

Sammendrag

Problem

I denne avhandlinga problematiseres og drøftes forståelsen av begrepet *mellomfase* i nødsamtaler til 113. Denne drøftinga bygger på en tidligere masteravhandling (Reinholdtsen 2013), der det i forbindelse med kartlegging av fasestrukturen i nødsamtalene ble åpnet for en diskusjon om en såkalt "mellomfase" kunne betraktes som en egen fase eller ikke.

Materiale

Materialet i denne avhandlinga består av transkriberte lydopptak av nødsamtaler ringt inn til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Sør-Trøndelag ved St. Olavs Hospital.

Transkribering

Lydopptakene av nødsamtalene har blitt transkribert for å gjøre dem analyserbare. Transkripsjonsarbeidet innebærer flere overveielser som henger sammen med aktuell problemstilling. Innen samtaleforskning omfatter slike valg blant annet finhetsgrad og detaljrikdom, som pauser, overlappende tale og stemmeleie.

Analytisk tilnærming og teori

Med et dialogistisk syn på språk er det essensielt at en analyse av interaksjonen i nødsamtalene ikke kan gjøres isolert fra konteksten nødsamtalene er en del av. For å forstå konteksten har jeg satt meg inn i blant annet bruken av norsk medisinsk indeks (oppslagsverk til bruk i nødmeldetjenesten) og organisering ved AMK-sentralen. Med dialogismen som grunnleggende forståelse er det også vesentlig at interaksjon mellom samtaledeltagerne forstås som en forhandling om mening.

Til grunn for analysen har jeg også hatt et perspektiv på nødsamtalene som institusjonelle samtaler, organisert i ulike faser med tilhørende kommunikative mål deltagerne orienterer seg mot. Dette innebærer å ha et blikk for hvordan nødsamtalene foregår mellom en ekspert (operatøren) og lekfolk (innringerne). Et ulikt kunnskaps-, kompetanse- eller erfaringsnivå mellom ekspert og lekmann kan bidra til en asymmetri mellom deltagerne, noe som kan være nødvendig for framdrift i samtalen. Institusjonelle samtaler kjennetegnes også av at de har en målorientering, det vil si at samtaledeltagerne sammen arbeider for å oppnå et mål, der samtalen er verktøyet for å nå dette.

Funn

I akutte samtaler tar operatørene i bruk og behersker et vidt register av kompetanser som samtaleleder, der de legger til rette for at de sammen med innringer kan orientere seg mot ulike kommunikative oppgaver for å gi god pasientbehandling. Operatørens kompetanse gjør dem i stand til å håndtere og finne gode løsninger på ulike situasjoner. Ettersom operatører og innringere orienterer seg mot flere ulike kommunikative oppgaver, er det usikkert om begrepet "mellomfase" kan ses på som riktig.

Takk!

Selv om det er mitt navn på forsida, og mitt ansvar alt som står i denne avhandlinga, er det flere som har kommet med gode bidrag underveis, og som fortjener en stor takk.

Veileder **Ellen Andenæs**, for tålmodig og grundig veiledning gjennom hele prosjektet. Du har tatt meg på stort alvor med det faglige hele veien, men også minna meg på at det er lurt å ta fri iblant. Jeg setter også stor pris på forståelsen for at jeg måtte krysse et hav underveis for å få tankene på rett kjøll.

Masterseminaret og medstudenter. Takk til dere som har organisert, og til dere som har deltatt. Gode tekster blir det virkelig først med innspill fra og i diskusjoner med andre. Å ha en arena for dette, og med mulighet for å ta opp andre temaer relatert til masterarbeidet, har vært uvurderlig.

Gittan, for helhjerta og nøyaktige tilbakemeldinger. Både nå mot slutten, men ikke minst i arbeidet med AVS3304.

Petter Aadahl, for god mottakelse ved ISB/AHL, og for å ha stilt til disp arbeidsplass ved St. Olavs.

Marte, for selve prosjektet, men og for tilrettelegging for jobbinga på St.Olav, og for omvisning på Akutten.

Kristina, for faglige og mindre faglige diskusjoner hele veien, og ikke minst for gode innspill helt fram til landkjenning.

Familie og venner, for at jeg får lov å dele både glede og frustrasjon underveis med dere.

Til sist en takk til alle dere, kjente og ukjente, som jeg har snakket med underveis om hva jeg forsker på. Dere har fått meg til å forstå hvorfor dette er et interessant tema å finne ut mer om.

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1 OM AMK-SENTRALEN OG EN AMK-OPERATØRS HVERDAG	1
1.2 MIN VEI INN I PROSJEKTET	2
1.2.1 NTNUS FORSKERGRUPPE I HELSEKOMMUNIKASJON OG ETIKK.....	3
1.3 SAMTALEFORSKNING PÅ NØDSAMTALER	4
1.3.1 NØDSAMTALER TIL 113	7
1.4 PROBLEMSTILLING	8
1.5 AVHANDLINGAS OPPBYGGING	9
2 METODE OG MATERIALE	11
2.1 SAMTALEANALYTISK TILNÆRMING	11
2.2 KONTEKSTUELLE BETINGELSER	12
2.2.1 KOMPETANSEPLAN	13
2.2.1.1 Modul 3 - Kommunikasjon med innringer	13
2.2.2 NORSK MEDISINSK INDEKS	17
2.2.2.1 Ulike hastegrader og tilhørende kriterier	17
2.2.3 ORGANISERING AV AMK	18
2.3 UTBYTTE AV LITTERATURSTUDIER	19
2.4 MITT MATERIALE	19
2.4.1 GODKJENNING AV PROSJEKTET	19
2.4.2 UTVELGELSE AV MATERIALET	20
2.4.2.1 Kriterier for utvelgelse	21
2.4.3 SAMMENHENG MELLOM UTVALGSKRITERIER OG PROBLEMSTILLING	24
2.4.4 INNSNEVRING AV MATERIALE	24
2.5 BEARBEIDING AV MATERIALE	25
2.5.1 VALG AV FINHETSGRAD I TRANSKRIPSJONEN.....	26
2.5.2 TRANSKRIBERING AV DIALEKT	27
2.5.3 ANONYMISERING.....	27
2.5.4 SKRIFTTYPE.....	27
2.6 TRANSKRIPSJONSØKKE	28
3 TEORI	29
3.1 ET DIALOGISTISK SYN PÅ SPRÅK	29
3.2 KONTEKSTUALISERINGSSIGNALER	30
3.3 INSTITUSJONELLE SAMTALER	30
3.3.1 FASEORGANISERING	31
4 ANALYSE	35
4.1 DISKUSJON OM "MELLOMFASER" SOM BEGREP	35
4.1.1 VALG AV BENEVNELSER	36
4.2 FORHANDLING OM MENING	37
4.3 VEILEDNING I STRESSA SITUASJONER	40
4.4 OVERGANG MELLOM ULIKE KOMMUNIKATIVE OPPGAVER	47
4.5 SAMTALENS VARIGHET SOM TEMA	50
4.6 FORANDERLIGE SITUASJONER	61
4.7 TYDELIGGJØRING AV VALG AV KOMMUNIKATIVE OPPGAVER	63
4.8 UTYPISK AVSLUTNING	67
5 DRØFTING	78

5.1	KONKLUSJON	81
6	LITTERATURLISTE.....	83
7	VEDLEGG	I
7.1	BEHANDLING HOS REK.....	I
7.2	SAMTYKKE AMK-OPERATØRER.....	VII
7.3	TRANSKRIPSJONSØKKEL.....	IX

1. Innledning

1.1 Om AMK-sentralen og en AMK-operatørs hverdag¹

En akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral) har ansvaret for å motta medisinske nødmeldinger og å overvåke ambulansetransporter. I Norge er det i dag 19 AMK-sentraler, og det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for å etablere og drifte de enkelte AMK-sentralene. De ulike sentralene har varierende størrelse, målt i geografisk dekningsområde og bemanning på selve sentralen.

Hver sentral er bemannet av helsepersonell, med ulike funksjoner. På sentralen sitter det medisinske operatører, i tillegg til ambulansesentraler. AMK-operatørene, som vanligvis er utdannede sykepleiere, avgjør hvilken hjelp som skal gis til de som ringer inn. De gir også medisinsk veiledning over telefon i henhold til norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som er et nasjonalt oppslagsverk for å gi kvalifisert hjelp. Ambulansesentralene har oversikt over ambulansene som er tilgjengelige, og dirigerer disse etter behov.

Vanlig opplæringstid for å jobbe på en AMK-sentral er tre måneder. Det er et vanlig krav at en må være sykepleier med et par års erfaring, gjerne fra ambulansarbeid. I tillegg til formelle krav, dreier det seg mye om personlig egnethet.

Utfordrende arbeidshverdag

AMK-operatørene sier om sin egen jobb og arbeidshverdag at det er få utenfra som vet hva de egentlig gjør. Operatørene har en vanskelig, men svært givende jobb. De må kunne høre, skrive og snakke samtidig. Mange innringere får hjelp, og de fleste er

¹ Fakta om AMK-sentralen i avsnitt 1.1, samt beskrivelsene fra AMK-operatørens hverdag, er hentet fra Sykepleien (Fonn 2014). I en artikkelserie tas det utgangspunkt i AMK-sentralen ved Ullevål sykehus i Oslo og hvordan operatørene opplever arbeidshverdagen.

Etttersom jeg i denne avhandlingen analyserer nødsamtaler ringt inn til AMK Sør-Trøndelag (St. Olavs Hospital) er jeg klar over at de regionale AMK-sentralene (R-AMK) kan ha ulike krav til opplæring og bemanning, men dette mener jeg har liten eller ingen betydning for min analyse av interaksjonen i selve nødsamtalene.

takknemlige. En del av jobben er å veilede de som ringer inn, og å klare å forstå deres situasjon.

"Linda har sørget for at pasienten med kramper ligger på ryggen. Det tok litt tid før hun skjønnte at han lå på magen. Innringer er ikke så god i norsk."

En annen viktig del av jobben er å klare å være løsningsorientert i ulike situasjoner.

"Et (annet) barn har høy feber. Linda ber mor holde telefonen mot barnets munn, så hun kan telle respirasjonen."

Samtidig kan jobben som AMK-operatør også by på sterke opplevelser.

"(..) det er vel så tøft når en dame på 80 forteller at mannen ikke puster. Hun er kanskje 40 kilo og klarer ikke å få mannen på hundre kilo ned på gulvet. Jeg kan høre at han tar sitt siste drag. Det er kjempetrist. De har kanskje vært gift i 60 år. Å være med på det er veldig sterkt."

De ulike henvendelsene som kommer inn til AMK-sentralen deles inn i "akutt", "haster" og "vanlig" (henholdsvis rød, gul og grønn respons). Helsepersonell er den gruppen som henvender seg oftest til AMK-sentralen, deretter publikum. Men når det er akutt, de situasjonene der det kan være livstruende, er det publikum som topper statistikken.

I denne avhandlinga vil fokuset være på slike akutte samtaler, der publikum er innringere. Fra dette glimtet av hvordan en AMK-operatørs hverdag kan arte seg, vil jeg etterhvert i innledninga komme inn på min problemstilling, og hva jeg ønsker å undersøke. Før jeg kommer så langt, vil jeg først si noe om prosjektet denne avhandlinga er en del av (avsnitt 1.2), og om feltet helsekommunikasjon (avsnitt 1.2.1). Veien mot problemstillinga mi kommer heller ikke utenom en "guidet tour" på annen samtaleforskning på nødsamtaler, noe jeg vil gi i avsnitt 1.3 og 1.3.1.

1.2 Min vei inn i prosjektet

Min masteroppgave er del av et forskningsprosjekt initiert av forskerlinja ved Det Medisinske Fakultet (DMF, NTNU). Prosjektet skjer i samarbeid med institutt for språk og litteratur (ISL) ved NTNU. I tillegg til én student ved DMFs forskerlinje, Marte Vaage Øie, deltar jeg og en annen masterstudent (Kristina Reinholdtsen) fra

språklig kommunikasjon (ISL/ISK)² i prosjektet. Mitt fokus er på samtaler som ringes inn til AMK (AkuttMedisinsk Kommunikasjonssentral Sør-Trøndelag) på 113.

Bakgrunnen for prosjektet *nødsamtaler til 113* var at medisinstudenten ønsket å finne ut hvorvidt de opplysningene som kommer frem under en nødsamtale til AMK via 113 stemmer med pasientens faktiske medisinske tilstand og hvilken betydning denne samtalen har for ressursbruken til sykehuset (personlig kommunikasjon med Marte Vaage Øie). Etter hvert som prosjektet utviklet seg, ble det aktuelt å involvere samtaleforskere som kunne se detaljert på hva som skjer i selve samtalene. Derfor ble vi som masterstudenter ved språklig kommunikasjon (ISK/ISL) spurt om å delta.

1.2.1 NTNUs forskergruppe i helsekommunikasjon og etikk

Prosjektet *nødsamtaler til 113* er knyttet til NTNUs forskergruppe i *helsekommunikasjon og etikk*, en ”tverrfakultær forskningsgruppe etablert i februar 2006. Her samarbeider forskere fra Det humanistiske fakultet, Det medisinske fakultet og Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.”³

Forskergruppa har som mål å "*fremme dialoger mellom interesserte og involverte i helsekommunikasjon,*" samt å "*bidra med en dynamisk og konstruktiv stemme i forskning på helsekommunikasjon.*"

Feltet helsekommunikasjon "*er et felt med stor bredde når det gjelder kommunikasjonstyper og –mønstre. Det omfatter kommunikasjon på tre nivå: mellom profesjonelle og lekfolk, mellom profesjonelle, og mellom myndigheter og befolkning. Et fjerde nivå – kommunikasjon mellom pasienter/brukere – er i ferd med å vokse fram gjennom blogger og sosiale medier.*

Gjennom de siste 25 årene har helsekommunikasjon også utviklet seg til et levende, produktivt og mangfoldig forskningsfelt. Forskerne i feltet ser den sentrale betydningen av kommunikasjon i både helsetjenester og helsefremmende arbeid.

² Reinholdtsen (2013) er utgitt ved institutt for språk- og kommunikasjonsstudier (ISK), et institutt som nå, etter sammenslåing med andre tidligere institutt, har navnet *institutt for språk og litteratur* (ISL). Denne avhandlingen ble påbegynt ved ISK, men er gitt ut ved ISL.

³ Alle beskrivelser om forskergruppa (avsnitt 1.2.1) er hentet fra ntnu.no/helsekommunikasjon, 6.april 2014.

Kommunikasjon inngår i alt arbeid med å skape, samle og spre informasjon om helse og helsetjenester, og er en forutsetning for å realisere idealer om demokrati, deltaking og medvirkning i helsefeltet.

Litt forenklet kan en si at det er to hovedretninger i forskningsfeltet, som arbeider med henholdsvis massekommunikasjon (f.eks. informasjonskampanjer) og konkret interaksjon mellom mennesker (som teamkommunikasjon eller lege-pasient-samtaler). Begge er representert i forskergruppas virksomhet, men foreløpig har hovedvekten ligget på konkret interaksjon."

1.3 Samtaleforskning på nødsamtaler

Jack Whalen og Don Zimmerman kan regnes som pionerer innen forskning på nødsamtaler (Heritage & Clayman 2010). Tidlig på 80-tallet samlet de inn et større korpus bestående av samtaler til 9-1-1, ringt inn til to sentralbord, et i en amerikansk storby og et som dekket et område med mer spredt befolkning (Whalen & Zimmerman 1987:173). Med dette materialet som bakgrunn analyserte Whalen og Zimmerman nødsamtaler med ulike tilnærminger. De har blant annet publisert en rekke artikler, og jeg vil her presentere noen av dem, før jeg også kommer med eksempler på forskning på nødsamtaler i Skandinavia.

I *Sequential and Institutional Contexts in Calls for Help* (Whalen & Zimmerman 1987) kartla de faseorganisering i nødsamtaler, med et spesielt fokus på interaksjonen i åpningsfasen, i starten av samtalen. Et viktig funn var hvordan de første ytringene i en nødsamtale legger rammer for innholdet i resten av samtalen. Et annet funn var at en prototypisk nødsamtale inneholder fem faser (åpning - anmodning - utspørring - respons - avslutning). Forståelsen av en slik faseorganisering er sentralt for mitt prosjekt *nødsamtaler til 113*, og er noe jeg vil komme tilbake til etter hvert.

En annen tilnærming til nødsamtalene har de i *When Words Fail: a Single Case Analysis* (Whalen, Zimmerman & Whalen 1988). Her er materialet én enkelt nødsamtale, og fokuset er på hva i interaksjonen som fører til at samtalen går galt. Med Conversation Analysis (se avsnitt 2.1 samtaleanalytisk tilnærming) som

metodisk verktøy studerte de hvordan misforståelser mellom innringer og operatør utviklet seg til trusler, noe som fikk fatale følger, ettersom håndteringen av samtalen førte til at folk mistet livet. Hendelsen som var utgangspunkt for analysen fikk også omtale i media, noe som er grunnen til at den ble analysert.

I samtalen i *When Words Fail: a Single Case Analysis* (Whalen, Zimmerman & Whalen 1988) benyttet innringer en anmodning formulert som et eksplisitt ønske om ambulanse: ("I'd like tuh have an ambulance at..."). I *Interactional Trouble in Emergency Service Requests: A Problem of Frames* har Tracy (1997) gjort funn knyttet til anmodningene innringere bruker i nødsamtaler. Tracy fant at en anmodning formulert som et eksplisitt ønske (slik som "I'd like tuh have an ambulance" kan være) signaliserer at innringer har en forventning til at nødsamtalene skal være en kundetjeneste ("customer service frame"), der innringer bare kan ringe og bestille ambulanse. Tracy intervjuet også flere operatører om deres erfaring med innringeres forventninger til det å ringe inn en nødsamtale. Med utgangspunkt i Goffmans (1974 i Tracy 1997) begrep om "*frames*", fant Tracy at innringere kunne ha forventninger til nødsamtalene som en "customer service frame", mens operatørene (og institusjonen) tok utgangspunkt i nødsamtalene som en "public service frame", og at et slik avvik ofte kunne være grunnlaget for misforståelser.

Larsen (2010) har også studert innholdet i anmodningsfasen. Hun tok utgangspunkt i oppringinger til "alarmcentralen" i Danmark. Fra materialet sitt fant hun at innringerne benyttet ulike språklige formater på anmodningene (Larsen 2010:88). Ulike formater signaliserte ulik grad av berettigelse til hjelp, og Larsen fant at operatørene behandlet innringerne ut i fra hvilke anmodninger de brukte. Anmodninger som signaliserte sterk grad av berettigelse ble behandlet som umiddelbart berettigede, mens formater som signaliserte en svakere berettigelse, ble behandlet som potensielt uberettigede til å få hjelp (Larsen 2010:88-89). Larsen fant også at de med et annet morsmål (dansk som andrespråk) i større grad benyttet anmodninger som signaliserte en svakere berettigelse, og at de ble behandlet deretter.

En annen tilnærming til å studere nødsamtaler kan ses i *Observations on the Display and Management of Emotion in Naturally Occurring Activities: The Case of "Hysteria" in Calls to 9-1-1* (Whalen & Zimmerman 1998). Her analyserte Whalen og

Zimmerman hvordan "*hysteri*" hos innringer førte til at vedkommende ikke ble i stand til å samarbeide med operatør, slik det ble forventet (Whalen & Zimmerman 1998:141).

Samarbeidsproblemer har også vært grunnlag for analyse av nødsamtaler i Norge. I den såkalte *Tøyen-saken* fra 2010 (Sandvig 2010) døde ei tyrkisk kvinne på Tøyen i Oslo. Som følge av misforståelser som utviklet seg til trusler i løpet av flere nødsamtaler om den samme situasjonen, ble ambulanse holdt tilbake i påvente av politi. Jan Svennevig analyserte disse samtaleene i *On being heard in emergency calls. The development of hostility in a fatal emergency call* (Svennevig 2012). I denne artikkelen var fokuset på hvordan operatøren tydeliggjorde overfor innringer at han hørte, forstod og aksepterte de forespørslene innringer kom med (Svennevig 2012:1393).

Annen forskning på nødsamtaler i Skandinavia, i tillegg til Svennevig (2012) og Larsen (2010), står blant andre Jacob Cromdal med flere for. I *Context that matters: Producing "thick-enough descriptions" in initial emergency reports* (Cromdal et al 2008) undersøkes det hvordan operatørene har som mål å innhente det Cromdal kaller en "*thick-enough description*" av situasjonen det ringes inn om⁴. I dette studiet er innringerne barn, og Cromdal et al (2008) undersøker hvordan operatørene innhenter en situasjonsbeskrivelse som er *dugende nok* til å iverksette tiltak og formidle respons, altså å ta en avgjørelse om det for eksempel skal sendes ut en ambulanse, og hvor mye det eventuelt haster (se kapittel om kontekstuelle betingelser).

I et annet studie har Cromdal en annen tilnærming til nødsamtalene. I *Finding out what's happened: Two procedures for opening emergency calls* (Cromdal et al 2012) undersøkes det hvordan ulike åpningsfraser i nødsamtalene kan ha betydning for hvordan og hvor raskt innringer presenterer en beskrivelse av situasjonen det ringes inn om. Som følge av innføring av en EU-standard byttet Sverige nødnummer i 1996, fra 90000 ("*Nittio Tusen*") til 112 ("*Ett ett två*"). Sammen med bytte av telefonnummer ble det også innført en standardisert åpningsfrase. Der operatørene

⁴ "Thick-enough descriptions" har i forbindelse med forskning på nødsamtaler ved St. Olavs hospital blitt oversatt til norsk som *dugende beskrivelser* (Reinholdtsen 2013: 54-55). Dette kommer jeg tilbake til.

tidligere besvarte et anrop med enten "Nittio Tusen" eller "SOS Nittio Tusen" besvarte de anropene fra 1996 også med et spørsmål: "SOS Ett ett två, vad har inträffat?". Funnene fra studien viser hvordan et slikt spørsmål helt i starten av samtalen reduserer lengden på åpningsfasen, ettersom innringers første ytring også blir starten på en utspørringsfase, der operatøren innhenter en beskrivelse av hva som har skjedd.

1.3.1 Nødsamtaler til 113

Som nevnt innledningsvis, er masteravhandlingen min en del av prosjektet *nødsamtaler til 113*. Den er den siste av to språkvitenskapelige masteravhandlinger som tar utgangspunkt i det samme materialet (opptak/transkripsjoner av 20 nødsamtaler ringt inn til AMK⁵ Sør-Trøndelag/113 ved St. Olavs Hospital). I den første masteroppgaven (Reinholdtsen 2013) ble *nødsamtalene som virksomhetstype* beskrevet, med fokus på hvilke ulike faser samtalen bestod av. Med denne fasebeskrivelsen ble det også beskrevet hvilke kommunikative oppgaver som løses i de ulike fasene. Reinholdtsen fant de samme fem fasene som Whalen og Zimmerman (1987:174-175) fant i sin tidligere forskning på amerikanske nødsamtaler (9-1-1):

- *Åpningsfase*. Innringer og operatør fullfører en åpningsfase ved at de sørger for en gjensidig forståelse av hverandres identiteter, og på denne måten klargjør hvilken type samtale som foregår.
- *Anmodningsfase*. Det presenteres en grunn for at det ringes, vanligvis ved at det rapporteres om et problem eller at det spørres eksplisitt om hjelp.
- *Utspørringsfase*. Innringer og operatør enes om en akseptabel beskrivelse av situasjonen, og en beskrivelse av *hvor* situasjonen er.
- *Responsfase*. Operatøren tilbyr eller avslår en respons (utsendelse av ambulanse) til den forespørselen innringer har kommet med.
- *Avslutningsfase*. Innringer og operatør foretar en koordinert avslutning av samtalen, etter at målet (målene) med samtalen er nådd.

⁵ Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral

I tillegg til disse fem fasene, fant Reinholdtsen at det i de mest akutte⁶ samtalene er slik at utspørringsfasen går over til det hun har valgt å kalle en *mellomfase*. Navnet "*mellomfase*" er valgt fordi denne fasen kan forstås som en overgang mellom utspørringsfasen og responsfasen. I opplæringsmoduler for AMK-operatører (Dreyer et al 2011) og i Norsk Medisinsk Indeks⁷ (NMI 2009) er det beskrevet hvordan operatører skal *holde linja* med innringer i akutte situasjoner, helt til ambulansepersonale har kommet fram til situasjonen. Operatørene velger også å *holde linja* i mindre akutte situasjoner, dersom det er hensiktsmessig, og kapasiteten hos AMK tillater det.

I sin avhandling har Reinholdtsen diskutert om *mellomfasene* bør ses på som en egen fase. Hennes argument for å gi mellomfasen et eget navn og betrakte den som en egen fase er blant annet 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." (Reinholdtsen 2013:72).

1.4 Problemstilling

I min analyse vil jeg ta utgangspunkt i det Reinholdtsen har funnet ut om de såkalte *mellomfasene*, og fortsette den diskusjonen hun omtaler. For å undersøke dette, blir problemstillingen min som følger:

Kan "mellomfaser" i mitt materiale karakteriseres som en egen fase?

For å kunne gi et svar på hovedproblemstillingen, har jeg i tillegg valgt følgende underproblemstillinger:

- Hvilke(n) funksjon(er) har snakket i en eventuell "mellomfase" ?
- Hvordan orienterer deltagerne seg mot ulike mål i "mellomfasen" ?

⁶ akutte samtaler, hastegrad "rød" (se avsnitt om *ulike hastegrader*)

⁷ oppslagsverk fra legeföreningen som operatører bruker for å gi kvalifisert hjelp over telefon (se avsnitt om *norsk medisinsk indeks*)

1.5 Avhandlingas oppbygging

Til nå har jeg beskrevet ulike samtaleforskning på nødsamtaler, og med det som bakgrunn presentert min egen problemstilling i denne avhandlinga.

I neste kapittel (metode og materiale) vil jeg først redegjøre for min samtaleanalytiske tilnærming til materialet (2.1). Tilnærminga til materialet handler også om å forstå konteksten som omgir selve samtalene. En slik forståelse vil jeg derfor presentere i avsnitt 2.2, *kontekstuelle betingelser*. I *mitt materiale* (2.4) vil jeg beskrive hva som kjennetegner materialet jeg har analysert. Jeg vil si noe om hvilke utvalgs-kriterier som har ligget til grunn for en utvelgelse, og litt om hvordan slike utvalgs-kriterier henger sammen med problemstilling og metode (2.4.3). Bearbeiding av materialet, transkriberingsprosessen, beskrives deretter i avsnitt 2.5.

I kapittel 3, *teori*, vil jeg først redegjøre for hva det innebærer for meg å ha *et dialogistisk syn på språk* (3.1). Annen teori, som et perspektiv på nødsamtalene som *en institusjonell samtale*, vil jeg komme inn på i avsnitt 3.3. En viktig del av forståelsen av nødsamtalene som institusjonell samtale er *faseorganisering*, som beskrives med et eksempel i avsnitt 3.3.1.

Videre er kapittel 4 selve *analysen*. Her vil jeg først trekke fram diskusjonen om begrepet "mellomfaser", som jeg allerede har nevnt i avsnitt 1.3.1. Før selve analysen vil jeg også komme med en redegjørelse om *valg av benevnelser* (4.1.1). Analysen har jeg valgt å dele opp i ulike tema med forskjellige overskrifter (4.2 - 4.8).

I analysen viser jeg hvordan deltagerne orienterer seg mot ulike mål. I kapittel 5, *drøfting*, vil jeg komme nærmere inn på hvilke ulike funksjoner snakket har i de ulike temaene jeg har analysert frem. Som en del av en avsluttende *konklusjon* vil jeg gi et svar på hovedproblemstillinga - om "mellomfaser" kan karakteriseres som en egen fase (5.1).

2 Metode og Materiale

I dette kapitlet vil jeg først beskrive min analytiske tilnærming til materialet. Dette henger sammen med en forståelse av konteksten samtalen er en del av. Etter å ha sagt noe om hvilke kontekstuelle betingelser jeg har satt meg inn i, vil jeg presentere selve materialet. Jeg vil beskrive særegne trekk ved materialet mitt, og hvilke konsekvenser dette har fått for hvordan jeg har måttet behandle materialet. Jeg vil også beskrive hvordan materialet har blitt valgt ut, og hvilke utvalgsriterier som har blitt brukt for dette. Til sist i kapitlet vil jeg komme inn på hvordan bearbeiding av materialet (transkripsjon) har foregått for å gjøre det analyserbart.

2.1 Samtaleanalytisk tilnærming

I møte med materialet har jeg hatt en samtaleanalytisk tilnærming som har vært CA-inspirert. CA (Conversation Analysis) som samtaleanalytisk metode har opprinnelse fra amerikansk sosiologi, med opphavsmenn som Schegloff, Sacks og Jefferson (Drew 2005). CA som metode ble i utgangspunktet tatt i bruk for å analysere interaksjonen i telefonsamtaler. Ved å studere turtaking mellom deltagerne og hvordan de samarbeidet, ble det mulig å forstå samtalen som sammensatt av ulike faser og tilhørende kommunikative delmål. CA som metode er mer opptatt av å stille spørsmål om *hvordan*, altså å beskrive, heller enn å besvare spørsmål om *hvorfor* (Linell 2011a:123).

At min samtaleanalytiske tilnærming er CA-inspirert, betyr at jeg har sett på hvordan samtaledeltagernes ulike ytringer i samtalen fungerer som et bidrag til en *forhandling om mening*. I dette ligger det at én enkelt ytring ikke kan forstås som noe isolert, men som en del av en slik interaktiv forhandling mellom samtaledeltagerne. Dersom ytringer ble betraktet som en ferdigforhandlet informasjonsenhet som kunne overleveres mellom sender og mottaker, ville det være mindre hensiktsmessig å foreta en samtaleanalyse (Linell 2011a:108). Selve samtalen har jeg også forstått som en del av den konteksten den er en del av, og som en institusjonell samtale. Hva dette innebærer, og hvordan jeg har arbeidet for å få en slik forståelse, skriver jeg mer om i avsnitt 2.2 *kontekstuelle betingelser* og i kapittel 3 *teori*.

Kjennskap til andres funn fra forskning på nødsamtaler kan være både fordelaktig og utfordrende. Det at jeg hadde kjennskap til blant andre Whalen og Zimmermans (1987) funn av faseorganisering i nødsamtaler, før jeg selv analyserte mitt eget materiale, var to-sidig. På den ene siden var det nyttig å kjenne til annen forskning, fordi jeg da fikk en forståelse for hvordan fasestrukturen i en nødsamtale *kunne* være organisert. Samtidig, på den andre siden, var det viktig for meg å være nøktern i hvordan jeg valgte å bruke andres forskning og deres funn som "mal" for det blikket jeg hadde på mitt eget materiale, i det jeg skulle analysere dette.

En slik bevissthet mener jeg hjalp meg til å unngå å ubevisst *se etter* andres funn, og å ukritisk overføre andres resultater til mitt materiale. Femø Nielsen og Beck Nielsen (2005) og Linell (2011a) poengterer at det innen samtaleanalyse er viktig at jeg gjør funn som er empirisk-analytiske, altså at jeg selv kan bevise at de finnes i *mitt* materiale. Som jeg vil komme tilbake til, både her i metodekapitlet og senere i drøftinga, er det viktig at jeg forstår og tolker mine funn i *mitt materiale* som en del av den konteksten samtalene er en del av.

2.2 Kontekstuelle betingelser

Med den samtaleanalytiske tilnærminga jeg har hatt til materialet, har jeg gått tett på interaksjonen i samtalen, for å kunne si noe om hva som skjer i samtalen, ut i fra de faktiske ytringene deltagerne kommer med. I analysen av nødsamtalene har jeg i tillegg hatt et fokus på den konteksten nødsamtalene er en del av. Sarangi (2007) argumenterer for at det er viktig for samtaleforskere å ha en tilstrekkelig forståelse av den konteksten samtalene det forskes på er en del av, slik at en som forsker unngår å undertolke. For eksempel vil det å kun observere, uten å kjenne til hensikten med en bestemt praksis, kunne føre til at analysen baserer seg på misforståelser. Selv om jeg har satt meg inn i slik kontekstuell informasjon, har hovedperspektivet mitt allikevel vært datanært, med en samtaleanalytisk tilnærming til materialet.

2.2.1 Kompetanseplan

Kompetanseplanen jeg her vil presentere (Kompetanseplan for mottak og håndtering av medisinske nødmeldinger, Dreyer et al 2011) er en plan for å etablere en nasjonal standard i håndtering av nødmeldinger. I tillegg til dette kan de regionale AMK-sentralene (R-AMK) operere med egne retningslinjer (Tjora 2009).

I forordet til kompetanseplanen står det at den "(..) *beskriver hvordan personellet på sentralene opparbeider nødvendig kunnskap, etisk kompetanse, relevante ferdigheter og blir egnet for optimal utføring av arbeidsoppgavene.*"

Videre står det at "*kompetanseplanen med tilhørende moduler skal ikke fungere som en lærebok eller som et ferdig opplegg for opplæring for personell i sentralene, men skal være en veileder som legger til rette for og gir føringer for kompetanseutvikling ved sentralene.*" (Dreyer et al 2011:2).

Kompetanseplanen er altså ingen utfyllende lærebok for hvordan AMK-operatørene skal utføre jobben sin, men den bidrar med retningslinjer og føringer for kompetanser som anses som viktige.

Kompetanseplanen består av ulike moduler. Jeg har valgt å se nærmere på *modul 3 - kommunikasjon med innringer*, ettersom innholdet i denne modulen er det mest relevante for min samtaleanalyse.

2.2.1.1 Modul 3 - Kommunikasjon med innringer

Innledningsvis i denne modulen listes det opp flere sentrale emner, som anses som viktige i operatørens kommunikasjon med innringer(e). Disse emnene er listet opp punktvis, og jeg vil trekke fram punktene som er nevnt under "verbal kommunikasjon" og "nonverbal kommunikasjon" (Dreyer et al 2011:38):

Verbal kommunikasjon

- Systematisk utspørring av innringer jfr medisinsk indeks
- Metoder for å sikre at operatør har oppfattet innringers budskap
- Kvalitetssikring av at innringer har forstått hva operatøren sier

- Kjenne til konfliktdempende teknikker
- Valg av ord: unngå fagterminologi og følelsesladete uttrykk.
- Kjenne til hvordan operatøren er den styrende part i samtalen

Nonverbal kommunikasjon

- Kjenne til hvordan nonverbal kommunikasjon påvirker en samtale
- Bevisst bruk av stemmeleie
- Unngå uartikulerte lyder som kan virke negativt (pustelyder, sukk og bruk av tyggis osv)

Videre i modulen beskrives det hva som vektlegges under overskriftene "utdypende om emnet" og "kommunikasjon med innringer". Generelt om "kommunikasjon med innringer" presiseres det at *"god kommunikasjon ikke [kan] operasjonaliseres gjennom standardiserte regler. Kommunikasjonen må være tilpasset situasjonen og den man kommuniserer med. Likevel kan man følge noen generelle prinsipper for god kommunikasjon."*

I modulen legges det også vekt på at *"prinsippene som blir skissert (..) prøver å beskrive idealet for god kommunikasjon. Når arbeidssituasjonen for operatøren er preget av arbeidspress i form av samtidighet og tidskrisiske situasjoner vil det være umulig å leve opp til et slikt ideal. Det er derfor ikke en norm for kommunikasjon som er beskrevet, men et forbilde å streve mot."*

Prinsippene blir så beskrevet under overskrifter som "Operatøren som aktiv mottaker", "Operatøren som aktiv formidler (sender)" og "Løsningsorientert". Jeg vil trekke fram utvalgte prinsipper for "god kommunikasjon" fra hver av disse avsnittene. Selv om slike prinsipper som nevnt er et ideal og ikke en oppskrift på god kommunikasjon, mener jeg det er nyttig å være klar over hvilke prinsipper og idealer AMK-operatørene etterstreber i det de kommuniserer med innringere.

Operatøren som aktiv mottaker

Bruk av startkort ("flytskjema" til bruk i nødsamtaler, se eksempel på startkort neste side⁸) "*kan fungere som et utgangspunkt for kvalitetssikret informasjonsuthenting og som grunnlag for trygghetsskaping og styring av samtalen. Skal man oppnå god kommunikasjon med innringer er det likevel nødvendig at man prøver å sette seg inn i hvordan [innringer] opplever situasjonen. (..) Dette øker sjansene for at man får frem alle relevante opplysninger og et bedre grunnlag for å gi nødvendig informasjon og veiledning. Operatøren må også være oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen fra innringer og ha evne til å oppfatte eksempelvis utrygghet og misnøye selv om dette ikke blir formulert.*" (Dreyer et al 2011:39).

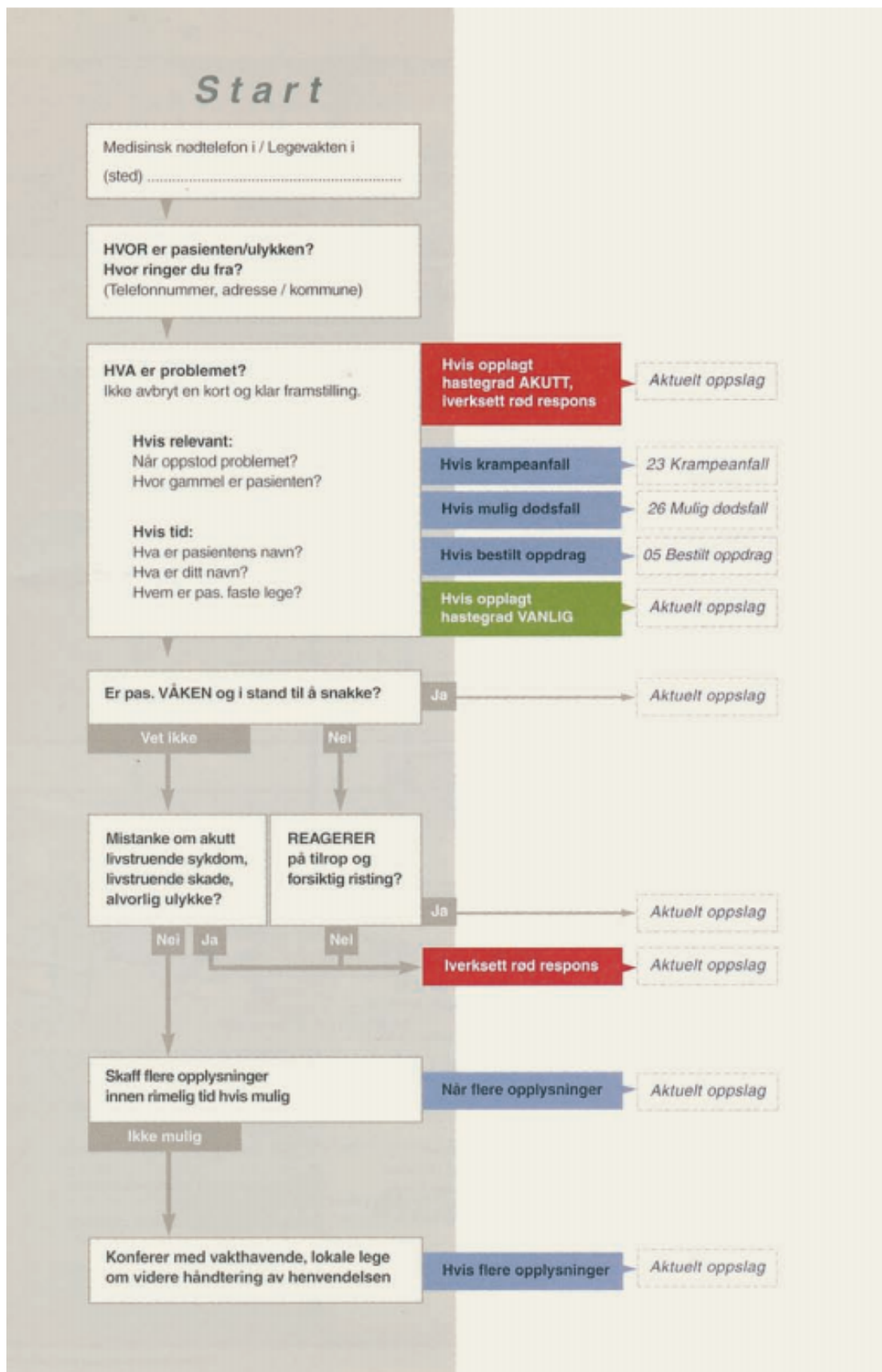
Operatøren som aktiv formidler (sender)

"*For å oppnå kvalitetssikret informasjonsuthenting er det nødvendig at operatøren formidler til innringer hvordan man tolker de opplysninger som er gitt. En sammenfattet og tydelig tilbakemelding vil vise innringer hva operatøren har oppfattet og hva som prioriteres. Operatørens tilbakemelding gir innringer mulighet for korrigeringer. Operatøren må ha en kommunikativ strategi. Dette vil si at man prøver å tilpasse budskapet til den enkelte. Det vil i stor grad variere hva innringer er i stand til å forstå og hva som er riktig å kommunisere til vedkommende.*

[..]

God samhandling med innringer krever at operatøren bruker et lett forståelig vokabular og har en tydelig diksjon. Innenfor akuttmedisinen har pasienten ofte kort sykehistorie. Sammenlignet 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." (Dreyer et al 2011:39-40).

⁸ Dette startkortet er fra 1999-utgaven av "Norsk indeks for medisinsk nødhjelp". Hentet 03. april 2014 fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport7_2006.pdf



Løsningsorientert

"Gjennom smidighet, fleksibilitet og kreativitet bidrar [operatøren] til at den enkelte pasient blir ytt rask og adekvat helsehjelp på riktig nivå - og medvirker til lik tilgang på gode tjenester for alle. Operatøren kan derfor ikke ha en rigid oppfatning av prosedyrer og samarbeidsformer dersom dette blir et hinder for optimal pasientbehandling. Operatøren må være åpen for at den beste løsningen av og til kan gå på tvers av den sedvanlige oppgave- og ansvarsfordelingen." (Dreyer et al 2011:40)

2.2.2 Norsk medisinsk indeks

Norsk medisinsk indeks (heretter også kalt "NMI" eller "indeksen") (NMI 2009) er et oppslagsverk til bruk i nødmeldetjenesten. Formålet med indeksen er å ha en nasjonal standard for vurdering av kriterier. Ved hjelp av indeksen kan AMK-operatørene (sykepleiere) avgjøre hvilke pasienter som har behov for ambulanse, lege, eller ingen av delene (Tjora 2009). Indeksen består av et hierarki av spørsmål som operatørene kan stille innringerne, slik at operatørene kan evaluere situasjonen det ringes inn om, og bli i stand til å avgjøre hvilke *tiltak* som skal iverksettes, og hvilke *hastegrader* som er aktuelle (Tjora 2009). Kriteriene er utformet slik at de enkelt kan stilles som spørsmål til innringer, uten bruk av medisinske faguttrykk (NMI 2009:40.2). Studieutgaven jeg har brukt i arbeidet med denne avhandlinga er i bokform, men indeksen er også tilgjengelig som et elektronisk oppslagsverk for bruk på AMK-sentralen.

2.2.2.1 Ulike hastegrader og tilhørende kriterier

Rød respons - akutt

"Røde kriterier beskriver tidskritiske tilstander eller hendelser som er eller fort kan bli livstruende og der de vitale funksjoner er ustabile eller truet. Det er derfor umiddelbart behov for at ambulanse rykker ut og at lege alarmeres."

(NMI 2009:40.3).

For bedre å forstå operatørens praksis som samtaleleder, har jeg valgt å ta med instruksjer til operatøren i forbindelse med en rød respons:

"Straks det er naturlig, bør du be innringer holde forbindelsen og ikke legge på. Ellers kan den som søker hjelp lett komme til å bryte forbindelsen, før du får innhentet viktig tilleggsinformasjon eller får gitt telefoninstruksjon eller råd. Opplys også alltid straks om at du har varslet ambulanse og evt. lege, og når ambulansen/legen kan være framme. Angi gjerne antall minutter. Ved behov kan du gjenta at hjelpen er på vei. Dette kan ofte også bidra til større ro og gjøre det lettere å få mer informasjon. Dessuten gjør det ofte innringer mer mottakelig for instruksjon og råd." (NMI 2009:40.3, pt. 5).

Gul respons - haster

"Gule kriterier beskriver mulige alvorlige tilstander, dvs. tilstander der de vitale funksjoner kan bli truet, eller tilstander der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege." (NMI 2009:40.3).

Grønn respons - vanlig

"Grønne kriterier beskriver tilstander eller hendelser der assistanse eller vurdering ikke haster mer enn at det kan vente til første passende anledning." (NMI 2009:40.3).

2.2.3 Organisering av AMK

I samtalene jeg analyserer, er det AMK-operatørene som svarer på telefon og betjener samtalen. På AMK er det i tillegg ambulansekoordinatorer, som har oversikt over hvor ambulansene befinner seg, og dirigerer disse etter behov.

Ambulansekoordinatorene har mulighet for å lytte til samtalene som ringes inn til AMK, uten at de deltar aktivt i samtalen (Tjora 2009, Magasinet Helse 2012).

Med den analytiske tilnærminga jeg har hatt til materialet, har jeg kun fokusert på hva som blir sagt i samtalen, og den konteksten (organiseringa hos AMK) som blir gjort relevant i det deltagerne sier. Jeg vet ikke sikkert hvordan bemanningssituasjonen har vært i de aktuelle samtalene jeg analysert, men jeg mener allikevel det er nyttig å kjenne til hvordan bemanninga *kan være*, og hvilke roller og funksjoner de ulike personene har hos AMK.

2.3 Utbytte av litteraturstudier

Litteraturstudier av ulik forskning på nødsamtaler (se *samtaleforskning på nødsamtaler*) har også gitt meg en større forståelse av hvordan interaksjonen i nødsamtaler *kan* gjennomføres og hvordan dette kan analyseres. Samtidig har det da vært viktig for meg å være klar over at jeg har *mitt materiale* jeg skal analysere, og må finne mine egne empirisk-analytiske funn.

2.4 Mitt materiale

Samtalene i mitt materiale, nødsamtalene, gjennomføres av mennesker som kan være i en spesielt utsatt situasjon. Innringerne kan være stresset, da situasjonen de står oppe i ofte er alvorlig. I møte med helsevesenet blir det i disse samtalene ofte oppgitt informasjon som kan være sensitiv. Mange av samtalene tar utgangspunkt i en medisinsk situasjon, og det blir derfor i mange tilfeller beskrevet noe om de involvertes helsetilstand. For eksempel ringer ei dame inn om at mannen er død, en annen forteller om at kona ikke puster, en tredje har en kollega med hjertestans. Slike situasjoner er ofte krevende for de involverte, men også for de som befinner seg i og rundt situasjonen. I samtalene kommer det også fram personlige sykdomshistorier, i tillegg til data som er eller kan være sensitive. For å hindre at identifisering av samtaledeltagerne skal være mulig (Langtvedt 2009), og for å verne om deres integritet, er blant annet fødsels- og personnummer, navn, telefonnummer og adresser anonymisert (dette kommer jeg tilbake til i avsnittet om *anonymisering*).

2.4.1 Godkjenning av prosjektet

Siden min avhandling er en del av prosjektet *nødsamtaler til 113* må dette prosjektet, som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt, godkjennes av *regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK 2014) (heretter kalt REK) (Helseforskningsloven 2008). Søknad til REK og REKs vedtak finnes som vedlegg. Som vedlegg er det også et skjema for samtykkeerklæring fra AMK-operatørene som er involvert i nødsamtalene.

2.4.2 Utvelgelse av materialet

Alle telefonsamtaler til 113 ved AMK Sør-Trøndelag spilles inn automatisk, uavhengig av om de skal forskes på eller ikke. Siden dette gjelder alle samtaler i mitt materiale, velger jeg å bruke *utvelgelse* som begrep, i stedet for en *innsamling*. Innsamling konnoterer for meg en aktiv utførelse av en *opptaksprosess*, utført av meg som samtaleforsker.

Utvelgelsen begynte med at medisinstudenten (se innledning om prosjektet) satt på såkalt medlytt ved AMK. Der noterte hun AMIS-numre⁹, i tillegg til en kort beskrivelse av situasjonen det ble ringt inn om, for samtaler hun mente kunne være aktuelle for vårt prosjekt. Medisinstudenten endte opp med 40 samtaler som kunne være aktuelle. Av disse 40 ble det foretatt nye utvalg, som både reduserte antall samtaler, men også spisset retningen for hvilke samtaler vi ønsket å ha med (se neste avsnitt om *kriterier for utvelgelse*).

Selv om medisinstudenten var tilstede ved AMK mens samtaler ble ringt inn, er det lite sannsynlig at dette påvirket gjennomføringa av samtaler. Operatørene ved AMK var klare over at det var en medisinstudent tilknyttet forskerlinja ved DMF tilstede. Samtidig var operatørene ikke klar over om, eller eventuelt hvordan, samtaler skulle forskes på. For operatørene er det en del av arbeidshverdagen at alle samtaler automatisk lagres elektronisk, blant annet for bruk ved kvalitetssikring.

I det jeg foretok en ytterligere utvelgelse av samtaler, og således en spissing av empirien, var det viktig å være bevisst sammenhengen mellom valg av materialet og problemstillinga i prosjektet, hva jeg så for meg at jeg ville undersøke. Femø Nilsen og Beck Nilsen (2005) skriver om hvordan kriterier for utvelgelse, blant annet hvor skarpe kriteriene må være, bør henge sammen med hvordan selve forskningsspørsmålet blir utformet, og hvor presist svaret på forskningsspørsmålet skal være. Denne sammenhengen skal jeg se på i neste avsnitt.

⁹ "AMIS" står for Akuttmedisinsk informasjonssystem. Et AMIS-nummer brukes som en referanse for en registrert hendelse i dette systemet.

2.4.2.1 Kriterier for utvelgelse

Sammen med de andre deltagerne på prosjektet (medisinstudent og annen masterstudent ved ISK, se innledning om prosjektet) foretok jeg en utvelgelse blant de lydopptakene vi hadde tilgjengelig. Utgangspunktet vårt var en liste med 40 tilgjengelige samtaler, utarbeidet av medisinstudenten. Disse 40 var i utgangspunktet valgt ut for å studere om "*det er samsvar mellom medisinske opplysninger gitt av innringer, og det mottakeren oppfatter og som gir grunnlag for respons.*" (prosjektbeskrivelse, vedlegg). Av disse 40 samtalene diskuterte vi oss alle tre fram til et mindre utvalg av samtaler, basert på disse kriteriene:

- ikke saker i media
- lekfolk som innringere
- en variasjon av innringerne og situasjoner, med tanke på alder, kjønn og type hendelse

Hensikten med kriteriene for utvelgelsen var å ende opp med et materiale som kunne betraktes som ”typiske” nødsamtaler, der innringer er privatperson. Linell (2011a:6) beskriver utvalget han har foretatt i forbindelse med utvelgelse av samtaleeksempler. Der han har valgt å kun ta med eksempler med deltagere som har "noenlunde normalspråklige og kommunikative ferdigheter", skriver han samtidig at han da ikke kommer til å rette fokus mot komplikasjoner som følger av kommunikative handicap eller flerspråklighet. De samme kriteriene har jeg brukt for min utvelgelse av samtaler.

At vi foretok et utvalg av hva vi ville studere nærmere, betød samtidig at vi valgte vekk andre mulige tilnærminger til nødsamtalene. Dette var blant annet (eksempler på annen forskning i parentes) samtaler der barn er innringere (Cromdal 2008), og samtaler der innringer har norsk som andrespråk (Svennevig 2012).

Femø Nielsen og Beck Nielsen (2005) diskuterer fordeler og utfordringer med ulike størrelser på materialsamlingen (få eller mange samtaler). Et av deres poeng er at innen fortolkende samtaleforskning med få samtaler, vil funnene som gjøres kunne være generaliserbare, men ikke statistisk generaliserbare. Dette er det spesielt viktig å

være klar over dersom en skulle velge bare én samtale som fokus for en analyse. Et alternativ til å analysere en samling av ulike samtaler, er altså å fokusere på kun én samtale. Whalen et al (1988) har foretatt en ”Single Case Analysis”, og sier om sin metode at deres utvelgelse av denne ene samtalen er gjort ut av et større utvalg. Denne ene samtalen er ikke plukket tilfeldig, men fordi den tydelig viser fram et bestemt fenomen. Noe lignende har Cromdal et al (2008:931) gjort, der de valgte ut 2 samtaler blant et større korpus, for å vise fram bestemte trekk ved nødsamtalene. Disse 2 samtalene ble valgt fordi de beskrev et bestemt fenomen på en ”typisk” måte.

I min avhandling har jeg ikke valgt så få som én eller to samtaler, men jeg opererer med utvalgskriterier som er klare, og som har en tydelig sammenheng med problemstillingen min. Jeg vil komme tilbake til mine utvalgskriterier etter å ha beskrevet de tre kriteriene begge vi samtaleforskerne benyttet oss av, der vi reduserte antallet samtaler til 20.

Samtalene i materialet var i utgangspunktet ment for medisinstudentens prosjekt, der hun var avhengig av samtaler der pasienten fikk rekvirert medisinsk hjelp (ambulansse eller luftambulansse) og ankom Akutten (AHL). Derfor ender mange av samtalene i materialet med utrykning. Av de samtalene i materialet som ender med utrykning, blir det brukt ulike hastegrader (se avsnitt om *ulike hastegrader*) på de forskjellige situasjonene. At det i materialet kan være en overvekt av samtaler som fører til utrykning, kan gi en skeivhet i mitt materiale, sammenlignet med samtlige anrop til AMK Sør-Trøndelag. Om, og eventuelt i hvor stor grad, materialet mitt har en slik skeivhet, har jeg ikke hatt mulighet til å undersøke. Samtidig er det viktig å være klar over at en slik konsentrasjon av akutte samtaler som jeg faktisk har, gir muligheten til å studere hva som skjer i nettopp den typen samtaler jeg har i mitt materiale.

Utfordringer med saker i media

Whalen et al (1988) og Svennevig (2012) har analysert nødsamtaler med situasjoner som har blitt omtalt i media fordi folk har mistet livet på grunn av noe som har blitt sagt (eller ikke sagt) i løpet av samtalen. Whalen et al (1988:366) framhever at det å skulle analysere samtaler som har vært diskutert offentlig i media, kan være utfordrende på flere måter. Anonymiteten og integriteten til de som er berørt (både innringere, pårørende og operatører) skal ivaretas (det er viktig å være klar over at

dette *ikke* betyr at det er mindre viktig å ivareta personvernet i de samtalene som ikke har vært i media). Det kan også være utfordrende å presentere analytiske funn som omhandler hendelser som har blitt diskutert i media, kanskje med mange offentlige meningsutvekslinger om hvordan noe burde ha foregått, eller offentlige meninger om at noe burde ha blitt gjort annerledes (se for eksempel Solheim (2013) om bussdrapene i Tyin/Årdal november 2013). Om en nødsamtale av en eller annen grunn får offentlig oppmerksomhet, vil jeg mest sannsynlig ikke betrakte den som en "typisk" nødsamtale.

Lekfolk som innringere

Whalen et al (1987) kartla ulike faser i nødsamtaler, og de poengterte i sin studie at faseinndelingen de fant gjaldt for samtaler der innringerene er *lekfolk* (se avsnitt om *institusjonelle samtaler*). I nødsamtaler der innringer er profesjonell med medisinsk forståelse, for eksempel en sykepleier som ringer på vegne av andre som en del av jobben sin, kan fasene i samtalen være organisert på en annen måte enn samtaler der det er lekfolk som ringer inn. I prosjektet mitt argumenterte vi (medisinerstudent, annen samtaleforsker og jeg, se innledning, om prosjektet) for å velge ut et materiale som kun bestod av samtaler der innringerne er lekfolk. Alternativet, å bruke empiri med samtaler der innringerne også kunne være *profesjonelle*, altså der det er tydelig at innringer har erfaring med å ringe 113, og gjerne på vegne av andre, mente vi ikke kunne fortelle oss noe om hvordan nødsamtaler fungerer med privatpersoner som innringere, som var det vi ville undersøke.

Variasjon i hendelser

Av de to første kriteriene (*ikke saker i media* og *lekfolk som innringere*) og dette tredje kriteriet, *variasjon i hendelser*, kan jeg argumentere for at de to første er lettere å operasjonalisere enn dette siste. Selv om jeg betrakter *variasjon i hendelser* som vanskeligere å operasjonalisere, benyttet vi oss av dette kriteriet under utvelgelsen, for å sikre at ikke for mange samtaler ble for like, med tanke på hendelsene som var bakgrunn for nødsamtalene. For å best mulig sikre en viss variasjon av ulike typer av hendelser, hadde vi alle tre nytte av medisinstudentens kjennskap til typiske nødsamtaler, ettersom hun satt på medlytt på AMK og lyttet til flere samtaler enn de som til slutt ble valgt ut.

2.4.3 Sammenheng mellom utvalgskriterier og problemstilling

I samtaleforskning er det viktig at typen materiale (hva som kjennetegner snakket i samtalene) henger sammen med problemstillingen jeg har som forsker (Femø Nielsen og Beck Nielsen 2005). I min masteravhandling henger utvalgskriteriene, som bidrar til å gi meg et materiale bestående av typiske nødsamtaler, sammen med det overordnede fokuset mitt på hvordan typiske nødsamtaler fungerer. Hadde jeg derimot hatt en problemstilling der jeg for eksempel ønsket å studere hvordan innringere med et annet morsmål enn norsk gjør seg forstått i en nødsamtale, hadde jeg lagt til grunn andre kriterier for utvelgelse av samtaler, kriterier som hadde gitt meg et slikt materiale (se for eksempel Svennevig (2012), som har analysert misforståelser i samtaler der innringer hadde et annet morsmål enn norsk, eller Cromdal (2008), som har analysert samtaler der barn er innringere).

At utvalgskriteriene henger tett sammen med problemstilling har også vært utslagsgivende for en videre innsnevring av materiale, som jeg vil si mer om i neste avsnitt. De utvalgskriteriene jeg har beskrevet i de forrige avsnittene, var kriterier begge vi samtaleforskerne i prosjektet benyttet oss av, for å få et materiale bestående av *typiske* nødsamtaler. I neste avsnitt vil jeg si mer om andre kriterier *jeg* benyttet meg av i min avhandling, for å spisse utvalget ytterligere.

2.4.4 Innsnevring av materiale

For oss som var samtaleforskere i prosjektet var de 20 utvalgte samtalene noe hver av oss hadde *mulighet* til å velge å analysere nærmere, uten at det ble slik at noen av oss analyserte samtlige 20 samtaler. Vi valgte heller ikke å analysere akkurat de samme samtalene, eller de samme utdragene (mindre utvalgt del av en samtale som utpeker seg som interessant).

Av de 20 samtalene vi hadde valgt ut til å begynne med, valgte hver av oss å snevre inn materialet til et mindre utvalg samtaler, avhengig av hva den enkelte ønsket å undersøke. Med innsnevring mener jeg her både å velge ut bestemte samtaler som er egna for analyse i samsvar med valgt problemstilling, men også å velge å vise eksempler fra en bestemt del av disse samtalene, et avgrenset samtaleutdrag. Om jeg for eksempel skulle undersøkt åpningsfasene i en nødsamtale, slik Whalen et al (1987) og Cromdal et al (2012) har gjort, ville de første turene i en samtale antagelig

være mer interessante å bruke i en analyse, enn det avslutninga av samtalen ville vært. At vi hver for oss foretok ulike valg av hvilke samtaler og samtaleutdrag vi ville analysere nærmere, hang altså tett sammen med problemformuleringene hver av oss hadde i sin avhandling.

Flertallet av samtalene jeg bruker i min analyse, er valgt ut fordi operatør og innringer holder forbindelsen i dem, også etter at det har blitt klart at ambulanse er rekvirert. I forbindelse med å bestemme hvor i samtalen jeg skal hente samtaleutdragene fra, har det vært et kriterie at operatør har fortalt at ambulanse er sendt, og at innringer har kvittert at han har forstått dette. Analysen fokuserer så på hva som da skjer i samtalen (eventuell mellomfase), og hvordan denne interaksjonen foregår (se også avsnitt 4.1 *diskusjon om "mellomfaser" som begrep*).

2.5 Bearbeiding av materiale

En *transkripsjon* er en "oversetting" av en samtale, fra et lydopptak til en lesbar tekst. Formålet med en transkripsjon er å kunne studere for eksempel interaksjonsstrukturer eller språklig innhold i en samtale (Linell 2011a:129). Hva som tas med i en transkripsjon kan variere, avhengig av hva en ønsker å analysere, og hva en da ønsker å gjøre tilgjengelig i transkripsjonen. Ulike transkripsjoner kan sies å ha ulike *finhetsgrader*, avhengig av om det tas med ikke-språklige elementer som for eksempel innpust/utpust, latter, pauser, samt hvor nøyaktig lengden på pausene måles.

Samtalene i materialet mitt har blitt transkribert med en finhetsgrad tilsvarende det Linell (2011a:155) omtaler som *standardtranskripsjon*. Transkriberinga av samtalene har blitt utført av den andre samtaleforskeren tilknytta prosjektet (Reinholdtsen 2013), ettersom hennes avhandling som del av prosjektet, ble gjennomført ett år før denne avhandlinga. Femø Nielsen & Beck Nielsen (2005) legger vekt på at den som skal analysere også bør transkribere det samme materialet, for å få en god kjennskap til hva som faktisk skjer i samtalene. Siden det ikke var jeg som fintranskriberte nødsamtalene, forsøkte jeg å danne meg en tilstrekkelig forståelse av innholdet i samtalene, ved at jeg lyttet gjennom alle samtalene og tok notater underveis, før jeg tok i bruk fintranskripsjonene. Notatene jeg tok underveis hadde en finhetsgrad på

linje med det Linell kaller *samtalesammendrag*. Med det menes at notatene ikke gjengir ytringer ord for ord, men at de har som mål å ta med det kognitive innholdet i samtalen (Linell 2011a:158).

Transkripsjoner utført av andre kan være farget av perspektivet til den som transkriberer, og ved å ta egne notater mens jeg lyttet, før jeg tok i bruk fintranskripsjonene, ønsket jeg å ivareta at jeg møtte materialet på en "unmotivated way" (Sacks 1984:27 i Rønneberg 2009:17). Mens jeg lyttet foretok jeg finere, mer detaljerte transkripsjoner for enkelte partier i samtalen. For eksempel hadde jeg enkelte steder fokus på bestemte ordvalg i turskifter, eller på iørefallende lange pauser. Formålet med disse transkripsjonene var å få en forståelse av hva som skjer i samtalen, for å få fram mulige interessante kategorier jeg kunne analysere nærmere.

Linell (2011a) nevner også at det kan være nyttig å holde muligheten åpen for å transkribere flere ganger underveis i en analyse. Det trenger ikke være fordi noe transkriberes "feil", men like gjerne fordi en ønsker å transkribere med en mer detaljert finhetsgrad i deler av samtalen, etterhvert som en gjør funn underveis.

2.5.1 Valg av finhetsgrad i transkripsjonen

Valg av finhetsgrad i en transkripsjon innebærer blant annet valg om å ta med overlappende ytringer, pauser, avbrutte ytringer, nølinger og ikke-språklige aspekter (for eksempel lyder utenfor selve samtalen, som bruk av artefakter, skriving på tastatur eller andre ting som skjer i bakgrunnen). En grovtranskripsjon, der formålet for eksempel kan være å undersøke opplysninger i en samtale, trenger ikke å omfatte noe av dette. Om formålet istedet er å studere interaksjonen i en samtale - "hvordan *samtalen blir gjort, ikke bare hva deltagerne snakker om innholdsmessig*" (Reinholdtsen 2013:14) - bør det ovennevnte være med i en transkripsjon, for å gi oversikt over dette, og gjøre det analyserbart.

Samtalene i mitt materiale er transkribert med elementene nevnt over. Jeg er enig med Reinholdtsen (2013:15), som har transkribert samtalen, der hun beskriver sin motivasjon for valg av finhetsgrad:

"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 samspeillet 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?"

2.5.2 Transkribering av dialekt

Det å transkribere *talestilsnøytralt* innebærer å transkribere uttalte ord slik de skrives normert, ikke slik de faktisk uttales av deltagerne i samtalen (Linell 2011a:157).

Materialet i denne avhandlinga er ikke transkribert *talestilsnøytralt*, men det er transkribert slik det oppfattes at deltagerne ytrer seg, med den dialekten de bruker. Ettersom fokuset i dette prosjektet ikke er å analysere dialektbruk eller lignende, er det ikke lagt mye arbeid i å få dialektbruken transkribert veldig nøyaktig. Det ville også krevd en fonetisk transkripsjon, noe som ikke er nødvendig i dette prosjektet, med tanke på hva som er analytisk fokus (Reinholdtsen 2013:17).

2.5.3 Anonymisering

Linell (2011a:153-154) fremhever at anonymisering kan være en viktig del av det å transkribere autentiske samtaler. Som nevnt tidligere, er materialet i denne avhandlinga spesielt sensitivt. For å ivareta anonymiteten til de involverte i nødsamtalene (innringere og operatører, men også pårørende og andre), har navn og fødselsnumre, stedsnavn, veibeskrivelser, telefonnumre og adresser blitt anonymisert, slik at de ikke kan spores tilbake til de involverte (Langtvedt 2009). Der navn og numre har blitt endret, har antall stavelser blitt beholdt, for å bevare prosodien i samtalene (Reinholdtsen 2013:17).

2.5.4 Skrifttype

Jeg har valgt å følge Norrbys (2004:229-230) anbefaling om bruk av Courier i framstilling av transkripsjoner, da det bidrar til en ryddig framstilling, ettersom alle tegn blir like store.

2.6 Transkripsjonsnøkkel

Transkripsjonskonvensjonen som benyttes i denne avhandlingen tar utgangspunkt i The Jeffersonian Transcription System, utviklet av Gail Jefferson (Linell 2011a:134) for bruk i CA-analyser. En oversikt over spesialsymboler og tegn som er brukt i denne avhandlingen finnes i transkripsjonsnøkkelen (se vedlegg).

3 Teori

3.1 Et dialogistisk syn på språk

Et av de mest sentrale navnene for dialogismen, var den russiske litteraturviteren Mikhail Bakhtin. Jeg vil begynne med et mye brukt sitat:

"The word in language is half someone else's. It becomes "one's own" only when the speaker populates it with his own intention, his own accent, when he appropriates the word, adapting it to his own semantic and expressive intention. Prior to this moment of appropriation, the word does not exist in a neutral and impersonal language (...), but rather it exists in other people's mouths, in other people's concrete contexts, serving other people's intentions: it is from there that one must take the word, and make it one's own." (Bakhtin 1981:293-294 i Linell 2009:76).

Sitatet over beskriver for meg noe av kjernen i hva det innebærer å ha et *dialogistisk syn på språk*. For å ta Bakhtin på alvor, vil jeg prøve å sette ord på hvordan jeg selv bruker dette som teori i min avhandling.

I analysen har jeg med meg et dialogistisk syn på språk. Et slikt språksyn legger til grunn at deltagerne i en samtale ytrer seg med *den andre* som en tenkt mottaker av et budskap. Der samtaledeltagerne er i dialog med hverandre, med at de søker å innta den andres perspektiv, foregår det en interaksjon (Linell 2009). Der jeg analyserer nødsamtalene, har jeg hovedfokus mot selve interaksjonen, mot hvordan samtaledeltagerne samarbeider.

Rommetveit (1996:91-92) argumenterer for at et slikt dialogisk alternativ "*har som sentral målsetting å bidra med innsikt i språket som bro mellom mennesker*". Språket forstås som et sosialt fenomen, og dialogisiteten er selve essensen ved språkbruk som noe sosialt. I dialogen mellom to (eller flere) deltagere i en samtale kan det vokse fram nye meningsnyanser. Meningsproduksjon i samtaler ses altså på som en sosial prosess, ikke som noe individuelt og isolert (Rommetveit 1996:90-95).

3.2 Kontekstualiseringssignaler

Kontekstualiseringssignaler kan være små deler av ytringer, som er ment som et signalement om *hvordan* en ytring skal oppfattes. Slike deler kan innebære prosodi (intonasjon, toneleie eller trykk på stavelser eller ord), paralingvistiske signaler (for eksempel nøling, pauser, overlappende tale eller taletempo) (Cameron 2009:109).

For å gi et lite eksempel, kan et "ja" uttales med ulik intonasjon, og i ulike kontekster. Avhengig av dette, kan meningen med "ja"-et forstås på ulike måter. Det kan være et bekræftende "ja.", et spørrende "ja?", et oppsummerende "ja", et avsluttende "ja", eller et nølende, kanskje usikkert "ja==", bare for å nevne noen få av et uall mulige varianter.

3.3 Institusjonelle samtaler

I mitt prosjekt har jeg med meg et perspektiv på nødsamtalene som en institusjonell samtale. Med dette har jeg blikk for hvordan nødsamtalene foregår mellom en *ekspert* (operatøren) og *lekfolk* (innringerne). Et ulikt kunnskaps-, kompetanse- eller erfaringsnivå mellom ekspert og lekmann kan bidra til en *asymmetri* mellom deltagerne, noe som kan være nødvendig for framdrift i samtalen. Samtalen har en *målorientering*, det vil si at samtaledeltagerne sammen arbeider for å oppnå et mål, der samtalen er verktøyet for å nå dette. I interaksjonen mellom ekspert og lekmann kan det være normer eller forventninger til en bestemt *turtaking* eller til hvilke bidrag som regnes som tillatt. Som en institusjonell samtale med et gitt mål, kan samtalen også forstås som bestående av ulike *faser* med ulike kommunikative delmål (Linell 1990). Hva dette kan innebære for min forståelse av nødsamtalene i materialet mitt, vil jeg kort si noe om i dette avsnittet.

Institusjonelle samtaler kjennetegnes altså ved at de foregår mellom en ekspert og en lekmann, som sammen skal løse en oppgave med samtalen som verktøy. Eksperten har gjerne en profesjon, der samtaler er en vesentlig del av utdannelsen og yrkesutførelsen. Innenfor helsevesenet kan slike eksperter være for eksempel lege, psykolog eller sykepleier. En *institusjon* forstås her som en enhet som er etablert og allment kjent i samfunnet, og som har som oppgave å løse gitte oppgaver. Douglas

(Grimen 2004:127) legger vekt på at en institusjon består av komplementære, gjensidig utfyllende roller. For at en sykepleier skal virke i jobben sin, behøves det en *pasient*, som på sin side er avhengig av sykepleieren som representant for helsevesenet han er i møte med.

Deltagerne i en institusjonell samtale kan identifisere seg mot sine roller ved å underkaste seg uskrevne normer eller skrevne regler for hvordan turtakingen skal foregå. Slike normer handler blant annet om hvem (av ekspert og lekmann) i en institusjonell samtale det forventes at tar rollen som samtaleleder, om hvordan turtakingen er organisert (hvem har "lov" til å stille spørsmål, når, og om hva), og hvilke bidrag (bestemte ordvalg og tema) som regnes som tillatt i samtalen (Linell 1990).

I forbindelse med denne avhandlingen kan AMK-sentralen ses på som en institusjon, der AMK-operatører (utdannede spesialsykepleiere) er *eksperter*, som besvarer anrop fra *lekfolk* (se også utvalgskriterier, avsnitt 2.4.2.1). Mellom innringerne og operatørene kan det være en *asymmetri*. Operatørene har en medisinsk fagkunnskap og erfaring fra prehospitalt arbeid. Innringerne, på sin side, har førstehåndskjennskap til situasjonen det ringes inn om. I en nødsamtale er det en etablert norm at det er operatøren som tar imot samtalen og besvarer innringer. Det er innringer som, etter spørsmål fra operatøren, beskriver situasjonen. Som samtaleleder og ekspert er det operatøren som tar beslutninger om hva som skal gjøres, og videre formidler disse til innringer. Sammen orienterer deltagerne i nødsamtalen seg mot et mål, nemlig å få (og å gi) adekvat medisinsk hjelp og pasientbehandling.

3.3.1 Faseorganisering

Forståelsen av at en samtale er institusjonell, og at den er et verktøy samtaledeltagerne bruker for å nå et mål, kan brukes til å kartlegge ulike *faser* i samtalen. Mens en institusjonell samtale som helhet har et overordnet mål, har hver av de ulike fasene i den samme samtalen, et kommunikativt delmål knyttet til seg (Linell (1990)). For å vise et mulig utbytte av en slik forståelse, vil jeg trekke fram et eksempel fra Whalen og Zimmerman (1987:174). Whalen og Zimmerman har brukt det følgende utdraget for å gi et eksempel på hvordan selv en veldig kort samtale (14 turer) kan inneholde alle fasene de så igjen i andre nødsamtaler de analyserte.

(2) [MCE/21-9/1 2/simplified]

01 D: Mid-City Emergency
02 C: Um yeah (.) somebody jus' vandalized my car,
03 D: What's your address.
04 C: Thirty three twenty two: Elm.
05 D: Is this uh house or an apartment.
06 C: Ih tst uh house
07 D: Uh- your las' name.
08 C: Minsky,
09 D: How you spell it.
10 C: M. I. N. S. K. Y.
11 D: Wull sen' somebody out to see you.
12 C: Than' you.
13 D: Umhm bye.
14 C: Bye.

De fem fasene Whalen og Zimmerman (1987) fant, var følgende:

(1) Innringer og operatør avklarer hverandres identitet og tydeliggjør formålet med samtalen (tur 1-2). (2) Det presenteres en redegjørelse for samtalen, gjerne ved å rapportere om et problem eller å be om assistanse (tur 2). (3) Samtaledeltagerne enes om en felles, akseptabel beskrivelse av problemet, og en beskrivelse av lokasjonen (tur 3-10). (4) Operatøren kommer med et tilbud eller avslag til innringers forespørsel om assistanse (tur 11). (5) Etter at de fire første fasene er gjennomført, samarbeides det om en koordinert avslutning av samtalen (tur 12-14).

Reinholdtsen (2013) har gjennomført en lignende kartlegging av fasene i nødsamtalene i mitt materiale (se avsnitt 1.3 om *forskning på feltet*). Dette nevner jeg her i teorikapitlet, ikke for å vise til selve funnene, men for å få fram at det både Whalen og Zimmerman (1987) og Reinholdtsen (2013) har gjort, nemlig å kartlegge ulike faser i nødsamtalene som en institusjonell samtale, gjør det mulig å analysere innholdet i én bestemt fase som nå er kartlagt.

Kunnskapen om en bestemt fasestruktur kan åpne for muligheten til å foreta en mer detaljert analyse av innholdet i én bestemt fase. For eksempel kan selve konsultasjonsfasen i en legekonsultasjon undersøkes nærmere med tanke på hvilke spørsmålsstrategier som blir brukt, sett i lys av hvilket delmål legen arbeider med. Legen kan benytte seg av ulike spørsmålsstrategier, avhengig av om han spør pasienten om generelle problemer, om et akutt problem eller om generell bakgrunshistorie (Linell 2009:204-205).

Som nevnt innledningsvis, vil jeg i denne avhandlinga undersøke innholdet i én bestemt del av nødsamtalene, nemlig det Reinholdtsen (2013:58) har valgt å kalle "*mellomfaser*".

4 Analyse

4.1 Diskusjon om "mellomfaser" som begrep

Kristina Reinholdtsen (2013:71) skriver om det hun har valgt å kalle *mellomfaser* at ulike faser i nødsamtalene kan ligne hverandre, for eksempel ved at det i to ulike faser stilles spørsmål. Hun skriver at *mellomfaser* og *utspørringsfaser* kan ligne hverandre, siden det i begge fasene stilles spørsmål fra operatør til innringer. Imidlertid har spørsmål i utspørringsfasen en annen funksjon enn de som stilles i mellomfasen. Mens funksjonen med utspørringsfasen, og da også med spørsmålene som stilles der, er at operatørene skal innhente en *dugende beskrivelse*, er funksjonen med mellomfasen at operatøren holder linja sammen med innringer. Med "å holde linja" menes det ikke her at forbindelsen holdes mens samtaledeltagerne forholder seg tause, men "*det kan for eksempel være å spørre for å hjelpe innringer med å forholde seg rolig til ambulansen kommer*" (Reinholdtsen 2013:72).

Reinholdtsen (2013:72) skriver videre at det kan diskuteres om det hun har valgt å definere som *mellomfaser* skal ses på som en egen fase, eller om denne delen av samtalen skal ses på som en forlengelse av utspørringsfasen. Reinholdtsen velger å betrakte mellomfaser som en egen fase, fordi det *kommunikative målet* i mellomfasen er annerledes enn i utspørringsfasen.

I analysen vil jeg ta utgangspunkt i den diskusjonen Reinholdtsen har invitert til om de såkalte *mellomfasene*. Jeg vil undersøke hva som kjennetegner snakket i den delen av nødsamtalene der operatør og innringer holder forbindelsen, også etter at operatøren har innhentet en *dugende beskrivelse* og formidlet dette til innringer ved å fortelle at ambulansen er på vei.

Som bidrag i en slik diskusjon, vil jeg i analysen trekke frem ulike temaer jeg har funnet spesielt interessante, og som går igjen i ulike samtaler. Temaene har jeg valgt å bruke som overskrifter underveis i analysen. For ordens skyld vil jeg påpeke at en samtale som er plassert under ett tema, i noen tilfeller like gjerne kunne stått under en annen overskrift. For eksempel kan et samtaleutdrag plassert under overskriften

samtalens varighet også inneholde interessante funn om *veiledning i stressa situasjoner*. Utdragene har blitt plassert under sine temaer, fordi jeg så disse temaene som et sentralt funn akkurat i dette utdraget, og at et slikt funn var egna til å vise fram og sammenligne med andre lignende samtaleutdrag med dette som fokus.

Før jeg går i gang med selve analysen, vil jeg gjenta utvalgskriteriene, hvorfor jeg har valgt ut akkurat de eksemplene jeg har, og hva jeg ønsker å undersøke med akkurat disse utdragene.

Med en problemstilling der jeg ønsker å undersøke hva som skjer i den såkalte "mellomfasen", har jeg valgt utdrag fra bestemte deler av nødsamtalene. Av de 20 samtalene jeg hadde tilgjengelig i materialet, valgte jeg å fokusere på de samtalene der operatør og innringer holdt forbindelsen, også etter at operatør gjorde det tydelig at ambulanse var rekvirert og på vei. For å kunne beskrive innholdet i den såkalte "mellomfasen", var jeg avhengig av et materiale (utvalgte samtaleutdrag) der operatør hadde fått innhentet en *dugende beskrivelse*, men fremdeles hadde flere oppgaver han eller hun måtte løse sammen med innringer.

I forbindelse med å bestemme hvor i samtalen jeg skulle hente samtaleutdragene fra, var det derfor et kriterie at jeg valgte utdrag der operatør har fortalt at ambulanse er på vei, og at innringer har kvittert at han har forstått dette. I analysen fokuserer jeg så på hva som da skjer videre i samtalen (eventuell "mellomfase"), og hvordan denne interaksjonen foregår.

4.1.1 Valg av benevnelser

I analysen, i resymeene, og også i drøftingskapitlet, bruker jeg ulike benevnelser på folk i samtalen (både aktive deltagere og folk som blir omtalt). Slike benevnelser er for eksempel "mannen", "kvinnen", "kona", "operatør(en)", "innringer", "pasienten" eller "forulykket". Disse benevnelserne er sjelden det samme som ordvalget samtaledeltagerne selv brukte i samtalene. I samtaler der operatør og innringer snakker sammen, vet de godt hvem av dem som har ordet, og hvem en eventuell tredje- og fjerdeperson er (for eksempel pasienten, kona, innringer).

Samtaledeltagerne ordlegger seg da også ofte med personlige pronomen, der de adresserer hverandre (du, jeg, vi, han, henne) eller omtaler andre mennesker enn de

som er aktive i samtalen (han, henne). Siden slike pronomener er deiktiske, og meningen med dem er bundet til den situasjonen der de ble ytret (tid, sted, rom), må jeg derfor mange steder i analysen bruke betegnelser som de over, for å kunne vise presist hvem i samtalen jeg refererer til. Analysen kan muligens framstå som noe journalprega, men det er altså kun for å holde en ryddig oversikt i samtalene, for meg som studerer dem utenfra, over "hvem sa hva, når til hvem, og eventuelt om hvem mens hvilke andre hørte på". Ikke minst på steder i samtalene der flere er involvert, er det slik at deiktiske ord ("han" eller "hun") fort kan komme til kort og bli upresise i en analyse.

Analysen kan også få et "journalpreg" der "pasient" blir hyppig brukt som betegnelse, da det ikke er uvanlig å forbinde "pasient" med noen som er innlagt på en sengepost. Der jeg bruker "pasient", mener jeg personer som selv eller via andre har henvendt seg til helsetjenesten med anmodning om å få helsehjelp¹⁰.

4.2 Forhandling om mening

Forhandling om mening er gjennomgående for alle eksempler og utdrag jeg senere vil vise i analysen, og dette vil jeg vise med dette første utdraget. Det første utdraget jeg har valgt i analysen, viser et tydelig eksempel på et bestemt punkt i samtalen. Dette punktet i samtalen er der operatør gjør det tydelig for innringer at ambulanse blir sendt. Jeg kan her si at responsfasen fullbyrdes. Dette første utdraget har jeg valgt ut for å vise hva som deretter skjer videre i samtalen, hva som kjennetegner det videre snakket og hvilke funksjoner det har.

Med det første utdraget vil jeg vise flere eksempler på hvordan meningen i en samtale må forhandles fram mellom samtaledeltagerne. Mening er ikke noe som bare kan overleveres fra en samtaledeltager til en annen. Mitt fokus er ikke å undersøke årsaker til eventuelle uklarheter eller misforståelser, men å rette blikket mot *hvordan* slike forhandlinger faktisk foregår. Med det første utdraget vil jeg vise hvordan samtaledeltagerne etablerer et midlertidig delt forståelsesrom, en intersubjektiv

¹⁰ Se definisjon av "pasient" i *lov om pasientrettigheter*:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-12-1998-99-/3/3/1.html?id=305850>

forståelse av samtaletemaet (Rommetveit 1974), slik at de sammen kan løse kommunikative oppgaver.

Resymé eksempel 01: 01 Mann falt om ved butikk

I denne samtalen har innringer presentert seg, i tillegg til med fullt navn, med navnet på butikken han ringer fra. Innringer har fortalt om en eldre mann som stod utenfor butikken, for så bare å dette om. Innringer har også fortalt om at mannen har problemer med å snakke, og operatør har stilt flere spørsmål til innringer for å avklare tilstanden til mannen. Blant annet har de avklart at han puster, men er andpusten, og har "litt sånn astma". På spørsmål fra operatør forteller innringer at det kanskje kan se ut som han er litt lam i ene sida. Innringer legger da vekt på at mannen har problemer med å snakke. Operatør forteller at de skal sende ut hjelp, men det er usikkert om innringer oppfatter dette. Videre innhenter operatør nøyaktig adresse, telefonnummer innringer ringer fra, og id (fødselsnummer) på pasienten. Operatør får også vite at pasienten ikke har pårørende rundt seg. Like før dette utdraget spør operatør om pasienten sitter eller ikke, noe innringer besvarer med å fortelle at pasienten står utenfor, men at de skal hjelpe ham inn i butikken. Også her kommer det fram at pasienten ikke klarer å gå sjøl, og at han trenger støtte.

Eksempel 01: 01 Mann falt om ved butikk

O: Operatør

I: Innringer

86. O: ja.
 87. I: [ja.]
 88. O: [ja.]
 89. ja.
 90. I: ja. du= send ambulanse du.
 91. O: vi har sendt ambulanse med det [samma] du ringt. ja
 92. I: [dokk har]
 93. du ha=r sendtn [ja.]
 94. O: [ja].
 95. beklager, det skoill=æ sagt, den vart sendt me en gång du ringt det.
 96. I: ja.
 97. O: mm.
 98. I: mm
 99. O: ja.
 100. I: ja
 101. O: du=, vess atte= når dokk få=rn inn no.
 102. I: mm?
 103. O: så d- vess du prøve å få=n te å løft høyre hånd først og venstre hånd etterpå,

sjer du om=
104. (.hh)
105. har, klare=n det?
106. I: ja=e= de= litt vanskeli for mæ å vurder no.
107. [e det.]
108. O: [ja.] skjønne.
109. hvis du sjer på ansiktet hannes, sje=rn skeiv ut da?
110. I: ja litt, hain [hain, hain] snøvle og så litt,
111. O: [litt skeiv i ansiktet.]
112. ja.

Jeg har valgt å starte utdraget, *01 Mann falt om ved butikk*, med serien av minimale responser (tur 86-89). Denne serien av ytringer er interessant, fordi den har likhetstrekk med en koordinert avslutning av en samtale (Whalen & Zimmerman 1987:173). I stedet for en avslutning av samtalen, introduseres det nye samtaletema etter dette. Jeg vil trekke fram hvordan disse temaene introduseres (tur 90).

Aller først i utdraget er det flere eksempler på at meninga må forhandles fram, og ikke bare kan overleveres. Innringer ber om at ambulanse sendes (tur 90), og ordlegger seg på en slik måte at det er implisitt for han at ambulansen ikke allerede er sendt (før utdraget har operatøren to ganger tidligere sagt at ambulanse er sendt). Operatørens respons (tur 91) der han forteller at "vi har sendt ambulanse (..)" bidrar med å oppklare misforståelsen (innringers feilaktige implikasjon), noe jeg ser ved innringers gjentakelse som viser forståelse ("du ha=r sendtn [ja.]") (tur 93). Operatøren følger opp med en beklagelse (tur 95) som kan bidra til å opprettholde et positivt samtaleklima. Med "det skoill=æ sagt," legger operatøren ansvaret for uklarheten over på seg selv. Det at operatøren selv tar ansvaret, i stedet for å legge skyld på innringer, kan her bidra til å ivareta et positivt samtaleklima dem imellom. Etter at operatør og innringer utveksler en serie minimale responser (tur 96-100) tar operatøren ordet i neste tur (101) og styrer samtalen over mot et nytt tema og en ny kommunikativ oppgave (tur 101-105).

Her i samtalen (fra tur 95) kommer det fram at ambulanse allerede er sendt, og at operatøren vet at innringer også er klar over dette. Ved dette punktet blir det synlig at operatør her har tilstrekkelig informasjon (en dugende beskrivelse av situasjon) til å ta avgjørelsen om å sende ut ambulanse, og formidle denne til innringer, som kvitterer på at han har forstått.

Etter dette fortsetter operatør å stille spørsmål til innringer, for å få vite mer om situasjonen det ringes inn om. I turene 101-111 er et eksempel på hvordan deltagerne forhandler om mening. Operatøren søker å få svar på spørsmål og en beskrivelse av situasjonen. Samtidig som operatør gjør dette, orienterer han seg mot å ivareta et positivt samtaleklime (blant annet tur 95). Videre i samtalen innhenter operatøren informasjon om pasientens tilstand. I de påfølgende turene (tur 106-111) ser jeg hvordan operatøren omformulerer et spørsmål for å få svar på det han lurer på fra innringer. Samtidig er det interessant hvordan operatøren viser fram støtte til innringers første svar (tur 106), selvom dette svaret kan være annerledes enn forventet, før operatøren reformulerer spørsmålet for et nytt svar. Ved at operatør først viser støtte (tur 108), for deretter å omformulere spørsmålet, ser jeg at operatøren orienterer seg mot å ivareta et positivt klima i samtalen, samtidig som han søker å innhente relevant informasjon om situasjonen.

Operatørens oppgaver som samtaleleder består ikke kun av å legge til rette for at samtaledeltagerne sammen kan oppnå et midlertidig delt forståelsesrom og slik oppnå framdrift i samtalen. Operatøren sørger også for at det legges til rette for et positivt samtaleklime, slik at dette bidrar til at deltagerne i samtalen klarer å løse de oppgavene de skal. At operatøren som samtaleleder også har et ansvar for dette, er beskrevet i indeksen (NMI 2009) og i opplæringsmodulen for operatørene (se avsnitt om kontekstuelle betingelser).

4.3 Veiledning i stressa situasjoner

I flere samtaler i materialet mitt, deriblant den neste samtalen jeg vil vise, veileder operatøren innringer(e) i hvordan det skal utføres hjerte- lungeredning (HLR). Veiledning i HLR over telefon er en sammensatt oppgave slik det foregår i denne samtalen. Operatøren gir instruksjoner om hvordan dette skal utføres, og innringer kvitterer tilbake at han forstår. I tillegg hører operatøren på at HLR faktisk utføres riktig, det er ikke nok at innringer viser at han selv *forstår* hvordan det skal gjøres.

I samtaleutdraget jeg her vil vise, utvikler det seg slik at innringer og andre tilstede fortsetter med HLR fram til ambulanspersonale ankommer situasjonen, og det blir klart at samtalen deretter kan avsluttes. Det blir altså en kontinuerlig oppgave for operatøren å sørge for at HLR blir utført på en riktig måte, helt til samtalen avsluttes.

Resymé eksempel 02: 02 Mann som ikke puster (utdrag 1)

Før dette samtaleutdraget begynner, ringer det inn en mann som presenterer seg med fullt navn, før han går rett til å beskrive situasjonen. Han sier at de har en person de ikke får kontakt med, og at de ikke helt vet hva som har skjedd med ham. Operatør spør om, og får svar på, hvor de befinner seg.

Eksempel 02: 02 Mann som ikke puster (utdrag 1)

I: Innringer

O: Operatør

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)

Innringer sier at "det må skje ganske fort for vi får itj kontakt me=n" (tur 10), der "det" viser til å sende ut en ambulanse. Operatøren bekrefter at de skal gjøre dette (tur 11). I de påfølgende turene (tur 12-13) kommer innringer og operatør med to påfølgende minimale responser, som kvitteringer til hverandre på at de har oppfattet den andre. Disse er verdt å legge merke til, siden noe lignende også skjer i den første

samtalen, *01 Mann falt om ved butikk*. Med innringers kvittering på at han har oppfattet at ambulansen er sendt (tur 12), ser jeg her at operatøren har en *dugende beskrivelse* av situasjonen. Etter dette introduserer operatøren et nytt tema, da han stiller spørsmål om telefonnummer, med en innramming som gjør det tydelig at samtalen ikke er ferdig - "ja, men ikke legg på riktig enda, koss telefonnummer ringe du fra?" (tur 15).

Operatørens "ja" (tur 15) kan forstås som en bekreftelse til innringers ytring (tur 14) der innringer ber om at det blir sendt ambulanse. Det som da følger, er et kontekstualiseringssignal fra operatøren, om at målet i samtalen ikke er nådd, at det er mer som må gjøres før samtalen kan avsluttes. Innhentinga av telefonnummeret fullføres (tur 21) med at operatøren kvitterer med å gjenta sifrene som innringer har fortalt (tur 20). Etter at telefonnummeret er innhentet og bekreftet (tur 21), fortsetter operatør direkte med en ny oppgave - å avklare om pasienten puster. Operatøren spør flere ganger innringer om pasienten puster (tur 22 og tur 25). Det siste spørsmålet kommer etter at innringer har svart med flere dempere (tur 23). Både "for øyeblikket" og "tru itj vi" kan forstås som at innringer ikke er helt sikker. Operatøren spør igjen om pasienten puster (tur 25), men da med et nektende spørsmål ("han puste ikke?"), der et preferert svar er at innringer svarer avkreftende ("nei (..)").

Etter å ha avklart at mannen ikke puster (tur 26), gir operatør beskjed om at de (innringer og folk i bakgrunnen) må "start hjerte lungeredning på=n" (tur 27). Innringer gjentar beskjeden, og viser med det at det har blitt oppfattet (tur 28). Operatør spør så om de vet hvordan de gjør dette (tur 29). Svaret innringer gir bekrefter ikke om de vet hvordan de skal gjennomføre hjerte- lungeredning, men at de skal prøve (tur 30).

Resymé eksempel 03: 02 Mann som ikke puster (utdrag 2)

Det neste utdraget er fra den samme samtalen som forrige eksempel. Jeg har valgt å utelate turene 30-42, da det i disse turene ikke er snakk mellom operatør og innringer. Operatør har ingen ytringer i denne perioden, men snakket skjer mellom innringer og andre i bakgrunnen. I tillegg til snakket i bakgrunnen er det også en 6 sekunders pause. Den delen av samtalen som er utelatt her (tur 30-42), varer i omtrent 12 sekunder.

Eksempel 03: 02 Mann som ikke puster (utdrag 2)**O: Operatør****I: Innringer**

42. O: [har]
43. har dokker fådd te å starte hjerte lungeredning
44. I: ja vi heill på(h)
45. O: ja.
46. ha=rde kompresjona midt på brystet.
47. I: kompresjona midt på brystet, ni[ls.]
48. O: [ja], har dokker gjort det før?
49. I: ja, vi har prøvd det før her ja.
50. O: [ja]
51. I: [kurs] så.
52. O: å så telle dokker, må komprimer 'fort og dypt, en to tre fire fem.
53. I: en to tre fire fem.
(stemmer i bakgrunnen som også teller)
54. O: ja, (O "godkjenner" tempoet I foreslår)
55. bra, [<X start X>]
56. I: [<X> tredve?]
57. O: ja=, bære fortsett, ska= 'kun kompri[me]r no.
58. I: [bæ-]
59. kun komprimer, e(h), å så=, ja.
60. O: ambulansen e varsla å den e på vei,
61. I: (h)ja.
62. O: men vi hold linja vi te dæm kjæm frem,
63. I: ja.
64. de=n e go, ska æ spring opp å møt ambulansen eller, det e tre= stykk her no som heill på me hå- hjerte lu- lungeredning.
65. O: ja=, så- må bære sørge for at dem, at dem får te å komprimer skikkeli.
66. I: ja,

Etter snakket i bakgrunnen (tur 30-42, utelatt) tar operatør ordet, med et spørsmål om de (både innringer og folk i bakgrunnen) har fått til å starte hjerte- lungeredning (tur 43). Operatørens to spørsmål (tur 43 og tur 48) kan begge ha som funksjon at operatøren avklarer om HLR er igangsatt. Innringers svar ("ja vi heill på (h)") (tur 44) kan operatøren oppfatte som en usikkerhet hos innringer. Operatør følger opp med å gi retningslinjer for gjennomføringa av HLR (tur 46), og innringer gjentar dette til andre folk tilstede (tur 47). Operatør spør så innringer om de har gjort det (HLR) før (tur 48). Innringer svarer at de har prøvd det før, men på kurs (tur 49 og 51). Etter denne kartlegginga, der det ikke har blitt igangsatt HLR, gir operatøren deretter instruksjoner om hvordan det skal telles, med hvilken hastighet, og at det må

komprimeres fort og dypt (tur 52). Etter at operatøren har kvittert og godkjent tempoet hos innringer (tur 54), kommer operatør med ros ("bra,") (tur 55). Deretter gir operatør videre instruksjoner om at det kun skal komprimeres (tur 57). Innringer gjentar beskjeden, og viser at den er oppfattet (tur 59). Instruksjonene operatøren gir (tur 57) er en del av hans rolle som samtaleleder, i det å prioritere ulike oppgaver, og å synliggjøre dette for innringer som samtalepartner (se avsnitt om kontekstuelle betingelser).

Videre gjentar operatør både at ambulansen er varslet, og at den er på vei (tur 60). At ambulansen er sendt er allerede nevnt helt innledningsvis i samtalen, men en slik opplysning kan gjentas for å berolige innringer i en situasjon som kan være stressende (Dreyer et al 2011, Reinholdtsen 2013:68). Innringer bekrefter at han har oppfattet dette (tur 61), før operatøren orienterer seg mot *samtalens varighet* (et tema jeg vil komme tilbake til), og at linja holdes helt til "døm" (ambulanspersonalet) kommer fram (tur 62). Her er det interessant å se hvordan operatørens ytring (tur 62) bygger på det operatøren allerede har sagt (tur 60). Ytringen i tur 60 kan altså, sett alene, være ment for å være roende. Samtidig muliggjør ytringa i tur 60 at operatøren lettere kan nå fram med budskapet i tur 62, nemlig hvor lenge samtalen skal vare. I tillegg er det verdt å merke at det i tur 62 er et tydelig fokus hos operatøren som samtaleleder, på nødsamtalen som et samarbeidsprosjekt, med det at det gjentas at det er et kollektivt *vi* som skal holde linja. Det er altså ikke bare operatøren som samtaleleder alene som gjør denne jobben.

I utdragene jeg har vist til nå kommer operatøren med flere ytringer til innringer som kan være rosende eller støttende, samtidig som operatør har fokus på å innhente den informasjonen som er nødvendig, eller å veilede i HLR. Det at operatør innhenter relevant informasjon eller gir veiledninger (HLR), samtidig som han viser støtte til innringer, kan være til hjelp for at innringer kan få gitt informasjon eller gjennomført HLR, da innringer kan være i en sterkt følelsesmessig eller stressa situasjon. Dette er beskrevet blant annet i kompetanseplanen (Dreyer et al 2011, avsnitt om *kontekstuelle betingelser*).

Med det neste utdraget vil jeg vise et nytt eksempel på hvordan dette kan gjøres, med et utdrag der operatør kan legge til rette for å få informasjon fra og veilede en innringer, som er i en tydelig stressa og følelsesmessig situasjon.

Resymé eksempel 04: 19 Mann med hjertestans

I starten av samtalen før dette utdraget svarer operatøren på vanlig måte ("medisinsk nødtelefon?") (Reinholdtsen 2013:59). Innringer presenterer seg ikke, hverken med eget navn eller adresse. Istedet går hun rett til å beskrive hva som har skjedd, at hun har kommet hjem, funnet mannen sin sittende i bilen, og at hun tror han er død. Operatør forteller rett etter dette at de vil sende hjelp med en gang, noe innringer kvitterer på. Det er gjennomgående for dette samtaleutdraget, og for snakket i samtalen før utdraget, at innringer høres tydelig stressa og gråtkvalt ut, med tung pust og mye tung sukking. Før utdraget avklares det hvilken adresse det ringes fra, og at innringer ikke får kontakt med mannen sin, som ikke puster. Operatør ber innringer om å få mannen ut av bilen, noe hun ikke får til alene. Operatør spør om det ikke er andre folk i synlig nærhet som kan hjelpe til, noe innringer sier at det ikke er.

Eksempel 04: 19 Mann med hjertestans

I: Innringer

O: Operatør

39. I: nei æ tru= itj atn puste æ nei
 40. O: n=e=i.
 41. I: nei.
 42. O: e han he=lt kald da?
 43. I: nei han e=ikke det?
 44. O: ne=i(h)
 45. I: men hain e d- æ(h).. ne=i(h)
 46. O: nei, æ skjønne men du=?
 47. I: m=n(h) (gråtkvalt)
 48. O: <EMP j=a= EMP>
 49. men du ska nu ska e førklar de ka du ska gjør førn nån ting
 her før å prø=v å hjelp
 han te= ambulansen kjæ=m fr[æm
 50. I: [m=h] ja=?
 51. O: har du 'ingen mulighet te å få ha ut av bi=ln
 52. I: 'n=ei, da kjæm en te å 'dett ne på steinan her å alt
 mu[li(h)] (tydelig opphisset)
 53. O: [jɔ],
 54. men han da- det gjø=r ingenting at han dett ned
 55. I: jammen æ får itj te det æ kommer te å slå-.. nei, det går
 itj(h)
 56. O: ja førdd(h) veldi vi=kti at du får satt i gang me hjerte
 lunge[redning <X>
 57. I: [ja æ] skjønne det ja men
 asså(h)

58. vess, vent litteranne æ [ska prø=v mæ her]
 59. O: [men du=?]
 60. ja, prøv det åsså [kjæm du te'ba=ke vess]

Først i utdraget avklarer operatør og innringer mannens status, at han ikke puster (tur 39-41). Operatør spør så innringer om han er helt kald (tur 42). Innringer avkrefter dette, men med en spørrende intonasjon (tur 43), noe som kan forstås som en usikkerhet. Innringer kommer med flere avbrutte ytringer (tur 45 og 47). "men hain e d- æ(h).. ne=i(h)" (tur 45) kan være starten på å si at "han er død". I innringers neste tur kommer hun ikke med forståelige ord, kun med gråtkvalte lyder (tur 47).

Noe jeg vil trekke fram her, er hvordan operatøren imøtekommer og støtter innringer (tur 46), som her er tydelig følelsesmessig berørt. Operatøren viser støtte ("æ skjønne"), før hun tydelig henvender seg personlig til innringer ("men du=?") (tur 46). "Men" kan fungere som en markør for at det kommer et temaskifte, mens den forlengede og spørrende "du=?" kan signalisere at operatør vil ha innringers oppmerksomhet, før operatør fortsetter samtalen. Stemmekvaliteten operatøren bruker (tur 48) kan også oppfattes som empatisk, medfølende. I påfølgende ytring (tur 49) kommer operatør så med en grundig forklaring på hva hun som samtaleleder nå vil gjøre - "nu ska e førklar de ka du ska gjør førn nån ting her". At operatøren også følger opp med en forklaring på hvorfor, kan være med på å styrke tydeligheten ("før å prøv å hjelp han te= ambulansen kjæ=m fr[æm]"). Operatøren bruker også i denne ytringa en markør ("men du"), som kan fungere som et kontekstualiseringssignal om at det kommer noe nytt i samtalen ("men"), samtidig som operatøren henvender seg til innringer personlig ("du"). Det operatøren videre følger opp med, er å kartlegge hvordan situasjonen er, slik at operatør kan få veiledet innringer i å starte HLR (tur 51). Operatøren kommer også med redegjørelser om hvorfor forberedelsene til HLR er viktig. Samtidig viser hun underveis støtte til innringer.

Innringer gir en kvittering på at hun hører, med et spørrende "ja=?" (tur 50). Operatør spør deretter om ikke innringer har noen mulighet til å få mannen ut av bilen (tur 51), før innringer argumenterer mot å ta han ut av bilen, med at han da kommer til å dette ned på steiner (tur 52) og at han da vil slå seg (tur 55). Operatøren møter ytringene fra innringer med å først gi en forklaring, "det gjø=r ingenting at han dett ned" (tur 54). Etter at innringer ikke "kjøper" denne forklaringa ("nei, det går itj(h)" (tur 55),

kommer operatør med en tydelig begrunnelse for hvorfor det må prioriteres å få mannen ut av bilen ("ja førrd(h) veldi vi=kti at du får satt i gang me hjerte lunge[redning <X>") (tur 56). Operatøren innleder med å signalisere et argument ("førdd(h)"), i tillegg til at det legges ekstra vekt på at dette er "veldi vi=kti". Innringer viser at hun forstår (tur 57), før hun tar et eget initiativ ("vent litteranne æ [ska prø=v mæ her]") (tur 58). Som samtaleleder gir operatøren innringer en "godkjenning" på at hun kan forsøke det hun gjør ("ja, prøv det") (tur 60). I tillegg følger operatøren opp med et handlingsalternativ, i tilfelle det ikke skulle lykkes ("åsså [kjæm du te'ba=ke vess]") (tur 60).

Et sentralt tema i forbindelse med det jeg undersøker i denne avhandlinga, er hvordan operatør legger til rette for et skifte mellom ulike kommunikative oppgaver, da dette er noe som typisk skjer i overgangen til, eller i starten av, det som eventuelt kan omtales som en mellomfase. Om *mellomfasen* fortjener navn som en egen fase, kan denne fasen bli synlig i form av at det veksles mellom orientering mot ulike kommunikative mål underveis i samtalen, og det er da sentralt hvordan operatøren som ansvarlig samtaleleder gjør dette.

I det neste utdraget jeg vil vise, ringes det inn om en situasjon som etterhvert forandrer seg, noe som gjør at operatøren må legge til rette for at han og innringer sammen kan orientere seg mot å løse andre kommunikative oppgaver underveis, ettersom situasjonen krever det.

4.4 Overgang mellom ulike kommunikative oppgaver

Resymé eksempel 05: 06 Hjertestans treningscenter (utdrag 1)

I starten av samtalen der neste utdrag er hentet fra, er det ikke operatøren som har første ytring, slik det vanligvis er i nødsamtalene i materialet mitt. Samtalen starter med snakk mellom innringer og folk i bakgrunnen, i form av oppfordringer om å puste rolig. Operatøren kommer deretter med den vanlige hilsningen ("medisinsk nødtelefon (sykepleier)"). Innringer presenterer seg så med fullt navn, i tillegg til å fortelle at han ringer fra et treningscenter. Han forteller rett etterpå at de har et tilfelle med et mulig slag eller hjerteinfarkt hos en kvinnelig kunde. Operatør stiller spørsmål

om pasienten er våken, og får til svar fra innringer at hun har store smerter, trykk i brystet, problemer med å puste og at beina svikter. Fram til utdraget begynner innhenter operatør adresse til treningssenteret, i tillegg til å spørre om og få bekreftet at innringer er sammen med pasienten, ved siden av henne. Før utdraget spør operatør også om kroppsposisjon, om hun ligger eller sitter. Innringer forteller at hun akkurat nå sitter i et treningsapparat. Operatør forteller at hun kan sitte oppreist om hun har pusteproblemer. Aller sist før utdraget begynner operatør på et spørsmål om pasienten er klam, men avbryter delvis seg selv med at hun kanskje er svett fra før, noe innringer også bekrefter. Innringers siste ytring blir avbrutt av utydelig snakk i bakgrunnen, før innringer snakker til pasienten med oppfordring om å fokusere på å puste rolig.

Eksempel 05: 06 Hjertestans treningssenter (utdrag 1)

I: Innringer

O: Operatør

30. I: å hu så- pust nå pust nå prøv å pust rolig. (til den forulykkede)
31. O: ska send ambulanse te dæ æ.
32. I: ja. hvor lang tid vil det ta?
33. O: e==hm(h)
34. I: må puste. (til den forulykkede)
35. O: æ vil tru at nærmeste bil e på nardo da så det tar jo fort en ti minutter uansett, hvor dem [e hen i by=n.]
36. I: [ja] ja.
37. den er god [du.]
38. O: [e=hm]
39. kain du spørr a hva a hete for nån ting?
40. I: du hva var navnet ditt igjen? (til den forulykkede)
41. ska vi se, hun= mister bevisstheten.
42. [ska vi se=,]
43. O: [hu miste bevisstheten.]
44. I: ja,
45. [<X hallo? X>] (til den forulykkede)
46. O: [hvis] a blir bevisstløs så legg du a på sia.
47. I: ja.
48. O: [så bry-]
49. I: [ska prøve] å få lagt hun på sia
50. O: så bryr vi oss ingenting om navnet foreløpi.
51. I: nei, men da ska jeg få lagt henne ned <X ved siden av X> jeg.
52. O: ja. me=- kain=- e det greit at æ har dæ på [trå=n littegrann eller blir det for vanskeligi]

I starten av samtalen, og også der dette utdraget begynner, er pasienten bevisst, men hun har pusteproblemer. I starten av utdraget forteller operatør at han skal sende en

ambulansene (tur 31). Videre spør innringer hvor lang tid det tar å få sendt ambulansen (tur 32), operatør svarer på dette (tur 35), og innringer bekrefter at han har oppfattet dette (tur 36-38). Med det som blir sagt i disse turene, vet operatøren nok om situasjonen til å sende ut en ambulansene, og det er klart for innringer at ambulansene vil bli sendt.

I det operatøren ber innringer om å spørre pasienten hva hun heter (tur 39-40), endrer situasjonen seg med at pasienten mister bevisstheten, noe innringer forteller operatør (tur 41). Operatør kommer da med en handlingsanvisning (tur 46), som innringer etterpå bekrefter å ha oppfatta (tur 47 og 49), blant annet ved å gjenta deler av handlingsanvisninga som noe innringer skal prøve å få til (tur 49). Formen på handlingsanvisninga er verdt å merke seg: *hvis - så*. Der operatøren bruker en slik hvis-så-konstruksjon, kan dette ha flere funksjoner. Med en slik hvis-så konstruksjon tas det ingenting for gitt, men det tas forbehold om at pasienten faktisk har mistet bevisstheten ("hvis"). Samtidig kan fordelinga over to ledd (hvis-så) gjøre det lettere å holde på oppmerksomheten til innringer, og slik få forklart hva som eventuelt skal gjøres videre. Etter handlingsanvisninga der operatøren beskriver hva han vil at innringer skal gjøre (tur 46), gjør operatøren det tydelig at navnet på pasienten ikke er viktig (tur 50), før han spør innringer om det er greit at de *holder linja* (tur 52). Som samtaleleder har operatøren en viktig oppgave i å styre unna mindre relevante tema, samtidig som han styrer samtalen mot de temaene som er viktigst (Reinholdtsen 2013:87). Avhengig av situasjonen som oppstår underveis er det også viktig at operatøren som samtaleleder tydeliggjør for innringeren at slike valg av temaer blir tatt (tur 50).

Et annet tema som går igjen i flere av samtalene jeg har valgt å analysere, er at operatøren legger til rette for at han og innringer sammen "holder linja" videre i samtalen, til ambulansen og/eller annet helsepersonell ankommer situasjonen. Hvordan dette kan gjøres, vil jeg nå vise noen eksempler på.

4.5 Samtalens varighet som tema

Det at "linja holdes" kan ha bakgrunn i ulike situasjoner som krever det. I indeksen (NMI 2009:Rollefordeling) er det beskrevet at ved "rød respons" skal operatør holde forbindelsen med innringer. I materialet mitt ser jeg at operatøren som samtaleleder legger tilrette for å "holde linja" sammen med innringer på ulike måter. Noen ganger legges dette temaet fram som frivillige *tilbud* rent språklig, andre ganger presenteres det som noe som *skal* eller *må* gjøres. Andre ganger igjen nevnes ikke temaet eksplisitt i det hele tatt, men samtaledeltagerne "bare gjør det", uten at det nevnes eksplisitt hvor lenge samtalen skal vare (hvor lenge operatør skal være tilgjengelig for innringer, eller hvilke mål i samtalen som skal løses før de kan legge på).

En type situasjon som fører til at operatør og innringer holder linja, kan være at innringer (eller andre tilstede) gjennomfører HLR, og at operatør da vil ha kontakt med innringer for å overvåke og veilede situasjonen helt til ambulanspersonale er framme og kan overta. Hvordan dette kan gjøres, vil jeg vise med det neste eksemplet. Dette utdraget er fra den samme samtalen som forrige eksempel, og fortsetter der det forrige sluttet.

Eksempel 06: 06 Hjertestans treningssenter

O: Operatør

I: Innringer

52. O: ja. me=- kain=- e det greit at æ har dæ på
[trå=n littegrann eller blir det for vanskelii]
53. I: [<X> (stemmer og støy i bakgrunnen hos I)]
54. ja.
(stemmer i bakgrunnen)
55. I: hu- ska vi se, ja.
56. ska vi se=(h), hun begynner å bli veldig blek nå, å
pusteproblemer
57. O: mm.
58. I: vi=- ska få lagt henne ned i stabilt sideleie nå.
59. O: ja.
60. har dokker hjertestarter der eller?
61. I: vi har 'ikke det på senteret her [nei.]
62. O: [nei.]
63. greit.
64. I: mm.
65. O: legg a på sia å vær sammen me=a å sørg for at hu puste.
66. I: ja, den er god.
67. O: så kain du godt bare=, bare ha åpen linje mens hjelpa e på
vei.
68. vess du vil.

69. I: ja. (entusiastisk)
70. O: ja.
71. I: <A stemmer det må bare legge fra meg telefonen litt jeg
72. O: gjør det.
(I legger fra seg telefonen)
(støy og stemmer i bakgrunnen)
(Ord ytret som kan oppfattes: sideleie/må få lagt a ned i
sideleie/ja/hvordan går det?/)
(O skriver)
73. O: e- e- eldre dame.
74. det kain vær fra=(h), førti te=. (til noen på AMK)
(7 sek)
75. I: sånn, da har vi fått lagt henne i stabilt sideleie,

I utdraget presenterer operatøren det å "holde linja" som et *tilbud* til innringer. Selv om det å "holde linja" her kan framstå som et tilbud, fordi det rent språklig gis et alternativ til innringer, er det tvilsomt om innringer i realiteten har en valgmulighet til å legge på, til ikke å fortsette samtalen med operatør. Snarere er nok en slik "demping", som et tilbud kan være, en form for høflighet fra operatørens side. Grunnen til at jeg her velger å omtale det som et *tilbud*, er at operatøren eksplisitt presenterer det å "holde linja" som et alternativ for innringer rent språklig. Operatør sier for eksempel "eller blir det for vanskelig" (tur 52) eller "så kain du godt bare ha åpen linje mens hjelpa e på vei" (tur 67). Innringer svarer ikke eksplisitt på dette *tilbudet* i noen av tilfellene, men han fortsetter samtalen, noe som er et tydelig tegn på at han *aksepterer tilbudet*.

Operatøren gir altså innringer et "valg" om å holde linja eller ikke ("eller blir det for vanskelig") (tur 52). At operatøren som samtaleleder innleder temaet om å holde linja som en valgmulighet kan bidra til et godt samtaleklima med innringer, i form av høflige dempere. Videre beskriver innringer tilstanden til pasienten for operatøren (tur 55-56), og etter at operatør bekrefter at dette er oppfattet, med en minimal respons (tur 57), fortsetter innringer med å fortelle at de nå skal få lagt pasienten i stabilt sideleie (tur 58). Etter flere yringer, der operatør spør om, og innringer avkrefter, at de har hjertestarter på treningssenteret (tur 60-64), kommer operatøren med en handlingsanvisning, med hva det er viktig at innringer gjør (tur 65). Etter at innringer kvitterer på at han har oppfattet dette (tur 66), fortsetter operatør med å tilby ("så kain du godt bare") innringeren å legge fra seg telefonen mens han gjør det han har fått beskjed om (".. bare ha åpen linje mens hjelpa e på vei") (tur 67). At innringer gjentar dette (tur 71), er antagelig til folk i bakgrunnen. Herfra går det litt tid med snakk i bakgrunnen, der telefonen er lagt ned, slik at operatør *kan* høre hva som skjer i andre

enden. I denne perioden kommer det ikke ytringer fra operatør til innringer. Etterhvert kommer innringer tilbake og forteller at de nå har fått lagt pasienten i stabilt sideleie (tur 75).

Med det neste eksemplet vil jeg vise fram en annen type situasjon, med et annet type forløp enn i det forrige utdraget. "Linja holdes" også i denne samtalen, men det neste eksemplet preges av flere lengre pauser. Utdraget har jeg valgt ut for å vise blant annet disse pausene og hvordan snakket mellom dem foregår.

Resymé eksempel 07: 13: Kvinne som har tatt tabletter

I samtalen det neste utdraget er hentet fra, ringer en mann inn og forteller at han ikke får kontakt med kona si. Operatøren spør om og får bekreftet at hun puster, før mannen sier at han regner med at hun har tatt tabletter, da han har funnet tomme bokser med medikamenter. Operatøren spør om og får avklart hvilket sted mannen ringer fra, og forteller at de skal sende ambulanse. Videre spør operatøren om, og får bekreftet, at kona puster normalt, og at hun ligger på sia. Operatøren stiller også spørsmål, og får svar på, navnet til kona og fødselsdato. Innringer forteller uoppfordra om navnet til fastlegen til kona, og om navnet på medikamenter på de tomme boksene. Operatøren forfølger ikke disse temaene utover at han gjentar navnet på medikamentet. Operatøren spør istedet om når mannen sist snakka med kona, for å få avklart i hvilket tidsrom hun kan ha tatt tablettene. Videre ber operatøren mannen om å riste i kona for å få kontakt, noe han ikke får. Operatøren vender så tilbake til å spørre om nøyaktig adresse og stavemåte, og han spør om og får bekrefta at innringer er mannen til pasienten. Operatøren spør også om, og får innhentet telefonnummeret mannen ringer fra. Deretter går operatør over til å be innringer om å sikre frie luftveier til pasienten.

Like før utdraget dreier snakket seg om at mannen ikke får kontakt med kona, at hun sover tungt. Operatøren forteller da at de må ha henne med til sykehuset for observasjon. Før utdraget spør operatøren om ansiktsfarven og tilstanden på huden, og får bekreftet at huden til pasienten er varm og tørr. Aller sist før utdraget begynner, er temaet i samtalen hvor langt unna ambulansen er. Operatør stiller så et spørsmål om det kommer lyd fra kona.

Eksempel 07: 13 Kvinne som har tatt tabletter**O: Operatør****I: Innringer**

176. O: itj me nei, kjæm det lyd ifra a no?
177. I: e- v- ja (h)ja (h)ja (h)ja.
178. O: ja.
179. I: så hu, e vel i en anna verden.
180. O: ka sa du?
181. I: hu e vel i en helt anna verden hu-
182. O: ja det spørs det sjø=
183. I: ettersom at æ fant to boksa ne så
184. O: ja=.
(lyder i bakgrunnen, snakk med ambulanse?)
(17 sek)
185. O: (kremter)
186. kan ha kontakt te=n svinge opp vi da vettu.
187. I: ja, ja ja.
188. O: <X sånn at vi X X>.
189. I: dokk kjøre helt opp te legesenteret så om <X>
190. O: ja.
191. I: nei det kjæm sånne lyda bare e det no.
192. O: ja det gjør det a?
193. (h)ja, m=m.
(O skriver) (lyder)
(hos I: lyden av trappetrinn, puster)
194. (ingen snakk, bare lyder)
(25 sek)
195. I: æ koinn ha satt fram en tom boks då.
196. O: ja b- bare ta me de boksan nedover.
197. I: jada.
198. O: ja.
199. så hu har vært deprimert da, og hadd angst og, sånn [<X>
200. I: [ja.]
201. O: ja.
202. I: så det, hu har vært hjem om dagan no vettu, så har æ henta
ho å hatt a me mæ.
203. O: m=m.
204. I: <X>
205. O: å har du det?
206. javel.
207. I: ja. så har vorre hjem en halv dag vettu
208. O: ja
209. I: så tenkt sku kvil ut litt da da
210. O: usj ja.
(4 sek)
211. O: ska vi sjå.
212. no e=n like atme krysse nemme dokker der.
213. I: jada. (.hh)
(12 sek)
214. O: vil du ha kontakt me mæ eller.
215. I: du, æ <X> dæm e i nærheten no så går det no bra det.
216. O: ja=.

I denne samtalen har operatør synliggjort at han har innhentet en *dugende beskrivelse* i forkant av dette utdraget, med at operatøren sier at de skal sende ambulanse, og innringer har kvittert at han har oppfattet dette. Samtalens varighet blir et tema tidlig i

dette utdraget, der operatør forteller at de "kan ha kontakt te=n svinge opp vi da vettu" (tur 186). *Samtalens varighet* blir gjort relevant på nytt mot slutten av utdraget (tur 212), der operatøren innleder til en mulig avslutning av samtalen (tur 214). Siden operatøren allerede har en *dugende beskrivelse*, er det interessant å se på hva som kjennetegner funksjonen til snakket mellom disse to stedene i samtalen (tur 191-210).

Etter en lang pause (17 sek) (tur 185), foreslår operatøren at de kan ha kontakt til ambulansen er så godt som framme (tur 186). Jeg forstår det å "svinge opp" som at ambulansen da vil være på gårdsplassen eller i innkjørselen (innringer er i en enebolig). Videre er det snakk i samtalen, før det etter kort tid blir en ny og lang pause (25 sek) (tur 195). I snakket fram til denne pausen (tur 187-194) ser jeg ikke at det avklares noe nytt i samtalen som kan ha direkte relevans til det medisinske i situasjonen. Operatøren spør ikke innringer om situasjonen for å få utfyllende informasjon, og innringer, på sin side, forteller heller ikke om tilstanden til kona, eller stiller spørsmål som omhandler situasjonen han har ringt inn om.

Snakket i denne delen av samtalen forstår jeg som at det er orientert mer mot det relasjonelle mellom operatør og innringer. Et eksempel på dette ser jeg der operatøren kommer med en ytring henvendt til innringer ("ja det gjør det ja?") (tur 192). Ytringen har spørrende intonasjon, men blir ikke behandlet som et spørsmål av innringer. Ytringa bidrar altså ikke til at operatør får vite noe nytt om situasjonen det har blitt ringt inn om. Om innringer behandlet operatørens ytring som et spørsmål, og ga et svar, ville dette mest sannsynlig bare bekrefte det både operatør og innringer allerede vet - at det kommer lyder fra pasienten. Etter disse turene (tur 191-193) blir det en lang pause i samtalen (25 sek) (tur 194-195), noe som også kan tyde på at operatør på dette tidspunktet ikke har noe uavklart han trenger utfyllende svar på.

Innringer tar så ordet og bryter pausen, med et forslag om at han kan sette fram tomme bokser (tablettbokser) (tur 195), noe operatør bekrefter (tur 196). Deretter kommer innringer og operatør med hver sin minimale respons (tur 197-198), noe som kan forstås som at temaet avsluttes. Videre er det operatøren som tar initiativ til en form for snakk, med pasientens depresjon og angst som tema (tur 199). Måten ytringa innledes ("så hu (..)") og markøren til slutt ("..og, sånn") kan gi et uformelt preg på snakket. Det videre snakket i samtalen (tur 199-210) ser jeg har lignende trekk. Med

de markørene som brukes, framstår snakket som mer orientert mot det uformelle og relasjonelle, enn at operatør og innringer her skal utveksle nødvendig informasjon om den medisinske situasjonen. Eksempler på dette ser jeg i innringers ytring i tur 202 ("så det (...) og "no vettu"), i operatørens ytring i tur 205 ("å har du det?"), og operatørens svar til innringer i tur 210 ("usj ja"), som er den siste ytringa før det blir en ny pause (tur 211). Jeg ser her at innholdet i snakket ikke er orientert mot å innhente informasjon om den medisinske situasjonen. Her vil jeg også påpeke at snakk som har et relasjonelt preg kan ha en viktig funksjon i seg selv, nettopp i det at det kan være orientert mot å ivareta en relasjon mellom samtaledeltagerne.

Flere av operatørens kommentarer til innringer her kan ses på som det Goffman kaller en "response cry". En "response cry" kan være en ytring som er knyttet til noe utenfor selve kjernen i saken det snakkes om, men som er nødvendig å kommentere for å komme videre i samtalen (Goffman 1981 i Linell 2011a:254). Det kan være operatørens "ja det gjør det a?" (tur 192), "å har du det?" (tur 205) og dette siste "usj ja" (tur 210).

Etter operatørens "usj ja" (tur 210) blir det en pause på 4 sekunder, også det relativt lenge i en vanlig samtale. Det er operatøren som bryter denne pausen, der han gjør temaet med samtalsens varighet fra tidligere i samtalen relevant på nytt (fra tur 186). Operatøren tar her ordet med "ska vi sjå" (tur 211), noe som kan markere et temaskifte, før han forteller innringer at ambulansen er like i nærheten (tur 212). Innringer kvitterer på dette med en minimal respons (tur 213). Etter denne kvitteringa fra innringer blir det en ny lang pause i samtalen, på 12 sekunder (tur 214).

Der operatør gjør *samtalsens varighet* relevant med at ambulansen var i nærheten (tur 212) ser jeg dette som en fortsettelse av "samtalsens varighet" som tema tidligere i samtalen (tur 186), der operatør foreslo at de kunne ha kontakt til ambulansen "svinge opp". Siden ambulansen nå er like i nærheten (tur 212), er det sannsynlig at samtalen kan nærme seg en avslutning. Etter den lange pausa som følger innringers minimale respons (tur 213-214), tar operatør ordet etter pausa (tur 214), der han eksplisitt spør om "vil du ha kontakt med meg eller." Innringer svarer at det går bra, siden "dæm e i nærheten no". Operatør kvitterer på dette med en minimal respons (tur 216), før samtalen etterhvert avsluttes. Snakket i resten av samtalen etter utdraget er orientert

mot hva som skal skje etter ambulansen har kommet fram, og hvordan innringer skal ta seg fram inne på sykehusområdet.

De tre neste eksemplene og samtaleutdragene jeg vil vise, har jeg hentet fra en og samme samtale. Med disse tre utdragene vil jeg vise hvordan *samtalens varighet* som tema ikke trenger å bli nevnt eksplisitt i samtalen, selvom *linja holdes* helt til operatør har forsikret seg om at ambulanspersonale er framme ved situasjonen.

Det første utdraget, som er hentet fra samtalebegynnelse, har jeg tatt med for å vise hvordan det blir reagert på pauser i denne delen av samtalen. Poenget med dette korte utdraget, er å sammenligne det med lengre pauser som oppstår senere i samtalen, men som ikke blir møtt med de samme reaksjonene.

Det andre utdraget har jeg valgt for å vise hvordan samtalen drives framover, og at det selv med flere lange pauser, ikke er slik at *samtalens varighet* blir nevnt som et eksplisitt tema. *Samtalens varighet* gjøres relevant først mot slutten av samtalen, der ambulansen nærmer seg, noe jeg vil vise med det tredje utdraget.

Eksempel 08: 04 Kastet opp tabletter (utdrag 1)

1. O: medisinsk nødtelefon, sykepleier.
2. I: <X hallo X>?
3. O: hallo?
4. I: hei du, de=n tore larsen, som ringe.
5. e=h- e har e=n som har tatt veldig mange= litum<X>tabletter,
(operatør skriver)
(3 sek)
6. I: høre du?
7. O: ja= æ høre,
8. I: e=h, hu ligger i senga og sover, det ser ut som hu har spydd
opp igjen de fle=ste, men,

I åpninga av samtalen svarer operatør på vanlig måte (tur 1). Etter en ytring hver fra innringer og operatør, (muligens dårlig forbindelse og lyd kvalitet) (tur 2-3), presenterer innringer seg med navn (tur 4), før han starter på en beskrivelse av situasjonen han ringer inn om (tur 5). Samtidig med at innringer beskriver situasjonen, høres det at operatør skriver, i form av tastaturlyder. Selv om operatøren skriver med bakgrunn i hva innringer forteller gir operatøren ingen verbal respons (muntlig tilbakekobling) til innringer. Innringer avslutter foreløpig

situasjonsbeskrivelsen (tur 5) med en *fortsettende intonasjonskontur* (markert med komma). Etter tur 5 blir det en pause på 3 sekunder, der det er skriveylder, men ingen minimale responser eller tilbakekoblingssignaler. Innringer tar ordet etter denne pausa, der han spør operatør om "høre du?" (tur 6), før operatør svarer bekræftende. Innringer har altså ventet på å få bekreftet at operatøren er oppmerksom på det han sier, før han fortsetter å beskrive situasjonen med å fortelle om tilstanden til pasienten (tur 8).

Resymé eksempel 09: 04 Kastet opp tabletter (utdrag 2)

Før det neste utdraget innhenter operatør telefonnummer det ringes fra, og hvilken adresse innringer befinner seg på. Operatør spør om innringer får kontakt med pasienten, og innringer forteller at hun responderer, men at hun ikke er i stand til å føre en samtale. Videre forteller operatør at de sender hjelp, at de sender ambulanse, og innringer bekrefter at han har hørt dette. Operatør spør så om navnet på pasienten, og mens innringer forteller først fornavn, så etternavnet, som staves, høres det at operatøren skriver på tastatur. Der det neste utdraget begynner fortsetter operatøren innhenting av personlig id til pasienten, ved å spørre innringer om fødselsår, etter at det har vært ei lang pause på 17 sekunder.

Eksempel 09: 04 Kastet opp tabletter (utdrag 2)

O: Operatør

I: Innringer

(17 sek)

46. O: fødd i åttito?

47. I: ka sa du?

48. O: hu e fødd i åttito?

49. I: ja.

50. O: mm.

(I romsterer rundt)

(10 sek)

51. O: puste=a normalt?

52. I: ka sa du?

53. O: puste=a norma=lt.

54. I: e=h, pusta roli.

55. O: mm.

(2 sek)

56. O: kain godt legg a litt over på 'sia.

57. I: ja hun ligger på sia i senga nå.

58. O: åkei.

59. I: hun lå der når jeg fant hu.

60. O: mm.

(13 sek)

61. O: har a gjort nå sånn tidliere?

62. I: eh, nei.
63. men hu har vært ganske deprimert.
64. O: mm,
65. I: heller, ikke ganske, men 'litt(h), hvertfall.
66. O: mm.
(7 sek)
67. I: vet du hva- kan jeg bare gå inn og sjekke igjen?
68. O: mm.

Operatøren tar ordet, og bryter med det ei pause på 17 sekunder, der han spør innringer om pasientens fødselsår (tur 46). Innringer oppfatter først ikke hva operatør sier (tur 47), og operatør gjentar spørsmålet med å omformulere det (tur 48). Slik kan det bli tydeligere at det er pasienten og informasjon om henne som er tema ("*hu e fødd i åttito?*" (tur 48). Etter at innringer bekrefter (tur 49), og operatør kvitterer tilbake, blir det en ny pause, nå på 10 sekunder, der det er lyder av at innringer romsterer rundt.

Etter disse 10 sekundene er det også her operatør som avbryter pausa, nå med et spørsmål om pasienten puster normalt (tur 51). Pasientens pust er altså et tema operatøren tar initiativ til å komme tilbake til, i rollen som samtaleleder. Mens det forrige spørsmålet (tur 46 og 48) handlet om informasjonsinnhenting, handler dette spørsmålet (tur 51 og 53) om at operatøren følger med på utviklinga av situasjonen. Etter at operatør har bekrefta at han har oppfatta innringers svar om at pasienten puster rolig (tur 55), blir det en ny pause (tur 56).

Etter denne pausa på 2 sekunder kommer operatør med en handlingsanvisning til innringer - "(2 sek) kain godt legg a litt over på 'sia." (tur 56). Som etter de forrige pausene (tur 46 og tur 51), er det også her operatøren som tar initiativ til å fortsette samtalen. I handlingsanvisninga er det en implisitt forståelse om at pasienten *ikke* ligger på sida, ettersom det ikke presenteres noen forbehold om at hun ikke gjør det (for eksempel "hvis hun ikke ligger på sia (..)"). Innringer svarer at hun allerede ligger på sia (tur 57), før operatør bekrefter (tur 58). Innringer fortsetter med å fortelle at hun har ligget slik, på sia ("der"), siden han fant henne (tur 59), og operatør bekrefter dette med et kort "mm" (tur 60), men følger ikke opp med andre kommentarer eller oppfølgingsspørsmål.

Etter dette blir det en ny lang pause, nå på 13 sekunder. Også her er det operatør som tar initiativ til å fortsette samtalen (tur 61). Her spør operatøren om pasientens historie, der han spør innringer om pasienten har gjort noe slikt ("nå sånn") tidligere (tur 61). Innringer avkrefter dette (tur 62), og følger opp med å fortelle at pasienten "har vært ganske deprimert" (tur 63). Operatøren bekrefter at han hører ("mm,") (tur 64), før innringer demper utsagnet om at pasienten var "ganske deprimert" (tur 65). Operatøren bekrefter så med en ny minimal respons ("mm.") (tur 66). Mens den ene minimale responsen fra operatøren (tur 64) kan oppfattes av innringer å ha en fortsettende intonasjonskontur (markert med komma), kan den andre ha en avsluttende intonasjonskontur (tur 66). Innringer fortsetter da også å fortelle etter operatørens respons i tur 64, mens det etter responsen i tur 66 blir en ny pause. I denne delen av samtalen (turene 61-66) kommer ikke operatør med noen oppfølgingsspørsmål etter det første spørsmålet (tur 61), før det blir en pause på 7 sekunder (tur 67). Dette kan forstås som at operatøren ikke har noe uavklart, noe han trenger å få vite mer om. Det er et interessant funn at *samtalens varighet* heller ikke blir gjort til et relevant tema av noen av samtaledeltagerne, selvom det her oppstår flere lengre pauser, der ingen av dem ytrer seg for å finne ut mer om situasjonen.

Resymé eksempel 10: 04 Kastet opp tabletter (utdrag 3)

Før det siste utdraget fra denne samtalen forteller innringer at pasienten puster rolig, og at hun svarer, men ikke i form av å snakke. Operatør spør så innringer hvor mange tabletter pasienten kan ha tatt, og om når de kan ha blitt hentet ut fra apoteket. Begge deler besvares med antagelser fra innringer, før det i starten av neste utdrag er ei pause på 5 sekunder før operatøren tar ordet med et nytt tema (tur 103).

Eksempel 10: 04 Kastet opp tabletter (utdrag 3)

O: Operatør

I: Innringer

100. O: mm.

101. I: men, (.hh) ikke akkurat tjue om gangen.

102.

(5 sek)

103. O: bli ikke så leng te ambulansen e fram te dokker.

104. I: ja åkei.

105. O: [men d-]

106. I: [ska] æ gå ut å mø=tn kanskje.
 107. O: ja=. (drar på det)
 108. ska vi sjå herre her blir innerst i ei sløyfe det, stemme det?
 109. I: ja.
 110. asså, e=, kjellerinngangen.
 111. O: mm.
 112. I: det bør jeg kanskje. (til seg selv)
 (O skriver, lyder av at I åpner ei dør, går ut)
 (14 sek)
 113. O: ambulansen e atme åsdalen den no.
 114. I: <X> hvor sa du?
 115. O: den e at- passere åsdalen (tydelig diksjon).
 116. I: e de=, [<X>?]
 117. O: [<X>] ja.
 118. I: ja.
 (I går rundt, kanskje ut for å møte ambulansen?)
 (40 sek)
 119. O: da e dem te=dæ ganske straks, tenke æ.
 120. (I tar muligens på jakke, lyden av en glidelås, dør som blir
 åpnet)
 (16 sek)
 121. I: ja, jeg ser den nå.
 122. O: åkei. men= da= har du kontakt [me=æm?]
 123. I: [ska jeg] ja.
 124. O: mm.
 125. I: åkei. da=, takk for hjelpa.
 126. O: jo=, bare hyggelig.
 127. I: hei da
 128. O: hei.

Dette utdraget starter med en pause på 5 sekunder, som kommer etter at operatør og innringer har avsluttet et tema om når tablettene kan ha blitt hentet ut fra apoteket. Operatør tar ordet med å introdusere et nytt tema - at det ikke er lenge til ambulansen er framme (tur 103). Med dette signaliserer operatøren at samtalen kan nærme seg slutten. Innringer bekrefter at han hører hva operatøren sier, men kommer heller ikke med noe mer utfyllende initiativ i første omgang ("ja åkei") (tur 104). Operatør starter neste ytring (tur 105), som blir overlappende med innringers "[ska]" (tur 106). Innringer kommer da med en forespørsel om han skal gå ut og møte ambulansen, noe operatøren så bekrefter (tur 107). I resten av samtalen innhenter operatør en nøyaktig veibeskrivelse til dit innringer befinner seg (tur 108 - 111), og han informerer innringer underveis om hvor ambulansen er, hvor langt den har kommet (tur 113, tur 115 og tur 119). I resten av samtalen blir det flere lengre pauser, mens innringer kler på seg og går ut, samtidig som ambulansen er like i nærheten (tur 119-120). Funksjonen med denne siste delen av samtalen er altså at operatøren *holder linja* helt til han er sikker på at innringer har kontakt med ambulanspersonalet.

Etter den lange pause på 40 sekunder (tur 119), der det kan høres at innringer beveger seg ut av og rundt boligen, tar operatør ordet, der han forteller at ambulansen er framme "ganske straks". Utsagnet dempes, med noe som kan fungere som et lite forbehold, med "tenke æ" til slutt (tur 119). Etter en ny pause (16 sekunder), med flere lyder av at innringer kler på seg og går ut, tar innringer ordet, der han bekrefter at han ser ambulansen (tur 121). Med dette initierer innringer avslutninga av samtalen. Operatør bekrefter å ha oppfattet at innringer har visuell kontakt ("åkei"), før han dobbeltsjekker med et nytt spørsmål om innringer har kontakt med ambulanspersonalet ("men= da= har du kontakt [me=æm?]") (tur 122). Etter at innringer og operatør bekrefter for hverandre at de har en felles forståelse om at det er kontakt mellom innringer og ambulanspersonale (tur 123-125), avslutter de samtalen med en høflig, *koordinert avslutning* (tur 125-128).

4.6 Foranderlige situasjoner

Det neste utdraget har jeg valgt fordi jeg vil vise hvordan betingelsene for en situasjon kan forandre seg underveis, og hvordan operatør og innringer da løser dette sammen.

Resymé eksempel 11: 14 Kvinne falt om på fortauet

I denne samtalen er innringer2 ei voksen dame, som sammen med dattera si har funnet ei dame som har svimtet av, liggende i ei grøft. Før dette utdraget har operatøren fått avklart hvor de befinner seg, og at pasienten har puls og normal pust. Operatøren har spurt om relasjonen mellom innringer og pasient, og fått opplyst at de er tilfeldig forbi passerende, som bare kom kjørende forbi. Det er kaldt ute, og operatøren har spurt om innringerne har kledd på pasienten for å holde henne varm. Innringer forteller om at pasienten er uklar, at hun er veldig trøtt. Aller sist før utdraget forteller operatøren at ambulansen er varslet, og at den er på vei. Operatør forteller også at hun kan holde kontakten med innringer, fram til ambulanspersonalet ankommer.

Eksempel 11: 14 Kvinne falt om på fortauet

I2: Innringer2

O: Operatør

112. I2: s- ho e litt bort innimellom, æ veit [itj] om æ skal legg
a ned eller ka æ ska

113. O: [e-]
 114. O: nei, men hvis a puster greit når du holder a sånn kan du ha a sånn.
 115. I2: [v-]
 116. O: [hvis] a puster, frie luftveier, har du
 117. I2: [e- a, ho=..]
 118. O: [puster godt] ha a sånn så blir a ikke så kald
 119. I2: nei
 120. O: fordi det er jo i=snende kaldt ute er det ikke [det]
 121. I2: [jo] det va
 det æ tenkt først førr æ så itj veitja først æ menne ho hadd jo da bøyd sæ ned ved sia [av a]
 122. O: [har] a med et barn?
 123. I2: ja, ho har me et barn på en to tre år
 124. O: å=h, [stakkars]
 125. I2: [ja] så vi må da bare varme
 126. O: ja
 127. I2: æ veit itj koss æ skal gjør det med ambulanse æ no, [eh]
 128. O: [ja,]
 129. I2: om æ ska send me
 130. O: nei kan snakke med dem når dem kjæm du.
 131. I2: ja.
 (stemmer i bakgrunnen)

Etter å ha henvendt seg til den forulykkete, vender innringer2 tilbake til operatøren og rapporterer om den forulykketes tilstand, at "ho e litt bort innimellom", før innringer2 forteller operatøren at "æ veit [itj] om æ skal legg a ned eller ka æ ska" (tur 112). At innringer2 her rapporterer uoppfordra til operatøren, både om tilstanden til den forulykkete, men også om hva hun, innringer2, selv ser for seg som mulige videre handlinger, kan gjøre at operatøren ikke behøver å komme med oppfølgingsspørsmål for å få tilstrekkelig informasjon om situasjonen. Operatør fortsetter med en "passiv" handlingsanvisning (tur 114), der temaet er frie luftveier hos den forulykkete. Operatør ber ikke innringer2 gjøre noe nytt, men "ha a sånn", "hvis a puster greit" (tur 114). I neste ytring starter operatøren på en avslutning av en redegjørelse ("så blir a ikke så kald") (tur 118), og avslutter så dette ("fordi det er jo i=snende kaldt ute er det ikke [det]") (tur 120).

Jeg trekker fram redegjørelsen som operatør kommer med i turene 118 og 120, fordi det er disse turene som gir innringer2 et mulig talerom til å fortelle det hun så gjør (tur 121) - nemlig at den forulykkete (som er ei voksen dame), har med seg ei lita jente ("veitja") som innringer2 har vært bekymra for, ettersom det er kaldt. At jenta omtales med bestemt form ("veitja") og som "ho" i innringer2s ytring (tur 121) ("førr æ så itj veitja først æ menne ho hadd jo bøyd sæ ned ved sia (av a)") kan tyde på at innringer2 forteller om den lille jenta som om hun tror det er implisitt kunnskap for

operatøren at det er ei lita jente tilstede. Operatør spør så om "a (har) med et barn?" (tur 122), noe som viser at denne opplysninga derimot er ny kunnskap for operatøren. Innringer2 bekrefter så dette (tur 123).

Det at den lille jenta nå har blitt gjort relevant i samtalen, preger resten av utdraget. Jenta må også holdes varm, det er ikke bare mora, som er forulykket, som må unngå å fryse. Operatøren kommer så først med en ytring der hun viser støtte (tur 124). I de kommende turene ser jeg at den typiske rollefordelinga samtaleleder-innringer (se teorikapittel om ekspert-lekmann) kan være snudd (tur 125-126). Her er det innringer2 som uoppfordret bidrar med en løsning på et problem operatøren enda ikke har satt ord på (tur 125) - "(ja) så vi må da bare varme". Deretter bekrefter *operatøren* dette med en minimal respons ("ja") (tur 126). Akkurat i disse turene er det altså innringer som tar initiativ til framdriften i samtalen. Dette kan komme av at hun kjenner bedre til betingelsene for samtalen (situasjonen det ringes inn om), og at dette er betingelser som operatøren på et tidspunkt *ikke vet* at hun selv ikke er klar over.

Etter operatørens bekreftelse (tur 126) fortsetter innringer2 med å fortelle at hun ikke vet "koss æ skal gjør det med ambulanse æ no, (eh)" (tur 127), om hun skal sende begge (både den forulykkete og jenta) med ambulansen når den kommer (tur 129). Operatøren kommer med en minimal respons som er bekreftende ("ja") (tur 128), som er overlappende, mellom innringer2s ytringer (tur 127 og tur 129).

Avslutningsvis i dette utdraget kommer operatør med en løsning på *problemet*, at innringer2 kan snakke med ambulanspersonalet i det de kommer (tur 130). Her er det igjen operatøren som tar og blir gitt rollen som samtaleleder, med å gi innringer2 et løsningsforslag (tur 130) på det innringer2 lurte på (tur 127 og 129).

4.7 Tydeliggjøring av valg av kommunikative oppgaver

I neste eksempel vil jeg gå tettere på de små detaljene i interaksjonen, enn det jeg stort sett har gjort til nå. Det å velge ut korte eller lengre utdrag gir ulike muligheter til analyse. Kortere, håndplukkete utdrag gir mulighet til å si noe om små detaljer i interaksjonen. De gir større mulighet til å gå nært på materialet, og til å si noe om de

små detaljene, mens lengre utdrag kan gjøre det lettere å se sammenhenger over tid i samtalen. Det neste utdraget, *15 kjørt på en unge*, er av det korte slaget, og jeg har valgt ut akkurat dette utdraget, for å kunne gå nært materialet, og å gå i dybden på interaksjonen mellom innringer og operatør.

Resymé eksempel 12: 15 Kjørt på en unge

I det neste utdraget har innringer nettopp kjørt på en unge, som hyler høyt og blør fra et kutt i hodet. Det er 20 minus ute, telefonen har dårlig dekning og det er støy på linja. Innringer befinner seg utenfor tettbygd strøk, og vet ikke sikkert nøyaktig hvor han er. Situasjonen består altså av en mengde potensielle stressfaktorer for innringer. Samtalen dette utdraget er hentet fra er på hele 26 minutter og 33 sekunder. Dette er en situasjon der innringer og operatør "holder linja", i tillegg til at det tar tid for helsepersonell å nå fram til stedet, etter at det har blitt lokalisert *hvor* påkjørselen har skjedd. Før dette utdraget har operatør forsøkt å finne ut hvor ulykkesstedet er, et tema operatøren foreløpig forlot etter å ha fått opplyst et stedsnavn, og fått det klart at innringer ikke vet mer nøyaktig hvor han befinner seg. Like før utdraget har operatør spurt innringer om hvordan skaden ser ut, og om blødninga. Innringer fortalte da noe om hvordan han traff ungen med fronten på bilen. Etter at operatør her har fått det på det rene at det er en mulig alvorlig skade, går hun videre til å kartlegge hva status er hos pasienten, og hva som må gis av eventuell førstehjelp. Altså er lokalisering av ulykkesstedet, som var et tidligere tema, nå lagt på vent. Det er det andre som tar seg av, noe operatør tydelig forteller i tur 57, der hun også gjør det tydelig hva som skal gjøres videre i samtalen.

Eksempel 12: 15 Kjørt på en unge

O: Operatør

I: Innringer

57. O: det e nån på siden av mæ som heill på å finn ut litt meir
kor dokk e hen sånn at dem
får sendt ut hjelp te dokk da [m-]
58. I: [n-]
59. O: da må æ snakk litt mer me da sjø og finn ut og få gidd a
litt førstehjelp, itj saint, [m-]
60. I: [ja]
61. O: men du, førrtæl mæ litt meir, puste a?
62. I: ja, ho puste, ho byint [å]
63. O: [det] høre æ ho som skrik?
64. I: ho som skrik ja

Først i utdraget (tur 57-60) forteller operatøren at samtalen mellom henne og innringer skal fortsette med at de skal finne ut av situasjonen og få gitt pasienten førstehjelp (tur 59 og 61). Operatør starter med å gjøre det klart at hjelp er sendt, men at det er "nån på siden av mæ" som jobber med å finne ut hvor ulykkesstedet er (tur 57). Operatørens ytring kan ses som tredelt. Først en eksplisitt arbeidsfordeling, *hvem* ("det e nån på siden av mæ"), før dette kobles til noe som gjøres, et *hva* ("som heill på å finn ut av litt meir kor dokk e hen"). Den tredje delen følger som en forklaring, et *hvorfor* ("sånn at dem får sendt ut hjelp te dokk da [men]"). De som omtales her er ambulanseskoordinatorer (se avsnitt om kontekstuelle betingelser). I denne sammenhengen omtaler operatøren ambulanseskoordinatorene som "nån" og "dem", uten å gå nærmere inn på hvem disse "noen" er. For en person i en stresset situasjon, slik innringer her kan være, er det trolig ikke til hjelp om yrkestitler som "ambulanseskoordinator" bringes inn i samtalen, da det kan forvirre mer enn det tilfører samtalen og de oppgavene operatør og innringer faktisk skal løse sammen.

Operatøren avslutter ytringen (tur 57) med et "[men]", som kan signalisere et mulig temaskifte. Innringer overlapper dette "men" med en avbrutt stavelse (tur 58), før operatøren fortsetter (tur 59) med å skifte tema fra ambulanseskoordinatorens arbeid med å lokalisere innringeren (tur 57), over til hvilke oppgaver operatøren og innringer skal løse (tur 59). Innringers overlappende, men avbrutte stavelse ("n-") (tur 58), kan ses som en bekreftelse på at innringer henger med.

At "nån" holder på å finne ut hvor innringer er, kan implisitt forstås som at operatør og innringer kan ha fokus på andre ting enn hvor innringer befinner seg. I andre samtaler i materialet mitt, er det vanlig at det er operatøren som har direktekontakt med innringer, som kartlegger hvor innringer og pasient befinner seg, uten at det blir sagt eksplisitt at det eventuelt sitter en ambulanseskoordinator på medlytt i bakgrunnen. I denne samtalen kan det være at situasjonen er så sammensatt og alvorlig, med flere samtidige oppgaver som må løses (situasjonen må kartlegges, blødninger må stoppes, innringer er stressa, og AMK er ikke sikre på hvor innringer befinner seg), noe som gjør at ulike oppgaver må fordeles, og at det kan bli lettere også for innringer om ei slik arbeidsfordeling blir nevnt eksplisitt av operatøren.

Operatøren fortsetter (tur 59) med å fortelle innringer hvilke oppgaver hun og innringer nå må løse. "[men]" som det siste i operatørens forrige ytring (tur 57) henger sammen med starten på neste ytring (tur 59), der operatøren viser fram et temaskifte med "[men] (...) da må æ snakk litt mer med dæ sjø (...)". Her i denne samtalen legger operatøren fram dette som et krav, at de "må" snakke sammen. Samtidig kan ordvalg som "litt mer med dæ sjø" bidra til å ufarliggjøre at en oppgave *må* gjøres. Fra at operatøren i første del av ytringa (tur 59) beskriver det å snakke sammen som en generell oppgave, beskriver operatøren i ytringas andre del mer spesifikt hvilke oppgaver det her er snakk om ("(...) og finn ut og få gidd a litt førstehjelp, itj saint, [m-") (tur 59). Det å få gitt førstehjelp kan være et konkret og prioritert mål i denne delen av samtalen, som operatøren her synliggjør for innringer, slik at de kan få en felles forståelse av hva de skal oppnå. "Itj saint," på slutten av ytringen kan, i tillegg til å gi snakket et mindre formelt preg, være en forespørsel fra operatør om å bekrefte, eller i alle fall protestere dersom en ikke forstår. Innringer kommer med en overlappende, minimal respons (tur 60), før operatøren kommer med en sammensatt ytring (tur 61). Innringer bekrefter med et overlappende "ja" (tur 60), før operatør fortsetter med å innhente informasjon om tilstanden til pasienten:

61: "*men du, førrtæl mæ litt meir, puste a?*"

I denne ytringa knytter markøren ("men du,") ytringa til det som allerede er sagt, samtidig som den kan fungere som et signal om en overgang til et delvis nytt tema. "du," kan fungere som en tydelig personlig henvendelse til innringer, for å få hans oppmerksomhet rundt en jobb han skal gjøre, nemlig å "førrtæl mæ litt meir". Ytringen avsluttes med et konkret spørsmål, "*puste a?*".

Denne ytringa ser jeg som nevnt er sammensatt, at den består av tre deler. Hver av de to første delene kan forberede innringer på hva som kommer videre. Først en personlig henvendelse, ved at operatør signaliserer at det nå kommer et temaskifte ("men du,"). Deretter kommer operatør med innledninga til en handlingsanvising med "jeg vil nå at du skal fortelle meg mer", før et konkret spørsmål kommer helt til slutt med ("puste a?"). Innholdsmessig hadde ytringa som helhet inneholdt like mye informasjon om den kun bestod av for eksempel "puster pasienten?", "puster hun?", eller i en enda kortere form - "pust?". For at det siste tenkte alternativet skal fungere,

må operatør og innringer ha en felles forståelse om at pasienten er tema og objekt i samtalen, og at det er innringers oppgave å fortelle operatøren om situasjonen.

Gitt at dette er en stresset situasjon for innringer, kan faren være stor for at noen av de korte variantene av ytringa over, ikke ville blitt oppfattet. Derfor kan den formen ytringa har (tur 61) fungere godt, fordi den gjennom tre ledd forbereder innringer på hva som kommer, med markering av temaskifte og innramming av spørsmålet, før selve spørsmålet blir stilt. Det er også verdt å merke intonasjonen mellom hver del i ytringa, som tydelig kan kontekstualisere et skille mellom hver av de tre delene (markert med komma (",") i transkripsjonen).

En grunn til at jeg har valgt ut akkurat dette utdraget, er at *samtalens varighet* er et tema (tur 59) som blir gjort relevant. I dette utdraget presenteres det av operatøren i en implisitt form, sammenlignet med andre samtaler i materialet mitt. Som et resultat av at det her er en akutt situasjon med flere oppgaver operatør og innringer skal løse (påkjørt jente med (muligens) store blødninger, kaldt ute, ukjent sted på bygda) presenterer ikke operatøren samtalens varighet som et tilbud eller med alternative forslag til innringer. I stedet legges det fram som et krav rent språklig - "da må æ snakk litt mer me dæ sjø og finn ut og få gidd a litt førstehjelp, itj saint, (m-") (tur 59). I denne ytringa er ikke bare samtalens varighet tema, men operatøren kommer også med en redegjørelse for hvorfor hun må snakke "litt mer" med innringer (få gidd a litt førstehjelp").

4.8 Utypisk avslutning

Med den siste samtalen jeg har valgt ut, vil jeg vise hvordan snakket i den såkalte "mellomfasen" ikke trenger å lede fram til en utrykning med ambulanse, men at det også kan ha en annen funksjon. I denne samtalen, som jeg har valgt ut 3 utdrag fra, handler mye av snakket om at operatøren beroliger innringere, pasient og pårørende som er tilstede. Pasienten ønsker ikke selv (og får derfor ikke rekvirert) ambulanse, siden hun er ved bevissthet og bestemmer over seg selv.

I denne samtalen bruker operatørens mye tid på å hjelpe pasienten til å puste rolig, slik at hun kan unngå å hyperventilere. At også de pårørende rundt pasienten får hjelp til å holde seg rolige, bidrar til at pasienten selv ikke så lett hyperventilerer. På et punkt i samtalen gjør operatøren samtals varighet til tema, der hun legger det fram som et tilbud på holde linja, inntil pasienten har blitt roligere.

De tre utdragene jeg har valgt ut er hentet fra ulike steder i samtalen, for å vise funksjonen med snakket i samtalen som helhet. I det første utdraget forsøker operatør å snakke direkte med forulykket. I det andre ser jeg et vendepunkt i samtalen, der det tas en avgjørelse om at det ikke blir rekvirert ambulanse, ettersom pasienten selv ikke ønsker dette. Med det tredje utdraget vil jeg vise hvordan samtalen avsluttes, og hvordan dette gjøres som et samarbeid mellom operatør og innringer / pasient.

Resymé eksempel 13: 21 Hyperventilerer (utdrag 1)

I denne samtalen ringer en mann inn på vegne av ei dame som hyperventilerer. Dama kan høres i bakgrunnen, og mye av samtalen går med til at operatør forsøker å roe ned dama, men også bidra til at de pårørende er rolige, slik at de ikke stresser henne opp. Samtalen starter med at operatør svarer på vanlig måte, og det er ei lita jente som er i andre enden, som forteller om at mora strever med å puste, og hvilken adresse de er på. Like etter tar en voksen over som innringer, og presenterer seg med navn, før han fortsetter å beskrive situasjonen. Han forteller da at han er sammen med ei som hyperventilerer og sliter med pusten. Operatøren forteller at det er viktig at hun får til å puste rolig, og at hun får roet seg ned. Operatør gjentar denne veiledinga flere ganger før utdraget starter. Innimellom spør operatør om det startet plutselig, og om forulykket har kjent astma. Operatøren spør også om leppe- og hudfarge på pasienten. Sist før utdraget forteller operatør innringer at hun hører pasienten puste i bakgrunnen. Operatøren tar utgangspunkt i at hun hører dette, og forteller at det er viktig at pasienten får til å puste rolig, fordi hun nå hyperventilerer veldig.

Eksempel 13: 21 Hyperventilerer (utdrag 1)

O: Operatør

I: Innringer

F: Forulykket

73. O: [vil a-] klare a å snakk me mæ eller?

74. I: (.hh) e=h, tine?
(person i bakgrunnen hiver etter pusten)
75. mnh- klare du å= vent litterann. (til hhv forulykket/operatør)
76. klare du åsså=e, litterann?
77. æ kan legg telefon på øret te dø.
78. O: ja?
(tung, kort pust)
79. O: tine?
80. det her e medisi=nsk nødtelefon.
81. no 'hy=perventilere du veldi. klare du å- 'ro= dø ned
littegrann, å pust rolig.
82. F: (puster fremdeles tungt, men ikke like fort. Hikster)
(barnestemme i bakgrunnen, utydelig, bl.a "mamma")
83. O: rolig pust i=nn åsså puste du u=t.
84. pust me magen.
85. hvis du hyperventilere sånn som det her leng, så vil du byinn å
kjenn at du blir
svimmel og uvel og <X> å svim a=v.
86. F: hn=(h).
87. O: har du vondt noe?
88. F: (puster tungt, hikster etter luft)
89. O: pu=st roli.
90. F: hn=(h)
91. O: pu=st roli, sånn ja=, kjempebra. trekk pusten 'godt ne=i
ma[(pip fra telefonen]gen.

Innledningsvis i dette utdraget spør operatør innringer om pasienten kan snakke med henne (tur 73). Innringer formidler dette videre til pasienten (tur 75-76). Etter at innringer får lagt telefonen på øret til pasienten (tur 77-78), etablerer operatøren kontakt med pasienten (fra tur 79). Lydene mellom operatørens ytringer (tur 78 og 79) kommer fra pasienten, som nå har fått telefonen på øret. Operatøren henvender seg personlig til pasienten (tur 79), og med å bruke fornavn ber hun om oppmerksomheten hennes. Operatør fortsetter med å fortelle pasienten at "det her e medisi=nsk nødtelefon." (tur 80). Ytringa ligner på *standard åpningsfrase*, men det at den i tillegg innledes med "det her e (..)", kan ha som funksjon at operatøren gir en tydeligere forklaring på hva slags samtale de (operatør og pasient) holder på med. "det her" peker tydelig til situasjonen de befinner seg i, og kan påkalle pasientens oppmerksomhet ytterligere, utover operatørens personlige henvendelse til pasienten (tur 79). Det at operatøren har henvendt seg så tydelig til pasienten som hun har gjort, med å få oppmerksomhet, før hun eksplisitt presenterer nødtelefonen, er en innledning til en veiledning operatøren deretter gir den forulykkete (tur 81-86).

Operatørens neste ytring (tur 81) ser jeg kan være sammensatt av flere deler med ulike funksjoner. I den første delen ("no 'hy=perventilere du veldi.") beskriver operatøren for pasienten hva hun hører at pasienten gjør. En oppgave for operatøren i

denne delen av samtalen (tur 81-86) er at hun veileder pasienten i å unngå å hyperventilere. Med en slik oppgave er det et bra utgangspunkt for å få til dette, at pasienten selv er klar over *at* hun hyperventilerer, og at operatøren vet at pasienten er klar over dette. Om operatøren vil at pasienten skal få en ny forståelse, for å bli i stand til å gjøre noe (puste rolig), er dette lettere om de har en felles forståelse av situasjonen. Etter at operatøren har startet med å fortelle pasienten at hun hyperventilerer, fortsetter operatøren med å spørre om hun "klare du å- 'ro= dæ ned littegrann," (tur 81). Mellom den første delen av ytringa ("no 'hy=perventilere du veldi.") og den neste ("klare du å- 'ro= dæ ned littegrann,") har operatøren en intonasjon som kan markere en overgang, et temaskifte. Mens den første delen er informasjon til pasienten, er den andre delen utformet som et spørsmål, eller som en oppfordring ("klare du å-"). Spørsmålet kan forstås som en dempet handlingsanvisning, som en oppfordring om å gjøre noe ("ro= dæ ned"). At handlingsanvisninger kommer i en spørsmålsform kan bidra til å dempe graden av befaling i handlingsanvisninga, og på den måten bidra til et positivt samtaleklima. "Littegrann", som kommer etter handlingsanvisninga, kan også ha en tilsvarende dempende funksjon.

Utdraget jeg her har valgt (tur 73-91), kan sies å være utypisk sammenlignet med de andre samtalene i materialet mitt, fordi den ene parten, pasienten, ikke kommer med verbalspråklige ytringer. Det er kun hørbart at hun kommer med ulike pustelyder (variasjon i tempo, volum, grad av stress). Det å skille nyanseforskjeller mellom hyperventilering og vanlig, men stressa pust, vil i denne sammenhengen være en kompetanse operatøren tar i bruk som samtaleleder.

Et eksempel på dette kommer fram i turene 81-86. Her høres det at pasienten fremdeles puster tungt, omtrent som tidligere (mellom tur 78 og 79). Derimot puster ikke pasienten like hurtig som hun gjorde. Dette ligger det i operatørens kompetanse som samtaleleder å lytte til, og å forstå. Operatøren følger opp pustelydene fra pasienten (tur 83), med en oppfordring ("rolig"), og en veiledning til pasienten om å puste rolig, inn og ut. Her er det ekstra tydelig at budskapet (pust inn, pust ut, i et rolig tempo) ikke bare formidles i form av selve ordene som sies, men også tydelig gjennom stemmeleie og gjennom taletempo. Her bidrar disse delene sammen til at budskapet formidles. At en slik kombinasjon blir brukt, og er nyttig her, kan komme

av at pasienten ikke kommer med verbalspråklige lyder, og da heller ingen tilbakekoblingssignaler eller andre ord som kan signalisere at hun forstår det operatøren sier. Operatøren må derfor lytte til pasientens pust, samtidig som pasientens manglende evne til å kvittere (for eksempel "ja", "okei") muligens skjerper kravet til hvor tydelig operatøren må uttrykke seg til pasienten. I dette tilfellet, der operatør gir handlingsanvisninger til pasienten om å puste rolig, forteller operatøren pasienten *hvordan* hun vil at hun skal puste, ved at hun selv snakker i et rolig tempo, og med forlengede lyder, der hun beskriver inn- og utpust med måten hun uttaler det på (tur 83).

I neste ytring (tur 85) tar operatøren utgangspunkt i pasientens *pustkvalitet*, der operatøren kommer med en forklaring til pasienten om hva som vil skje, dersom pasienten fortsetter å hyperventilere. "Sånn som det her" viser at operatøren tar utgangspunkt i pasientens pustkvalitet. Operatøren snakker her spesifikt om hva det er pasienten gjør, istedet for å snakke om hyperventilering og mulige konsekvenser som noe generelt (for eksempel "hyperventilering kan føre til svimmelhetsfølelse"). Argumentasjonene i forklaringa som operatøren gir, ("så vil du byinn å kjenn at du blir svimmel og uvel og <X> å svim a=v.") ser jeg som graderte på ulike nivå. Dette vises ved at operatøren først beskriver følelser pasienten kan komme til å kjenne ("svimmel og uvel"), før operatøren beskriver eventuelle konsekvenser av fortsatt hyperventilering ("svim a=v."). En slik gradering kan gjøre det lettere å oppfatte og å forstå budskapet. Dette kan være ekstra viktig i denne sammenhengen, ettersom pasienten ikke har mulighet til å stille oppklarings spørsmål.

I de påfølgende ytringene (tur 87-91) fortsetter operatøren å oppfordre pasienten til å puste rolig, mens pasienten kommer med lyder. Sist i dette utdraget gir operatør bekreftelser ("sånn ja") og ros ("kjempebra") til pasienten (tur 91).

Resymé eksempel 14: 21 hyperventilerer (utdrag 2)

I det neste utdraget, som er hentet fra lenger ut i samtalen, blir operatør og pasient, via innringer som mellomledd, enige om at de ikke ønsker å få tilsendt ambulanse. Jeg har valgt akkurat dette utdraget for å vise hvordan operatør og pasient (via innringer) enes om å fortsette samtalen til pasienten har fått roet ned pusten. I analysen vil jeg vise hvordan operatøren tar initiativ til å få avklart dette, og hvordan innringer fungerer i rollen som bindeledd mellom operatøren og pasienten.

Mellom det forrige utdraget og dette, har samtalen bestått av at operatøren fortsetter å oppfordre og veilede pasienten, via innringer som har telefonen, til å ta det rolig, og til å puste rolig. Innimellom stiller operatøren spørsmål til innringer om pasienten, for å få mer informasjon om hvordan hyperventileringen kan ha startet, om det kan skyldes allergi eller angst. Så langt i samtalen har det ikke vært et tema om det skal sendes ambulanse eller ikke.

Eksempel 14: 21 Hyperventilerer (utdrag 2)

I: Innringer

O: Operatør

216. I: de= klumpen i halsen syns a= e veldig ubehageli altså.
 217. O: ja.
 218. I: menne.
 219. O: øns[ke] dokk at vi sende en ambulanse te dokker?
 220. I: [nei,]
 221. (h)e=, tine? ska vi send en ambulanse(h)?
 222. hu riste på hodet 'sjøl da men,
 223. O: vil itj nei(h)
 224. I: (h)ne=i(h)
 225. O: [n-]
 226. I: [men] da må vi vent litterann te at det roa sæ
 'litterann tru æ,
 227. O: ja

Innringer kommer med en situasjonsbeskrivelse på vegne av pasienten, om hvordan hun opplever det å ha en "klump" i halsen (tur 216). Operatøren kvitterer "ja" (tur 217). Innringers neste ytring ("menne") kan forstås som at han avventer et nytt bidrag fra operatøren, en mer utfyllende respons. Operatørens neste ytring (tur 219) kommer som et spørsmål om de (innringer og pasient) ønsker å få sendt en ambulanse til seg. Sammenlignet med det som typisk kan kalles en *anmodningsfase*, der innringer i en eller annen form spør om ambulanse, skjer dette noe annerledes i denne samtalen. I de andre samtalene i materialet mitt, spør innringer om ambulanse, men dette skjer mer eller mindre eksplisitt. I noen samtaler ber innringer eksplisitt om å få tilsendt ambulanse, etter kort å ha fortalt hva situasjonen handler om. Andre ganger beskriver innringer kun situasjonen, før operatør kan følge opp med å fortelle at de (AMK) vil sende ut en ambulanse (eller annen hjelp), avhengig av hva situasjonen krever. I denne samtalen gjøres dette på en annen måte, da det er operatøren som først tar initiativ til å avklare om pasienten ønsker å få tilsendt ambulanse eller ikke.

Avklaringa, den endelige beslutninga, er det pasienten selv som tar. Etter at operatøren først spør dem begge ("dokker") (tur 219), svarer innringer avkreftende ("[nei,]") (tur 220), at de ikke vil ha ambulanse, før han henvender seg til pasienten ("(h)e=, tine?") og spør henne direkte ("ska vi send en ambulanse(h)?") (tur 221). Innringer fortsetter i neste tur (222), der han forteller hva pasienten gjør ("hu riste på hodet 'sjøl da men,"). Isteden for å fortelle hva pasienten gjør, hvilket kroppsspråk hun bruker, kunne innringer for eksempel beskrevet pasientens ønsker - for eksempel "nei, hun vil ikke ha ambulanse". At innringer ordlegger seg slik han gjør (tur 222), med en beskrivelse, gjør at han framstår mer som et (nøytralt) mellomledd, som her beskriver det observerbare, heller enn å snakke om pasientens vilje (om han eller hun vil eller ikke vil ha ambulanse). Operatøren kommer deretter med ei ytring som er forma som en konklusjon ("vil itj nei(h)") (tur 223), men som også kan ha implisitt i seg en forventning om at innringer bekrefter eller avkrefter at *konklusjonen* stemmer. Denne forventninga kan skyldes "nei" på slutten av ytringa. Innringer svarer så med å bekrefte operatørens konklusjon (tur 224). Deretter overlapper operatøren og innringeren hverandre (tur 225 og 226). Etter overlappinga er det innringer som holder på ordet (tur 226), der han beskriver en form for *konsekvens* av *konklusjonen* om at de ikke vil ha ambulanse ("[men] da må vi vent litterann te at det roa sæ 'litterann tru æ,"). Denne ytringa fra innringer har flere dempere ("litterann" og "litterann tru æ") noe som kan forstås som at innringer venter på en bekreftelse fra operatør på at dette forslaget aksepteres og godkjennes. Forslaget om at samtalen kan fortsette til pasienten har fått roa pusten, bekreftes så av operatøren (tur 227).

Med alle bekræftelsene mellom operatør, innringer og pasient i dette utdraget, har jeg ment å vise hvordan en slik avklaring om *samtalens varighet* kan gjennomføres som et samarbeidsprosjekt mellom samtaledeltagerne. I dette tilfellet har også innringer hatt en viktig rolle som mellomledd mellom operatør og pasient, som ikke har vært i stand til å komme med noen verbal tilbakemelding, kun ulike pustelyder.

Resymé eksempel 15: 21 Hyperventilerer (utdrag 3)

Det siste utdraget jeg har valgt ut, er avslutninga av denne samtalen.

Her legger operatøren fram det å oppsøke legevakt som et alternativ, noe pasienten (via innringer) avslår. I det samtalen går mot en avslutning oppsummerer operatør og

innringer samtalen, med at det avklares at de ringer 113 om det skulle bli en eventuell forverring eller at situasjonen ikke bedrer seg. Helt til sist foretar operatør og innringer en *koordinert avslutning* av samtalen.

Før dette utdraget har samtalen vært satt på "vent" i flere minutter, ettersom operatøren har tatt seg av en annen innkommende samtale. Etter at operatøren henter inn igjen samtalen, spør han hvordan det går med pasient og innringer. Innringer forteller at pasienten fremdeles hyperventilerer. Operatøren spør så om pasienten da ikke får til å roe seg ned, og å puste rolig.

Eksempel 15: 21 Hyperventilerer (utdrag 3)

O: Operatør

I: Innringer

423. O: vil dokker, på en måte kjø=r inn mot=e(h), mot legevakta ↑
da, å få a undersøkt der eller=e?
424. I: e=hm ska vi kjøer inn te legevakta tine nei ho vil itj det
sjø(h).
425. O: ne=i(h), å hu vil itj ha ambulanse heller?
426. I: du vil itj ha ambulanse heller?
427. helt sikker på det? helt sikker?
428. (.hh) nei.
429. O: [<X>]
430. I: [ka] si du tine?
(stemmer i bakgrunnen, «prikke» evt «drikke»?)
431. I: drikke?
432. e=h, d- det prikke i hainna si hu.
433. X: prikke i hainna hennes.
434. I: fotan, (.hh) sånn
435. O: mm.
436. I: e=m= æ veit itj(h).
437. O: nei(h).
438. nei men asså hu=, hu kjenne sæ sjøl viss a har hatt [det] her
tidlier, å hu kjenne sin astma.
439. I: [ja]
440. ja, ja.
441. O: e=h å det- det som e de= ubehageli for dokker rundt for
dokk sjer at [a] stresse å streve veldi my=, men men de= viktig
at dokker forheill dokker roli=(h)
442. I: [ja,]
443. ja,
444. O: at 'hu= på en måte får styrt det litt sjøl [da.]
445. I: [ja].
446. O: att a får=e funne den stillinga som
[a ønske] å drikk hvis a [ønske]
447. I: [mm] [ja]
448. O: å, å litt sanner ting,
449. åsså, åsså ringe dokk en en tre igjen hvis at det bare=, ikke
roe sæ etterkv[ært.]
450. I: [en] en tre ja?
451. O: ja.
452. s[å=e tar a det] derifra.

453. I: [nei men det e greit det]
454. '!flott
455. O: mm.
456. greit.
457. I: hei, jo, takk takk
458. O: [hei] hei
459. I: [hei.]

Operatøren legger fram det å besøke legevakta som en forespørsel til innringer og pasient (tur 423). Det er flere ting ved denne ytringa som kan fungere som dempere. "Vil dokker" og den avsluttende "eller=e?" kan tydeliggjøre at det er et spørsmål, og ikke en direkte oppfordring eller instruks. "På en måte" og "kjør inn mot" kan begge bidra til å dempe forslaget eller spørsmålet, og gjøre at det framstår mindre skarpt og "befalende" for innringer. Operatør har her som utgangspunkt at pasienten (via innringer) tidligere i samtalen har gitt uttrykk for at hun ikke ønsker ambulanse. Dette kan være en grunn til at operatøren spør innringer om de vil, heller enn å anbefale. Innringer svarer så på vegne av pasienten at hun ikke vil oppsøke legevakta (tur 424). Operatøren bekrefter dette ("nei"), og forsikrer seg om at de fremdeles heller ikke ønsker ambulanse (tur 425). Innringer bringer spørsmålet videre til pasienten, og dobbeltsjekker med å stille spørsmålet flere ganger (tur 426-428).

I de neste ytringene (tur 429-434) er snakket noe utydelig. Her kommuniserer pasienten til innringer at det prikker i hender og føtter, noe innringer formidler videre til operatøren. Det er gjennomgående for hele samtalen at innringer fungerer som en form for budbringer eller "tolk" for pasienten, siden hun ikke kommer med verballyder. Operatøren kvitterer å ha hørt dette ("mm") (tur 435), før innringer sier at han "veit itj" (tur 436). Innringers ytring kan forstås som et spørsmål om "hva gjør vi nå?". I neste ytring følger operatør opp med å innlede en form for oppsummering eller konklusjon av samtalen, som et svar på innringers usikkerhet (tur 437). Operatør fortsetter videre med å oppsummere (tur 438). Her legger operatøren vekt på at pasienten best kjenner seg selv, om dette er noe hun har opplevd tidligere (kjent astma). Med dette redegjør operatøren for hva de nå kan gjøre, med å legge vekt på at pasienten har et eget ansvar, og at hun bestemmer over seg selv. Innringer bekrefter underveis (tur 439 og tur 440). Videre fortsetter operatøren med en oppsummering eller konklusjon av samtalen (tur 441). Den første delen av ytringa kontekstualiserer at det kommer en form for konklusjon ("e=h å det- det som e") (tur 441). Med den neste delen av ytringa konstaterer operatøren hvordan situasjonen kan oppleves for

innringer og de pårørende tilstede ("ubehageli for dokker rundt for dokk sjer at [a] stresse å streve veldi my="). For operatøren sin del har mye av samtalen gått med til å berolige innringer og pasient. Operatøren viser her at hun forstår innringer sin situasjon og opplevelse. Deretter legger operatøren fram en konsekvens, en beskrivelse av hva det er viktig at innringer og pårørende nå gjør ("men men de= viktig at dokker forheill dokker roli=(h)"). Innringer bekrefter så dette (tur 442 og tur 443).

Operatøren fortsetter med å legge fram en konklusjon - en beskrivelse av hva som skjer videre (tur 444) ("at 'hu= på en måte får styrt det litt sjøl [da.]"). "På en måte" kan bidra til å dempe dette utsagnet - det legges ikke fram som en skarp befaling fra operatøren. I neste ytring bekrefter innringer (tur 445), før operatøren konkretiserer med et par eksempler hva det er viktig at pasienten "får styrt sjøl" (tur 446) ("att a får=e funne den stillinga som [a ønske] å drikk hvis a [ønske]"). Både "stilling" og "drikke" supplerer operatøren med "hvis a ønske". Her er det et poeng at pasienten bestemmer over seg selv, og får styre situasjonen. Innringer bekrefter så dette (tur 447). Operatørens neste ytring kan fungere som et forbehold om at hun kunne ha nevnt flere ting. Samtidig kan den forstås som at dette temaet rundes av (tur 448) ("å, å litt sanner ting,").

Operatørens neste ytring, der hun gir innringer beskjed om å ringe 113 dersom situasjonen forverrer seg eller ikke blir bedre (tur 449), er en instruks beskrevet i indeksen (se avsnitt om kontekstuelle betingelser). Innringer og operatør bekrefter for hverandre at dette er oppfatta (tur 450 og tur 451). Operatørens neste ytring ("s[å=e tar a det] derifra.") kan forstås som at de nå kan avslutte samtalen (tur 452). Innringer behandler det også slik, med en bekreftelse som er mer omfattende enn bare et "ja" (tur 453 og tur 454). Deretter avslutter operatør og innringer samtalen, med en *koordinert avslutning* (tur 453 - tur 459).

I dette utdraget har jeg vist hvordan operatøren manøvrerer samtalen mot en utypisk avslutning, sammenlignet med de andre samtalene i mitt materiale. Før samtalen avsluttes, har operatøren forsikret seg om at innringers (og pasientens) ønske fremdeles er å ikke få tilsendt ambulanse. Pasientens selvbestemmelse har vært

sentralt der operatør har kommet med en redegjørelse for hva de "gjør videre", i det de velger å avslutte samtalen uten å rekvirere ambulanse.

I analysen har jeg vist hvordan deltagerne orienterer seg mot ulike mål i de delene av samtalen jeg har analysert. I neste del, drøfting, vil jeg komme nærmere inn på hvilke funksjoner snakket har, i de samme delene. Jeg vil også komme med et svar på hovedproblemstillinga - om "mellomfaser" *kan* karakteriseres som en egen fase.

5 Drøfting

Kan snakket i "mellomfasen" karakteriseres som én fase? For at svaret skal bli et entydig "ja", må deltagerne orientere seg mot å løse en bestemt oppgave, de må orientere seg mot ett bestemt kommunikativt mål.

I analysen, og med støtte fra indeks/kompetanseplan, ser jeg at snakket jeg har analysert kan ta flere ulike former, og bestå av flere ulike delmål. Noen av disse delmålene som jeg har analysert fram at deltagerne orienterer seg mot, vil jeg nå oppsummere og drøfte funksjonen til. Jeg vil også se dette i sammenheng med hvordan en slik praksis er beskrevet i indeks og/eller kompetanseplan. En del av eksemplene jeg har vist gjennom analysen, har sammenheng med instruksjer jeg også har funnet i indeksen. Siden jeg har valgt ut samtaler som i hovedsak er akutte (rød respons), og utdragene jeg har valgt, har til felles at operatør har tatt beslutningen om å sende ambulanse, formidlet dette til innringer og "går videre" i samtalen for å løse andre oppgaver - ser jeg også i indeksen at denne delen av samtalen har spesifikke instruksjer til operatørene om hvordan (og hvorfor) de skal håndtere samtalen.

I *veiledning i stressa situasjoner* har jeg vist hvordan det er en viktig del av operatørens praksis å gjøre nettopp dette - veilede innringere som kan være i en stresset situasjon. Der operatøren veileder innringere i å gjennomføre hjertelungeredning (HLR) er det en viktig del av veiledninga å tilpasse kommunikasjonen til den aktuelle situasjonen. Ved ett tilfelle handler det om at operatøren forsikrer seg om at innringer ikke bare *forstår hvordan* HLR skal gjøres, men også at han forsikrer seg om *at det gjøres* riktig (eksempel 02 og eksempel 03). Ved et annet tilfelle er en slik viktig situasjonstilpasning at operatøren viser tydelig støtte til innringer, som i en stressa situasjon kan være følelsemessig berørt (eksempel 04). Her kan slik støtte gjøre det lettere for innringer å gi operatøren den informasjonen han eller hun trenger. Kompetanseplanen vektlegger som et ideal for god kommunikasjon at *"kommunikasjonen må være tilpasset situasjonen og den man kommuniserer med"* (avsnitt 2.2.1.1).

I *overgang mellom ulike kommunikative oppgaver* har jeg vist noe av det jeg ser er "kjernen" i den delen av nødsamtalene jeg har analysert. Som samtaleleder er en av operatørens viktige oppgaver å legge til rette for en slik overgang. Som samtaleleder legger operatøren til rette for at han og innringer sammen kan orientere seg mot og å løse de oppgavene de faktisk skal. Siden samtalen er et samarbeidsprosjekt, er det til hjelp at operatøren som samtaleleder synliggjør hvilke oppgaver han vil at de skal orientere seg mot. Dette viser jeg med eksempel 05, men også med eksempel 12, der spesielt tydeligheten er viktig.

I *samtalens varighet som tema* har jeg sett hvordan operatøren presenterer *samtalens varighet* på ulike måter. Indeksen har instruksjoner til operatørene om at de i de akutte (røde) samtalene skal "*straks det er naturlig, bør du be innringer holde forbindelsen og ikke legge på. Ellers kan den som søker hjelp lett komme til å bryte forbindelsen, før du får innhentet viktig tilleggsinformasjon eller får gitt telefoninstruksjon eller råd.*" (avsnitt 2.2.2.1). I analysen har jeg vist hvordan operatørene i noen samtaler legger fram det å holde forbindelsen som språklige *tilbud* (eksempel 06), mens det i andre samtaler legges fram som tydeligere instruksjoner (eksempel 03). I andre samtaler igjen skjer det også at *samtalens varighet* ikke blir et eksplisitt tema, men at forbindelsen bare holdes (eksempel 07).

At *samtalens varighet* ikke presenteres på noen bestemt måte, etter en gitt oppskrift, handler igjen om at operatørene tilpasser kommunikasjonen til den aktuelle situasjonen. I eksempel 07 (13 Kvinne som har tatt tabletter) ser jeg også hvordan operatøren som samtaleleder tar i bruk det jeg gjenkjenner som "response cry" (Goffman 1981 i Linell 2011a:254). Slike "response cry" er altså (se eksempel 07) ytringer som er knyttet til noe utenfor selve kjernen i saken det snakkes om, men som er nødvendig å kommentere for å komme videre i samtalen på en naturlig måte. At operatøren som samtaleleder også tillater snakk delvis utenfor kjernen av saken, kan handle om at han opptre løsningsorientert. Kompetanseplanen vektlegger også at operatøren "*ikke [kan] ha en rigid oppfatning av prosedyrer og samarbeidsformer dersom dette blir et hinder for optimal pasientbehandling.*" (avsnitt 2.2.1.1).

Et annet eksempel på operatørens løsningsorientering, har jeg vist i *foranderlige situasjoner*. Her har jeg vist hvordan rollefordelinga mellom operatør som samtaleleder

og innringer som lekmann har framstått som byttet om (eksempel 11). Rollefordelinga framstår her som snudd, fordi det er innringer som kommer med en løsning på et problem. Operatøren fungerer fremdeles som ansvarlig samtaleleder, ved å legge til rette for innringers løsningsforslag ved å godkjenne dette.

I *tydeliggjøring av valg av kommunikative oppgaver* har jeg sett hvordan selv små detaljer, som operatørens bestemte ordvalg, kan ha betydning for hvordan innringer oppfatter en tydeliggjøring av ulike valg av oppgaver (eksempel 12). En sentral del av det som kjennetegner snakket i de utdragene jeg har analysert i denne avhandlinga (se introduksjon til analysen) er at operatøren legger til rette for en overgang mellom ulike kommunikative oppgaver. For at dette skal bli et vellykka samarbeidsprosjekt mellom operatør og innringer, er det viktig at operatøren som samtaleleder ordlegger seg på en slik måte at han har innringers oppmerksomhet. Ikke minst er en slik tydeliggjøring viktig i situasjoner der innringer kan være stresset og følelsesmessig berørt (eksempel 04 og eksempel 12).

I de siste eksemplene i analysen, *utypisk avslutning*, ser jeg hvordan nødsamtalen som helhet kan bestå av en fortløpende vurdering om hvilke tiltak som skal iverksettes, hvilken hjelp som skal gis. At operatøren som samtaleleder hele tiden gjør en slik fortløpende vurdering, kan ses i sammenheng med den tidligere omtalte *løsningsorienteringa* kompetanseplanen beskriver at operatørene skal ha som et ideal, der operatørene gjennomfører en kommunikasjon som må være tilpasset situasjonen og den man kommuniserer med (avsnitt 2.2.1.1). Operatørens kompetanse og evne til å tilpasse kommunikasjonen til den man kommuniserer med viser seg også spesielt viktig i et av de siste utdragene (eksempel 13). Her fører operatøren en "samtale" med forulykket, som på grunn av hyperventilering ikke kommer med verbalspråklige lyder. Dette stiller krav til operatørens løsningsorientering, men også til at operatøren kjenner til hvordan non-verbal kommunikasjon og bruk av stemmeleie kan påvirke en samtale (avsnitt 2.2.1.1).

5.1 Konklusjon

For at snakket jeg har analysert skal kunne forstås som én egen fase, bør snakket, den eventuelle fasen, være avgrenset i tid, og det bør være avgrenset fra omkringliggende faser i samtalen. Snakket, den eventuelle fasen, bør også kunne beskrives som en *egen virksomhet*, med at det er knyttet til spesifikke oppgaver og prosjekter (Linell 2011a:192). De (institusjonelle) samtaleene som har en tydeligst fasestruktur, er ofte de som har som mål eller funksjon at det skal tas en form for avgjørelse (Linell 2011a:193).

Min konklusjon, mitt svar på spørsmålet om såkalte "mellomfaser" kan karakteriseres som én egen fase, blir tilslutt et "tja". Dette fordi jeg har funnet at i akutte samtaler tar operatørene i bruk og behersker et vidt register av kompetanser som samtaleleder, der de legger til rette for at de sammen med innringer kan orientere seg mot flere ulike kommunikative oppgaver. Jeg ser ikke at de orienterer seg mot én spesifikk oppgave, slik Linell argumenterer for at de bør, for at snakket kan betraktes som én spesifikk fase. Likefullt vil jeg framheve at operatørens kompetanse gjør dem i stand til å håndtere og finne gode løsninger på ulike situasjoner.

6 Litteraturliste

- Cameron, D. (2009). *Working With Spoken Discourse*. London: SAGE Publications Ltd.
- Cromdal, J., Osvaldsson, K. & Persson-Thunqvist D. (2008). Context that matters: Producing "thick-enough descriptions" in initial emergency reports. *Journal of Pragmatics* 40 (2008), 927-959. doi: 10.1016/j.pragma.2007.09.006
- Cromdal, J., Landqvist, H., Persson-Thunqvist, D. & Osvaldsson, K. (2012). Finding out what's happened: Two procedures for opening emergency calls. *Discourse Studies* 2012 14:371. doi: 10.1177/1461445612439960
- Dreyer, K., Jensen, Å.C. & Almenning, B. (2011). *Kompetanseplan for personell som mottar og håndterer medisinske nødmeldinger*. KoKom, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. Forord, s 2-3 og Modul 3, s 37-42. Lastet ned 24. april 2013 fra: <http://www.kokom.no/kokomsoek/publikasjoner/Rapportar/20110609%20Module%20AMK.pdf>
- Drew, P. (2005). *Foreword: Applied Linguistics and Conversation Analysis*. I: Richards & Seedhouse (ed): *Applying Conversation Analysis*. Great Britain: Palgrav Macmillan.
- Femø Nielsen, M. & Beck Nielsen, S. (2005). *Samtaleanalyse*. Frederiksberg: Samfundslitteratur, kap 7.
- Fonn, M. (2014). "Ungen min puster ikke, kom og hjelp!". Sykepleien Nett. Hentet 8. april 2014 fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1497255/ma-svare-pa-ti-sekunder>
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*, kap. 3. Hentet 3. april 2014 fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3
- Heritage, J. & Clayman, S. (2010). *Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions*. Part 2: Calls for Emergency Service, s. 51-100. UK, Wiley-Blackwell
- Langtvedt (2009). *Personopplysninger*. Hentet 3. april 2014 fra: <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Personopplysninger/>
- Larsen, T. (2010). Jeg har brug for hjælp. Om anmodninger, alarmopkald og dansk som andetsprog. *Nordisk tidsskrift for andrespråksforskning*. 2-2010, 83-106.

- Linell, P. (1990). De institutionaliserade samtalens elementära former: om möten mellan professionella lekmän. *Forskning om utbildning. Tidskrift för analys och debatt*, vol 4, Uppsala universitet, 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. (2011a). *Samtalskulturer. Kommunikative verksamhetstyper i samhället* vol.1. LiuTryck: Linköping.
- Linell, P. (2011b). *Samtalskulturer. Kommunikative verksamhetstyper i samhället* vol.2. LiuTryck: Linköping.
- Magasinet Helse (2012). *Hva skjer når du ringer 113?*
Hentet 3. april 2014 fra:
<http://www.helse-midt.no/no/Aktuelt/Magasinet-Helse/Magasinet-Helse-2012/Magasinet-Helse-nr-1-2012/Hva-skjer-nar-du-ringer-113/118949/>
- NMI (2009). *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*. 3. utgave. Stavanger: Laerdal Medical A/S.
- Norrby, C. (2004). *Samtalsanalyse. Så gör vi när vi prater med varandra*. Lund: Studentlitteratur.
- Reinholdtsen, K. (2013). *Nødsamtaler til 113. En studie av AMK-operatørers bruk av samtaleverktøy*. Masteroppgave i språklig kommunikasjon. Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier, NTNU.
- REK (2014). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*.
Hentet 03. april 2014 fra:
https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n
- Rommetveit, R. (1974). *On Message Structure. A framework for the study of language and communication*. John Wiley & Sons.
- Rommetveit, R. (1996). Læring gjennom dialog. Ei sosiokulturell og sosiokognitiv tilnærming til kunnskap og læring. I Dysthe (red): *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Rønneberg, K. G. (2009). *Politisamtaler med publikum. Språkbruk som hemmer eller fremmer god kommunikasjon*. Dr. philos.-avhandling, Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo.
- Sandvig, J. (2010): *AMK-Operatører under lupen. Aftenposten*.
Hentet 01.03.14 fra: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3458247.ece>
- Sarangi, S. (2007). The anatomy of interpretation: Coming to terms with the analyst's

paradox in professional discourse studies. *Text & Talk* 27-5/6 (2007), 567-584.
DOI 10.1515/TEXT.2007.025

Solheim, S. (2013). *Innringer meldte «terrorhandling» - NRK – Norge*.

Hentet 3. april 2014, fra:

http://www.nrk.no/norge/innringer-meldte-_terrorhandling_-1.11360166

Svennevig, J. (2012). On being heard in emergency calls. The development of hostility in a fatal emergency call. *Journal of Pragmatics* 44 (2012) 1393-1412.

DOI 10.1016/j.pragma.2012.06.001

Tjora, A. (2009). *Calls for Care. Coordination, Competence, and Computers in Medical Emergency Call Centres*. Saarbrücken, Germany: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG.

Tracy, K. (1997). Interactional Trouble in Emergency Service Requests: A Problem of Frames. *Research on Language and Social Interaction*, 30(4), 315-343

Whalen, M.R. & Zimmerman D.H. (1987). Sequential and institutional contexts in calls for help. *Social Psychology Quarterly*, vol. 50, No. 2, Special Issue:

Language and social interaction. (Jun. 1987) 172-185.

<http://www.jstor.org/stable/2786750>

Whalen, J., Zimmerman D. H. & Whalen M. R. (1988). When Words Fail: A Single Case Analysis. *Social Problems*, Vol. 35, No 4, Special Issue: Language, Interaction, and Social Problems (Oct., 1988), 335-362.

Whalen, J. & Zimmerman D. H. (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 (Jun. 1998) 141-159.

Personlig kommunikasjon

Marte Vaage Øie, medisinstudent, Det medisinske fakultet, NTNU.

7 Vedlegg

7.1 Behandling hos REK

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 samtalene skal deretter anonymiseres. Det søkes om godkjenning for ikke å innhente samtykke. (Redigert av REK)

Ref. nr.: 2012/671

Prosjektstart: 01.09.2010

Prosjektlutt: 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

15.06.2012REK midt

27.04.2012REK midt

27.04.2012 REK midt

Forskningsprosjekt

Nødsamtaler til 113

Vurdering:

Prosjektleder: Professor dr. med. Petter Aadahl

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital v/ konstituert klinikk-sjef 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 delegerer 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.etikkom.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.

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 klinikk sjef 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 samtalen 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 samtalen. 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 samtalen 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 delegerer 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.

7.2 Samtykke AMK-operatører

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 avdelingssjef, 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)

7.3 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)
↑	stigende intonasjon i ytringsdelen som følger etter tegnet
=	forlenging av lyd
'ord	trykksterkt ord (eller stavelse)
[ord], [ord] (vertikalt parallelle klammer)	overlappende tale
<A ord A>	høyt tempo, allegro
-	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
X	uhørbar stavelse
<X ord X>	usikker transkripsjon
((PEKER))	ikkespråklig handling, eller annen kommentar til transkripsjonen
<EMP ord EMP>	Empatisk stemmekvalitet

Denne transkripsjonsnøkkelen baserer seg på Jeffersonian system.