Øie var i AMK og hørte på noen nødsamtaler. Etter dette har hun samlet flere samtaler og det er nå over 20 transkriberte nødsamtaler som er analysert. Prosjektet har fått stor oppmerksomhet i vårt miljø, og det er nå er økende forskning på kommunikasjon i ulike simulerte akuttsituasjoner og etter hvert vil vi søke om å gjøre tilsvarende i akuttmottak, ambulanser, intensivrom og operasjonsstuer. Den språklige analysen fra nødsamtalene og de simulerte mottakene som Stine Gundrosen gir oss en unik mulighet til å etablere et verktøy for kommunikasjonsanalyse. I prosjektet Nødsamtaler til 113 ønsker vi en beskrivelse av hvordan kommunikasjonen over telefon foregår. De fleste av dere har møtt Kari Rønneberg på Politihøgskolen, hun har gjort en liknende analyse av politisamtaler. Vi samarbeider med Gruppe for helsekommunikasjon på Dragvoll (Ellen Andenæs og Gøril Tomassen) og med en verdenskjent forsker i Cardiff, UK, Srikant Sarangi. Dette samarbeidet har blitt viktig både for de og oss og jeg har avtalt med Kirsten at vi kan komme å informere om prosjektets hovedfunn samt tanker og ideer videre.

I studien benyttes transkriberte utskrifter av lydopptak. Kopier av lydloggene ligger innelåst på mitt kontor til studien er over, da leveres de tilbake til Grete. Transkripsjonene og kopiene utgjør vårt «datamateriale». Det er bare Marte og de to masterstudentene på Dragvoll som har hørt på opptakene: Kristina Reinholdtsen og Tor Simonsen Ellefsen ser på: *Innholdet i lydfilene skal brukes til å se på hvordan deltakerne i interaksjonen mellom seg skaper mening og forhandler om den. Dette kan for eksempel være hvordan en gitt situasjon kan forstås, og hvordan denne forståelsen skapes og reforhandles i samspillet mellom operatøren og innringeren*". Marte vil bruke transkripsjonene til å se hva slags medisinsk informasjon det er mulig å hente ut og sammenligne det med opplysninger i journalen. Masterstudentene skriver en hovedoppgave og Marte vil publisere sine resultater og de vil inngå i hennes dr.grad etter hvert.

Studien er godkjent av REK, og vi har også fått godkjent at vi IKKE innhenter samtykke fra innringer. Men, REK pålegger oss å innhente samtykke fra hver og en av operatørene ved AMK. Dette praktiseres forskjellig i de ulike helseforetak, noen leverer ut lydfiler i langt større grad enn vi har gjort. Uansett så har REK i Midt-Norge sagt at slik skal det gjøres hos oss. Det vil da også si at det er frivillig for den enkelte operatør å delta og at dere må samtykke skriftlig.

Prosjektansvarlig er avdelingsjef, professor Petter Aadahl

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta

.....

(Signert av prosjektdeltager, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

(Signert, rolle i studien, dato)



Det medisinske fakultet



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

TAUSHETSERKLÆRING

Jeg er kjent med at jeg gjennom mitt virke som masterstudent og gjennom emner eller forskningsprosjekter ved Det medisinske fakultet forøvrig, kan få tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Jeg forplikter meg til å overholde bestemmelsene om taushetsplikt i henhold til gjeldende lovverk. Jeg plikter å hindre at andre får kjennskap til det jeg som masterstudent har fått vite om folks legems- eller sykdomsforhold eller om andre personlige forhold jeg har fått kjennskap til gjennom utdanningen.

Taushetsplikten gjelder også

- pasienters fødested, fødselsdato, personnummer, pseudonym, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.
- tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.
- forskningsresultater av sensitiv natur eller for senere publisering.

Jeg er inneforstått med at taushetsplikten også gjelder for all tid etter at jeg har avsluttet mastergraden.

Jeg er kjent med at den som forsettlig eller grovt uaktsomt krenker taushetsplikten, kan straffes med bøter eller fengsel inntil seks måneder. Begås taushetsbrudd i den hensikt å tilvinde seg eller andre en uberettiget vinning, er strafferammen tre år. Det samme gjelder når det foreligger andre særdeles skjerpene omstendigheter.

NTNU 8/11 - 2012

Dato

KRISTINA REINHOLDTSEN

Navn med blokkbokstaver

Kristina Reinholdtson

Signatur

Følgende lovparagrafer omhandler taushetsplikten og brudd på taushetsplikten:

- Helsepersonelloven § 21
- Lov om spesialisthelsetjenesten § 6.1
- Forvaltningsloven § 13
- Straffeloven § 121
- Lov om folkeregistrering § 13
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger § 15
- Lov om personopplysninger kap. II
- Forskrift til personopplysningsloven kap. 2
- Pasientrettighetsloven § 3-6

Transkripsjonsnøkkel

Tegn	Betydning
.	fallende intonasjonskontur (såkalt «hevdende» intonasjonskontur)
?	stigende intonasjonskontur («spørrende»)
,	svakt stigende, svakt fallende eller flat kontur («fortsettelse»)
..	kort pause (under 0,3 sekunder)
...	mellomlang pause (0,3 - 0,6 sekund)
(pil opp)	stigende intonasjon i ytringsdelen som følger etter tegnet
(pil ned)	synkende intonasjon i ytringsdelen som følger etter tegnet
=	forlenging av lyd
'ord	trykksterkt ord (eller stavelse)
!ord	emfatisk trykk (når noe fremheves ekstra)
[ord], [ord] (vertikalt parallelle klammer)	overlappende tale
² [ord], [ord] ² nummererte klammer ved flere nærliggende tilfeller	overlappende tale
-	avbrutt ord
--	avbrutt intonasjonsenhet
(.hh)	innpust
(hh)	utpust
o(h)rd	en (h), enten alene eller inne i ord, indikerer mye luft, som kan opptre ved f.eks. latter eller gråt
(HOST)	ikke-språklige lyder fra taleapparatet
@	latter (ett tegn for hver «latterstavelse»)
<@ ord @>	latterkvalitet på stemmen (leende eller lattermild tale)
<MRC ord MRC>	marcato uttale
<EMF ord EMF>	emfatisk uttale
<F ord F>	høy stemmestyrke («forte»)
<P ord P>	lav stemmestyrke («piano»)
<A ord A>	høyt tempo («allegro»)
<L ord L>	lavt tempo («lento»)
<HI ord HI>	høyt toneleie (i betydningen <i>lyst</i>)
<LO ord LO>	lavt toneleie (i betydningen <i>mørkt</i>)
X	uhørbar stavelse
<X ord X>	usikker transkripsjon

Vedlegg F

((PEKER))	ikkespråklig handling, eller annen kommentar til transkripsjonen
<EMP ord EMP>	Empatisk stemmekvalitet
<PED ord PED>	Pedagogisk stemmekvalitet

Denne transkripsjonsnøkkelen baserer seg på elementer fra Jeffersonian system, og jeg har i tillegg føyd til noen elementer jeg selv har funnet i materialet mitt.