



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691, Masteroppgåve Organisasjon og leiing

### Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR1
Slutt dato:	11-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MR691 1 MA 2021 VÅR1		

### Deltaker

<b>Navn:</b>	Irene Kolnes
<b>Kandidatnr.:</b>	265
<b>HVL-id:</b>	573380@hvl.no

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	28051
----------------------	-------

Egenerklæring \*:  Ja

Inneholder besvarelsen  Nei  
konfidensielt  
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har  Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

### Gruppe

Gruppenavn: Enmannsgruppe  
Gruppenummer: 8  
Andre medlemmer i  
gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



# MASTEROPPGAVE

Samarbeid i prehospital tjenestekjede

- En studie om hvordan AMK-operatører og legevaktsleger arbeider sammen for å gjøre raske og treffsikre prioriteringer av pasienter

Cooperation in prehospital chain of care

- A study on how emergency dispatchers and ER-doctors cooperate to make quick and accurate priorities

Irene Kolnes

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse-og veldferdleing og utdanningleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap.

11.juni 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Forord**

Etter snart endt studie kan jeg se tilbake på fire innholdsrike år med bratt læringskurve, der det har vært periodevis har vært travelt med studier kombinert med fulltidsjobb. Nå i ettertid ser jeg at relevant tilegnet kunnskap underveis i studie har vært med å forenkle deler av arbeidshverdagen.

Da CoVid-19 pandemien inntraff i siste halvdel av studie ble hele samfunnet preget av usikkerhet. Skolen stengte, det ble digital undervisning og på generell basis økte stressnivået i takt med usikkerheten. Arbeidsdagene på jobb var hektisk og uoversiktlig og studiene havnet lengre nede på prioriteringslisten. CoVid-19 pandemien ble tidlig definert som et maraton, og ikke en sprint og når situasjonen ble mer etablert med ny hverdagsrutiner begynte jeg å se fordeler med sosiale nedstenginger og de retningslinjer for begrenset sosiale sammenkomster som oppstod, og jeg opplevde at det ble mer tid og ro til studien og masteroppgaven.

Jeg ønsker å takke HVL for en fin oppbygging og organisering for å komme i gang med masteroppgaven. En stor takk til Kjersti Halvorsen som har vært en god veileder og støttespiller og gitt nyttige tilbakemeldinger under hele prosessen. Og til slutt vil jeg også takke Bertha og Karianne som har vært mine herlige medstudenter. De har tilført studie mye latter, spennende diskusjoner og refleksjoner og bidratt til å senke pulsen i perioder.

Haugesund, juni 2021

Irene Kolnes

## Sammendrag

Tema for denne studien er samarbeid i prehospital tjenestekjede. Aktørene som studeres er legevaktleger og AMK-operatører som tilhører ulike profesjoner, arbeider i ulike organisasjoner, og er plassert på ulike nivå i helsetjenesten. Disse rammebetingelsene gjør det rimelig å forvente at raske og treffsikre prioriteringer av pasienter kan være utfordrende. At kommunikasjonen mellom dem er begrenset til digital og telefonisk kontakt, kan forventes å øke sjansene ytterligere for at misforståelser eller uenigheter vil oppstå. Funn i studien tyder på at kompleksiteten i samarbeidet i praksis reduseres og oppleves som håndterlig av AMK-operatører og legevaktleger, fordi de gjennomgående har god systemforståelse og høy grad av tillit til hverandres kompetanse. Spesielt trekkes erfaring fram som avgjørende for hvordan kommunikasjonen mellom dem fungerer. At alle AMK-operatører har lang erfaring og at de bruker en utprøvd medisinsk indeks som et standardisert hjelpeverktøy i prioritering av pasienter, trekkes fram som grunnlaget for legenes tillit til deres vurderinger og beslutninger. AMK-operatørene løfter fram skjønn basert på medisinsk kompetanse som grunnlag for deres tillit til legevaktlegenes vurderinger, og det er de erfarne legevaktlegene som er de foretrukne samarbeidspartnerne. Samtidig ser samarbeidet ut til å ha ulik betydning for AMK-operatørene og legevaktlegene. Mens legevaktleger mener å se at samarbeidet er viktigst ved akutte hendelser, er det AMK-operatørens erfaring at samarbeidet er av størst betydning når de mottar henvendelser der hastegraden er usikker. Det legevaktlegene sier tyder på at de har integrert usikkerhet i sin profesjonelle identitet, mens AMK-operatørens i større grad søker å eliminere tvil ved å «over-triagere» usikre henvendelser. AMK-operatørene legger vekt på det systemiske ansvaret de har for å prioritere pasienter, mens legevaktlegene løfter fram det individuelle ansvaret de har i lege-pasient forholdet. Både legevaktleger og AMK-operatører rår over spesialisert kompetanse som kan brukes som makt-ressurser for å få gjennomslag for sine synspunkt dersom uenigheter oppstår, men funn i studien tyder på at samarbeidet mellom dem i liten grad preges av bevisst bruk av makt, og at uenigheter og misforståelser løses gjennom dialog og avklaringer underveis og etter hendelser. Fordi erfaring trekkes fram som avgjørende for hvordan kommunikasjonen mellom AMK-operatører og av legevaktleger fungerer, og grad av erfaring er varierende blant legevaktleger, foreslås noen tiltak som kan prøves ut for å gi mindre erfarne legevaktleger mer øvelse i samarbeid i prehospital tjenestekjede. Ansikt-til-ansikt kontakt er også av betydning for samarbeid som går på tvers av profesjoner og organisasjoner, og dette foreslås styrket ved å etablere flere faglige og sosiale møtepunkt der

AMK-operatører og legevaktleger treffer hverandre fysisk, slik at deres digitale og telefoniske kommunikasjon suppleres med kommunikasjon som ikke er underlagt slike begrensinger.

## **Abstract**

The theme of this study is cooperation in prehospital chain of care. Groups that are studied are emergency- room (ER) - doctors and emergency dispatchers who belong to different professions, work in different organizations, and are placed at different levels in the health service. These framework conditions make it reasonable to expect that quick and accurate prioritization can be challenging. Communication between them is limited to digital and telephone contact and can be expected that misunderstandings and disagreements will arise. This study indicate that the complexity of the collaboration in practice is reduced and perceived as manageable by ER-doctors and emergency dispatchers, because they generally have a understanding for how the system works and they have a high degree of trust in each other's competence. Experience is highlighted as crucial for good communication. The basis for doctors' trust to emergency dispatchers in assessments and decisions are that they have extensive experience and use medical index as a standardized help tool in prioritizing. The emergency dispatchers have their trust in the ER-doctors, based on medical competence, and it is ER-doctors with experiences who are the preferred partners.

The collaboration seems to have different meanings for the emergency dispatchers and ER-doctors. While ER-doctors believes that the collaboration is most important in acute incidents, it is the emergency dispatcher`s experience that the collaboration is most important when they receive inquiries where the degree of urgency is uncertain. The ER-doctors have integrated uncertainty into their professional identity, while the emergency dispatchers eliminate doubts by "over-triaging" uncertain inquiries. The emergency dispatchers emphasize systemic responsibility for prioritizing, while the ER-doctors emphasize the individual responsibility in the doctor-patient relationship.

Both have specialized expertise that can be used as a resource for power to get their views heard if disagreements arise, but the study indicate that the cooperation between them is not characterized by conscious use of force, and that disagreements and misunderstandings are resolved through dialogue and clarifications. Experience is highlighted as crucial for how communication between the emergency dispatchers and the ER-doctors works, and the degree of experience varies among ER-doctors. Therefore, some measures are proposed to give less

experienced ER-doctors more practice in collaboration in the prehospital care of chain. Face-to-face contact is also important for collaboration that goes across professions and organizations, and it is proposed to establishing more professional and social meeting where emergency dispatchers and the ER-doctors meet physically, so that their digital and telephone communication supplemented by communications that are not subject to such restrictions.

# Innhold

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Introduksjon til Tema .....	1
1.2 Kontekst .....	2
1.3 Formål og avgrensing .....	3
1.4 Problemstilling .....	4
1.5 Begrepsavklaring.....	5
1.5.1 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Norsk indeks).....	5
1.5.2 Triage .....	6
1.6 Oppgavens oppbygging.....	6
<b>2.0 Kunnskapsstatus.....</b>	<b>9</b>
<b>3.0 Teoretiske perspektiv .....</b>	<b>13</b>
3.1 Profesjonsteori og begrepet jurisdiksjon .....	13
3.2 Organisasjonsteori .....	16
3.4.1 Arbeidsdeling, spesialisering og koordineringsproblem.....	17
3.2.2 Kommunikasjon i organisasjoner .....	19
3.2.3. Makt og maktforhold.....	21
3.3 Samhandlingsteori .....	23
<b>4.0 Metode .....</b>	<b>25</b>
4. 1 Kvalitativ tilnærming .....	25
4.2 Forforståelse .....	25
4. 3 Datainnsamling.....	26
4.4 Gjennomføring av datainnsamling og analyse av datamaterialet.....	27
4.4.1 Rekruttering.....	27
4.4.2 Intervjuene.....	28
4.4.2 Transkribering, sortering og analyse .....	30
4.4.3 Sortering av materialet .....	30



4.5 Validitet og reliabilitet.....	31
4. 6 Forskningsetikk .....	32
<b>5.0 Presentasjon av funn .....</b>	<b>35</b>
5.1 «Forholdet mellom kompetanse, ansvar og opplevd usikkerhet hos de to aktørene i samarbeidet».....	35
5.1.1 Samarbeidets betydning .....	36
5.1.2 Ulik kompetanse.....	38
5.1.3 Tillit til hverandres vurderinger .....	39
5.1.4 Fordeling av ansvar og forhandling om ansvar .....	40
5.1.5 Opplevelse av maktforhold i samarbeidet .....	41
5.1.6 Tvil og usikkerhet.....	43
5.1.7 Oppsummering del 1 .....	43
5.2 Arbeidsdeling, koordinering og kommunikasjon på tvers av organisasjoner .....	45
5.2.1 Arbeidsdeling mellom profesjonelt medisinsk skjønn og standardiserte verktøy... ..	45
5.2.2 Kommunikasjon er en utfordring .....	47
5.2.3 Koordineringens utfordringer.....	48
5.2.4 Aktører på tvers av organisasjoner .....	50
5.2.5 Tiltak til forbedring .....	50
5.2.6 Oppsummering del 2 .....	52
<b>6.0 Drøfting .....</b>	<b>55</b>
6.1 Gir organiseringen av samarbeidet mellom AMK og legevaktlegene koordineringsutfordringer?.....	55
6.1.1 Klar arbeidsdeling og ulik kompetanse .....	55
6.1.2 Koordineringsproblem .....	58
6.1.3 Utfordringen med begrenset kommunikasjon .....	59
6.1.4 Prioriteringsverktøy og profesjonelt skjønn, et nødvendig samspill? .....	61
6.2 Er det forskjell på hvordan AMK og lege opplever tvil og usikkerhet i sin prioritering av pasienten? .....	63

6.2.1 Hvem har ansvaret for pasienten? .....	63
6.2.2 Tvil og usikkerhet.....	64
6.2.3 Maktforholdet.....	68
<b>7.0 Oppsummering og forslag til videre forskning.....</b>	<b>73</b>

## **Litteraturliste**

Figur: Akuttmedisinsk kjede

Vedlegg 1 Meldeskjema til NSD

Vedlegg 2 Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykke

Vedlegg 4 Intervjuguide

## 1.0 Innledning

### 1.1 Introduksjon til Tema

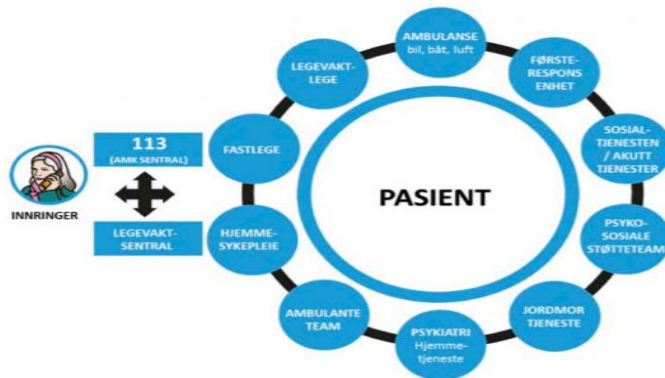
Akuttmedisinsk kjede består av mange aktører. Legevakt, fastlege, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulanspersonell og spesialisthelsetjenesten med somatiske og psykiatriske problemstillinger. For at pasientene skal få rask og riktig helsehjelp, er det avgjørende at samarbeidet mellom alle aktørene i den akuttmedisinske kjede fungerer godt. I denne studien skal jeg se nærmere på samarbeidet mellom AMK og legevaktlegene.

For at pasientene skal få best mulig behandling er det avgjørende at samarbeidet mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden fungerer godt. I akutt oppståtte hendelser er tempoet ofte høyt og man er avhengig av at aktørene tar raske og treffsikre beslutninger, som kan være avgjørende for pasientens liv og helse.

Helen Branstorp, leder ved nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM), utalte i media, 20.05.2019, at AMK er i ferd med å bli en kommandosentral. Hun mener blant annet at det bør iverksettes tiltak for å bedre samarbeidet mellom legevaktslege og AMK. Videre uttaler lederen i et brev til helsedirektoratet at leger opplever å blir overkjørt av AMK i forbindelse med vurdering av hastegrad på oppdrag. I media-saken viser hun til at det er utfordring at AMK bestemmer når det er legen som har ansvar for pasienten. Helsedirektoratet svarte at legens vurdering om hastegrad og behov for ambulanse skal vektlegges tungt, men at legen ikke kan overprøve AMK sin vurdering for behov for ambulanseressurser og hastegrad (Malmo og Klausen, 2019).

Dette eksemplet som tyder på at forhandlingsituasjoner kan dukke opp når vurderinger av hastegrad skal gjøres av både AMK og legevaktlege, motiverte meg til videre undersøkelser. Jeg ble nysgjerrig på hvordan samarbeidet mellom disse to aktørene i den akuttmedisinske kjede foregår i praksis. AMK- operatører og legevaktleger tilhører i utgangspunktet to yrkesgrupper med ulike arbeidsoppgaver og ulik kompetanse. En sentral oppgave for både AMK-operatør og legevaktsleger er å prioritere pasienten for videre behandling. AMK-operatør prioriterer og vurderer pasienten ut fra standardiserte hjelpeverktøy, mens vaktlege prioriterer og vurderer pasienten ut fra sitt medisinske skjønn. Målet for begge er å sikre best mulig hjelp til hver pasient. Med pasienten følger det en helhetlig arbeidsoppgave. Akuttmedisinsk kjede består av mange aktører med ulike oppgaver, fokus og spesialiseringer. Det jeg vil rette søkelyset mot er

akuttmedisinsk kjede må samarbeide om en pasient, på tvers av organisasjoner, som kan tenkes gir økt behov for kommunikasjon, gjensidig forståelse, tillit og ansvarsdeling.



Figur: Utvidet akuttmedisinsk kjede (Kokom, 2018)

## 1.2 Kontekst

<sup>1</sup>Akuttmedisinsk forskrift (2015) stiller krav til organisering av kommunal legevaksordning, ambulansetjeneste og AMK. Formål med forskrift er å bidra til at befolkningen får nødvendig hjelp ved akutt, øyeblikkelig behov, og at tjenesten har koordinerte og forsvarlige tjenester utenfor sykehus. Når akuttmedisinforskriften snakker om akuttmedisin ses det i forbindelse med medisinsk diagnostikk, overvåkning og behandling med fokus på at rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Det stilles videre krav om samhandling og samarbeid mellom virksomhetene som gir akuttmedisinske tjenester. Forskrift beskriver ansvaret for å sikre hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike leddene i akuttmedisinsk

---

<sup>1</sup> Deler av teksten i følgende avsnitt er omarbeid versjon av innledningen i prosjektoppgava mi i kurs SA6-409, forskningsdesign og metode, 2020.

kjede er tildelt kommunen og de regionale helseforetakene (Akuttmedisinforskriften, 2015 § 4).

Arbeidsoppgavene til AMK blir beskrevet som å håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, veilede, gi råd, vurdere og deretter prioritere, iverksette, koordinere akuttmedisinske hendelser. Er pasient vurdert til behov for øyeblikkelig hjelp, skal AMK varsle legevaktslege. AMK skal være bemannet med sykepleier som medisinsk operatør og ambulansarbeider med fagbrev som koordinator med krav om kurs som tilleggsopplæring. Legens ansvar er å vurdere, veilede, medisinsk diagnostisering og behandle pasienter som søker øyeblikkelig hjelp. Legevaktslege har i sine arbeidsoppgaver å yte hjelp akutte situasjoner, og vurdere å rykke ut til hendelsesstedet når det er nødvendig (Akuttmedisinforskriften, 2015 §1-6).

Jeg skal videre forklare nærmere hvordan AMK og legevaktslege i akuttmedisinsk kjede er organisert ut fra en hverdagslig kontekst.

Når AMK-operatør mottar og behandler en 113- henvendelse, prioriteres pasienten ut fra et standardisert hjelpeverktøy, norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Norsk indeks). I Norsk indeks er det 39 kapitler basert på symptomfokuserte kriterier som er delt inn i tre hastegrader; *Akutt, haste og vanlig*. Akutt hastegrad er definert som tidskritisk tilstand. AMK varslers da umiddelbart legevaktslege og ambulanspersonell som får alarm via digital radionett etterfulgt med en kort og melding som skal si noe om alvorlighetsgraden i oppdraget. Ambulans rykker umiddelbart ut til pasienten, mens legevaktslege kan vurdere å rykke ut, dersom det anses som nødvendig. Dersom legen velger å avvente utrykning, lytter legen på digital nødnetradio, der ambulanspersonell gir en tilbakemelding på videre vurdering av kliniske funn på radio, til AMK og lege. Legevaktslege har ansvar for vurdering av videre pasientforløp ut fra sitt medisinske skjønn.

### 1.3 Formål og avgrensning

Formålet med denne studien er å få et innblikk i, og økt kunnskap om, hvordan legevaktslege og AMK-operatør samarbeider. Studien retter søkelyset mot samarbeidet i akutte, uforutsette hendelser som er en sentral del av arbeidsdagen til hver av aktørene. I studien fokuserer det da særskilt på henvendelser der målet er å handle raskt og å gjøre treffsikre vurderinger av pasientens tilstand. Sentralt blir det da å se på hvilke erfaringer som kommer frem av

utfordringer i samarbeidet og hvilke faktorer som kan være til hjelp for å styrke samarbeidet. Ved å bli bevisst på eventuelle samarbeidsutfordringer som kan foreligge, er formålet med denne studien også å se på forbedringspotensialet i samarbeidet. Formålet er å se på og prøve å forstå et sosialt fenomen mellom samarbeid mellom lege og AMK, og ikke å prøve ut en teori eller skape ny teori (Bukve, 2018 s. 193).

Jeg vil se nærmere på arbeidsdelingen mellom de to yrkesgruppene som har ulik kompetanse og ulike rutiner, der AMK- operatør bruker primært hjelpeverktøy til å prioritere pasienter, mens legen gjør sine vurderinger ut fra skjønn. På bakgrunn de to ulike arbeidsmetodikkene, blir det i studien satt søkelys på hvordan de to aktørene håndterer usikkerhet og hvordan de opplever maktforholdet seg imellom.

Sentralt er det også å se på hvordan koordineringen mellom aktørene er organisert, og om dette virker fremmende eller hemmende på samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger som har ulike retningslinjer og bruker forskjellige fremgangsmåter for å vurdere samme pasient. Kunnskapsmålet her kan være at man prøver å finne en forklaring på fenomen man ikke helt skjønner, eller oppnå et resultat som gir et mer tilfredsstillende forklaring (Bukve, 2016 s. 81).

#### 1.4 Problemstilling

Ut fra beskrivelse av tema og formålet med denne studien har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan samarbeider AMK-operatører og legevaktleger om prioritering av pasienter, og hvilke forhold opplever de hemmer og fremmer rask og treffsikker prioritering av ressurser?*

Videre har jeg valgt å jobbe ut fra to forskningsspørsmål som er knyttet til tema, som kan være med å svare på problemstillingen:

Gir organiseringen av samarbeidet mellom AMK-operatør og legevaktlegene koordineringsutfordringer?

Med dette forskningsspørsmålet er jeg opptatt av å finne svar på i hvilken grad, og på hvilken måte, informantene erfarer at det oppstår koordineringsutfordringer på bakgrunn av hvordan samarbeidet mellom AMK-operatør og legevakslege er organisert.

Er det en forskjell på hvordan AMK og legevakt opplever usikkerhet i sin prioritering av pasienten?

Dette forskningsspørsmålet ser på om usikkerhet har en betydning for rask og treffsikker prioritering og vurdering av pasient, der jeg ser på forholdet mellom kompetanse, usikkerhet, tillit og maktforhold og hvordan profesjon, standardisering og maktforhold påvirker den endelige prioriteringen.

## 1.5 Begrepsavklaring

### 1.5.1 Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Norsk indeks)

Det finnes ulike systemer for å vurdere og prioritere pasienter. For vurdering av pasienter ved telefonhenvendelser er det to norskutviklede verktøy til bruk ved hastegradsvurdering. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (Norsk indeks) brukes på nasjonalt nivå av AMK- operatører mens telefonråd er en prioriteringsindeks som nyttes i telefonhenvendelser av sykepleiere på legevaktsentralen (Helsedirektoratet, 2020)<sup>2</sup>.

Norsk indeks har vært et viktig verktøy for håndtering av telefonhenvendelse av medisinsk nød i mer enn 20 år. Hensikten er å sikre kvalitet på vurderinger som må tas gjennom telefonisk kontakt. Vurderingene omhandler dagligdagse hendelser, men også større hendelser, kriser og katastrofer (Helsedirektoratet, 2018).

Norsk indeks består av et *startkort*, etterfulgt av 39 kapitler, som setter søkelys på funn av symptom som kan plasseres inn i tre hastegrader; *Akutt*, *haste* og *vanlig*, også definert som *rød*, *gul* og *grønn respons*. Rød respons er definert som akutt tidskritisk tilstand, der AMK umiddelbart varsler lege og ambulanse, mens det med kriteriet Haste menes at en henvendelse kan være alvorlig, der det er behov for rask legevurdering og eventuelt behov for ambulanse. Vanlig er definert som hendelse som kan vente. Det vil si at man for eksempel kan henvise pasient til å ta kontakt med fastlege. Norsk indeks beskriver en rollefordeling under hvert kapittel der den skiller og definerer arbeidsoppgavene mellom AMK, ambulanse legevaktsentral og lege sine oppgaver og responser (Helsedirektoratet, 2018).

---

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/kvalitetsarbeid-og-pasient-brukersikkerhet/legevakt-og-legevaktsentral-bor-ha-et-system-for-prioritering-og-triagering-av-pasienter#null-praktisk>

### 1.5.2 Triage

*Triage* er fransk og betyr *sortering*. (Johannesen, 2018 s. 247).

Nordby (2014) forklarer at triagering er en rask kategorisering der pasienter blir plassert i ulike grupper ut fra hvor påtrengende situasjon de befinner seg i. Normalt blir fargekodene *rød*, *gul* og *grønn* brukt for å skille mellom hastegradene. Denne prioriteringsmetodikken er hentet fra store hendelser med masseskade, der målet er å vurdere hvilke liv som kan reddes og hvem som trenger raskest hjelp av de som er livstruende og skille disse fra de som kan vente. Hensikten er å gjøre det enklere for oversikt og skille mellom alvorlighetsgrad innsatspersonell og lege som er på stedet (Nordby, 2014 s. 188).

Triage blir også brukt til hverdagshendelser med hovedmålet om å skille ut pasienter som har tidskritisk behov for behandling, styre ressurser og øke den faglige kvaliteten i prioriteringene (NOU, 2015:17 s.30).

Det finnes ulike systemer for prioritering av pasienter. I akuttmedisinsk kjede kan det finnes ulike prioriteringsverktøy som blir brukt. Ambulansepersonell prioriterer ut fra Manchester triage-system (MTS), AMK bruker Norsk indeks som prioriteringsverktøy mens akuttmottak har South African Triage Scale Norge (SATS). Erfaringer viser at implementering av triage-system har bedret pasientsikkerheten gjennom standardisering og systematikk. Helt tilbake til 1994, da Norsk indeks ble innført, har triage-systemer i den akuttmedisinske kjeden vært økende. De viktigste forskjellene mellom systemene er ulikt antall hastegrad og om systemene bruker prosess-triage eller ikke.

### 1.6 Oppgavens oppbygging

I det innledende kapitlet ovenfor, har jeg presentert valg av tema og aktualisert temaet i sin kontekst. Deretter presenterte jeg problemstillingen og to forskningsspørsmål som jeg i denne studien skal forsøke å svare på. Jeg valgte å avslutte kapitlet med en forklaring av vanlige ord og uttrykk som brukes i den akuttmedisinske tjenestekjede, men som det ikke er forventet at leseren utenfor dette arbeidsmiljøet skal forstå betydningen av, uten nærmere forklaring.



Deretter har jeg valgt å redegjøre for kunnskapsstatus i eget kapittel, for å løfte fram funn i tidligere studier med relevans for temaet jeg har valgt, der jeg har sett på forskning om samarbeid på tvers av organisasjoner, profesjonsgrenser, samhandling

I kapittel 3 fremlegges det teoretiske rammeverket jeg har valgt ut fra hva som er aktuelt å belyse analyse og drøfting av egen funn ut fra problemstillingen. De tre hovedpunktene er organisasjonsteori, profesjonsteori og samhandlingsteori. Under disse punktene tematiserer jeg maktforhold, kommunikasjon og uforutsette hendelser som står sentralt i denne studien.

I kapittel 4 forklarer jeg hvilken metode jeg har tatt i bruk for å samle inn data som kan belyse min problemstilling. Jeg er her opptatt av forskningsetiske retningslinjer og at validitet og relabilitet er i varetatt i studien. Metodiske avveininger gjøres for å beskrive styrker og svakheter ved studien, og her inngår refleksjon om min egen forforståelse.

I kapittel 5 samler og presenterer jeg funn i datamaterialet. Jeg har valgt å organisere analysen av hovedfunn i datamaterialet tematisk i fire bolker, som vil brukes i en videre drøfting.

I kapittel 6 drøfter jeg sentrale funn fra studien, sett i lys av teori og funn fra tidligere studier. Drøftingsdelen er delt inn i to hovedavsnitt der forskningsspørsmålene er i fokus.

Avslutning og Kapittel 7 samler jeg hovedfunn og hovedpoeng i oppgaven, og skisserer noen forslag til videre forskning.



## 2.0 Kunnskapsstatus

<sup>3</sup>Det finnes mye litteratur om samarbeid mellom profesjoner, men forskningen om samarbeid mellom legevaktleger og AMK -operatører, er sparsom. Norge er ett av få land som praktiserer et legevaktsystem, og dette ble tatt i betraktning når jeg søkte etter studier med funn av relevans for denne undersøkelsen. Med utgangspunkt i en antakelse om at relasjoner mellom profesjoner er noe som kan forandre seg over tid, har jeg lagt vekt på artikler i tidsskrift av nyere dato, for å finne oppdatert forskning (Rienecker og Jørgensen, 2013 s. 120) som kan belyse min studie som omhandler samarbeid mellom to ulike yrkesgrupper som har som mål å gi treffsikker og effektiv hjelp til pasienten. Blant funn fra tidligere forskning vil jeg her presentere fire artikler som tar for seg temaer og problemstillinger som er beslektet med denne studiens.

Den første studien «Flertydighet og fleksibilitet» (Johannesen, 2018) tar for seg profesjonsgrenser mellom sykepleiere og legevaktssentraler på en legevaktssentral. Ved å bruke feltstudie som metode søker Johannesen å utforske hvordan organisasjonsinterne grenser mellom profesjoner i praksis fungerer. Han finner at de to yrkesgruppene arbeidsoppgaver delvis er overlappende, og at profesjonsgrensene ikke er entydige og faste, men snarere fleksible og flertydige (Johannesen, 2018). Sykepleiernes arbeidsoppgave på en legevaktssentral, har likhetstrekk med AMK-operatørens, som begge har i oppgave å prioritere, vurdere og selektare pasienter på grunnlag av symptomfunn, og kommunikasjonen skjer via telefonhenvendelser. Både sykepleiere på legevakten og AMK-operatører bruker standardisert prioriteringsverktøy som støtte ved vurdering og sortering av pasienter, mens legevaktssentralen vurderer pasienten ut fra fysiske undersøkelser og sitt medisinske skjønn. Funn i studien viser at det på tross av ulik kompetanse og ulik fremgangsmåte finnes glidende overganger mellom arbeidsoppgavene til sykepleiere på en legevaktssentral og legevaktssentralen. Arbeidsoppgavene overlapper hverandre og grensene mellom profesjonene er i praksis diffuse og glidende (Johannesen, 2018 s. 242). Funnene i studien viser at informantene opplever et delt ansvar, der legen har ansvar for å diagnostisere pasienten, men at også sykepleier har behov for å tenke i termer av diagnose for å gjøre prioritering av pasienter som skal vurderes av legen. Dette tyder på at profesjonsgrensene mellom lege og sykepleier på legevakten er fleksible og utydelige. Selv om studien tar utgangspunkt i hvordan organisasjonsinterne profesjonsgrenser reguleres,

---

<sup>3</sup> Deler av teksten i følgende avsnitt er omarbeid versjon av kapittel for kunnskapsstatus i prosjektoppgava mi i kurs SA6-409, forskningsdesign og metode, 2020.

er den relevant for å belyse arbeidsdeling, samspill og maktforhold mellom AMK-operatør og legevaksleleger som samhandles på tvers av organisatoriske grenser.

Den andre studien kalles «Legevaktens avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner» (Brennvall, Hauken, Hunskår, Wisborg & Zakariassen, 2015), og tar for seg hvorfor noen hendelser av legevaktleger blir vurdert som akutte. Når en hendelse blir vurdert som akutt/rød respons, har AMK ansvar for å varsle lege og ambulanse via digitalt nett. Legen vurderer egen videre handling og respons ut fra melding og andre omstendigheter. Akuttmedisinskforskrift (2015) sier at legevaksleger selv avgjør om det er nødvendig å rykke ut til pasienten eller avvente. Dette gir legen et stort rom for å foreta skjønnsmessige vurderinger, og funn i studien viser at primærmeldingen fra AMK har betydning for om legevaktlegen rykker ut eller ikke. En annen årsak til at legen velger å rykke ut til pasient, er om legen mener det er behov for legens tilstedeværelse, med sin medisinske kompetanse. Den viktigste begrunnelsen er likevel praktiske forhold knyttet til vekten, for eksempel samtidighetskonflikter eller om det er travelt, med mange pasienter på venterommet.

Den tredje studien er litteraturgjennomgang (Vik, 2018) som tar for seg funn fra ulike studier om helseorganisasjoners samhandling i Norge. Han finner at hovedutfordringen for samhandling ligger i en manglende helhetlig systemforståelse hos de involverte partene. Mer ansikt til ansikt kontakt mellom aktørene, slik at de blir mer kjent med hverandre, løftes fram som en anbefaling i en studie (Danbolt mfl. 2010), mens en annen viser at fysiske møter fremmer positiv samhandling ved at partene i samarbeidet gjøres kjent med hverandres arbeidshverdag (Elstad, Steen og Larsen 2013). Samarbeid som fungerer godt kjennetegnes ikke av at alle involverte parter har likt syn, men av at de forhandler – og at det gjennom uenigheter og dialog underveis, utvikles de mer gjensidighetsforståelse. Vik konkluderer med at det kan stilles spørsmål ved samhandlingstiltak som fremhever standardisering og effektivisering av oppgavefordelingen uten sosial interaksjon mellom aktørene, og han mener å se at tiltak som skaper gjensidighetsforståelse og møteplasser på tvers har større potensiale for å fremme god samhandling. Funnene i Viks litteraturgjennomgangen er av relevans for min studie fordi kontakten mellom legevaktleger og AMK-operatører ikke kjennetegnes av fysiske møter og ansikt-til-ansikt til ansikt kommunikasjon, og fordi samhandlingen er preget av høy grad av arbeidsdeling og spesialisering, samtidig er avgjørende for å yte gode akuttmedisinske tjenester. På basis av denne studien er det rimelig å forvente at samhandlingen mellom vil

AMK-operatører og legevaktleger avhenger av at begge parter har god systemforståelse og kjennskap til hverandres arbeidshverdag.

Halvor Nordbye har i flere studier tatt for seg kommunikasjon og kompetanse i pre-hospitalt arbeid. I en studie, som er spesielt relevant for min undersøkelse, ser han på tverrfaglig kommunikasjon i den akuttmedisinske tjenestekjede, der han viser til utfordringer med effektiv kommunikasjon når samhandlingen må foregå via begrensende kommunikasjonskanaler, med digitale nettverksradioer (Nordby, 2017). Han peker på utfordringer blant helsearbeidere som må sikre effektiv informasjonsutveksling med kolleger i andre yrkesgrupper, samtidig som de må innhente annen informasjon via telefon, for eksempel fra pasienter og pårørende som ikke har medisinsk kunnskap, men som befinner seg i en akutt medisinsk nødsituasjon. Denne typen kommunikasjonsutfordringer mener han å se er framtidende i medisinsk pre-hospitalt arbeid generelt.

Informantene i Norby sin studie er ambulansepersonell som har gjort seg erfaringer med kommunikasjon i oppdrag der man samhandler via digitalt nett med legevaksleger og AMK. Funn i studien viser at det er vanskelig å ha en effektiv og god tverrfaglig kommunikasjon via et digitalt nettverk, på grunn av profesjonell og kommunikativ avstand, som blant annet skapes av mangel på ansikt- til ansikt kommunikasjon. Informantene beskriver videre betydningen av å forstå hverandres holdninger og tilnærming til arbeidet, og som en utfordring løftes mulige kilder for feiltolkninger fram. Funnene kan tyde på at det er forbedringspotensial i dialogen som går på tvers mellom profesjoner i pre-hospital tjenestekjede (Nordby, 2017).



### 3.0 Teoretiske perspektiv

Sentralt i denne studien er samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger om å foreta raske og treffsikre prioriteringer av pasienter. Jeg skal se på om organiseringen av samarbeidet mellom disse to aktørene gir koordineringsutfordringer, og om det er forskjell på hvordan AMK-operatører og legevaktleger håndterer usikkerhet i sin prioritering av pasienter. I dette kapitlet presenteres teorier som skal brukes i diskusjonen av funnene i studien. Jeg trekker frem flere ulike teorielement som jeg forventer kan være relevante for temaet i denne undersøkelsen. Dette inkluderer teori om profesjoner, teori om hvordan jurisdiksjoner regulerer grenseflater mellom yrkesgrupper som arbeider på det samme området, samhandlingsteori, teori om arbeidsdeling og koordinering i organisasjoner, teori om kommunikasjon og makt, samt teori om uforutsette og uventede hendelser.

#### 3.1 Profesjonsteori og begrepet jurisdiksjon

AMK-operatører og legevaktleger har ulik tilnærming og arbeidsmetodikk ved prioritering av pasienter, der legevaktlegen gjør vurderinger ut fra sitt medisinske skjønn, mens AMK-operatøren bruker standardiserte verktøy for å prioritere og vurdere pasienter. Aktuelt i dette avsnittet er teoretiske perspektiv som forklarer hva en profesjon er, og hvordan arbeidsområder som befinner seg i grenseflaten mellom to, eller flere, ulike yrkesgrupper reguleres.

Det finnes mange definisjoner av hva en profesjon er, og felles for dem er at de ser profesjoner som ekspertgrupper, eller grupper som forvalter bestemte kunnskaper. Ifølge Berger og Luckmann (1960) blir profesjoner til ved at et arbeidsområde, med et tilhørende kunnskapsfelt, blir «kolonialisert», slik at en kan etablere grenser mellom «de som kan det», og «de som ikke kan det». Eriksen og Molander (2008) forklarer at profesjoner er yrkesgrupper som råder over spesialisert kunnskap som andre ikke har. På basis av denne ekspertisen gjør profesjoner krav på å få kontroll over et arbeidsområde, og gjennom avtaler får de monopol på å utføre definerte arbeidsoppgaver, i tråd med gitte faglige standarder. Den profesjonelle får altså tildelt sin jurisdiksjon på grunnlag av den spesialiserte kunnskap profesjonen rår over (Eriksen & Molander, 2008, s. 161).

Mens de fleste studier som omhandler profesjon og jurisdiksjon ser på enkelt-caser og individuelle problemstillinger for ett bestemt yrke, retter Abbott oppmerksomheten mot

relasjoner mellom profesjoner, og introduserer dermed et systemisk perspektiv (Abbott, 1988 s. 2). Abbott er opptatt av spørsmål som kaster lys over hvorfor det finnes yrkesgrupper som kontrollerer ekspertkunnskap, og hvordan spesielt kunnskapsområder som jus og medisin fikk makt på bakgrunn av profesjonene som har ekspertise på disse feltene (Abbott, 1988 s 1).

Mange profesjoner har lange historiske røtter, men det var først på 1900- tallet de ble gjenstand for systematiske vitenskapelige studier. Funnene i slike studier kastet lys på hvordan profesjoner var dedikert som organiserte ekspertgrupper i samfunnet. Slike grupper hadde både teknisk kunnskap og en form for esoterisk kunnskap på spesifikke felt, der de hadde tilegnet seg rett til å kontrollere yrkesetikken og selv hadde utviklet yrkesetiske retningslinjer for hva som var korrekt oppførsel blant profesjonsgruppens medlemmer. Abbott viser til Millerson som forsøkte i 1964 å skape en ny profesjonsanalyse ved å se etter generelle trekk for profesjonen som gav mulighet til å forklare og forstå større variasjoner mellom profesjoner. Noen profesjonsteoretikere mente å se at motivasjonen for å tilhøre en profesjon, er at medlemskapet gir status for noe et mindretall av personer har oppnådd, og de mente at mangfoldet ville forsvinne i takt med at flere oppnådde de samme egenskapene eller den samme kompetansen (Abbott, 1988 s. 4).

Jurisdiksjongrensene er ikke faste, og det kan oppstå endringer gjennom forhandlinger og tvister om jurisdiksjon mellom ulike yrkesgrupper som søker å vinne frem med sin ekspertise for å definere seg som «den rette» problemløseren på et arbeidsområde. Abbott er opptatt av at den grunnleggende tanken bak profesjonskampen er å kunne bruke unik kunnskap til å lage sin egen versjon, for å ekspandere på konkurrentens arbeidsområde, der man må kunne vise til objektive kvalifikasjoner for å utføre en arbeidsoppgave for å argumenter mot dette (Abbott, 1988 s. 36). Objektive grunnlag for profesjonelle arbeidsoppgaver kan være profesjoner som utfører sine arbeidsoppgaver i organisasjoner, som er bygget på et system, selv om dette organisatoriske systemet også kan endre karakter etter en tid.

Jurisdiksjon er et begrep som brukes i profesjonsteori for å vise til at en yrkesgruppe har monopol på sitt arbeidsområde og har autoritet på dette feltet legalt, sosialt og kulturelt, som en «exclusive occupational group» (Abbott, 1988, s.8). For å bli tilegnet en jurisdiksjon må yrkesgruppen kunne diagnostisere, konkludere og behandle, og i praksis utgjøre en profesjon. Dette innebærer arbeidsoppgaver med subjektive kvaliteter, som igjen utgjør kognitiv struktur over jurisdiksjonen (Abbott, 1988 s. 52). For å kunne diagnostisere og behandle er det behov



for å trekke slutninger og deretter utøvelse basert på profesjonell kunnskap, der det her oppstår en profesjonell skjønnsutøvelse (Abbott, 1988 s. 41). Helseprofesjoners legitimitetsgrunnlag er at de besitter faglig kunnskap som gir forutsetninger for å bruke skjønn til å gi pasienter kvalitativt god hjelp (Freidson, 2001). Ofte kan en diagnose være uklar, og implikasjon blir brukt i form av fortolkning eller ekskludering. Eksklusjon er eksempelvis mye brukt innenfor medisinen, der man reduserer alternativer å forholde seg til (Abbott, 1988 s. 49). Når man skal lære seg en profesjon sier Abbott at det er viktig å ha kunnskap om rett bruk av skjønn. Årsaken til dette forklares med at for lite bruk av skjønn fører fort til rutiner som kan utføres av andre yrkesgrupper, mens på en annen side kan hyppig bruk av profesjonelt skjønn være en svakhet for jurisdiksjonen, da det er vanskeligere å dokumentere grunnene for behandlingen man gir. En profesjonssvekkende faktor er når oppgaver som før ble utførte av profesjoner delegeres vekk til andre yrkesgrupper, og dette gjør at man kan miste deler av jurisdiksjonen til andre yrkesgrupper. Abbott viser til eksempel som det å administrere medisin som før var en dedikert profesjonsoppgave, og som nå er delegert til underordnede (Abbott s. 51).

Ved å gjøre krav gjeldende på en jurisdiksjon, ber profesjonene samfunnet om å anerkjenne dens kognitive funksjon gjennom tildeling av eksklusive rettigheter (Abbott, 1988 s.59). Jurisdiksjon handler om å ta kontroll over arbeidsområder. Mens sosial kontroll aktivt gjør krav på områder på rettslig vis, ofte ved hjelp av allmennheten, skjer kulturell kontroll når arbeidsoppgavene blir rettmessig ut fra formell kunnskap som har opphav i grunnleggende verdier (Abbott, 1988 s. 86). Når man har oppnådd en jurisdiksjon, gir dette en ekskluderende enerett på et arbeidsområde.

Legevaktlegen tilhører en sosialt og kulturelt anerkjent profesjon. Vurderinger blir tatt ut fra medisinsk skjønn, og legen har blant annet eksklusiv rett til å diagnostisere pasienten. Når staten gir jurisdiksjon på et arbeidsområde til en dedikert yrkesgruppe, ligger det i dette også en tillitserklæring. Det følger med en forventning, som forplikter profesjonen å utføre og lever arbeidsoppgaven av kvalitet. Svensson og Karlson (2008) viser til at man kan skille profesjonelle yrker fra andre yrkesgrupper ved at en ofte må ta avgjørelser ut fra eget skjønn, der en vurderer enkelt situasjoner ut fra egen spesialisert kunnskap. De peker på at det er vanskelig å kontrollere en profesjonsutøvelse på grunn av skjønnselementet, og er opptatt av at det oppstår dilemma når man mister innsikt i profesjonsutøverens beslutningsgrunnlag, og dermed potensielt taper demokratisk kontroll over fordelingen av knappe velferdsgoder. De

omtaler dette, med Erik Oddvar Eriksen (2007), som den demokratiske rettstatens «sorte hull» «organisasjonens blinde flekk» (Svensson og Karlson, 2008, s 261).

Eriksen og Molander (2008) mener at profesjonenes skjønnsutøvelse er både nødvendig og nyttig, men viser til at det foreligger utfordringer da det ikke blir satt klare beslutningskriterier og utførelsen ikke blir ansvarliggjort (Eriksen & Molander, 2008 s. 161). Svensson og Karlson (2008) viser til at det finnes ulike måter å styre og kontrollere profesjonelt arbeid. Et eksempel kan være forvaltningsstyring, der politikerne lager en lov eller forskrift, etterfulgt av organisasjonsstyring for implementering av lovene av overordnede og byråkrater. En profesjon kan likevel medvirke i en slik styring ved å for eksempel vise til vitenskapelig kunnskap og egen erfaring, og med dette begrunne sine vurderinger ut fra kriterier om hva som er moralsk riktig, effektivt og faglig forsvarlig (Svensson og Karlson, 2008 s. 263).

Ansatte i AMK består av sykepleiere og ambulansesarbeidere, som er yrkesgrupper som ikke har tilegnet samme yrkesprofesjon som det lege har, men har delegerte spesialiserte arbeidsoppgaver som er beskrevet og forankret i akuttmedisinforskriften, og disse yrkesgruppene rår dermed over eksklusive arbeidsoppgaver. Jurisdiksjonen og profesjonaliteten dette gir, oppstår når politiske myndigheter gir yrkesgrupper eksklusive rettigheter til å utføre spesifikke arbeidsoppgaver (Eriksen og Molander, 2008 s 162).

Profesjonskultur er et begrep Nordby (2014) bruker for å analysere kommunikasjonen mellom leger og AMK-operatører. Han bruker dette ordet for å løfte fram betydningen av at partene i kommunikasjonen må være bevisst på det helsefaglige ståstedet til den man samarbeider med har. Han definerer profesjonskultur som et «Praksisfelleskap basert på fagspesifikke verdier som er sentrale for en yrkesgruppe» (Nordby, 2014 s. 153). Slik han ser det, forutsetter et godt samarbeid mellom profesjoner at man har en gjensidig forståelse for hvilke mål man jobber mot og hvilke virkemiddel som blir tatt i bruk for å oppnå dette målet. Forankringen av helsefaglige profesjonskulturer er ikke bare knyttet opp mot de profesjonelles opplevelser av erfaringer eller selvforståelse, men også mot forsvarlighet, kvalitet og effektivitet i pasientbehandling.

### 3.2 Organisasjonsteori

Ved å benytte organisasjonsteori, skal jeg i denne sammenheng se nærmere på samarbeid, samhandling og arbeidsdeling, og hvilke utfordringer som kan oppstå når profesjonelle

yrkesgrupper må samhandle på tvers av organisasjoner. Ved å bruke denne typen teori, kan en løfte fram forventede utfordringer knyttet til arbeidsdelingen man har mellom AMK og lege. Jeg trekker videre frem kommunikasjon som sentralt, og temaet makt i organisasjoner er her viktig, fordi makt kan ha innvirkning på den samarbeidsrelasjonen som her skal studeres.

#### 3.4.1 Arbeidsdeling, spesialisering og koordineringsproblem

<sup>4</sup>En organisasjon kan defineres som «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen og Thorsvik, 2019 s. 16). En organisasjon er et sosialt system der medlemmene samhandler med hverandre, men også med eksterne aktører som befinner seg utenfor organisasjonens grenser. Organisasjoner er sammensatte sosiale system, og dette gjør medlemmene avhengige av flere gjensidige elementer (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s. 16) Utviklingen av velferdsstaten i Norge, har ført til at vi har fått flere store formelle organisasjoner i helsevesenet. Resultatet av utviklingen er økt spesialisering og profesjonalisering av roller og oppgaver i helsetjenesten. Dette fører til økende differensiering (Axelsson & Axelsson, 2006 s. 76), der deloppgaver ivaretas av spesialister på et avgrenset område.

Ifølge Jacobsen (2014) er formålet med denne arbeidsdelingen at man å kan konsentrere seg om et avgrenset område og dermed utføre arbeidet mer effektivt og oppnå bedre kvalitet, enn om en skal ha mange ulike oppgaver. Tankegangen i denne type effektivisering, har historiske røtter tilbake til grunnleggeren av moderne økonomi, Adam Smith (Jacobsen, 2014 s. 77). Ved arbeidsdeling og spesialiseringen som oppstår hevder Jacobsen (2014) at det skjer to parallelle prosesser; formalisering og profesjonalisering. Formalisering oppstår når det dannes formelle organisasjoner og arbeidsoppgaver standardiseres gjennom regler og rutiner. Eriksen og Molander (2008) hevder at formalisering kan være et tiltak for å til en viss grad kunne kontrollere bruk av skjønn, da sammen med at man nytter seg av kontroller og ansvarliggjøring. Eksempel på dette kan være at når pasient henvender seg til 113, følger AMK- operatører

---

<sup>4</sup> Deler av teksten i følgende avsnitt er omarbeid versjon av teorikapittel i prosjektoppgava mi i kurs SA6-409, forskningsdesign og metode, 2020.

rutiner, prosedyrer og retningslinjer, i tillegg til at man er pliktet til å bruke standardiserte hjelpeverktøy som setter føringer for videre pasientforløp.

Yrkesgruppene som AMK- operatører og vaktleger tilhører, er delt inn i ulike organisasjoner, og arbeidet i disse organisasjonene er formalisert og spesifisert ut fra nasjonale retningslinjer som er bygget på lov og forskrift. Ifølge Jacobsen (2014) oppstår det et behov for koordinering når arbeidsoppgaver spesialiseres, og til koordinering hører det med noen klassiske utfordringer. To vanlige koordineringsproblemer som arbeidsdelingen kan føre til, er *gråsoner* og *dobbeltarbeid*. Årsaken til slike utfordringer kan være på at arbeidsdelingen ikke er klar nok (Jacobsen, 2014 s. 78). En annen årsak kan være at høy grad av arbeidsdeling og spesialisering gjør at det kan danne seg «fagidioter» innenfor et yrke. Man er da så fokusert og sentrert på egne arbeidsoppgaver at man mister helhetsbildet og ikke ser den større sammenhengens eget arbeid inngår i (Jacobsen, 2014 s. 79). Pasientene, som i denne konteksten er mottakere av tjenestene som ytes i en akuttmedisinsk kjede, har behov for en helhetlig tjeneste som er så rask og treffsikker som mulig. For at tjenestene eller sluttproduktet som leveres skal bli helhetlig, må delene fungere godt sammen (Jacobsen, 2018).

Med koordinering mener Jacobsen (2018) at flere hensyn vurderes opp mot hverandre, og avveies helhetlig. For at enheten skal bli best mulig, må delene tilpasses. For eksempel kan man bruke ressurser til å ekspandere en del av det helhetlige systemet, ved å redusere en annen del. Dette kan gjøres ved et slags gi- og ta forhold. Konflikt kan oppstå mellom de involverte samarbeidspartene dersom man ikke kommer til enighet om hvordan fordelingen skal foregå. Dersom AMK og legevakslege ikke har innsikt i hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder, kan det oppstå en uenighet som kan føre til konflikt. Eksempelvis når en legevakslege har undersøkt pasienten fysisk og gjort vurderinger av pasient ut fra medisinsk skjønn, og bruker dette som grunnlag når de ringer AMK og bestiller ambulanse. AMK-operatører på sin side etterspør gjerne begrunnelse av bruk ambulanse ut fra norsk indeks og på bakgrunn av videre prioritering og koordinering av ambulanse, sett ut fra et helhetlig bilde. Om disse to aktørene i den akuttmedisinske kjede har forskjellige oppfatninger av om den aktuelle pasienten bør prioriteres med ambulansetransport til sykehus, kan det tenkes å oppstå skille dem. Et samarbeid oppnås når det er en opplagthet blant de involverte at de er samarbeidsutfordringer eller konflikter.

Begreper som samordning, koordinering og samarbeid kan oppfattes som synonyme, men i denne studien er det et poeng å gjensidig avhengig av hverandre, og at begge parter vil tjene på samarbeidet. Dersom dette samarbeidet er begrenset, kan det føre til at det må skje en samordning, der det da iverksettes en mer tvungen koordinering, der en tredjepart pålegger andre å koordinere sine virksomheter (Jacobsen, 2014, 81-82). For å skille ulike former for koordinering i helsevesenet, har Axelsson og Axelsson utviklet et teoretisk rammeverk som begrepsfester kompleksiteten i et inter-sektoralt samarbeid som går på tvers av organisasjoner (Axelsson & Axelsson, 2006 s. 75). Deres utgangspunkt er at det i seg selv er utfordrende å integrere avdelinger innenfor én og samme organisasjon, og at det da er ytterligere komplisert å integrere aktiviteter på tvers av organisasjoner. Det sistnevnte er konteksten for AMK og legevakt befinner seg i, som to sentrale aktører i prehospital tjeneste. Axelsson og Axelsson (2006) vektlegger at denne typen koordinering i praksis krever et samarbeid, en frivillighet mellom organisasjoner, som erstatter hierarkisk koordinering. Inter-organisatorisk integrasjon forutsetter en viss grad av frivillighet og gjensidig tilpasning mellom de organisasjonene som er involvert, og et slikt samarbeid kjennetegnes av høy grad av vertikal og horisontal integrasjon (Axelsson & Axelsson, 2006 s.76). Når velferdssamfunnet er blitt mer spesialisert, fører arbeidsdelingen til at tjenester blir levert av et større antall organisasjoner. Det finnes derfor et økt behov for samarbeid som krever integrering på tvers, altså en vertikal integrasjon. Axelsson & Axelsson (2006) hevder denne form for integrasjon ikke er mulig når det er ulike sektorer i samfunnet er involvert. I praksis skjer integrasjonen hovedsakelig i tverrfaglige lag, hvor lagene gir en horisontal integrasjon mellom organisasjoner. De mener å se at dette er skjøre og flyktige team, som trenger konstant oppmuntring for å kunne overleve.

### 3.2.2 Kommunikasjon i organisasjoner

For at en organisasjon skal fungere, og for at flere organisasjoner skal kunne fungere sammen, må partene kommunisere med hverandre. De må snakke sammen, forstå hverandre og kunne gi og motta budskap fra den man internt, eller eksternt, er organisert sammen med (Jakobsen og Thorsvik, 2019 s 68). AMK-operatør og legevaktslege er to yrkesgrupper som skal samhandle på tvers av organisasjoner, med et felles mål om å gi best mulig behandling til pasienten. AMK er organisert i spesialisthelsetjenesten, mens legevaktslegeordningen er organisert som en del av kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at det i den akuttmedisinske kjeden ytes tjenester

til pasienter på tvers av nivåer i det norske helsevesenet. Jakobsen og Thorsvik (2019) sier at for å koordinere arbeidsoppgaver og funksjoner i en organisasjon, og mellom organisasjoner, er kommunikasjon en nødvendighet. Man er da avhengig av at de som kommuniserer, tilpasser seg hverandre. Det er dokumentert at dårlig kommunikasjon kan føre til konflikter i et arbeidsmiljø.

Mediene som brukes i kommunikasjonen mellom AMK og legevaktleger legger noen rammebetingelser på hva slags informasjon som blir utvekslet. Den raske utviklingen av IKT har åpnet opp muligheten for mer effektiv kommunikasjon. Der man tidligere gjerne samlet partene på møterom, treffes man heller via nettbaserte medier som teams og Skype, der man ikke treffer hverandre fysisk når man møtes. Med denne overgangen mister man også noe av den ikke- verbale kommunikasjonen som for eksempel kroppsspråk, blick og ansiktsuttrykk. (Jakobsen og Thorsvik, 2019 s. 67). Dette er måten AMK-operatør og legevakslege har kommunisert på siden samhandlingen startet. Partene ser hverandre ikke når de kommuniserer i telefon og digitalt. Dette gjør kommunikasjonen dem imellom begrenset, men også effektiv.

Jakobsen og Thorsvik (2019) forklarer begrepet *kommunikasjon* med at det er en kontinuerlig pågående prosess der informasjon formidles gjennom kanaler mellom to eller flere aktører. Forhold som tidspress, budskapets innhold, konfidensialitet og etterprøvbarhet må tas hensyn til når man velger kommunikasjonskanal (Jakobsen og Thorsvik, 2019 s. 70). Det er viktig for en effektiv kommunikasjon at man formulerer budskapet på en måte som mottaker er kjent med. Det blir påpekt at budskapet må «times» for at mottaker skal få med seg innholdet.

Kommunikasjon foregår kontinuerlig, og skjer ofte uten at man tenker over det i organisasjoner der medlemmene i organisasjonen arbeider på det samme fysiske stedet. Det prates over en kaffekopp når man kommer på jobb, eller man møtes i korridorene. Thorsvik og Jakobsen (2019) hevder at sladder og småprat også kan fungere positivt for den uformelle informasjonsflyten i en organisasjon. Både uformell prat og formell kommunikasjon som går gjennom mange ledd i store organisasjoner, kan gjøre at informasjon fordreies. Det siste kan forklares med at utfordringen med vertikal kommunikasjon er at informasjonen må gjennom mange hieratiske nivåer før den når frem til mottaker som er mest aktuell for informasjonen (Jakobsen og Thorsvik, 2019 s. 279). Når man da ser videre på horisontal kommunikasjon, som angår parter som snakker sammen med samme sosiale status, eller på samme hieratisk nivå,

viser studier at kommunikasjonen mellom partene avtar betraktelig når man krysser avdelinger (Jacobsen og Thorsvik, 2019 s. 281).

Pre- hospital kommunikasjon kan gå flere veier, og foregår på ulike nivåer. Når det gjelder den interne profesjonsfaglige kommunikasjonen har den to hovedformer. Den ene er for eksempel ansikt-til ansikt kommunikasjon med pasienten, eller mellom ambulanseskolleger. Og den andre er interaktiv kommunikasjon med ansvarlig lege, eller andre som ikke er til stede, men som kan gi nyttig, og noen ganger helt nødvendig informasjon (Nordby, 2014 s 48). Interaktiv kommunikasjon oppstår mellom AMK-operatør og legevaktslege, og til den kan det knyttes forventede utfordringer. Et eksempel på det kan være akutte oppdrag der AMK utalmerer lege og ambulanse, der det blir gitt kort og effektiv, men vesentlig informasjon som skal forstås korrekt av mottaker. Nordby mener at denne kommunikasjonsformen kan være ekstra utfordrende, da det lett kan oppstå misforståelser når avsender og mottaker ikke ser hverandre fysisk, og at dette kan føre til dårlig kommunikasjon. Han peker videre på at det ikke bare er her utfordringen ligger. Man skal i tillegg til å formidle riktig budskap effektivt over samband, fortolke det innringer sier, og budskapet kommer indirekte til ambulansespersonell (Nordby, 2014 s. 164). Nordby peker på at samtalen ikke alltid oppleves som en god samtale, selv om misforståelser ikke inntreffer på grunn av manglende forståelse av viktig informasjon. Alle helsefaglige profesjonsutøvere har i tillegg sine spesielle personlige identitet, holdninger og verdier (Nordby, 2014 s. 154), og dette kan virke inn på kommunikasjonen mellom partene.

Norby mener å se at løsningen for å sikre grunnleggende kommunikasjon mellom AMK-operatør og legevaktslegene, er at de som skal kommuniserer sammen må kjenne hverandre som profesjonsgrupper, der man må ha evnen til å skape en situasjonsforståelse for samarbeidspartners arbeidsmetodikk (Nordby, 2014 s. 167). Han løfter fram at kommunikasjonsutfordringer oppstår når det ikke er klarhet om hva som skal til for å sikre kommunikasjon, og viser til flere ulike trinn i kommunikasjonsprosessen som han mener avgjør kommunikasjonsbetingelsene. Brudd, eller forstyrrelser, i ett av trinnene kan føre til utfordring i kommunikasjonen (Nordby, 2014 s. 46).

### 3.2.3. Makt og maktforhold

Jakobsen og Thorsvik (2015) antar at det finnes en form for makt i alle organisasjoner, fordi organisasjoner består av menneskelige relasjoner. De beskriver at man kontinuerlig blir sosialt

påvirket av hverandre i organisasjoner, og dersom man ønsker å påvirke en annen person bevisst, oppstår maktbruk. Jakobsen og Thorsvik (2015) forsøker å samle ulike definisjoner av maktbegrepet slik: «En person eller en gruppe har makt når denne er i stand til å påvirke en situasjon til sin fordel» (Jakobsen og Thorsvik, 2015 s. 157). Dette forklares videre med at det oppstår maktbruk når en person eller en gruppe får igjennom sine meninger og synspunkter, selv om det er andre som er uenige.

Maktbegrepet kan analyseres ved å dele det inn i de tre kategoriene; tvangsmakt, byttemakt og overtalelse. Aktuelt for denne studien er det å se nærmere på byttemakt og makt i form av overtalelse. Tvangsmakt går ut på enten fysisk eller psykisk å tvinge noen til å gjøre noe de ikke vil, og blir i denne sammenhengen ikke sentralt tema. Med byttemakt menes det at noen styrer ressurser som andre ønsker seg. Grunnlaget for oppstått makt er at det ligger et avhengighetsforhold. Graden av avhengighet beskriver også hvor stor makt en har. I denne konteksten er avhengighet en potensiell kilde til makt for AMK som styrer alle ambulansene, og som legevaktleger noen ganger trenger å benytte seg av. Mens profesjonsmakten legeyrket har, kan tenkes å brukes som en ressurs i en byttemaktsituasjon.

Bruk av makt i form av overtalelse kan oppstå i kommunikasjon mellom lege og AMK, dersom man eksempelvis er uenig om hvilken hastegrad som skal settes på pasienten. Overtalelse går på å argumentere, og der den ene deltakeren i diskusjonen til slutt lar seg overtale, og slutter opp om samme konklusjon (Jakobsen og Thorsvik, 2019 s.159).

De overnevnte makteksemplene dreier seg om *åpen* maktbruk. Jakobsen og Thorsvik (2019) ser også på *skjult* maktbruk, deriblant manipulering. Forskjellen kan forklares med at personer som blir utsatt for manipulering, ikke er bevisst på dette. Når man manipulerer er man i stand til å holde saksopplysninger skjult, og dermed ikke gi et rett bilde av en situasjon. AMK-operatør som innhenter opplysninger fra pasienter skal ofte tolke disse, prioritere og sette en hastegrad. Dersom man bevisst formidler denne beskjeden for egen vinning, kan det være et eksempel på manipulering.

Jakobsen og Thorsvik (2019) ser også på hvem som kan opparbeide seg makt i organisasjoner, og ulike årsaker til at dette kan forekomme. De deler dette inn i såkalte maktbaser med syv kategorier. Det som er interessant for denne oppgaven, er to av disse maktbasene. De ene setter søkelys på *personlige ressurser* der man ser på innvirkning av personlige trekk, der det er individuelle variasjoner mellom mennesker i en organisasjon. Et eksempel kan da være at man



gjennom sosiale ferdigheter har opparbeidet seg et godt rykte, eller form for respekt. Da eksempelvis dersom man er flink å formulere seg, er kunnskapsrik og ikke minst har evnen til å påvirke andre. En annen interessant maktbase er *kontroll over arbeidsoppgaver og kunnskap*. Som beskrevet ovenfor har AMK sine delegerte spesialiserte arbeidsoppgaver, mens legevaktslegene har sin profesjon, der det potensielt kan oppstå maktbruk fra begge gruppers side. Utdannelse, ulik kunnskap og kontroll over egne arbeidsoppgaver spiller her en rolle (Jacobsen og Thorsvik, 2015, s. 176). Interorganisatorisk samarbeid består av deloppgaver som ofte er avhengig av hverandre for å oppgaven løst. Det kan være så kritisk at dersom ene deloppgaven ikke blir utført, så stopper hele tjenesteproduksjonen opp.

### 3.3 Samhandlingsteori

Mens organisasjonsteori ser på samhandling og samarbeid i forbindelse med arbeidsdeling, formalisering og spesialisering, er samhandling i akutte oppståtte hendelser en spesiell faktor som AMK-operatør og legevakt må forholde seg til i samhandling. Ved akutte hendelser må man handle raskt og det må samtidig tas hensyn til usikkerheten, det uventende og et til dels plutselig og uoversiktlig situasjonsbilde, der det uforutsette kan oppstå.

Begrepet *samhandling* har ulik mening i ulike kontekster. Begrepet blir brukt i mange organisasjoner, uten å klargjøre begrunnelsen for bruken. Selve ordet samhandling er et norsk begrep, der internasjonale beslektede begrep er ord som eksempelvis *teamwork* (Torgersen og Steiro, 2018 s.41). Torgersen & Steiro definerer begrepet *samhandling* som en åpen og gjensidig kommunikasjon og utvikling mellom deltagere, der det innebærer å jobbe mot et felles mål. Forholdet mellom deltagerne er til enhver tid basert på tillit, involvering, rasjonalitet og bransjekunnskap. For at en samhandlingen skal skje må man være klar over at hver deltaker bidrar med sin unike situasjonsforståelse (Torgersen og Steiro, 2018 s. 44).

*Det uforutsette* er et begrep som betegner en sjelden hendelse som overgår folks fantasi, kan forårsake negative konsekvenser på samfunnsnivå, og kjennetegn ved slike hendelser er at de inneholder ukjente elementer oppstår på områder man ikke forventer. *Det uventede* er et begrep som er beslektet, men brukes mer i hverdagspråket om noe kjent som dukket opp, uten at man var forberedt, som et positivt eller negativt overraskelsesmoment (Kvernbekk, Torgersen og Moe, 2015 s.31). Hverdagen for de som jobber i AMK og på legevakten består av mer eller

mindre uforutsette og uventede hendelser, som man gjennom forskjellige organisatoriske arrangement og profesjonell erfaring, søker å forberede seg på å håndtere så godt som mulig.

For å være forberedt på det uforutsette, etableres det praksiser, normer, styringsverktøy og organisasjoner øver og trener på ulike senarioer der det brukes erfaring, kunnskap, kritisk tenkning. Situasjonen er likevel preget av usikkerhet (Kvernbekk et.al, 2015 s. 35). Verden med alle sine fenomener er kompleks, gir rom for det uforutsette, og dette gjør prediksjon og kontroll vanskelig (Kvernbekk et.al, 2015 s.53).

Det finnes ulike syn på om framtida lar seg forutsi. Dette innebærer at man i akuttmedisinsk kjede må forholde seg til ulike synspunkt personligheter og holdninger med hensyn på framtidens forutsigbarhet. *Troende* mener at det uforutsette ikke behøver å oppstå, da vi har nok kunnskap til å kalkulere med det som skal skje. *Skeptikerne* tenker at alt er uforutsett og tilfeldig, mens de *forsiktige* sitt synspunkt er at ikke alt er uforutsett og tilfeldig, men at verden med sine hendelser, fenomener, tenkemåter og handlinger er mer uforutsett i sin forfatning enn hva man tror (Kvernbekk et.al, 2015 s. 29). Hverken AMK-operatør eller legevaktslege kan forutsi sin arbeidsdag. Men man kan gjøre seg tanker ut fra tidligere erfaringer og sannsynliggjøre at bestemte hendelser vil inntreffe. For eksempel dersom det er dårlig snøvær, eller glatt veibane, øker dette sannsynligheten for trafikkulykker. Det er da avhengig av hvem som er på vakt og hvilke erfaringer man har, eller hvordan man tolker verden.

## 4.0 Metode

### 4.1 Kvalitativ tilnærming

Hensikten med denne studien er å se på samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktsleger. Med min problemstilling er jeg på jakt etter svar på hvordan- og hvorfor-spørsmål som ikke kan måles i frekvens med tall eller statistikk. Jeg søker å belyse subjektive oppfatninger, opplevelser og erfaringer, og har derfor valgt en kvalitativ tilnærming. Når en bruker et kvalitativ forskningsdesign søker en å opparbeide kunnskap om kvaliteter, egenskaper eller karaktertrekk ved det fenomen som studeres (Thagaard, 2013 s. 14).

En design som inkluderes blant de kvalitative tilnærmingene, er å studere en eller flere caser, i lys av et tema. I en casestudie studerer man et samfunnsfenomen i sin kontekst (Bukve, 2018 s. 121). Bukve (2018) påpeker at en casestudie må være fokusert, ha en bestemt type forskningsformål og ha et teoretisk fokus som er relevant for formålet. (Bukve, 2016 s. 123).

Samsvarsdesign er én av flere typer design som brukes i casestudier. Til min studie har jeg valgt et samsvarsdesign, fordi jeg vil gjennomføre en teoriinformert analyse av en case. Hensikten er ikke å prøve ut teorier, men heller å bruke teoretiske ressurser som redskaper for en mer utfyllende forklaring og forståelse av funnene i studien. Bukve (2018) forklarer samsvarsdesign som en analytisk fremgangsmåte for å undersøke om det er samsvar mellom teoretiske forventninger og data i casestudier, der man etablerer en forventning til funn og utarbeider et teoretisk rammeverk før en begynner å analysere casen (Bukve, 2018 s. 135). Fordi målet med studien ikke er å teste ut en teori eller teoretisk påstand, har jeg underveis kunnet justere det bestanddelene i det teoretiske rammeverket ut fra det funnene viser. Samarbeid mellom aktører i prehospital tjenestekjede finnes det noen tidligere norske studier av, og jeg er selv en del av og godt kjent med, det praksisfeltet som undersøkes. Når man studerer et kjent fenomen, kan man likevel oppdage nye sider ved fenomenet som ikke er satt søkelys på tidligere (Bukve, 2018 s. 136), og dette er min ambisjon med studien.

### 4.2 Forforståelse

Malterud (2017) forklarer at forforståelsen kan sammenlignes med at en tar med seg en ryggsekk med erfaringer, forventninger og faglig perspektiv inn i et prosjekt. Jeg har mange års

erfaring som AMK-operatør og er nå leder i en AMK sentral. Dette gir meg et variert og fyldig innhold i «ryggsekken» som tas med inn i dette prosjektet. En positiv virkning av en innholdsrik forforståelse er at den skaper motivasjon i et prosjekt, mens en ulempe er at man kan ha utviklet «skylapper» før en gjennomfører undersøkelsen (Malterud, 2017 s. 45). Når man forsker på et felt man selv er en del av, kan det være utfordrende å holde fast på rollen som åpen og nøytral betrakter. Det kan være fristende å se det man ønsker å se i datamaterialet, og tolkninger kan dermed bli preget av forutinntatte meninger. Det er også en fare for at man kan utelukke data som er ubehagelige, eller som man ikke ønsker å stå for overfor kolleger som også er en del av det feltet som studeres. Gjennom å være bevisst på forforståelsen vi tar med oss inn i et prosjekt, kan vi lettere skille den fra den kunnskap vi tilegner oss underveis (Dalland, 2012). Malterud (2017) forklarer at man kan forebygge slike svakheter ved å ha et aktivt og reflektert forhold til egen forforståelse, gjerne ved å skrive ned punkter som kan hentes frem gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har med jevne mellomrom søkt å reflektere over hvilke erfaringer jeg har som kan være med å påvirke informantene og tolkningen av datamaterialet. Jeg har også brukt godt tid på å planlegge gjennomføringen av datainnsamlingen og tatt utgangspunkt i funn fra tidligere studier på feltet, og i teorier som gir grunnlag for forventninger til hva jeg vil finne, for å redusere sjansene for at egne erfaringer og holdninger som er etablert på forhånd skal farge resultatene i denne studien.

Temaet for min studie har engasjert og interessert meg i lang tid, og jeg har på basis av egne erfaringer reflektert over hvordan samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger fungerer. Nærhet til informantene og feltet innebærer at den som intervjuer ikke er nøytral, og at intervjuene i seg selv er en form for sosial intervensjon som vil påvirke det som studeres (Denzin & Lincoln 2003, s.90). Samtidig kan en direkte tilknytning til feltet gi nærhetens fordel (Thagaard, 2018), ved å gi førstehåndskjennskap til konteksten informantene arbeider i. Dette kan ha bidratt til at de delte lett og åpent av sine erfaringer og opplevelser, og bidro med fyldige beskrivelser av sine opplevelser av samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger.

#### 4. 3 Datainnsamling

I min studie søker jeg å opparbeide kunnskap om subjektive erfaringer og opplevelser, og intervju er derfor en aktuell datainnsamlingsmetode. Ved å bruke intervju som metode kan man få tak i utdypende beskrivelser av hvordan ulike mennesker opplever en situasjon og hvilket perspektiv og synspunkt de

har på et aktuelt tema (Thagaard, 2018 s.89). Jeg valgte å lage en halvstrukturert intervjuguide som ramme for intervjuene, der temaet fastlagt og planlagt på forhånd, mens rekkefølgen på spørsmålene som stilles bestemmes underveis i intervjuet (Thagaard, 2018 s. 91). Dette for å ha mulighet til å kunne justere intervjuet ut fra hvilken informasjon informantene deler underveis. Flexibiliteten som gis i kvalitative metoder var en fordel, samtidig var det viktig for meg å ha en struktur for å gjøre et ryddig intervju, slik at spørsmålene informantene fikk i løpet av intervjuet ble så like som mulig. Jeg brukte den samme intervjuguiden både til legevaktlegene og til AMK-operatørene. Dette var viktig med tanke på oversikt, sortering og analyse av funn etterpå. Jeg bestemte meg tidlig i prosessen for individuelle intervju og utelukket intervju i fokusgruppe, fordi man kan forvente en viss maktasymmetri mellom yrkesgruppene, og dette kan hindre at alle informantenes synspunkter kommer klart nok frem (Thagaard, 2018 s. 92).

#### 4.4 Gjennomføring av datainnsamling og analyse av datamaterialet

##### 4.4.1 Rekruttering

Da jeg rekrutterte informanter la jeg vekt på at de skulle ha en viss erfaring som AMK-operatører eller legevaktleger, slik at de har forutsetninger for å bidra med beskrivelser av egne opplevelser som kan belyse min problemstilling. I følge Thagaard (2018) er dette en viktig vurdering i kvalitative studier, der antallet informanter er begrenset. Man foretar da en strategisk utvelgning der man systematisk velger ut personer som man vet er kvalifisert i forhold til problemstillingen som skal undersøkes (Thagaard, 2018 s. 54). Informantene som ble inkludert i studien hadde minst to års erfaring som legevaktlege eller AMK-operatør, men utvalget var ellers ikke begrenset av alder, kjønn eller geografisk område. Jeg har unngått å rekruttere informanter som jeg jobber tett sammen med og valgte informanter fra en annen AMK- sentral. Legeinformantene er rekruttert fra eget AMK- område.

Ifølge Thagaard (2018) kan det være hensiktsmessig å etablere formelle kontakter med informantene og presentere prosjektet i et skriv til det miljøet man søker informanter (Thagaard, 2018 s. 56). Jeg brukte to kontaktpersoner som jeg tidligere har samarbeidet med, der den ene kommer fra AMK og den andre kommer fra en legevaktsentral. Disse distribuerte informasjonsskrivet mitt til en stor gruppe informanter som tilfredsstilte inklusjonskriteriet, og som selv kunne velge om de ønsket å delta i studien eller ikke. Som Thagaard (2018) peker på,

kan det være utfordrende å rekruttere informanter til kvalitative undersøkelser, da man med denne typen forskningsdesign ofte søker personlige meninger og erfaringer. Jeg fikk noe respons, men måtte supplere med andre metoder for å få rekruttert åtte informanter. Det er flere framgangsmåter som kan benyttes dersom man ikke får rekruttert et tilstrekkelig antall informanter ved første forsøk. Jeg valgte «snøballmetoden» for videre rekruttering, der jeg spurte mine kontaktpersoner om anbefalinger av flere personer som kunne være interesserte (Thagaard, 2013 s. 56).

#### 4.4.2 Intervjuene

Før intervjuene hadde jeg prøveintervju med en ansatt i egen AMK-sentral. Dette med hensikt for å teste intervjuguiden og meg selv som intervjuer. Tilbakemeldingene jeg fikk etter prøveintervjuet førte til at det ble gjort noe justeringer og omformuleringer på spørsmålene, slik at disse var mer forståelig for informanten. Etter å ha gjennomført prøveintervju to ganger, økte det også egen selvfølelse når jeg etterpå skulle gjennomføre intervjuene.

Før oppstart av hvert intervju informerte jeg om prosjektet muntlig, for å påminne informantene om det som stod i det skriftlige informasjonsskrivet de hadde mottatt tidligere. Det var viktig for meg å presisere at jeg som intervjuer hadde tatt av meg «lederhatten», at jeg nå var student og forsker, og var på jakt etter informantens meninger, erfaringer og opplevelser. Jeg løftet også fram deres rettigheter til når som helst i forskningsprosessen å kunne trekke seg, om de ønsker det, og at all informasjon om informantene som deltar i studien vil anonymiseres.

AMK- operatørene ble intervjuet på et sidekontor i AMK-sentralen. Rommet var luftig, romslig og avsatt til intervju, slik at man ikke ble avbrutt av andre. En kaffemaskin var tilgjengelig utenfor og var med på å legge opp til en god stemning. Intervju av legeinformantene ble gjennomført på deres arbeidsted, med unntak av en lege, der intervjuet ble gjennomført hjemme hos informanten etter arbeidstid. Jeg var tydelig på at jeg var fleksibel på tid og sted. To av legene hadde ansvar for vaktradio samtidig som intervjuet pågikk, og jeg var bevisst på at dette kunne være et forstyrrende moment. Sett i ettertid var nok det mer stressmoment for meg enn for informantene som så ut til å være vant med å konsentrere seg om andre ting samtidig som de har ansvar for vaktradioen. Ved avbrytelser måtte jeg måtte konsentrere meg ekstra for å

hente tilbake den gode flyten i intervjuet. Det var heldigvis lite avbrytelser. En av legene hadde kontordag og kunne intervjues uten avbrytelse.

Jeg brukte lydbandopptaker som hjelpemiddel til intervjuene. Det opplevdes som et godt hjelpemiddel som bidro til å skape fin flyt i intervjuet. Jeg kunne da ha oppmerksomheten rettet mot det informantene sa, være en aktiv lytter og vise interesse for det de ønsket å formidle ved hjelp av blikk og anerkjennende nikk. Kontakten med informantene tror jeg kunne ha blitt svekket dersom jeg hadde måttet notere undervegs for å huske det informantene formidlet. Målet var å skape tillit, slik at informantene kunne snakke fritt om de temaene jeg ønsker å få belyst i studien. Thagaard (2018) påpeker at intervjueren har ansvar for å skape tillit, lytte oppmerksomt og tilpasse situasjonen i intervjuet. Når man gir positiv tilbakemelding til informanten, kan dette oppmuntre til et samarbeid for å utvikle en dypere forståelse av erfaringene informanten snakker om (Thagaard, 2018 s. 93).

Et annet nyttig hjelpemiddel var intervjuguiden (Vedlegg 4). Intervjuet var planlagt halvstrukturert og jeg var derfor ikke opptatt av å følge intervjuguiden slavisk. Thagaard (2018) mener at et godt intervju er preget av at begge parter er med på utvikle innholdet i intervjuet. Jeg søkte å stille åpne spørsmål og la vekt på å ikke avbryte gode refleksjoner som kanskje omhandlet et spørsmål som kom senere i intervjuguiden.

Jeg vurderte to alternative muligheter for gjennomføring av intervjuene. Det ene var fysisk tilstedeværelse og det andre var nettbaserte møter via «teams». Nettbaserte møter hadde vært tidssparende med tanke på at jeg måtte reise til en annen by for å møte informantene. En annen grunn for å velge denne måten å gjennomførte intervjuet på, er at det på dette tidspunktet var søkelys på å begrense møtevirksomhet og nærkontakt på grunn av den pågående Covid-19 pandemien. På tross av disse fordelene nettmøter kan gi, valgte jeg likevel intervju med fysisk oppmøte. Med mine erfaringer med begrenset kommunikasjon fra AMK sentral, som skjer digitalt og via telefon, ville jeg ikke gå glipp av muligheten til å bruke fysiske møter som kan gi bedre kommunikasjonsbetingelser og dermed gi tilgang til rikere informasjon. Thagaard (2018) viser til Silverman (2014: 371-372) som legger vekt på intervjueren er åpen for formidlingen også gjennom kroppsspråket til informanten (Thagaard, 2018 s. 102). Informantene snakket lett og åpent om de temaene jeg ønsket å få belyst i intervjuet.

#### 4.4.2 Transkribering, sortering og analyse

Etter at intervjuene var gjennomført, ble de transkribert ordrett. Transkripsjon vil si å omdanne informantens meninger og erfaringer til en tekst som kan brukes til analyse (Malterud, 2017, s.77). Det kan være utfordrende for forsker å gjengi det muntlige språket akkurat slik det blir hørt, til tekst. Selv om man noterer ordrett det som blir sagt, kan man ikke formidle stemning, ansiktsmimikk og annen nonverbal kommunikasjon (Malterud, 2017, s.78).

For å gjøre meg godt kjent med innholdet i materialet transkribere jeg alle intervjuene selv. Dette var tidskrevende arbeid, men dersom andre skulle transkribert teksten, risikerte jeg å miste egne inntrykk for forståelse av tonefall og uttrykk, når jeg etterpå skulle samle og analysere funn. Enkelte steder valgte jeg, på en skånsom måte, å endre på ord der det var mulig, uten av det får konsekvenser for meningen i innholdet. For eksempel når informanten sier «*de* er jo ikke alltid lett å forstå seg på», endret jeg setningen til «AMK-operatørene er jo ikke alltid lett å forstå seg på». Malterud (2017) forklarer at man kan forsiktig redigere på ord for å gjøre innholdet mer forståelig, dersom man ser at innholdet i det informanten sier kan bli misforstått (Malterud, 2017 s 80-81).

Intervjuene ble transkribert fortløpende, da jeg hadde de friskt i minne. Det ble brukt tegn for pause, lyder for mest mulig realistisk fremstilling når jeg etterpå skulle lese gjennom teksten. Etter at intervjuene var transkribert, leste jeg gjennom hele datamaterialet flere ganger. Første gang for å få et helhetsinntrykk, deretter leste jeg tekstene mer stykkevis der jeg skimtet noen mønster og røde tråder. Når jeg hadde gjort meg fortrolig med materialet, prøvde jeg å organisere funnene i kategorier som ble illustrert med sitater. Thagaard peker på at man, for å ivareta validiteten i studien, må gjøre seg kjent og bli fortrolig med materialet før man starter med å tolke og analyserer data (Thagaard, s. 151).

#### 4.4.3 Sortering av materialet

Etter at jeg hadde gjort meg godt kjent med teksten, valgte jeg å sortere den ut fra tema og mulige funn som kunne være aktuelle for min problemstilling. Malterud (2017) anbefaler at man kan summere opp inntrykk ved å sette opp fire til åtte mulige temaer som ser ut til å oppta informantene, for å deretter skille ut biter av datamaterialet som er med å svare på



problemstilling. Ved å systematisere disse meningsbærende enhetene gjør man en sortering (Malterud, 2017 s. 101). For å fremheve meningsinnholdet i teksten er det vanlig i en kvalitativ tilnærming å bruke koder for å kategorisere teksten. Poenget er å bruke ett eller flere ord som er med på å beskrive et sentralt tema som kan være et utgangspunkt til videre analyse og drøfting (Thagaard, 2018 s. 160). Malterud (2017) påpeker at man for å holde oversikten, ikke bør ha for mange kodegrupper. Jeg valgte å sortere mine funn innunder fire hovedtema, som ble sentrale for å videre svare på problemstillingen.

#### 4.5 Validitet og relabilitet

Det jeg ovenfor har skrevet om forforståelse, transkribering og tolking av funn, har å gjøre med studiens validitet og relabilitet. Ordet *validitet* viser til gyldigheten av tolkninger som forskeren har gjort seg, mens for å vurdere prosjektet sin *relabilitet* må man kritisk stille seg spørsmål om man som forsker har utført prosjektet på en pålitelig måte, slik at andre forskere får innsyn hvordan undersøkelsen er gjennomført og bygget opp (Thagaard, 2018 s. 187).

Jeg er bevisst på at min forståelse og tolkning av informantens beskrivelser av sine erfaringer og opplevelser, ikke automatisk gir validitet data. Ved å velge samsvarsdesign som metode, kan dette styrke validiteten i prosjektet (Silverman, 2014:84), fordi teori som presenteres og brukes på en transparent måte i analysen viser grunnlaget for mine tolkninger av funn i studien. Å diskutere funn med andre som har erfaring med kvalitativ forskning, og personer som kjenner feltet som studeres, kan også styrke prosjektets validitet. Fra jeg startet prosessen med dette prosjektet har jeg involvert en person som har vist stor interesse for temaet. Vedkommende har mange års erfaring innenfor feltet som her studeres. Jeg har spesielt satt pris på at det stilles kritiske spørsmål underveis, og dette har fått meg til å bli mer bevisst på hvorfor jeg har valgt å gjøre det jeg gjør når jeg analyserer og tolker datamaterialet. I følge Thagaard bidrar det til å styrke validitet at man får andre relevante personer til å se over tekst og gi vurderinger med kritisk blikk (Thagaard, 2018 s. 189).

Thagaard (2018) er opptatt av at man må opptre med et åpent sinn i intervjusituasjon. Jeg har søkt å være bevisst på at ikke mine egne forventninger og meninger skal være fremtredende i intervjusituasjonen, fordi det da kan være en fare for at informanten forteller det de tror at forskeren vil høre og at de ikke gir uttrykk for sine egne opplevelser og meninger (Thagaard,

2018 s. 108). Fordi jeg er leder i AMK, har det vært viktig å velge informanter jeg ikke kjenner fra før. Mitt inntrykk fra intervjusituasjonen er at det å rekruttere informanter fra en annen AMK-sentral, har gjort det troverdig for informantene at jeg når jeg møter dem er i rollen som student og forsker, og ikke som leder eller kollega.

Jeg har i forarbeidet med dette prosjektet orientert meg i tidligere forskning på feltet, og funn i denne forskningen trekkes inn i drøfting av funnene i denne studien. Når funn fra andre studier kan brukes til å sammenligne, utfordre eller bekrefte egne tolkninger av funn, er også dette med på å styrke validiteten (Thagaard, 2018 s. 191). Analysen av datamaterialet ble gjort ved hjelp av koding og kategorisering. Thagaard minner om at svakheten ved å dele opp og gruppere data, er at man fremhever noen tendenser, men samtidig stenger for andre perspektiver (Thagaard, 2018 s. 161). Ved å gjøre meg godt kjent med eget materiale, blant annet ved å selv transkribere tekst, etterfulgt av gjentatte gjennomlesninger, har jeg søkt få fram de sentrale perspektivene som informantene i min studie formidlet under intervjuene.

#### 4. 6 Forskningsetikk

Før rekruttering av informanter var jeg opptatt av å utføre prosessen etter etiske standarder. Da lydopptak av en stemme er definert som en personopplysning, søkte jeg til NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) om godkjenning av prosjektet og fremførelsen av metoden (vedlegg 1).

Kvalitative studier baserer seg ofte datainnsamling som gir forskeren innsyn til kunnskap og erfaringer, gjerne rundt fortrolige forhold der normer og verdier avsløres. Når datainnsamlingen er av personlig karakter er det viktig å skape en gjensidig tillit og respekt mellom forsker og deltaker (Malterud, 2017 s. 211). For å bygge opp en tillit til prosjektet og meg som forsker var det viktig at informanten ble ivaretatt med god informasjon. Jeg sendte ut et informasjonsskriv som ble gitt til informantene når de fikk tilbud om å stille til intervju. Informantene som stilte til intervju signerte på at de har forstått innholdet, og de fikk i tillegg en muntlig forklaring før intervjuet der jeg la vekt på at deres anonymitet ville bli ivaretatt og at de har mulighet til å når som helst trekke seg fra studien (vedlegg 3).

For å ivareta informantenes konfidensialitet best mulig var jeg bevisst på valg av informanter. Utvalget er tilfeldig og ikke definert alder, kjønn eller arbeidssted. Et annet tiltak for å ivareta

konfidensialiteten var at intervjuene ble omgjort fra dialekt til bokmål i teksten, samtidig som jeg la stor vekt på å beholde meningsinnholdet i sitatene. I en slik forskningsprosjekt er det prinsipp om konfidensialitet som betyr at informanten har rett til anonymitet og et privatliv. (Thagaard, 2018 s. 205).

Alle sitater fra intervjuene er i tillegg gjort om til bokmål, slik at ikke dialekt skulle være med å avsløre hvem som sier hva. Etter utført intervjuer ble lydfilene umiddelbart flyttet over til en datamaskin som er beskyttet med passord. Når oppgaven er levert inn og godkjent, sletter jeg alt råmateriale og notater basert på dette.



## 5.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere hovedfunn fra analysen av intervjumaterialet. Jeg har valgt å dele kapitlet inn i to hovedbolker der jeg trekker frem sentrale funn fra informantene. Første bolk har jeg valgt å kalle «Forholdet mellom kompetanse, ansvar og opplevd usikkerhet hos de to aktørene i samarbeidet». Her presenterer jeg AMK-operatørens og legevaktlegens opplevelse av samarbeidet, hvilken betydning det har og hvor vidt de har tillit til hverandre. Videre tar jeg for meg hva informantene ser på som sitt ansvar for pasienten i samarbeidet, om det ofte oppstår tvil og usikkerhet i vurderingene, sett i lys av de to samarbeidspartners ulike kompetanse.

Andre hovedbolk har jeg kalt «Arbeidsdeling, koordinering og kommunikasjon på tvers av organisasjoner». Her presenterer jeg funn der informantene har pekt på hvilke utfordringer som kan oppstå når man skal samhandle på tvers av organisasjoner, når kommunikasjonen er begrenset til telefonisk kontakt og man i tillegg skal forholde seg til ulike personligheter. Her uttaler informantene seg om forholdet mellom bruk av standardiserte verktøy og profesjonelle vurderinger ut fra skjønn, som en del av arbeidsdelingen. Etter å ha løftet fram hovedtendenser i informantenes beskrivelser av hva som hemmer samarbeidet mellom de to instansene, beskriver jeg funn om informantenes forslag til tiltak som kan bedre samarbeidet.

### 5.1 «Forholdet mellom kompetanse, ansvar og opplevd usikkerhet hos de to aktørene i samarbeidet»

Denne bolken handler om hvordan AMK-operatørene og legevaktlegene ser på sin egen og samarbeidspartnerens kompetanse, og hvordan de trekker grenser mellom sitt eget og den andres ansvarsområde. Jeg tar først for meg deres beskrivelser av samarbeidets betydning. Her forklarer informantene hvilke situasjoner som gjør samarbeidet mer eller mindre viktig for dem, de beskriver sin forståelse av hvordan samarbeidspartneren arbeider og hvordan de selv forholder seg til samarbeidet. Sentralt i denne bolken står funn om opplevelse og håndtering av usikkerhet hos de to aktørene som inngår i samarbeidet – og deres forståelse av egen kompetanse og ansvar.

### 5.1.1 Samarbeidets betydning

Det kommer frem hos AMK- operatørene at samarbeidet med legevakten er av stor betydning når det er usikkerhet om hvordan en henvendelse skal risiko-kategoriseres. En operatør mener at det er spesielt viktig med samarbeid på ‘gule henvendelser’, som i motsetning til ‘røde’, ikke er selvsagte og avgjorte, og informanten forklarer dette med et eksempel:

*Jeg synes innen psykiatripasienter og selvmords pasienter, da trenger jeg legen faktisk. Mange av de synes jeg er vanskelig å sette på en rød risiko. Altså, det er helt greit dersom det er konkret at de er på vei for å ta livet sitt, det er en bekymringsmelding, da er det åpenbart rødt. Men så er det de midt i sikte der imellom, så synes jeg at jeg trenger legevaktslegen med på laget, fordi at de er ikke lette. De sitter på litt mer informasjon i sine journaler, i og med at vi bare ser kort historikk, så de synes jeg det er særdeles viktig at vi har tett samarbeid (O2).*

En annen operatør sier at legen er viktig og bidrar ved å supplere tilleggsspørsmålene i medisinsk indeks.

En operatør understreker at samarbeidet mellom AMK og legevakten er bindeledd mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og dersom man utelukker legen, bryter man et ledd i systemet, fordi legen har det kommunale ansvaret. Informanten sier det slik: *Du får en bedre totalpakke. Du får ikke siloer. Det er jo siloer, men det er ikke så tette skott mellom kommune og spesialist- helsetjenesten (O3).*

Flere AMK operatører legger vekt på at man er mindre avhengig av legen i akutte situasjoner.

En operatør grunngir det slik:

*Nei, jeg synes det betyr mindre da. Da er ting som det er, da er det bestemt, vi har jo prosedyrer på hva vi sender og hvordan vi sender i forhold til om det er trafikkulykke, eller om det er brystmerter, eller hjertestans eller hva det er. Innsatsleder for helse har mye mer forståelse av håndtering av disse hendelsene, så jeg hadde nok lent meg mer på innsatsleder helse (O2).*

En informant beskriver et eksempel på hvorfor det ikke alltid er ideelt at legen rykker ut til pasienten på akutte oppdrag:

*Nei, altså noen bruker lang tid og skal undersøke pasienten fra topp til tå. Hvis en har et traume da som du har et «Golden hour» på, rett inn på sykehuset med «load and go», så begynner legen da å sette seg til med stor anamnese, det er ikke alltid det er godt. Og så er det ikke alle*

*leger som er vant til å være ute og se dårlige pasienter på skadested, eller hjemme hos dem.. og i hele tatt (O1).*

Informanten legger til at det dette ikke gjelder alle leger, og forklarer at leger som har fast stilling på legevakt er dyktige i akutte hendelser: *De er veldig bestemt på om de skal rykke ut eller ikke, og tar som regel rett hver eneste gang og er veldig hjelpelige ute, og veeldig dyktige ute.*

Også flere av legene som ble intervjuet beskriver samarbeidet mellom AMK som viktig. En av legene begrunner dette slik: *Jeg trenger utalamering og informasjon, ellers er jeg helt naken og vet ingenting når jeg kommer til pasient. Også ved samtidighetskonflikter er man avhengig av at AMK sorterer hva som er viktig og ikke (L2).*

En annen lege forklarer at han ikke har så mye med AMK å gjøre, men sier:

*Ja, klart at det er jo en støttespiller som gjør hverdagen litt enklere, skal gjør det i alle fall, det gjør jo det. Det er ikke veldig mye jeg må kommunisere med AMK, eller har så mye med de å gjøre, og det er jo ikke en negativ ting for det betyr kanskje at ting stort sett flyter litt i bakgrunnen (L1).*

Noen av legene forteller at de i akutte situasjoner ikke har mye kommunikasjon med AMK. En lege som har erfaring beskriver sine opplevelser slik: *Jeg synes at ting i akutte situasjoner fungerer veldig greit. Men må jo si at jeg forholder meg ikke veldig til AMK i hendelsen. Altså jeg får talegruppe og alarm og jeg hiver meg med ambulansen, så er vi på stedet i lag og der AMK fungerer som en kommunikasjonssentral (L3).*

En annen lege, som også har erfaring med samarbeid i akutte hendelser, sier følgende:

*Det er jo stort sett da jeg har direkte kontakt med de, har ikke det på gult stort sett. Og så opplever jeg at de er på tilbudssiden og server oss etter hva det skulle være, det gjør jeg absolutt. Det er jo mye som skjer bak, som vi ikke får med oss der og. Gjerne har de varslet lege inne også viss det er aktuelt, uten at jeg nødvendigvis vet om det (L1).*

En annen lege beskriver at det ikke er mye direkte kontakt. Likevel ser han samarbeidet som viktig, og forklarer AMK-operatørenes betydning ved å bruke et bilde der han ser dem som «*puppetmaster behind the curtains*» (L4).

### 5.1.2 Ulik kompetanse

Flere av AMK- operatørene kommenterer at det er forskjell på deres og legevaktlegenes kompetanse, og de begrunner dette med forskjeller i utdanning og ulike retningslinjer for bruk av prioriteringsverktøy. En operatør forklarer forskjellen slik: *Vi er selvfølgelig bundet av medisinsk indeks, at vi skal bruke den på alle oppdrag, uansett hva det er for noe, mens legen har sin utdanning, ser mennesket på en større måte (O1).* En annen AMK- operatør forklarer at AMK har mer akutt-kompetanse og erfaring, og sier det slik:

*De har jo medisinske kompetanse selvfølgelig for lege, men det er jo ikke alltid det er alle leger som er de mest erfarne LVs legene. Der vi er litt kriteriestyrt og symptom-styrt, som kanskje da (...) ja, det blir jo en annerledes måte å vurdere på, men vi har jo medisinsk kompetanse vi også i tillegg. Så av og til synes jeg at AMK operatør kjenner den akutt medisinske kjeden og systemet kanskje bedre enn den fastlegen som er tvunget ut på den ene legevakts vakta si på en måned (O2).*

En annen operatør sier at forskjellen er klar, fordi AMK bruker medisinsk indeks, mens legen tenker mer i termer av medisinske diagnoser. Men denne informanten sier samtidig videre:

*For klart at vi tenker jo diagnose vi også. Ringer det noen som har magesmerter som har startet midt i magen og har flyttet seg over på høyre side og en har feber, er kvalme og kaster opp, så tenker man jo appendicitt, men det trenger jo ikke være det, og det er jo heller ingen lege som kan si at det er en appendicitt før en faktisk har vært opp i magen og sett (O1).*

Alle legeinformantene mener at det er forskjell på kompetansen mellom AMK- operatør og lege. To leger nevner konkret utdanning som kompetanseforskjell. En lege formulerer det slik: *Så ja, det tenker jeg definitivt at det å ha en legeutdanning gir deg jo litt bedre innsyn i ... helhetsblikket. I alle fall medisinsk, og ikke operativt og den biten der, men i alle fall konkrete medisinske biten tenker jeg at det er betydelig høyere kompetanse (L1).*

En annen lege peker på forskjeller i de to yrkesgruppenes utdanning, mandat og arbeidsmåte og ytrer seg slik:

*Det håper jeg jo. Jeg har min profesjon og jeg vet at AMK-operatører stort sett er sykepleiere med god erfaring, altså at de ikke kommer i AMK- systemet før de har vært i «gamet» en stund,*



*så jeg mener de har god kompetanse, men vi har en helt ulik utdanning og et ulikt mandat. Jeg trenger ikke å forholde meg til et algoritme basert eller kriteriesystem og agere ut fra det og det er på en måte min faglige kompetanse og min mulighet til å avvike eller gå andre veier (L3).*

To leger (L1 og L2) sier at AMK har mer kompetanse på den akutte delen, mens legen har mer medisinsk erfaring og mer rom for å utøve faglig skjønn. En lege formulerer seg slik om hvem han ville ha rådført seg med i akutte situasjoner: *Jeg tenker at de er flinkere og mer i det akutte enn en gjennomsnittlig legevakslege. Hadde jeg ringt for råd hadde jeg heller ringt til AMK enn en gjennomsnitt kollega (L2).*

### 5.1.3 Tillit til hverandres vurderinger

En operatør beskriver opplevelsen av tillit til lege slikt:

*Der er det nok litt personavhengig Jeg kjenner igjen noen av stemmene og jeg hører noen, uten at jeg vet hvem de er. Så hører jeg sukk og stønn og akk og hvorfor ringte du her, da stoler jeg kanskje ikke SÅ mye på han. Og så har jeg jo min medisinsk faglige bakgrunn selv, så av og til har jeg gått til AMK- legen fordi jeg ikke er enig med LV- legen (O2).*

AMK operatørene beskriver at de ikke opplever at det blir stilt kritiske spørsmål fra legene til deres vurderinger. *Nei, ikke når jeg bruker medisinsk indeks, det synes jeg ikke. For jeg sier problemstillingen og er kommet til det kriteriet, forklarer en operatør (O3).* Det denne operatøren sier at tilliten til AMK's vurderinger er basert på at man bruker medisinsk indeks. *Det kan bli litt mye blålys noen ganger, kommenterer operatøren, men dette resulterer nesten aldri i kritikk av AMK's vurderinger. En annen operatør supplerer og sier: Det har sikkert skjedd men det er veldig, veldig sjeldent (O1).*

Legene er samstemte om at de har tillit til vurderingen som blir foretatt i AMK. Årsaken til det, mener flere, er bruken av standardiserte verktøy og at de erfarer at AMK gjør gode vurderinger. En legeinformant sier dette: *Det at det er gode verktøy, det er gode personell i utgangspunktet, men ikke minst er det erfaringer. Jeg har sett at det er fornuftige folk og fornuftige vurderinger som blir gjort (L3).*

En annen lege sier dette om hvordan tilliten i samarbeidsrelasjonen med AMK oppleves: *Det er veldig mange på AMK som har hilst på meg og kjenner meg litt fra før, og hvis jeg ikke stiller*

*de noen spørsmål, så får jeg ikke spørsmål i retur heller, så jeg opplever i grunn høy grad av tillit (L1).*

Gjennomgående påpeker legeinformantene at det er i stor grad over-triagering i hastegrad på pasienten, men alle sier samtidig at de har forståelse for at systemet må være slik, for å fange opp de pasientene som trenger akuttmedisinsk hjelp, gjennom telefonhenvendelser.

#### 5.1.4 Fordeling av ansvar og forhandling om ansvar

AMK operatørene understreker at alle som inngår i pre-hospital tjenestekjeden har ansvar for pasienten på sine nivå, men at det likevel ikke er slik at alle henvendelser resulterer i at det sendes ambulanse. En operatør beskriver prioriteringsansvaret sitt slik:

*Ja, mitt ansvar er å sørge for at pasienten får tilstrekkelig og riktig hjelp til enhver tid. Og hjelp kan være så mangt. Noen har en formening om at når du ringer 113, så får du ambulanse på døra, ikke sant, og det er ikke alltid at det stemmer. Nei, jeg skal sørge for at pasienten får riktig hjelp til enhver tid (O1).*

En operatør framhever legens ansvar og sier at: *Jo, vi har jo alle et ansvar, men det er klart at legen har et større ansvar enn alle andre, syvende og sist, selv om ikke alltid legen er involvert engang. Det er jo det som er så vanskelig. Vi har alle et stort ansvar (O4).*

Om det oppstår uenigheter mellom AMK og legevakt om vurdering av en pasient, er det avgjørende hvem som har det siste ordet. Alle informantene er enige om at det er legen som skal bestemmer i slike situasjoner. En av AMK-operatørene beskriver dette slik: Det er lege på vakt som har det siste ordet og det krever litt å gå imot legen. To andre AMK operatører forklarer at de løser uenigheter ved å koble inn en AMK lege som tredjepart. En av dem beskriver dette slik: *Da er loven ganske klar, det er jo den lokale legen. Men vi har en AMK-lege også som vi kan konferere, og det hjelper oss å sette to leger opp mot hverandre, så kan de diskutere på sitt nivå (O1).*

Flere av legeinformantene understreker at det er lege som har ansvar for pasienten. En lege formulerer seg slik:

*Pasienten er jo min. ... det er mitt problem. Så kan jo AMK hjelpe meg, men det er jeg som eier problemet(L2). En annen legeinformant sier: Det er jo sarkastisk, men at du har ikke lyst å*

*være siste mann på ballen hvis det går galt, men i utgangspunktet er jo det den siste lege som har vært involvert (L1).*

En lege poengterer, i likhet med operatørene fra AMK, at: *Jeg tror alle har ansvar på det nivået de vurderer pasienten (L4).*

En annen lege har ikke erfart å være i en situasjon der ambulanse ikke har blitt sendt, og mener dette om legenes bestemmelsesrett til adekvat transport:

*Jeg tenker at viss jeg har gjort en vurdering av en pasient, enten fysisk eller per telefon, så har jeg en bestemmelsesrett til å få adekvat transport, og vil bli ganske tydelig på det viss jeg møter motstand og mene noe annet. Den problemstillingen har jeg liksom aldri vært i gjennom nesten ti år. Altså, man kan diskutere, så lander vi alltid på ett eller annet (L3).*

En lege trekker fram at AMK ser helheten og understreker samtidig at man er avhengig av et samarbeid. En annen av legeinformantene sier: *Vi er jo en vanskelig gruppe å styre (L3).*

#### 5.1.5 Opplevelse av maktforhold i samarbeidet

Noen av AMK-operatørene mener å se at bruken av medisinsk indeks er en kilde til makt i samhandlingen om pasienten. En av dem beskriver hvordan denne makten fungerer slik: *Ja, fordi at jeg er jo så forpliktet til å bruke medisinsk indeks at det gir meg en slags makt. Så ja, jeg tror det gir oss makt, det gir oss et støtteverktøy og et slags sikkerhetsnett. Samtidig er bevisstheten om begrensningene ved AMK's informasjonstilgang viktig for denne operatøren; og så har jeg veldig respekt for at jeg ikke ser pasienten. Vi har kun innringer sin beskrivelse (O2).*

AMK-operatørene som deltok i studien mener at det er uheldig dersom AMK for enkelte kan framstå som en kommandosentral. To av AMK operatørene kommenterer dette slik: *Oi, sann! Det strider imot mine visjoner og personlige ønsker i alle fall. Det er en samhandlingsentral heller (O2).* Mens en annen operatør sier følgende: *Det er jo noen som kan være litt kvasse.. Du kan si «ja» eller «nei» på ganske mange måter. Det er nok berettiget kritikk også (O3).*

En AMK-operatør gir uttrykk for forholdet han har til maktfordelingen og formidler det slikt: *For da legger du ballen over i legen sine hender og legen får bestemme, eller i alle fall får følelsen av at hun eller han får bestemme, og det fungerer veldig bra (O1).* Dette kan tyde på

at det oppstår respekt for legens profesjon, men ikke nødvendigvis at AMK-operatør er enig i at dette er legen sin oppgave.

En legeinformant vektlegger trusselen om klagesaker og beskriver maktforhold i samarbeidet med AMK slikt: *Jeg tenker at det er noe AMK bare må forholde seg til, for det er veldig vanskelig for de å overstyre lege i distrikt, spesielt når AMK heller ikke ser pasienten og lege har gjort det, du overlever ikke klagesak der heller (L1).*

Generelt tyder legenes uttalelser på at de ikke opplever å komme avmektig ut i situasjoner der de samarbeider med AMK. En av legene beskriver dette på følgende måte: *Jeg føler ikke det er makt. AMK tar den vurderingen og setter hastegrad. Og når man presenterer en sak som alvorlig, så føler du at du må, men det er ingen som tvinger deg (L4).*

Legeinformanten sier videre at det er sjeldent de snakker direkte med AMK, men husker en gang AMK stilte seg kritisk til vurderingen som ble gjort:

*Det var en dame som hadde intens hodepine. Ambulanse ble sendt. Jeg rykket ikke ut på den hendelsen. Når ambulanse kom frem så var blodtrykket 250 over 120. Det var veldig høyt. Så spurte jeg ambulanspersonell hva de hadde tilgjengelig for å senke blodtrykket. Så jeg tenker at jeg bare skulle utvide blodkarene med Nitro. Og så sa jeg til dem at bruk Nitro for å senke blodtrykket fort. Og det kan være en grei måte å gjøre det på viss du er sikker på at pasient ikke har en blødning i hjernen. Og da fikk jeg tilbakemelding fra AMK «er du sikker på at du vil gi Nitro til pasient. Nevrologen sier at det ikke er greit». Jeg begynte rett og slett å skjelve. Nå kunne jeg ha gjort en stor feil (L4).*

Flere av legene mener at AMK må ha en viss styringsrett for å skjøtte sin koordineringsplikt ovenfor hele distriktet, samtidig poengterer de at det er legen som har det siste ordet når det kommer til medisinske avgjørelser. En av legene forklarer på følgende måte hvilke forhold han har innflytelse på, og hvilke ikke rår over i samhandlingen med AMK:

*Nei altså juridisk, viss jeg vil legge inn, så kan jeg legge inn alle, så dermed så tenker jeg at jeg har siste ordet. Men unntaket er dette med rett til transport. Hvis alle ressursene er opptatt, så kan jeg mene så mye som jeg vil, men når det ikke finnes, så finnes det ikke. Så i et sånt tilfelle så måtte jeg vært tydelig på min mening og dokumentert det, og så hadde AMK gjort det samme (L2).*

#### 5.1.6 Tvil og usikkerhet

*Er jeg i tvil, så er jeg ikke i tvil (O3)*, sier en av AMK- operatørene. Det denne informanten beskriver er at tvilen skal komme pasienten til gode, og at dette prinsippet fungerer slik at det også reduserer usikkerhet hos AMK-operatøren. En annen operatør sier noe tilsvarende, men begrunner det på en annen måte: *Sjeldent jeg føler på veldig stor tvil. Men fordelene i en AMK-sentral, er at du har flere du kan diskutere og spørre (O1)*. Det denne operatøren sier er at det å kunne rådføre seg med kolleger, reduserer eventuell usikkerhet om egne vurderinger.

En tredje operatør, skiller seg noe ut fra de øvrige, og beskriver at man som erfaren AMK-operatør ofte kjenner på tvil og usikkerhet og forklarer dette slik:

*Jeg kjenner jo det at du blir liksom ikke spesialist selv om du har jobbet der i mange år. Det er stadig vekk nye caser du kommer borti. Og jeg er ikke skråsikker i enhver sak altså. Det kjenner jeg veldig på. Det å konferere med en lege synes jeg det er fantastisk å gjøre. I tillegg til at jeg bruker kollega her inne da til å, altså hva mener du og hva tenker du og hvor havner vi hen her. For som vi snakket om, indeks er bra, men ikke perfekt. Av og til føler jeg at jo mer erfaring du får, også gjør deg i noen situasjoner mer usikker. For du har endel verst tenkelige scenarier som du har opplevd på en måte. Og det er på godt og vondt (O4)*.

Alle legeinformantene beskriver at de ofte føler tvil i sine vurderinger. En lege uttrykker seg slik: *Ja det er jo ofte, det er jo ganske vanlig, holdt på si. Det er veldig få fasitsvar i medisinen generelt, så en viss grad for usikkerhet må du alltid leve med, og det lever jeg godt med (L1)*.

En annen lege ser usikkerhet som en nødvendig ingrediens i det å utføre legevaktmedisinsk arbeid, og beskriver sin håndtering av usikkerhet på denne måten: *Ganske ofte. Det er jo det som er kjekt med legevakt. Jeg bruker å si det til studenter jeg underviser i gule henvendelser, de uklare de er de gøyeste. Men det er de du er mest usikker på (L3)*.

#### 5.1.7 Oppsummering del 1

Samarbeidet mellom AMK-operatør og legevakslege beskrives av informantene i studien som viktig når det er usikkerhet om vurdering av en henvendelse. Alle AMK-operatørene beskriver at de har erfaring med å samarbeide med legevaktleger, mens det er individuell variasjon i hvor

mye erfaring den enkelte legevaktlege har med å samarbeide med AMK. Legevaktlegene beskriver at samarbeidet med AMK gjennomgående er godt, og at de har høy grad av tillit til operatørens vurderinger. AMK operatørene beskriver spesielt samarbeidet med erfarne legevaktleger som godt, men noen problematiserer at legevaktlegene har ulik erfaring og de legger også vekt på at det er stor variasjon i hvordan de ulike legene er å kommunisere med.

Det er også stor grad av enighet om beskrivelsen av forskjeller i kompetanse mellom AMK-operatører og legevaktleger, og informantene begrunner dette både med at de to aktørene i samarbeidet har ulik utdanning, og at de har ulik erfaring.

Funnene i studien tyder på at legevaktlegene er mindre oppmerksomme på bruk av makt i samarbeidet enn det AMK-operatør er. AMK-operatørene beskriver at der de vurderer pasienten til høyt i hastegrad ut fra medisinsk indeks, har man mulighet for å ekskludere legen fra samarbeidet. De beskriver også at de bevisst på at beslutningstempoet i AMK overgår legenes. I forhandlingssituasjoner med legevaktleger bruker AMK-operatørene også noen ganger egen AMK-lege som tredjepart. Legevaktlegene virker tilsynelatende tilfreds med en arbeidsdeling der AMK har ansvar for prioriteringene, men noen påpeker at Norsk Indeks kan være tvetydig, og at den dermed åpner for at legevaktleger som kjenner til uklare kriterier, kan forhandle. Legevaktlegene mener at AMK-operatørene stiller legitime krav til dem om at de må begrunne klart hvorfor det bestilles ambulanse. En av legene som ble intervjuet trekker frem at både legevaktlegen og AMK-operatørene er sårbare for om det gjøres feilvurderinger - og viser til trusler om klagesaker.

AMK operatørens beskrivelse av hvem som har ansvar for pasienten, er gjennomgående mer systemorientert enn legevaktlegenes. Legene mener at de har ansvar for pasienten – og de beskriver et individuelt profesjonelt ansvar for den enkelte pasient, mens AMK operatørene er ikke like entydige når det gjelder plassering av ansvar, og peker på at det finnes flere aktører i det pre-hospitale systemet som på ulike nivå har ansvar for pasienten. Helheten AMK beskrives å ha ansvar for, involverer samhandling mellom flere aktører og organisasjoner, mens helheten legen beskrives å ha ansvar for, er den enkelte pasient.

Funnene i studien tyder på at AMK-operatørene opplever mindre grad av usikkerhet på egne vurderinger enn det vaktlegene gjør. De fleste AMK-operatørene beskriver at de føler stor grad av trygghet på sine prioriteringer og vurderinger, som gjøres på basis av standardiserte verktøy

og lang erfaring. De trekker også fram at det finnes et organisatorisk «vi» i AMK der operatørene har flere kolleger å spille på lag med, og som de kan spørre seg til råds hos når de opplever usikkerhet. Legevaktlegene trekker i mindre grad fram betydningen av det kollegiale felleskapet med andre leger og de beskriver gjennomgående at usikkerhet og tvil ved egne medisinske vurderinger er en nødvendig, og for noen også en positiv og faglig utviklende ingrediens i det å utføre legevaktsarbeid, mens AMK-operatørene i større grad legger vekt på å eliminere usikkerhet og tvil. AMK operatørene beskriver at de handler raskere enn legen i tvilstilfeller.

## 5.2 Arbeidsdeling, koordinering og kommunikasjon på tvers av organisasjoner

I denne bolken samler jeg funn om informantenes beskrivelser av utfordringer som kan oppstå i samarbeidet mellom aktører fra ulike organisasjoner. Informantenes forståelse av arbeidsdelingen mellom legevaktlege og AMK operatør, samt forskjeller mellom dem når det gjelder arbeidsmetodikk, står her sentralt. Informantenes beskrivelser av hvordan de opplever at AMK -operatørenes bruk av standardiserte verktøy og legevaktlegenes bruk av medisinsk skjønn, virker inn på tempoet og treffsikkerheten i koordinering og kommunikasjon mellom dem som går på tvers av organisasjoner, hører med i denne bolken. Til sist presenteres funn om hva informantene mener kan bidra til forbedring av samarbeidet.

### 5.2.1 Arbeidsdeling mellom profesjonelt medisinsk skjønn og standardiserte verktøy

Både for AMK-operatørene og for legevaktlegene er det avgjørende å foreta raske og effektive prioriteringer av pasienter. AMK-operatørene beskriver at de ved alle henvendelser bruker medisinsk indeks som legger tydelige føringer på den enkelte operatørs risikovurderinger, mens legene beskriver at de ikke bruker slike standardiserte hjelpeverktøy når de gjør medisinske vurderinger av den enkelte pasient.

Gjennomgående hos AMK operatørene, er at de beskriver en klar arbeidsdeling, men det kommer likevel frem i intervjuene at arbeidsoppgavene flyter i hverandre. En operatør beskriver det slikt: *Ja det er jo på en måte en stor forskjell, samtidig som vi har det samme målet: å gjøre det beste for pasienten, og finne ut hvor mye ting haster og hva som må gjøres i hvilken rekkefølge (O4).*

En operatør beskriver arbeidsdeling og forskjell i framgangsmåte mellom AMK og legevakten på følgende måte: *Vaktlege begynner på de dagligdagse problemene, og så hvis det ikke var det, så begynner de å søke mer og mer opp i alvorlighetsgrad. Mens med AMK er det motsatt (O3).*

En operatør mener at noe av utfordringen når det gjelder prioritering av pasienter, er at man ikke alltid forstår hverandre og formulerer det slik:

*Jeg synes av og til at det er noe røde og gule bestillinger der jeg ikke forstår. Der de har den så høyt opp i hastegrad. Der jeg tenker at de har jo ikke gjort en indeks vurdering, de har jo bare gjort en finger i luften- vurdering om hva hastegrad vi snakker. Jeg hadde en som ringte å bestilte ambulanse på gult men hun hadde sendt pasient hjem for å pakke bagen (O4).*

En annen operatør oppfatter det slik at legen triagerer pasienten til lavere alvorlighetsgrad enn hva AMK og medisinsk indeks tilsier, og forklarer videre at legene tar tøffere avgjørelser enn det AMK gjør.

AMK-operatørene ser likevel ikke et klart behov for at legene skal bruke de samme standardiserte hjelpeverktøyene som AMK bruker for å bedre kommunikasjonen mellom dem. Noen mener likevel å se at det kunne vært nyttig om begge hadde brukt medisinsk indeks, med tanke på å oppnå lik forståelse ved oppdrag, men på en annen side trekkes det fram at AMK og lege har forskjellige arbeidsoppgaver og ulik kompetanse.

Legene formidler også at det er en klar arbeidsdeling, men at man ikke kommer utenom samspillet. To leger understreker at de er avhengig av å se pasienten for å vurdere pasienten til videre forløp. En av dem forklarer det slik:

*Jeg tenker det overlapper hverandre ganske mye. For min rolle er jo primært å se pasienten når de kommer til meg. Eventuelt rykke ut til pasienten og se pasienten. Men det går veldig på å se, snakke med de direkte, undersøke, og ut fra det gjør jeg meg opp en mening på hva som kan være årsaken og hva gjør vi videre. Mens AMK- operatør får ikke møtt pasienten, de må ta det kun via telefon (L2).*

Eller som en annen lege forstår det: *Nei, det er jo veldig mye som er standardisert. Sånn som når det går alarmer på rødt oppdrag sant, jeg trenger ikke be om å få kallet ut en eller to*



*ambulanser etter hva som er behovet, eller om det er aktuelt med andre ressurser, så er jo det stort sett ting som går på automatikk (L1).*

Alle legeinformantene kommenterer at medisinsk indeks prioriterer og vurderer pasientens tilstand som mer alvorlig enn det den tilsynelatende viser seg å være. De påpeker at når man har tilsyn på pasienten, kan de stille seg undrende til hvorfor pasienten var prioritert på høy hastegrad. En lege sier det slikt: *Det er jo dette med triage da. Altså at pasient av og til ikke er så syke der de ut fra en sånn indeks bli skåret som rød, og når man ser pasienten så er det helt klart at de ikke er det (L2).* Samtidig uttrykker legeinformantene forståelse for at AMK, som jobber etter standardisert verktøy og for å fange opp alvorlig syke pasientene, må det være en viss grad av over-triagering. En legeinformant forklarer det slikt:

*Det er bra fordi du sitter med mindre informasjon enn når du ser pasient fysisk, og bare det du hører. Også skal det gå fort, du har ikke tid til å tenke deg om eller fundere, det skal liksom gå etter systematikk som er effektiv. Og så er det klart det er enklere for meg med legebakgrunn å vurdere en pasient, i alle fall fysisk (L1).*

Alle legene poengterer at det er viktig å se helheten, nyansene og å bruke sitt faglige skjønn. Både AMK og lege- informantene mener at standardiserte hjelpeverktøy er en nødvendighet for AMK.

### 5.2.2 Kommunikasjon er en utfordring

Og så er det jo sånn at uansett hvem vi kommuniserer med, er vi på telefon (O4), sier en av AMK-operatørene. At telefon er det kommunikasjonsmediet som brukes i samarbeidet mellom legevaktlegene og AMK, tematiseres av de fleste informantene. En hovedtendens i intervjumaterialet er at kommunikasjon er det sentrale temaet informantene løfter fram, og vender tilbake til flere ganger, når de snakker om utfordringer i samarbeidet mellom AMK og legevakt.

En operatør beskriver sine erfaringer med utfordringer i kommunikasjonen slik: *Ja, kan iallfall ikke si at jeg aldri har opplevd det. Det ville vært rart. Men den kommunikasjonen foregår jo på så mange forskjellige måter, og så er det jo sånn at uansett hvem vi kommuniserer med, er vi på telefon. Man ser ikke folk, slik som meg og deg (O4).*

En operatør trekker fram sårbarhet hos helsepersonell i en akutt hendelse og ser dette som noe som kan hemme samarbeidet, da med tanke på kommunikasjon, og forklarer det slik: *Dersom du kjøre maksproduksjon og puls, og så får du en liten stikkpille fra vaktlege, så tror jeg AMK kan være ganske kjappe til å smelle tilbake. Og det tror jeg oppleves veldig fort negativt (O3).*

Men alle lege-informantene er likevel samstemte om at kommunikasjon med AMK ikke er en stor utfordring. To av legene mener at akutte responser er uproblematisk. De forklarer dette med at responsen fra AMK er basert på standardiserte risikovurderinger, og den tar form av korte og konsise beskjeder. En lege formulerer det slik: *Stort sett så synes jeg det har jo har vært veldig uproblematisk med kommunikasjon underveis på oppdrag ... har stort sett følt at vi har tenkt forholdsvis likt (L1).* To legeinformanter påpeker at «gule henvendelser», som viser til mer diffuse risikokategoriseringer, kan føre til mer uenighet og misforståelser. Videre nevner en lege at det tekniske utstyret som brukes, påvirker kommunikasjonen: *Du kan ha dårlig kommunikasjon på grunn av teknisk årsak, der du ikke får melding gjennom radioen, det har skjedd en del ganger. Det er feil, dårlig dekning så får du ikke alt med deg (L4).* En lege kommenterer at det går jo litt varmt for seg av og til, men det må man tåle. Denne legen beskriver at en kan høre irritasjon på tonefallet. Det kommer litt an på når på døgnet det er, smiler informantene. Informantene legger til at: *I kampens hete, kanskje litt ampert. Men da å kunne si etterpå at det der beklager jeg, det kan vi sikkert bli flinkere på (L3).*

### 5.2.3 Koordineringens utfordringer

Legene og AMK-operatørene som deltok i denne studien har få erfaringer med sviktende koordinering som resulterer i at pasientene «havner mellom to stoler». De har også lite erfaring med at man gjør de samme arbeidsoppgavene om igjen, som et slags dobbeltarbeid.

Noen av AMK-operatørene forteller imidlertid at de enkelte ganger gjør en ekstra-sjekk, ved å kontakte pasienten igjen, fordi de er bekymret for at en pasient kan risikere å «havne mellom to stoler». En operatør forklarer det slik:

*Det er jo i alle fall det jeg er redd for. Jeg har ikke opplevd at det er pasienter som ikke har fått hjelp for at jeg har hatt en dårlig kommunikasjon med lege, men jeg har jo sjekket opp at pasienten har fått hjelp. Jeg har ringt til pasient og spurt om legen har ringt til de, jeg må bare innrømme det altså (O4).*

En operatør løfter fram at det, spesielt ved psykiatriske hendelser, kan oppstå en form for dobbelt kartlegging, og beskriver forsinkelsene dette medfører slik: *Så blir du gjerne sittende unødig lenge med de gule oppdragene som ofte psykiatri er. Og når du da setter over til lege, spør han gjerne samme spørsmålene engang til, istedenfor at AMK kan sette fortere over (O2).*

To operatører mener at IKT- systemet spiller en rolle for koordineringen, og de forklarer at AMK og legen har ulike systemer å dokumentere i. Det er ikke mulighet for å gå inn i samarbeidspartneren sitt system for å sjekke om jobben er utført, og dette kan føre til dobbeltarbeid. En informant sier det slik: *Men en kan ikke alltid stole på at den i andre enden får det med seg, eller skriver det ned. Siden vi da ikke har AMIS til AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem, loggsystem for AMK som er synkronisert til ambulansen red.anm) med legevakt for eksempel. Som vi burde hatt, det hadde jo vært en veldig fordel (O4).*

Flere av informantene påpeker at mye av kommunikasjonen går via sykepleier på legevaktsentral eller ambulansarbeider, som ofte er en forlenget arm til og fra AMK. En lege beskriver et eksempel slik:

*Så skjer det av og til at «jeg trodde du skulle varsle, nei jeg trodde du skulle varsle». Det var en pasient stakkars. Han kom på legevakt. Det var ikke sånn AMK greie, men en røntgen greie. Jeg tror at han ventet i to timer mens vi jobbet videre. Ambulanse har tatt pasient til røntgen og de har ikke sagt til røntgen at han kom. Jeg hadde sendt elektronisk henvisning, men ikke gitt beskjed at det kom noen, så han satt der i to timer (L4).*

Legeinformanten løfter fram at det finnes noe uklarhet som kan resultere i gråsoneproblematikk når det gjelder hvem som kan varsle: *For min del er det ikke problem å ringe til sykehuset, så lenge det ikke er travelt på legevaktsentralen. Men jeg vet egentlig ikke om det er AMK, eller oss, eller ambulanse som skal varsle. Alle tre kan varsle (L4).*

Legene beskriver at dobbeltarbeid for dem, i samarbeidet med AMK, ikke er et problem. En lege uttrykker seg slikt: *Nei, det kan jeg ikke komme på gode eksempler på at jeg dobbeltsjekker AMK. Telefonråd og sånn som de gir, er ikke noe jeg legger meg opp i (L1).* En legeinformant oppsummerer sine erfaringer på denne måten: *Jeg får jo oftest vite hva som blir gjort, så jeg gjør er sjeldent opp igjen de tingene (L3).*

#### 5.2.4 Aktører på tvers av organisasjoner

Under intervjuene kommer det frem at samarbeidet mellom AMK og legevakt er preget av, og avhengig av, mange aktører med ulike personligheter. Også internt i AMK, der operatørene bruker en standardisert medisinsk indeks for å risiko-kategorisere henvendelser, finnes det individuell variasjon i vurderingene som gjøres. En AMK-operatør formulerer dette slik: *I responslinjen står det «viss åpenbart behov for ambulanse». Spør du 20 operatører her så får du 20 forskjellige svar. Hva er et åpenbart ambulanseoppdrag? (O2).*

Gjennomgående tyder informantenes beskrivelser på at både AMK-operatørene og legene er oppmerksomme på at samarbeidet involverer mange aktører, med forskjellige personligheter, og at disse må tas hensyn til for at samarbeidet skal fungere. En operatør forklarer sin personlige tilnærming til samarbeidet på følgende måte: *Nei, men altså.. jeg har en formening om hvordan ting skal gjøres i alle fall, og de aller fleste de synes at det er bra at det er sånn. Og jeg liker å ha styringen på ting og kontrollere hvordan ting blir gjort ... men det viktige i samarbeidet er at vi spiller på lag (O1).*

Noen av AMK-operatørene peker på utfordringer som kan oppstå i samarbeid som går på tvers av organisasjonene. En operatør mener dette: *For meg så blir det litt sånn at LVs lege og AMK er to stoler som står litt forlangt ifra hverandre av og til, der ting kan glippe imellom (O3).* Risikoen for at det kan finnes rom som åpner for mulig systemisk svikt, ser det ut til at AMK-operatørene er mer opptatt av enn legene.

En legeinformant trekker fram at det ikke alltid fullstendig samsvar mellom legenes vurdering av pasientens tilstand, og det medisinsk indeks sier. Denne legen sier følgende om forskjeller i måten AMK og legevakten forholder seg til medisinsk indeks på: *Men det klart, det er jo litt svart hvitt og det er jo gjerne ikke verden og pasientene, så det er ikke gitt at det er fullstendig match mellom hva jeg, eller vi, måtte mene og hva medisinsk indeks sier (L1).*

#### 5.2.5 Tiltak til forbedring

*Den gode legen, de kommer ned i AMK gjerne. Setter seg ned og tar en kopp kaffe (O1),* sier en av AMK-operatørene. Flere av informantene peker på at det å møte hverandre i sosiale og faglige sammenhenger er et ledelsestiltak som kan initieres for å bedre samarbeidet mellom AMK og legevakten. Både legene og AMK operatørene er opptatt av at felles sosiale

sammenhenger kan være med på å drive frem et godt samarbeid. En operatør formidler det slikt: *Jeg hadde vel synes det hadde vært interessant å ha felles fagdager for eksempel. Fordelen med det er jo at det alltid er lettere å samarbeide med folk du har sett ansiktet på. Forbinde en stemme til et ansikt, det er alltid veldig godt (O1).*

To AMK-operatører kommenterer at et felles journalsystem hadde økt pasientsikkerheten ved å dokumentere skriftlig i et felles IKT- system. En informant begrunner det slik:

*Jeg tror organisatorisk ting som er med å påvirker det er dette med at vi ikke har felles journal. Vi bruker veldig mye tid. Det går på legevakslege, men også på legevaktssentral, på bare overføre pasientinformasjon, altså gjenfortelle, muntlig. Hadde vi hatt en elektronisk overføring og et system som gjorde det mer pasientsikkert, i mine øyer, så hadde det gjort det lettere og bedre å samhandle tror jeg (O1).*

En annen operatør mener det burde vært felles økonomi, og begrunner det slik:

*Jeg tror at egentlig skulle vi hatt en stor pengesekk som het helse, i alle fall kalt det prehospital, da hadde du sluppet diskusjonene med vaktlege. Jeg tror det hadde vært smart. Kall det et pre hospitalt helsetilbud. Om det heter kommunehelsetjenesten, eller legevakt, eller sykehus, eller.. ja, men at vi tenker gruppering (O3).*

Tre av legene som deltok i studien sier at det hadde vært nyttig med en felles plattform med fastsatte møter. De begrunner dette med at det gir mulighet for å ta opp dagligdagse utfordringer som man ikke nødvendigvis tar opp på høyrere nivå. En lege beskriver det slik:

*Dersom man hadde hatt dårlige opplevelser, så er det rom for det, mens nå er det mer sånn at vi skal melde inn til vår tillitstjeneste og PKO ordning. Men da har man ganske masse man skal ta seg av. Da blir det sånn melding om at fastlegene generelt synes sånn og sånn, og så tenker AMK at ja, det stemmer sikkert, men det blir ikke nødvendigvis noe endring av det på en måte (L2).*

En legeinformant gir et annet eksempel på at oppfølgingskontakt mellom AMK og lege, etter en hendelse det fra legen side har vært knyttet frustrasjon til, kan være et tiltak som er bra for å beholde et godt samarbeidsklima;

*Nei, det var vel visst at man ser ting som er feil der man gir en kort tilbakemelding, ikke som kritikk men mer som en «du, neste gang gjør heller sånn og sånn» så kan det være fornuftig.*

*Jeg husker en gang så rykket ambulansen ut. Husker ikke om det var et krampeanfall, eller hva som var problemstillingen, men jeg hadde daglegevakt og da var jeg turnuslege og var klar for å være med på det. Men så kjørte ambulansen direkte. Og da ble jeg ganske irritert og tenkte, hvorfor det? Da ringte jeg opp til AMK- operatør neste dag, tror jeg, og da fant vi ut at, de visste jo det at dette hadde vært en kjempeomvei, men jeg som ikke var vant med distriktet i hodet mitt, jeg så ikke før jeg tok opp kartet, og så at «å ja», det er faktisk en kjempeomvei. Og da var det faktisk greit å få det ut istedenfor å gå og irritert meg over hvorfor (L2).*

#### 5.2.6 Oppsummering del 2

Funnene i studien viser at informantene har innsikt i hverandre sine arbeidsoppgaver og arbeidsmetodikk, og at arbeidsdelingen mellom AMK og legevakt er tydelig. Dialogen om arbeidsdelingen mellom AMK og lege beskrives som gjennomgående velfungerende av legene. De begrunner dette med at det er mulig å diskutere ved tvilstilfeller - og at man kan ha god dialog om uklarheter i etterkant av et oppdrag.

Både legevaktlegene og AMK- operatørene beskriver over-triagering i AMK. Flere av legene sier at når de undersøker pasienten fysisk, vurderer de situasjonen annerledes og mindre alvorlig. Men det hender også, i sjeldne tilfeller, at legen som har gjort en fysisk konsultasjon, vurderer pasientens tilstand som mer kritisk enn det AMK har gjort, på basis av en telefonhenvendelse. Disse forskjellene ser ut til å henge sammen med at arbeidsmetodikken og arbeidsoppgavene er ulike. Legene starter med en grunnantakelse om lav risiko – og beveger seg ‘oppover’ i risikohierarkiet – mens AMK operatørene starter med en grunnantakelse om mulig høy risiko – og så beveger de seg nedover i hastegrad, dersom medisinsk indeks tilsier at dette er en «gul» eller «grønn» henvendelse.

Både legevaktleger og AMK-operatører beskriver at kommunikasjonen og samarbeidet kunne vært lettere dersom man hadde møtt personen ansikt- til ansikt. Begge parter foreslår felles fagdager og sosiale sammenkomster som et mulig forbedringstiltak. Ved akutte hendelser nevner flere av informantene at er det lett for at kommunikasjonen er kort, og det som sies over telefon kan oppfattes som lite vennlig. Betydningen av mer ansikt til ansikt kontakt i felles sosiale eller faglige møtepunkt, ses i sammenheng med dette. Gjennomgående er det likevel lite klager på kommunikasjonen mellom AMK og legevaktlegen. Spesielt er legene tilfreds med

hvordan kommunikasjonen fungerer. De løfter fram at det er rom for avklaring og dialog underveis i samtalene med AMK-operatører.





## 6.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte sentrale funn fra studien, sett i lys av ulike teoretiske perspektiv og funn fra tidligere forskning. I studien ser jeg på samarbeidet mellom legevaktslege og AMK-operatør og hvordan forholdet mellom disse to instansene oppleves å påvirke betingelser for å gi rask og treffsikker prioritering av pasienter.

Jeg har delt kapitlet i to hovedavsnitt med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Første gruppe av hovedtema handler om arbeidsdeling, kompetanse og hvilke grad det kan oppstå utfordringer ved denne måten å være organisert på. Det andre forskningsspørsmålet handler om hovedtema som ser på forholdet mellom usikkerhet, tvil og maktbalanse i samarbeidet. Dette for å videre svare på problemstillingen som er som følger:

*Hvordan samarbeider AMK-operatører og legevaktleger om prioritering av pasienter, og hvilke forhold opplever de hemmer og fremmer rask og treffsikker prioritering av ressurser.*

### 6.1 Gir organiseringen av samarbeidet mellom AMK og legevaktlegene koordineringsutfordringer?

Med dette forskningsspørsmålet er jeg opptatt av å finne svar på i hvilken grad, og på hvilken måte, informantene erfarer at det oppstår koordineringsutfordringer på bakgrunn av hvordan samarbeidet mellom AMK-operatør og legevaktslege er organisert.

#### 6.1.1 Klar arbeidsdeling og ulik kompetanse

Ifølge Jacobsen (2004) er koordineringsproblem en fellesnevner for flere forventede utfordringer som kan oppstå i et samarbeid i organisasjoner. I velferdsstaten og i den enkelte organisasjon som yter helsetjenester, er det et mål å effektivisere, og måten dette blir gjort på er blant annet gjennom arbeidsdeling, formaliseringer og spesialisering. Jacobsen (2004) setter søkelyset på utfordringer som kan oppstå i kjølvannet av slike tiltak. Jeg vil diskutere om dette er utfordringer som oppstår i samarbeidet mellom AMK-operatør og legevaktslege, der konsekvensen av koordineringsproblem kan være redusert tempo og mindre treffsikkerhet i vurderinger og avgjørelser som angår prioritering av pasienter i akutte situasjoner.

Det er et poeng i denne sammenhengen å se på hvilken betydning samarbeidet har for hver av partene og om informantene mener å se at det hadde fått konsekvenser for prioriteringen dersom det oppstår et dårlig samarbeid. Ved å se på nødvendigheten av et godt samarbeid søker jeg også svar på om arbeidsdelingen og rolleavklaringen er tydelig og delt, og hvor avhengig partene er av tett samhandling med hverandre for å gi den beste helsehjelpen til pasienten.

Funn i studien tyder på at arbeidsoppgavene for hver av de to instansene oppleves som tydelig definerte og forskjellige. Dette er informantene enige om. Når legevaktslege og AMK-operatør vurderer en pasient, er det med felles mål om å yte de riktige helsetjenestene til rett tid, mens forskjellen mellom dem er at de tar utgangspunkt i hver sin ende av risikohierarkiet. Det vil si at legevaktslege starter bredt ut med å gjennomføre en medisinsk undersøkelse, helst ved å se og lytte på pasienten, mens AMK starter høyt i risikohierarkiet ved å først sjekke at ABC (vitale parameter som pust, puls og sirkulasjon, red. amn.) er stabile. Informantene som deltok i denne studien opplever at denne arbeidsdelingen fungerer godt, og de forklarer dette med at de utfyller hverandre sine arbeidsoppgaver og kompletterer hverandres tilnærming til risiko. Legeinformantene formidler at AMK ofte over-triagerer pasienter, men viser samtidig forståelse for at man i AMK må risikovurdere pasienten høyt, fordi man har begrenset muligheter for å vurdere pasienten gjennom telefonisk kontakt. Noen legevaktleger sier at de i slike tilfeller kan justere hastegraden ned, når de får sett og undersøkt pasienten fysisk.

Akuttmedisinsk forskrift beskriver arbeidsoppgavene til AMK-operatør og legevaktslege i separate avsnitt. I denne forskrifta overlapper noen av arbeidsoppgavene, der blant annet begge har i oppgave å gi råd, veilede og vurdere (Akuttmedisinforskriften, 2015 § 7 og § 12). Dette innebærer at den formelle 'bestillingen' av arbeidsoppgaver fra de to instansene, ikke er så tydelig adskilt som informantene beskriver at de opplever den.

Vik (2018) har samlet funn fra ulike studier om helseorganisasjoners samhandling i Norge i. Med utgangspunkt i denne litteraturstudien stiller han seg spørrende til om effektivisering, standardisering og spesialisering, er velegnete virkemiddel for å fremme samhandling. Studien hans løfter fram at hovedutfordringene ligger i en fragmentert arbeidsdeling og gjensidig manglende systemforståelse (Vik, 2018 s.119). Denne problembeskrivelsen samsvarer ikke med funn i denne studien, som tyder på at informantene er fornøyd med en klar arbeidsdeling, at de i stor grad har gjensidig forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og arbeidsmetodikk, og ikke ser behov for store endringstiltak for å gjøre samhandlingen mellom dem bedre.

I akutte hendelser beskriver informantene arbeidsdelingen mellom dem som en avgjørende faktor som fremmer samarbeid. AMK-operatørene og legeinformantene viser til etablerte, forhåndsdefinerte rutiner og prosedyrer for hvordan man skal respondere. De løfter fram at arbeidsdelingen mellom dem er klar og konkret, spesielt i akutte situasjoner. AMK-operatørene vurderer pasientene ut fra medisinsk indeks, og varsler legevakslege ut fra treff på hastegrad. Det legevakslegene sier, tyder på at de har tillit til de standardiserte verktøyene AMK-operatørene bruker i arbeidet, men også til deres erfaring. Flere av AMK-operatørene løfter fram at det er ved de diffuse og uklare henvendelsene at det oppstår behov for legevakslege, når man må avvike fra rutiner og prosedyrer. Samtidig sier AMK-informantene at de har mange personer «å spille på lag med» når de er usikker på vurderinger og videre avgjørelser. De henvender seg til kollega i AMK-sentralen, AMK-lege og legevakslege. En felles forståelse av at effektivisering, standardisering og spesialisering er nødvendig i pre-hospital tjenestekjeden, ser altså ut til å støtte opp om samarbeidet mellom AMK og legevaktlegene.

Funnene i denne studien tyder på at AMK-operatørene ikke alltid konsulterer legevaktlegene, og at slike konsultasjoner er mindre viktig for dem i entydig akutte situasjoner. En studie av Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner (2015) viser at informasjon som AMK-operatør gir i ved første utalamerings, er avgjørende for om legen rykker ut eller ikke (Brennvall et. al, 2015). Dette kan tyde på at samarbeidet kan ha større betydning for legevaksleger enn for AMK-operatører, ved akutte henvendelser. Et funn som støtter dette er at noen leger trekker fram at det å bli konsultert ved akutte henvendelser kan være nyttig for dem i læringsøyemed, spesielt for ferske leger. Mens AMK-operatørene, på sin side, gir uttrykk for at de har det beste samarbeidet med erfarne legevaktleger, og at de har større behov for samarbeid med legevakslege ved generelle henvendelser som er vanskelige å risikokategorisere ut fra medisinsk indeks. Felles for legene og AMK-operatørene er at de tydelig verdsetter samarbeidspartnerens erfaring.

Koordinering er noe annet enn samarbeid og samhandling, og jeg vil nå bruke Jacobsens (2004) sondring mellom disse tre fenomenene for å belyse funnene. Samarbeid skiller seg fra koordinering og samhandling, ved at det oppstår en gjensidig positiv forståelse av avhengighet i forholdet og at det har et innslag av frivillighet (Jacobsen, 2004 s. 81). Som vi har sett er koordineringen mellom AMK og legevakslege nedfelt i norsk lov, akuttmedisinsk forskrift, men dette betyr ikke at samarbeidet automatisk vil fungere, fordi samarbeid avhenger av noen

valg aktørene selv gjør, og av at de erkjenner og verdsetter den gjensidige avhengigheten mellom seg. Axelsson og Axelsson (2006) løfter fram utfordringer kan oppstå når organisasjoner søkes integrert. De mener å se at kompleksiteten i utfordringene øker dersom integrasjonen går på tvers av organisasjonsgrenser. Dette fordi inter-organisatorisk integrasjon skaper gjensidig avhengighet og sårbarhetsproblem som ikke alltid kan løses ved å sette oppgaver i system, eller formalisere dem. Som et supplement til hierarkisk bestemt inter-organisatorisk koordinering, vil det oppstå behov for en uformell gjensidig tilpasning, som hviler på en viss grad av frivillighet fra de ulike aktørene som er involvert. I lys av Axelssons og Axelssons betraktninger, kunne det forventes å oppstå integrasjonsproblem i den akuttmedisinske kjeden, fordi den består av mange aktører på tvers av organisasjoner, der AMK-operatører og legevaktsleger er to av aktørene. Ut fra det informantene i denne studien sier, er det lite som tyder på at ulike organisasjonstilhørighet oppleves som et hinder for integrasjonen mellom AMK-operatører og legevaktleger. Både legevaktleger og AMK-operatører løfter fram betydningen av uformell dialog som åpne for gjensidig tilpasning, både underveis og etter et samarbeid om en henvendelse. Betydningen av den uformelle og frivillige sosiale integrasjonen mellom dem, vil jeg komme tilbake til senere i drøftingen. Det informantene i denne studien forteller om samarbeid, harmonerer med det Jacobsen (2004) viser til av positive effekter ved at velferdsstaten håndterer effektivitet ved å dele arbeidsoppgavene. Man oppnår da spesialisering på et avgrenset område og fagfelt, som gir god kvalitet i utførelsen av begrensede oppgaver, istedenfor for å satse på delvis kunnskap om mange ulike oppgaver (Jacobsen, 2004 s. 77).

### 6.1.2 Koordineringsproblem

Gråson- og dobbeltarbeid er to eksempler på koordineringsproblem som kan forventes i arbeidsdelingen, der det oppstår en formalisering og spesialisering (Jacobsen, 2004 s. 78). Funn fra studien viser at dette ikke er noen stor utfordring, men én legeinformant viser til en hendelse som kan være eksempel på både gråsoneproblematikk og dobbeltarbeid. Legeinformanten forklarer at når pasient skal innlegges på sykehus, er det ikke alltid klart hvem sin oppgave det er å melde pasient. I praksis er det rutiner på at det er legevaktslege som melder til legekollega på sykehuset, og det er lege som har innleggelsesrett. Ofte er det likevel ambulanspersonell som ser og vurderer pasienten, og melder sine funn videre til legevaktslege, AMK eller direkte

til akuttmottak. Legeinformanten mener å se at det her enten kan oppstå dobbeltarbeid, der alle melder pasient til sykehus, eller at ingen melder pasienten, og pasienten da havner i en gråson. Årsaken til at denne type koordineringsproblem oppstår, er at det ikke er tydelig arbeidsdeling (Jacobsen, 2004 s. 78).

Et annet koordineringsproblem kan være at man ikke oppnår gjensidig forståelse for vurderinger og beslutninger. Arbeidsdeling, formalisering og spesialisering kan føre til at det oppstår såkalt «fagidioti» der hver enkelt ikke ser mer enn sine egne oppgaver (Jacobsen, 2004 s. 81). For å få til en effektiv og treffsikker prioritering til alle pasienter som har behov for det, har både AMK og legevaktslege en viktig rolle. AMK koordinerer ambulansene og har et helhetsbilde av de ulike hendelsesforløpene, ressursene og et ansvar for å være i beredskap. Legevaktlegene oppfattes av informantene å ha ansvar for en annen type «helhet», nemlig den enkelte pasient. Legevaktslege vurderer én og én pasient, og bestiller ambulans dersom det er behov for det, på grunnlag av å ha sett og undersøkt den individuelle pasienten fysisk, og gjort en klinisk vurdering. Det kommer frem av funnene i studien at selv om legevaktslege har mandat til å bestille ambulans ut fra skjønnsmessige medisinske vurderinger, er det ikke gitt at AMK sender ambulans uten å stille spørsmål til legens vurdering av pasienten. De fleste legeinformantene mener at dette ikke skaper koordineringsproblem, fordi de er kjent med at AMK vil ha en kort og klar begrunnelse, og de har selv erfart at de kan forklare behovet. Samtidig sier flere av legeinformantene at de kjenner til kolleger som har andre erfaringer. Gjennomgående viser informantene i denne studien likevel respekt for hverandre sine arbeidsoppgaver, og dette tyder på at det ikke er et opplagt koordineringsproblem som skyldes «fagidioter» med blikk kun for sine egne spesifikke oppgaver i akuttmedisinsk kjede.

### 6.1.3 Utfordringen med begrenset kommunikasjon

Telefonisk og digital kommunikasjon er viktig i samhandlingen mellom AMK-operatører og legevaktsleger. Dette nevnes av informantene i flere sammenhenger, også når de snakket om utfordringer som kan oppstå i samarbeidet. Både leger og AMK-operatører peker på at det lett oppstår misforståelser når man har en begrenset måte å kommunisere på, gjennom telefonisk og digital kontakt. De forholder seg til tonefall, stemmeleie og innhold i samtalen, som de da må tolke, uten å se, og ofte uten å vite, hvem man snakker med. Det blir påpekt av både lege- og AMK-informantene at det er flere andre faktorer som spiller inn, eksempelvis når på døgnet

man kommuniserer og om det er travelt for én eller begge parter. En AMK- operatør sier at man kan høre på legen når han har det travelt. Tolkningen blir beskrevet ved at responsen er flyktig, eller oppleves som fraværende ved å svare kort og unnvikende. Også legene beskriver at kommunikasjonen med AMK kan farges av høy temperatur ved akutte henvendelser.

Både AMK-operatørene og legevaktslegene møter på akutte hendelser, og de vektlegger begge betydningen å kjenne den man samarbeider med. Jacobsen og Thorsvik (2019) forklarer at kommunikasjonen i en organisasjon, eller mellom organisasjoner, er avhengig av at de som kommuniserer tilpasser seg hverandre. Dette handler blant annet om timingen for når budskapet formidles til mottaker, og at forhold som tidspress og budskapets innhold må tas hensyn til når man velger kommunikasjonsmedium. Sett i lys av disse tilpasningene er det å forvente at det vil oppstå utfordringer i kommunikasjon mellom AMK-operatør og legevaktslege som ikke selv kan velge kommunikasjonsmedium og som ikke selv kan velge timingen og innholdet i budskapet som kommuniseres. Når AMK-operatør behandler enn innkommende 113-henvendelse som vurderes til akutt hastegrad, varsles umiddelbart lege- og ambulanse over digitalt nett. Det blir ikke tatt høyde for hvilken situasjon den aktuelle legen som mottar henvendelsen er i. Varselet kan mottas om natten når legen sover, eller det kan komme på dagtid når legen sitter opptatt i en annen konsultasjon. Samtidig kan det komme en ny akutt henvendelse til AMK, som man heller ikke har mulighet for å forutsi eller ta hensyn til. Det er altså flere forhold ved både AMK-operatørens og legenes kommunikasjonssituasjon, som de ikke til enhver tid kan forutsi og ha gjensidig innsyn i.

Informantene som deltok i denne studien sier at det bidrar til å skape et bedre samarbeid dersom man kjenner personen man kommuniserer og samarbeider med. Om det er personlig kjennskap eller profesjonell kjennskap, skilles det ikke klart mellom hos informantene. Det Norby (2014) løfter fram i sine studier av kommunikasjon mellom aktører i prehospital tjenestekjede, er betydningen av å kjenne hverandre som profesjonsgrupper, der man har innsikt i hverandre sine arbeidsoppgaver. Har man denne innsikten er det med å virke positivt for grunnleggende begrenset kommunikasjon. I min studie er dette ikke like entydig, ettersom flere av AMK-operatørene løfter fram at det er mange personligheter man skal ta hensyn til ved kommunikasjon. Nordby (2014) mener å se at en utfordring å fortolke budskapet ved begrenset kommunikasjon. Han peker på flere kritiske punkter i en kommunikasjonsprosess. Først skal avsenderen formulere et budskap, og i denne sammenhengen skjer dette uten kroppsspråk, eller

andre kommunikasjonsmidler som kan være med som sansepåvirkning. Deretter skal mottaker høre, forstå og fortolke budskapet, for så å handle ut fra forståelsen (Nordby, 2014 s.46). I en studie som ser på tverrfaglig kommunikasjon i pre- hospital tjeneste, finner han nettopp dette. Han beskriver at man må ha individuelle ikke-tekniske egenskaper for å oppnå god kommunikasjon til mottaker. Man må forstå hva som må kommuniseres og ha sosiale ferdigheter som gjør at man kan gjøre seg forstått når man formidler et budskap (Nordby, 2017).

Disse sosiale ferdighetene har å gjøre med det informantene i denne studien er opptatt av når de sier at det har betydning at man kjenner personen bak stemmen, og at det å bruke tid på å ta en kopp kaffe sammen, spiller en rolle. Dette harmonerer med Jacobsen og Thorsvik (2019) sin forståelse av kommunikasjon i organisasjoner. Kommunikasjon skjer ofte uten at man er klar over det. De som arbeider på samme sted treffer kollegaer i gangen eller på lunsjrommet (Jacobsen og Thorsvik, 2019 s. 279). Denne sosial eller kollegiale kontakten er det ikke tilrettelagt for at skal skje tilfeldig mellom AMK-operatører og legevaksleger, da de befinner seg på forskjellige steder, og samarbeider på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, og på tvers av to organisasjoner. Flere av informantene foreslår julebord og eller felles fagdager som et tiltak for å møtes og bli bedre kjent. Dette tyder på at både personlig og profesjonell gjensidig kjennskap blir vurdert som viktig for samarbeidet.

#### 6.1.4 Prioriteringsverktøy og profesjonelt skjønn, et nødvendig samspill?

AMK-operatører og legevaksleger har begrenset kommunikasjon, og jeg skal nå diskutere hvordan informantene ser på ulike tiltak for å bedre kommunikasjonsbetingelsene i samarbeidet mellom dem. Nordby (2014) mener å se en merkbar endring de siste årene i utvikling i det tverrfaglige samarbeidet i pre-hospital tjeneste. Han beskriver at det er mindre avstand mellom aktørene og forklarer dette ved at det har blitt utviklet en bedre tverrfaglig kompetanse, og at dette øker forståelsen for de ulike profesjonsrollene (Nordby, 2014, s. 19).

En sentral forskjell mellom de to profesjonsrollene som belyses i denne studien, er at AMK-operatørene skal prioritere pasienter ut fra et standardisert hjelpeverktøy som kalles medisinsk indeks, mens legene har større profesjonell autonomi til å bruke medisinsk skjønn i sine vurderinger av pasientene. Ett mulig tiltak for å bedre betingelsene for kommunikasjon mellom legevaksleger og AMK-operatører, kunne ha vært å bruke de samme prioriteringsverktøyene.

Et eksempel som kan illustrere den mulige nytten av et felles «prioriteringsspråk», er når lege henvender seg til AMK for å bestille ambulanse til en «dårlig» pasient. Fordi AMK i sine retningslinjer skal forholde seg til medisinsk indeks, har operatørene ofte behov for å klarere nærmere. Hva menes med dårlig? Er pasient fysisk dårlig eller er det psykisk? Dette er viktig informasjon for at AMK skal kunne koordinere og prioritere ambulanser. Nordby (2014) forklarer at mange helseuttrykk ikke er standardisert og definert, fordi de presenterer subjektive opplevelser og han mener på grunnlag av dette at det er viktig å avklare nærmere, på en nøytral måte, gjerne mest mulig sett fra pasientens side (Nordby, 2014 s. 118). Dette gjelder også for AMK-operatørene som skal formidle videre sin fortolkning av en subjektiv versjon fra pasient eller pårørende som har henvendt seg på nødlinjen, 113. Flere av informantene i denne studien, spesielt legevaktlegene, løfter fram at en form for medisinsk indeks kunne tenkes å være til hjelp for å konkretisere hva som er «dårlig», slik at man raskere kan komme fram til en bestilling med en felles forståelse av hastegrad. Men samtidig poengterer de at standardiserte hjelpeverktøy ikke nødvendigvis sikrer treffsikkerhet i prioriteringen. Legeinformantene er altså positive til bruk av medisinsk indeks, men de er også klare på at de, for å gjøre en god jobb, ikke kan være bundet opp til et standardisert verktøy på samme måte som AMK-operatørene er det. Treffsikkerhet i prioritering av pasienter er for legene avhengig av at de kan bruke skjønnsmessige medisinske vurderinger og beslutninger, basert på fysisk pasientkonsultasjon.

Alle informantene som deltok i denne studien er enige om at det er AMK som har mest erfaring med å vurdere i akutte hendelser, og at lege på vakt kan være til hjelp for å nansere vurderingene. Noen AMK-operatører påpeker at legevaktlegen ofte er opptatt av å undersøke bredt, og at dette kan føre til at man taper tid og er mindre effektiv i responsen. AMK-operatørene understreker at nyansevurderingen ikke må gå utover effektiviteten i det å gi rask og sikker hjelp. Funnene i studien kan tyde på at AMK-operatørene likevel ikke opplever noe stort behov for at også legevaktlegene tar i bruk medisinsk indeks, fordi arbeidsdelingen mellom dem er klar og kompetansen i de to profesjonsrollene er komplementær. Å bruke det samme prioriteringsverktøyet anses altså ikke som nødvendig for kommunikasjonen mellom dem. Tvert om løfter flere av informantene fram koordineringsutfordringer i form av dobbeltarbeid og unødvendig byråkrati, som kunne oppstått dersom også legene hadde brukt medisinsk indeks.



Begge informantgruppene mener at legene hadde mistet helheten i sine vurderinger av den enkelte pasient, dersom de hovedsakelig benyttet medisinsk indeks. De er også enige om at bruk av medisinsk indeks er viktig i AMK, og til og med en nødvendighet, men både AMK-operatørene og legeinformantene er opptatt av at legene ikke skal være bundet til et prioriteringsverktøy. Dette funnet samsvarer med funn i studien til Johannesen (2018), der en legeinformant løfter fram at legen har medisinsk kunnskap med en større bredde og dybde enn det sykepleier har. AMK-operatørene som deltok i denne studien stiller seg ikke tvilende at legene har mer generell medisinsk kunnskap, men de mener at de er best kvalifisert til å håndtere akutte hendelser. Dette er legeinformantene enige i, og det de sier tyder på at de har stor tillit til vurderingen som blir gjort av AMK. De forklarer at denne tilliten baserer seg på at AMK-operatørene er erfarne og at medisinsk indeks er et solid prioriteringsverktøy å bruke i AMK for å vurdere hastegrad på henvendelser.

6.2 Er det forskjell på hvordan AMK og lege opplever tvil og usikkerhet i sin prioritering av pasienten?

Sentrale hovedfunn i studien viser til forholdet mellom kompetanse, usikkerhet, tillit og maktforhold. Dette forskningsspørsmålet fokuserer på om dette har en betydning for rask og treffsikker prioritering og vurdering av pasient. Først forsøker jeg å klarere hvem som har ansvar for pasient i akuttmedisinsk kjede for å se om det kan ha en sammenheng med oppstått tvil og usikkerhet. Videre spør jeg hvordan maktforholdet mellom yrkesgruppene er med å påvirke samarbeidet, usikkerheten og tilliten til hverandre. Interessant blir da å se på om standardiserte verktøy og profesjonen har en medvirkende årsak om man opplever stor forskjell i maktforholdet.

6.2.1 Hvem har ansvaret for pasienten?

AMK-operatørene og legevaktlegene ser ut til å ha lik forståelse av at det er legen som har det endelige ansvaret for pasienten. Samtidig viser funn i studien at flere AMK-operatører peker på uklare ansvarsgrenser, fordi den akuttmedisinske kjede består av flere aktører som alle har

ansvar. Også legeinformantene trekker fram at ansvaret utøves i et samspill mellom flere aktører, selv om de er opptatt av at legen uansett har ansvaret for pasienten. AMK-operatørene beskriver «helheten» ved å inkludere samhandling mellom flere aktører og organisasjoner i pre-hospital tjeneste, mens «helheten» legen forstås å ha ansvar for, er den enkelte pasient.

I akuttmedisinforskriften (2015) gis både AMK- operatør og legevaktslege ansvar for å vurdere, prioritere, gi råd og veilede pasienten. Akuttmedisinsk forskrift beskriver arbeidsoppgavene for de to instansene adskilt, men disse oppgavene kan tolkes som et overlappende ansvar, fordi forskrift ikke presiserer på hvilket nivå den aktuelle vurderingen, veiledningen og rådgivingen skal skje. Likevel taler funnene i denne studien for at informantene opplever at det er en klar arbeidsdeling mellom AMK-operatør og legevaktslege. Videre presiserer akuttmedisinsk forskrift at det er legens ansvar å diagnostisere pasienten. Samtidig formidler flere av AMK-operatørene at de ikke kommer utenom å tenke i termer av diagnose når de skal vurdere en pasient over telefon. En informant bruker magesmerter som et eksempel på dette. Når det mottas informasjon om at pasienten har feber og konstante smerter på venstre side av magen, forklarer denne AMK-operatøren at man selvsagt mistenker betennelse i blindtarm. Fordi medisinsk indeks kan være diffus, eksempelvis i skillet mellom «sterke plutselige smerter» som skal risiko-kategoriseres som en akutt henvendelse, og «moderate smerter» som skal kategoriseres gult, løfter AMK-operatørene fram at man er avhengig av faglig kunnskap og bruk av skjønn når en bruker medisinsk indeks som hjelpeverktøy.

Dette samsvarer med funn i en studie som ser på profesjongrensener mellom sykepleier og lege på legevakten, som viser at det ikke er klare profesjongrensener mellom lege og sykepleier i praksis. Johannesen (2018) viser i studien at arbeidsoppgavene overlapper hverandre og at profesjongrensener i praktisk legevaktarbeid er fleksible og diffuse. Legen har ansvar for å diagnostisere pasienten, men det kommer også frem at det er nødvendig for sykepleier å tenke i termer av diagnose for å vurdere pasient. Dette harmonerer med det AMK-operatørene erfarer.

### 6.2.2 Tvil og usikkerhet

I akuttmedisin kan det ofte oppstå usikkerhet ved vurdering av pasienten. Dette løfter både AMK- operatørene og legeinformantene fram. Men opplevelsen og håndteringen av denne usikkerheten ser ut til å være ulik. Legene beskriver gjennomgående at usikkerhet og tvil ved

egne vurderinger er en nødvendig, og for noen også en positiv, og faglig utviklende ingrediens i det å utføre legevaktsarbeid, mens AMK-operatørene i større grad legger vekt på å eliminere usikkerhet og tvil. AMK-operatørene beskriver en usikkerhet, men de vektlegger samtidig at de opplever en trygghet og et sikkerhetsnett ved bruk av medisinsk indeks. I tillegg beskriver AMK-operatørene at de opplever en trygghet i å kunne støtte seg på, og rådføre seg med kolleger i AMK-sentralen, legevaktslege og AMK- legen.

Legeinformantene løfter fram at arbeidsoppgavene deres på legevakten er av en slik natur at de vil være preget av usikkerhet og skjønnsmessige avveininger, og dette forstås som en nødvendig ingrediens i profesjonsutøvelsen. Den etablerte profesjonen som legene tilhører, nyter stor grad av tillit og gis et stort rom for å utøve medisinsk skjønn. Samtidig er det slik at en profesjon som har fått tillit og jurisdiksjon på et arbeidsområde fra staten, også ligger en forventning om å levere kvalitet (Eriksen og Molander, 2008 s 162). Eriksen og Molander (2008) peker på at det er en utfordring å ansvarliggjøre skjønnsutøvelse, da beslutningskriteriene er uklare. Funnene i denne studien taler for at legevaktlegene har en sterkere opplevelse av usikkerhet når de gjør vurderinger av pasienter, men det ser også ut til at legeprofesjonens legitimitet er så etablert blant aktørene i pre-hospital tjeneste, at den enkelte lege kan lene seg på den tilliten profesjonen har. Kanskje gir toleransen for uklarhet i legenes skjønnsbaserte praksis en opplevelse hos legene av å håndtere usikkerhet, på tilsvarende måte AMK-operatørene opplever trygghet ved å bruke medisinsk indeks? En legeinformant trekker frem at både legevaktslegen og AMK-operatøren er sårbare for om det gjøres feilvurderinger, og viser til at begge kan risikere å få klagesaker rettet mot seg. Denne trusselen viser til at det finnes system for å fange opp klager på kvaliteten i det utførte arbeidet, men også dette systemet er til en viss grad avhengig av subjektive opplevelse hos den som melder inn en klage. Når man ser i det store perspektivet, viser Nordby (2014) til at det er godt dokumentert at kvalitet og effektivitet forstås ulikt i helsefaglige virksomheter. Han peker også på at helsefaglige profesjoner som har direkte pasientkontakt, tenker mer på kvalitet til hver enkelt pasient enn på effektiviteten av alternativkostnaden (Nordby, 2014 s. 17). Dette harmonerer med at AMK-operatørene, som ikke er i direkte kontakt med pasienten, ser ut til å legge stor vekt på effektiviteten i det pre-hospitale systemet som helhet, mens legene i større grad retter oppmerksomheten sekvensielt mot én og én pasient.

### 6.2.2.1 Usikkerhet i akutte hendelser

Uforutsette akutte hendelser er en del av AMK-operatørens arbeidshverdag og funnene i denne studien tyder på at det ikke nødvendigvis er de akutte hendelsene som skaper utfordringer i samarbeidet med legevaktlegene. Ifølge akuttmedisinsk forskrift har begge samme mål ved akutte hendelser, og det er å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Akuttmedisinforskrift, 2015). Til forskjell fra mange andre helseorganisasjoner, må AMK og legevaktslege, i sin samhandling, alltid ta høyde for at det kan oppstå uforutsette hendelser. Det innebærer at man er i beredskap og forholder seg til at det kan inntreffe hendelser som man på forhånd ikke kunne ha forestilt seg. Selv om det helt uforutsette sjeldent skjer, består den akuttmedisinske jobben i å være i beredskap for dette. Det jeg vil se nærmere på her, er om den uforutsette hverdagen skaper usikkerhet hos samarbeidspartene, og om man kan se ulikheter mellom yrkesgruppene eller om variasjon er noe som oppstår på individuelt nivå, med individuelle forskjeller, som er avhengig av flere faktorer.

Kvernbekk (2015) viser til individuelle forskjeller med utgangspunkt i personlige egenskaper og holdninger man kan ha, der mennesker forholder seg på ulike måter til fremtiden, og hvordan man kan forutse den. Blant AMK-operatørene beskrives ulike opplevelser av usikkerhet, og dette kan tyde på at det finnes individuell variasjon av den typen Kvernbekk peker på. «Når jeg er usikker er jeg sikker», sier en av AMK-informantene. Denne uttalelsen kan tolkes som at informanten eliminerer usikkerhet ved å kategorisere henvendelser en er usikker på, som akutte henvendelser. Antakelsen om fremtiden synes da å være at det er bedre å være på den sikre siden. Flere AMK-operatører beskriver en liknende «føre var» holdning, men de begrunner den på individuelt varierende måter. Eksempelvis sier en annen AMK-operatør at hun har opplevd at det kan inntreffe uønskede hendelser der noen i pre-hospital tjenestekjede burde ha handlet annerledes, og hun forklarer at lang erfaring har gjort henne mer orientert mot å rådspørre seg med legevaktleger og kolleger. Dette kan tyde på at erfaring med akutte hendelser som gikk galt, kan spille en rolle for om AMK-operatører opplever usikkerhet ved henvendelser som kan vise seg å være akutte. AMK-operatørene som deltok i denne studien beskriver også at det er stor individuell variasjon i erfaring blant legevaktlegene, og at dette spiller rolle for hvordan det oppleves å konsultere dem. Ved entydige akutte henvendelser, konsulteres ikke alltid legevaktlegene.

Hos legeinformantene ser det også ut til å finnes individuelle forskjeller i opplevelsen av akutte henvendelser. Noen av legene beskriver at de ikke har erfaring i å samarbeide med AMK om slike henvendelser, og variasjon i individuell eller personlig erfaring ser ut til å spille en rolle for legenes opplevelse av usikkerhet. Det går også fram fra det en lege forteller, at han ønsker å delta på akutte hendelser, for å lære mer, men noen ganger har han erfart at han ikke blir tatt med til hendelsesstedet, og at han etterpå har blitt forklart at dette var fordi omveien ville resultere i forsinkelser. Det denne legen sier tyder på at ikke alle legevaktleger har erfaring med et vidt spekter av akutte hendelser, og at de heller ikke på forhånd alltid kjenner til hva som er grunnlaget for AMK-operatørens beslutninger. Dette kan tenkes å skape usikkerhet hos ferske leger i møte med uforutsette og akutte hendelser, og taler for at de kan oppleve mer usikkerhet i kontakt med AMK enn det de mer erfarne legevaktlegene gjør. Til forskjell fra AMK-operatørene som alle har mye erfaring, er det individuell variasjon i legevaktlegenes erfaring med akutte hendelser. Legevaktlegene arbeider ofte som fastleger, og arbeidet på legevakten derfor ikke er en del av deres alminnelige arbeidshverdag.

For å forbedre møtet med uforutsette akutte hendelser brukes det simuleringsmetoder noen ganger i helseforetak. Målet er da å sikre pasienten samordning, kontinuitet og faglig god kvalitet i tjenestetilbudet, uavhengig om pasienten mottar tjenestene fra spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten (eks. Helse-fonna, 2017). Årlig øver blant annet aktører i akuttmedisinsk kjede på samhandling ved katastrofehendelser. Casen er ofte den samme: Et fly har styrtet og det er mange døde og mange kritisk skadde i området. Oppdraget er klart: håndter hendelsen på en mest mulig rask og sikker måte. Men blir man ved simulerte situasjoner mer forberedt på virkelige akutte hendelser? Kvernbekk et al (2015) påpeker at selv om man øver og trener og forbereder seg, er situasjonen preget av usikkerhet (Kvernbekk et. al, 2015 s 35). For både AMK-operatører og legevaktleger ser det ut til at erfaring har mye å si for opplevd usikkerhet ved akutte hendelser, og det innebærer at det kan være mye å vinne på å gi ferske leger mulighet til å opparbeide seg mer erfaring som gir dem forståelse for hvordan pre-hospital tjeneste fungerer, og for hvordan de mer erfarne legevaktlegene arbeider.

#### *6.2.2.2 Oppstår det tillit?*

Jeg skal nå se nærmere på i hvilken grad informantene opplever tillit overfor hverandres yrkesgrupper, og om dette kan ha en innvirkning på kapasiteten til å gi rask og sikker prioritering av pasienter. Legevaktlegene som har erfaring, beskriver at samarbeidet med AMK

gjennomgående er godt og at de har høy grad av tillit til AMK sin risikovurderinger, mens AMK-operatørene i noe større grad problematiserer legevaktlegenes bidrag i samarbeidet – det pekes på store individuelle forskjeller i erfaring hos legevaktlegene, og at det er variasjon i hvor lette eller vanskelige de ulike legene er å kommunisere med. AMK-operatørene beskriver samarbeidet med erfarne legevaktleger som godt. Mens AMK-operatørene er beskriver et godt kollegialt samspill seg imellom, viser legene ikke til et kollegialt felleskap på samme måte. Funn i studien tyder på at det er et asymmetrisk tillitsforhold mellom legevaktlegene og AMK-operatørene. Legene har mer tillit til prioriteringer og vurderinger som blir foretatt av AMK-operatører, mens AMK-operatørene har, relativt sett, mindre tillit til legenes vurderinger. Grunnlaget for legenes tillit er det standardisert prioriteringsverktøy som AMK-operatør forplikter seg til å bruke. I tillegg viser legene til at AMK-operatøren oppleves som en person med erfaring og kyndighet i sin rolle. Dette funnet støttes av en studie som ser på når legen mener det er nødvendig å rykke ut til pasient og ikke, det kommer frem at det er avgjørende hva som blir formidlet fra AMK i den første utalmeringen (Brennvall et. al, 2015). Dette forteller oss at legevaktleger har tillit til AMK og hvordan AMK-operatør har oppfattet situasjonen.

### 6.2.3 Maktforholdet

Profesjoner som rår over spesialisert kunnskap, har makt (Eriksen og Molander, 2008 s. 161). En gruppe oppnår makt når den er i stand til å påvirke en situasjon til sin fordel mener Jacobsen og Thorsvik (2015). Jeg vil nå se på om det finnes spor av maktbruk mellom legene som yrkesgruppe og AMK-operatørene som gruppe, og undersøke hvilke muligheter de ulike aktørene har til å påvirke en situasjon til sin fordel. Funnene i studien tyder på at AMK-operatørene har makt på grunnlag av sin kyndighet i spesialiserte arbeidsoppgaver og bruk av et standardisert prioriteringsverktøy, mens legevaktlegene har makt ut fra sin profesjon. Skjønnsutøvelse basert på medisinsk kyndighet er en forutsetning for at pasienter skal få kvalitativt god hjelp, og kan ses som kjernen i legitimeringen av legenes profesjonell autonomi (Freidson, 2001). Spesifikke oppgaver som AMK råder over, kunnskapen og styring over ambulanseressursene, kan ses i lys av Abbott (1988) sitt jurisdiksjonsbegrep. Med jurisdiksjonstenkningen vil det å ha kontroll over ferdigheter og kunnskaper og innenfor et eget fagområde, være viktig i den profesjonelle arbeidsdelingen i samfunnet. Da med tanke på hvem

som får myndighetenes kognitive anerkjennelse for å ha kyndighet på et spesialisert felt, og derved får tildelt jurisdiksjon til dette arbeidsområdet.

Funn i studien kan tyde på at AMK-operatør er mer bevisst på bruk av makt enn det legevaktslegene er. AMK-operatørene beskriver medisinsk indeks som et faglig begrunnet hjelpeverktøy og at dette gir en makt i de første prioriteringene i den akuttmedisinske tjenestekjeden. Prioriteringsvurderinger AMK foretar, handler om hva som skal gjøres, i hvilken rekkefølge, hva som er mulig å gjøre, og hva man har ressurser til å gjøre. Dette er legevaktslege fortrolig med, og istedenfor å sette søkelys på at dette er en kilde til makt, viser de tillit til AMK-operatørenes vurderinger og begrunner dette med deres standardiserte hjelpeverktøy.

AMK-operatørene er opptatt av at det er lege som har siste ordet når det gjelder avgjørelser, men funn i studien viser at AMK-operatørene kan bruke flere midler for å få gjennomslag for sine synspunkt og komme frem til enighet. De beskriver at man kan spille på lag med kolleger i AMK og dermed bli et sterkt organisatorisk «vi», mot legens «jeg». Det gir en økt makt hos AMK-operatørene, men samtidig viser AMK-informantene til at det skal litt til for å motsi legen. På en annen side er AMK-operatørene trygg på at dersom de er uenig med legevaktlegen, kan de koble inn en tredje part, som er AMK-lege. Flere AMK-operatører sier i at AMK-legen er lett tilgjengelig i AMK, og kan kontaktes ved behov. Dersom AMK-operatører er uenig i legevaktslege beskrives dette som en mulig strategi for å finne en løsning.

Funn i studien kan tyde på at det finnes bestemte situasjoner der AMK-operatørene har mulighet for å bruke makt. Eksempelvis når AMK-operatører utalmerer legevaktslege via digitalt nett, har de en mulighet for å ordlegge seg på en måte som kan påvirke oppfattelse av situasjonen. Dersom AMK-operatør ønsker at lege skal rykke ut til pasient, viser også tidligere forskning at den første meldingen kan være avgjørende, og dermed at AMK her en påvirkningskraft, spesielt i denne situasjonen. Jeg skal forsøke å forklare nærmere med et gitt eksempel: Melding på 113 om trafikkulykke med flere personer ivolvert. Man har lite oversikt over hendelse i første utalmering. Her kan man formulere samme budskap på flere måter. «Trafikkulykke front mot front, mer info kommer» «uoversiktlig trafikk ulykke med mulig masseskade». Innholdet kan bety det samme, men første melding kan tolkes som en mer avventende posisjon enn andre melding, som forespeiler en mulighet for stor akutt hendelse.

Legene beskriver at de er avhengig av å se pasient og å gjøre en god vurdering. Dersom legevaktslege trenger ambulanse, er dette ofte på grunnlag av medisinske skjønnsmessige vurderinger. AMK-operatør gir oppdraget hastegrad ut fra bestilling rød, gul eller grønn, og ikke en konkret kode fra norsk indeks. Studien viser at dette er nødvendighet for lege, men sier samtidig at de kan forstå om AMK-operatør blir frustrert, da de har legekolleger som ikke alltid bruker ambulanse med rett formål. Unødvendig bruk av ambulanser kan i slike tilfeller skyldes at lege har det travelt, at det er slutt på vakta og at legen ønsker pasienten videre og utnytter seg av bestillingsrett ut fra vurdering etter skjønn.

Norsk indeks ser ut til å ha en legitimerende innflytelse på både leger og AMK operatører, når de snakker om grunnlaget for tillit til vurderinger og beslutninger som blir tatt. Funn i studien viser at i de mest akutte hendelsene gir en form for makt hos AMK-operatørene, fordi de nasjonale retningslinjene tilsier at når man får treff på røde akutte oppdrag, skal man varsle lege og ambulanse, som en dedikert oppgave. Legene viser en tillit og respekt for disse avgjørelsene. Både legevaktslege og AMK-operatører mener at det er ikke ved de akutte henvendelsene det oppstår uenighet, men ved de diffuse. Ved diffuse og uklare henvendelser spørres legene oftere om råd, og da mener både AMK-operatørene og legevaktlegene at det er legen som bestemmer.

Makt finnes i alle organisasjoner og menneskelige relasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2019 s.157). Partene i relasjonen blir bevisst eller ubevisst påvirket av hverandre, og innflytelse kan knyttes til ulike maktbaser. Det er spesielt to maktbaser som er aktuelle i samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktsleger. Den ene maktbasen består i å ha kontroll over arbeidsoppgaver og kunnskap, slik AMK-operatører og legevaktleger har over sine spesialiserte arbeidsoppgaver. AMK-operatørene har kunnskap og erfaring ved akutte hendelser, informasjon om pasientens tilstand og oversikt over tilgjengelige av ambulanseressurser, mens legevaktlegene på sin side har mer allmennmedisinsk kunnskap, de har monopol på å diagnostisere pasienter og de har en medisinsk kyndighetsstatus som følger med medlemskap i legeprofesjonen. Makt avhenger av tillit for å regnes som autoritativ, og legeinformantene i denne studien viser stor tillit til AMK i akutte hendelser, mens AMK- informantene viser varierende tillit til legevaktlegene i akutte situasjoner, avhengig av hvor erfarne de er.

Den andre maktbasen viser til at personlige ressurser har en innvirkning på oppnådd innflytelse. Dette samsvarer med funn i studien, der spesielt en legeinformant i flere sammenhenger snakker om fordelene man har ved å kjenne personene som jobber i AMK. Informanten opplever sjeldent



at det stilles spørsmål til hans vurderinger, og begrunner dette med relasjonen og kjennskapen til personene som er på jobb. Andre personlige ressurser kan være sosiale ferdigheter der man har opparbeidet seg et godt rykte, eller dersom man er flink å formulere seg, er kunnskapsrik og ikke minst har evnen til å påvirke andre. Dette kan gi personlig makt og er noe både AMK-operatører og legevaktsleger kan benytte seg av, selv om kommunikasjonen er begrenset. Flere sosiale møtepunkt kan tenkes å være en mulighet til å styrke noen av aktørenes personlige makt.

Ut fra disse perspektivene på makt, ser det ut til at begge yrkesgrupper har maktbaser på hver sin side, og at de kan bruke sin spesialiserte kunnskap til sin fordel. Funn i studien tyder på at det ikke er noen av partenes intensjon å bevisst bruke makt i samarbeidet. Likevel benyttes makt i enkelte situasjoner. Et eksempel kan være at AMK har knapt med ambulanseressurser tilgjengelig, og operatørene kan da påvirke med å stille kritiske spørsmål. AMK har som fordel å se hele bildet, mens legens fordel er å sitte med pasienten foran seg når han og svarer på spørsmål om kliniske tilstand. Det kommer frem av funn i studien at legen forventer en tillit til medisinske vurderingen som blir tatt, og at det er få av legeinformantene som nevner at utfordrende spørsmål fra AMK er et merkbart hinder for å få innflytelse i kommunikasjonen når prioriteringsdilemma oppstår, og alle legene som har erfaring med samarbeid med AMK, beskriver at det er åpning for å gå i dialog for å sammen løse utfordringen.

En episode som blir beskrevet av en legeinformant i studien, kan belyse betydningen av å ha et samarbeid som ikke er basert på maktspill, men setter søkelyset på overordnede felles mål om hva som er best for pasienten. Denne episoden ble fortalt av en lege som ordinerer medisiner som ambulanspersonalet skal gi til pasienten. AMK-operatør bryter inn på digitalt samband og spør om legen er sikker på avgjørelsen, fordi AMK-operatøren har konferert med nevrologisk lege som ikke er enig i avgjørelsen. Legeinformanten beskriver i denne situasjonen takknemlighet for at det ble stilt kritiske spørsmål og at det ble konferert med en spesialist, fordi legen så i etterkant at den medisinen som var ordinert, kunne fått alvorlige konsekvenser for pasientens tilstand. Denne episoden sier noe om betydningen av et godt samspill, der ikke makt og profesjoner nødvendigvis er i veien for å stille kritiske spørsmål. Men den sier også noe om at legene har et profesjonshierarki der spesialisters ord veier tyngre enn allmennlegers. At AMK-operatør ikke hadde helt tillit til legens avgjørelse, begrunnes med en mer spesialisert leges mening. Dette tyder på at AMK-operatør har respekt for legens profesjon og de mest spesialiserte legenes makt til å ta endelige avgjørelser.



## 7.0 Oppsummering og forslag til videre forskning

Hensikten med denne studien har vært å belyse hvordan AMK-operatører og legevaktleger samarbeider om prioritering av pasienter, og hvilke forhold de opplever hemmer og fremmer en rask og treffsikker prioritering av ressurser i prehospitaletjenestekjede. Funnene i studien viser at AMK-operatører i liten grad involverer legevaktleger ved entydige akutte hendelser, mens samarbeid er mer vanlig ved tvilstilfeller – der man i AMK ikke er sikker på hvor høy hastegrad som skal settes på en henvendelse. I slike saker beskriver informantene gjennomgående at de opplever samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger som godt.

Dette er et uventet hovedfunn, ettersom tvilstilfeller er vanskelige å vurdere, og tidligere studier har pekt på spesielle utfordringer knyttet til begrensninger ved kommunikasjonsmediene som brukes når AMK-operatører og legevaktleger samarbeider. Når partene som samarbeider ikke ser hverandre, men kommuniserer digitalt og over telefon, stilles det høye krav til deres profesjonelle gjensidighetsforståelse og til deres systemforståelse. På tross av begrensningene som gis i kommunikasjonssituasjonen, ser det ut til at det å foreta raske og treffsikre vurderinger og beslutninger om prioritering av pasienter i praksis fungerer godt, og at det gis tilstrekkelig rom for oppklaringer og dialog mellom de to samarbeidspartene, både underveis og etter hendelser. Erfaring løftes fram som avgjørende både av AMK-operatører og legevaktleger, og de som har mest behov for oppklaringer og dialog i etterkant av en hendelse, ser ut til å være de mindre erfarne legevaktlegene.

Også ut fra forventninger basert på teori om samarbeid mellom aktører som tilhører ulike profesjoner, befinner seg i ulike organisasjoner, og på ulike nivåer i helsetjenesten, er det overraskende at det ikke oppstår større utfordringer når AMK-operatører og legevaktleger skal gjøre vurderinger og beslutninger om usikre forhold ved pasientens helsetilstand. Kompleksiteten og tempoet i denne typen samarbeid gir grunn for å forvente at det kunne ha oppstått større utfordringer. I praksis oppleves kompleksiteten i samarbeidet som håndterlig, fordi arbeidsdelingen mellom AMK-operatører og legevaktleger i hovedtrekk er klart definert, og den gjensidige tilliten mellom partene gjennomgående er høy.

Studien belyser også noen områder der arbeidsdelingen mellom samarbeidspartene er mindre klart definert. Ett sentralt område er at AMK-operatører og legevaktleger har ulike forståelser av hvem som har ansvar for pasienten. AMK-operatørene beskriver at ansvaret for pasienten er

et felles ansvar for flere profesjonsgrupper som inngår i den akuttmedisinske tjenestekjede, mens legevaktslegene understreker at pasienten er legens eksklusive ansvarsområde. AMK-operatørene legger vekt på det systemiske pasientansvaret, mens legevaktlegene legger vekt på ansvaret i den individuelle lege-pasient relasjonen. Tidligere studier som ser på profesjongrensene mellom sykepleiere og legevaktsleger, finner at de to yrkesgruppens arbeidsoppgaver i praksis delvis er overlappende, og at profesjongrensene ikke er entydige og faste, men snarere fleksible og flertydige. AMK-operatører er sykepleiere og de mener, i motsetning til legene, å se at ansvaret for pasienten i praksis ikke er legens alene, men snarere er et ansvar som ivaretas av flere aktører som inngår i prehospitaletjenestekjede.

Et hovedfunn i studien at legevaktslegene løfter fram betydningen av et godt samarbeid med AMK ved akutt kritiske hendelser, mens AMK-operatørene opplever at det er mindre behov for samarbeid med legevaktlegene i denne typen hendelser, fordi de ser dem som opplagte, og de begrunner dette med den klare arbeidsdelingen og rutinene i prehospitaletjenestekjede som gjør at pasienter sendes direkte til sykehus med ambulanse ved akutt kritiske hendelser. Som vi har sett beskriver AMK-operatørene at det er større behov for et godt samarbeid med legevaktslegen ved uavklarte henvendelser. Dette tyder på at legevaktleger og AMK-operatører har en noe ulik systemforståelse, og at AMK i praksis legger premisser for hvilke typer henvendelser legevaktlegene involveres i, mens legevaktlegene på sin side ser ut til å ha et spesielt ønske om å involveres i akutte hendelser. Selv om legevaktlegene oppfatter samarbeid med AMK som mest betydningsfullt ved akutt kritisk hendelser, mens de i praksis som regel rådspørres ved usikre hendelser, er det ingen funn i studien som tyder på at dette fører til konflikter eller forhandlinger mellom de to samarbeidspartnerne om hvilke typer saker legevaktleger bør involveres i.

Områder der tilliten mellom AMK-operatører og legevaktleger kan stilles på prøve, belyses også i studien. Et hovedfunn er at legevaktlegers tillit til AMK-operatørers vurderinger er høye, mens AMK-operatørenes tillit til legevaktlegenes vurderinger er noe mer varierende. Legevaktlegene begrunner sin tillit til AMK-operatørene med at de har lang erfaring, og at de bruker en medisinsk indeks som er et godt utprøvd hjelpeverktøy i prioritering av pasienter og ressurser. AMK-operatørene har også gjennomgående høy tillit til legevaktlegenes vurderinger, men de trekker fram noen forbehold knyttet til at det finnes individuelle forskjeller når det gjelder legevaktlegers erfaring. Noen legevaktleger har lite erfaring, og tilliten til deres

vurderinger er begrenset, mens det er de erfarne legevaktlegene som løftes fram som de beste samarbeidspartnere for AMK-operatørene.

Studien kaster også lys på forholdet mellom standardisering og profesjonelt skjønn i samarbeidet mellom AMK-operatører og legevaktleger. Både AMK-operatører og legevaktleger må bruke skjønn når de vurderer usikre hendelser. Legevaktlegenes toleranse for usikkerhet og deres forståelse for at skjønnsbaserte medisinske praksiser alltid vil involvere større eller mindre grad av usikkerhet, ser ut til å være en del av deres profesjonalitet. Funnene i studien tyder på at AMK-operatørene i større grad søker å bruke sitt skjønn til raskt å minimere risiko og usikkerhet og at de ofte «over-triagerer» for å redusere sjansene for at pasienter med alvorlige tilstander ikke får riktig helsehjelp i tide. Mens legevaktlegene i sitt daglige arbeid starter i motsatt ende av risiko-hierarkiet. Denne forskjellen i arbeidsmetodikk beskriver både legevaktlegene og AMK-operatørene at de klar over. Informantene ble spurt om det kunne ha vært en fordel for samarbeidet om begge parter hadde brukt det samme prioriteringsverktøyet. Funnene i studien viser at legevaktlegene ikke har noe imot bruk av standardiserte hjelpeverktøy så lenge det ikke medfører unødvendig byråkrati, men de ser ikke slike hjelpeverktøy som en nødvendig støtte for sine medisinske vurderinger, og ingen av informantene opplever at forskjellene i arbeidsmetodikk medfører samarbeidsproblem. Tvert om ses det som en fordel at AMK-operatører opererer ut fra en standardisert indeks som sikrer hurtig og treffsikker respons når det trengs, mens legevaktlegene i hovedsak bruker sitt skjønn i fysiske undersøkelser av den enkelte pasient. Både AMK-operatører og legevaktleger er mest opptatt av at organiseringen og arbeidsdelingen i prehospital tjeneste gir et utfyllende samspill som tjener pasienten, og de legger mindre vekt på at forskjeller i bruk av skjønn og ulik kompetanse kan vanskeliggjøre samarbeid om hvordan usikre hendelser skal vurderes.

Standardisert hjelpeverktøy har likevel en betydning for samarbeidet, når tillit, usikkerhet og maktforholdet mellom samarbeidspartene blir et tema. Når jeg i studien har sett på maktforholdet mellom aktørene ut fra teoretiske perspektiv, går det fram at begge parter har makt-ressurser som de kan bruke i kraft av sine spesialiserte arbeidsoppgaver og sin faglige ekspertise. Funnene i studien tyder på at AMK-operatører er mer oppmerksomme på sitt potensial for å kunne bruke makt enn det legene er, men de beskriver at det ikke er et stort behov for bevisst å bruke denne makten, da konfliktene heller er sjeldne og uenigheter blir løst på alternative måter. Usikkerhet har vært et sentralt tema i denne studien, fordi det er av

betydning for treffsikkerheten i prioritering av pasienter. AMK- operatører beskriver at de ofte mottar henvendelser som det knyttes usikkerhet til, men de viser samtidig til flere faktorer som gjør at usikkerhet kan reduseres. For det første vises det til standardiserte hjelpeverktøy som i praksis har vist seg å være pålitelige, dessuten har kollegaer og andre leger man kan rådføre seg med internt i AMK stor betydning når det skal gjøres vurderinger og beslutninger i tvilstilfeller. Ved å spille på lag med kolleger, blir AMK-operatørene et sterkt organisatorisk «vi», mot legevaktens «jeg». Selv om dette kan styrke AMK-operatørenes maktbase, viser funn studien at det skal litt til for å motsi legevaktlegen.

Ut fra teoretiske perspektiv på samarbeid og tidligere forskning om samarbeid mellom aktører med ulike profesjoner i prehospital tjenestekjede, forventet jeg at det ville være større utfordringer i kommunikasjonen mellom legevaktleger og AMK-operatører. Funnene i studien viser at informantene er bevisst på sårbarheten som knyttes til begrenset kommunikasjon, og at de er klar over at samspill mellom mange aktører med ulike personligheter kan gi rom for misforståelser. Men ingen av disse forholdene som i utgangspunktet kunne ha komplisert samarbeidet, pekes på som noen stor utfordring. De viktigste funnene i studien tyder dermed på at samarbeidet mellom AMK-operatør og legevaktslege fungerer godt med dagens organisering, særskilt der det er behov for rask og treffsikker prioritering viser studien til at det ikke oppstår store utfordringer.

Dersom det skulle tas initiativ til ledelsestiltak for å forbedre samarbeidet mellom legevaktleger og AMK-operatører ytterligere, kommer det frem av det informantene i denne studien sier at mer ansikt-til-ansikt fellesskap i sosiale og faglige sammenhenger kan bidra til dette. Spesielt for legevaktleger med lite samarbeidserfaring med AMK, ser det ut til at slike uformelle tiltak for å gjøre samarbeidspartnerne mer kjent med hverandre kan være en fordel. Som vi har sett i denne studien er det ikke alle legevaktleger som sier at de har samarbeidet med AMK, og noen av de yngre legene forklarer at de ønsker å delta i akutte hendelser for å få mer erfaring. For å gi de mindre erfarne legevaktlegene mer systemkompetanse, kunne en satt i gang et opplæringssystem der de får lytte til samtaler der deres mer erfarne kolleger diskuterer med AMK-operatører hvordan usikre henvendelser skal vurderes, og en kunne ha supplert slike opplæringssystem med praktisk øvelse i å delta på utrykninger ved mer akutte hendelser. Følgforskning om denne typen forbedringstiltak ville kunne være interessant både for de

involverte partene i samarbeidet, og for helsemyndighetene i Norge som legger rammebetingelser for hvordan prehospital tjenestekjede skal organiseres.

## Litteraturliste

Abbott, A (1988) *The system of professions, an essay on the division of ekspert labor.* University of Chicago press

Akuttmedisinforskriften. (2015) Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. hentet fra <https://lovdata.no/sok?q=akuttmedisinforskriften>

Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006) Integration and collaboration in public health- a conceptual framework. I *International Journal of Health Planning and Management*

Berger, P & Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality.* London: Allan Lane

Brennvall, H., Hauken, H., Hunskaar, S., Wisborg, T., & Zakariassen, E. (2015). Legevaktlegers avgjørelse om utrykning i akuttsituasjoner. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 135(7), 654-657.

Bukve, Oddbjørn (2016) forstå, forklare, forandre om design av samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekt. Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Gyldendal. Oslo

Danholt, L.J., Lien, L, & Kjønnsberg, K. (2010) Hjelp når du trenger det- En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykiske helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 64-74.

Denzin, N. K. & Lincoln Y. S. (2003). *The Landscape of qualitative research* (eds). Sage.

Elstad, T.A, Steen, T.K og Larsen, G.E. (2010) Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 04, volum 10



Eriksen, E.O. (2007) Demokratiets sorte hull: om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten. Bergen: Fagbokforlaget

Erikson, E. og Molander, A. (2008) Profesjon, rett og politikk I Molander, A & Terum L.I (red.) Profesjonsstudier. Universitetsforlaget

Freidson, E. (2001). Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: University of Chicago Press.

Grimsmo, A. Kirchhoff, R og Aarseth, T. (2015) Samhandlingsreformen i Norge nordiske organisasjonsstudier. Fagforlaget

Helsedirektoratet (2018) Norsk indeks for medisinsk nødhjelp hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/norsk-indeks-for-medisinsk-nodhjelp>

Jacobsen, D.I. (2004) Hvorfor er samarbeid så vanskelig. I Repstad, P. (red). Dugnadsånd og forsvarsverker-tverretatlig samarbeid i teori og praksis

Johannessen, L. (2018). Flertydighet og fleksibilitet. Norsk Sosiologisk Tidsskrift, 2(03), 242-258.

Kokom, 2018, Håndbok for samhandling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, Hentet fra [https://kokom.no/wp-content/uploads/2019/01/KoKom-h%C3%A5ndbok-2017\\_6.korrNY.pdf](https://kokom.no/wp-content/uploads/2019/01/KoKom-h%C3%A5ndbok-2017_6.korrNY.pdf) s. 17

Kvernbekk, T, Torgersen, G.E & Moe I. B (2015) Pedagogikk for det uforutsette Fagbokforlaget

Malmo, V.K & Klausen, D.H (2019, 20. mai). –Leger i distriktet føler seg overkjørt av AMK sentralene: -Frykter for pasientens liv og helse. NRK hentet fra <https://www.nrk.no>

Malterud, Kirsti (2017) Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Universitetsforlaget

Nordby, Halvor (2017) interdisciplinary communication on digital emergency networks in ambulance services; an exploratory study

Nordby, Halvor (2014) Samhandling i pre hospitalt arbeid. Gyldendal forlag

Norsk senter for Forskningsdata. Hentet fra <https://nsd.no/personvernombud/meld-prosjekt/indeks.html>

NOU 2015:17 (2015) Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>

Sjøhammer, M, 2004 bedre planlegging i helsesektoren- et systemisk perspektiv. Høyskoleforlaget AS

Svenson, L.G. & Karlson, A. (2008) Profesjoner, kontroll og ansvar I Molander, A & Terum, L.I (red.) Profesjonsstudier, Universitetsforlaget

Thagaard, T (2018) Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitative metoder Fagbokforlaget

Torgersen, G. E & Steiro T.J (2018) Interaction; samhandling under risk: A step ahead of the unforeseen, Cappelen damm

Vabø, M. & Vabo, S.I (red) (2014) Velferdens organisering. Oslo, Universitetsforlaget.

Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. Tidsskrift for Velferdsforskning, 21(02), 119-1

## **Vedlegg 1: Søknad til NSD**

Meldeskjema 823700

Skriv ut

**Sist oppdatert**

27.08.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Lydopptak av personer

Type opplysninger

**Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedømmer eller lovovertrедelser?**

Nei

Prosjektinformasjon

**Prosjekttittel**

Samarbeid mellom AMK og vaktlege

**Prosjektbeskrivelse**

Formålet med prosjektet er å se nærmere på samarbeidet mellom AMK og vaktlege, da med fokus på prioritering av pasienter og hvilke forhold de ulike partene opplever at samarbeidet hemmer og fremmer rask og treffsikker prioritering av rett ressurs. Det jeg også vil ha fokus på som underliggende spørsmål er hvordan profesjon, standardisering og maktforhold påvirker den endelige prioriteringen.

**Begrunn behovet for å behandle personopplysningene**

Bruk av lydopptaker er et hjelpemiddel som er med å fange opp nødvendige opplysninger når data skal transkriberes

**Ekstern finansiering**

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

irene Kolnes, voldinen3@hotmail.com, tlf: 97161338

Behandlingsansvar

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Kjersti Halvorsen, Kjersti.Halvorsen@hvl.no, tlf: 41600376

**Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?**

Nei

Utvalg 1

---

**Beskriv utvalget**

Lege på vakt ved kommunal legevakt

**Rekruttering eller trekking av utvalget**

Sender ut informasjonskriv til leder på en interkommunal legevakt innen eget helse foretak, Helse-Fonna, som sender videre forespørsel til aktuelle informanter, som deretter kontakter meg direkte dersom aktuelt

**Alder**

26 - 65

**Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?**

Nei

## **Personopplysninger for utvalg 1**

- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

### **Vedlegg**

Intervjuguide til NSD.docx

### **Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

### **Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

### **Hvordan?**

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

### **Informasjonsskriv**

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.docx

Utvalg 2

---

### **Beskriv utvalget**

AMK operatør

### **Rekruttering eller trekking av utvalget**

Sender informasjonsskriv til leder annen AMK, utenom egen arbeidsted, som gjør et utvalg for meg blant AMK operatører

### **Alder**

25 - 65

**Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?**

Nei

**Personopplysninger for utvalg 2**

- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 2?

Personlig intervju

**Vedlegg**

Intervjuguide til NSD.docx

**Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger**

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 2

**Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?**

Ja

**Hvordan?**

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

**Informasjonsskriv**

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.docx

Tredjepersoner

**Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?**

Nei

Dokumentasjon

**Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

### **Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?**

Ved at man sletter samtykket dersom informanten ber om det. Informasjonsskrivet sier at man når som helst kan trekke seg der alle opplysninger da blir slettet. Forskningsdeltakere som ønsker innsyn i, retting eller sletting av sine opplysninger, ønsker å trekke samtykket eller reservere seg mot videre behandling kan be om dette uten å måtte oppgi årsak. Prosjektleder behandler henvendelser uten ugrunnet opphold, og senest innen 30 dager

### **Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?**

beskriver rettigheter i informasjonsskrivet som sendes ut sammen med forespørsel om å delta i intervjuet. Navn og telefonnummer til student/ prosjektleder og veileder står i skrevet og inviterer til kontakt ved behov. Se vedlegg under utvalg for detaljer rundt informasjonen. Dersom en forskningsdeltaker trekker sitt samtykke eller reserverer seg for deltakelse skal alle opplysninger om deltakeren slettes eller anonymiseres dersom forskningsdeltakeren ønsker det

<b>Totalt</b>	<b>antall</b>	<b>registrerte</b>	<b>i</b>	<b>prosjektet</b>
---------------	---------------	--------------------	----------	-------------------

Tillatelser

### **Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?**

Behandling

### **Hvor behandles opplysningene?**

- Private enheter

### **Retningslinjer/tillatelse til å behandle opplysninger på private enheter**

304oppbevaringavaktiveforskningsdata\_privat.v2020.1.pdf

### **Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?**

- Student (studentprosjekt)

- Andre med tilgang til opplysningene

**Andre som har tilgang til opplysningene**

veileder i prosjektet

**Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?**

Nei

Sikkerhet

**Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?**

Ja

**Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**

- Opplysningene anonymiseres fortløpende
- Endringslogg
- Adgangsbegrensning
- Andre sikkerhetstiltak

**Hvilke**

Lagrer på høyskolen sin forskningsserver Egen bruker og Kode på PC

Varighet

**Prosjektperiode**

20.08.2020 - 10.06.2021

**Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?**

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

**Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?**

Nei

Tilleggsopplysninger



## **Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD**

NSD sin vurdering

Skriv ut

### **Prosjekttittel**

Samarbeid mellom AMK og vaktlege

### **Referansenummer**

823700

### **Registrert**

27.08.2020 av Irene Kolnes - 573380@stud.hvl.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Kjersti Halvorsen, Kjersti.Halvorsen@hvl.no, tlf: 41600376

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

irene Kolnes, voldinen3@hotmail.com, tlf: 97161338

### **Prosjektperiode**

20.08.2020 - 10.06.2021

### **Status**

28.08.2020 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

**28.08.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 28.08.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialog mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. **DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG** Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet. **MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 10.06.2021. **LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. **PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet **DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne

retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD** vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke**

### **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt**

Dette er et spørsmål til deg om du har mulighet for å delta i et forskningsprosjekt der formålet er å se nærmere på samarbeidet mellom AMK og vaktlege i den akuttmedisinske kjeden. Skrivet inneholder mer informasjon om formål med prosjekt og hva det innebærer for deg å delta.

### **Bakgrunn**

Jeg er student ved høgskolen på Vestlandet og tar nå masterstudie i ledelse- og organisasjon med spesialisering i helse- og velferdsledelse. I forbindelse med min masteroppgave vil jeg se nærmere på samarbeidet mellom AMK og vaktlege, da med fokus på hva som kan være med å hemme og fremme rask og treffsikker prioritering av rett ressurs. Man møter her en profesjon opp mot standardiserte oppgaver. Det som også blir aktuelt er å se maktforholdet mellom aktørene, og hvordan det kan være med å påvirke den endelige prioriteringen.

Jeg har jobbet som AMK- operatør i 8 år, før jeg for 4 år siden gikk inn i min nåværende stilling som funksjonsleder for AMK i område Helse-Fonna. Jeg har opplevd å arbeide i et godt samarbeid og også kjent på utfordringene med samarbeidet. Jeg ser på dette temaet som aktuelt for best mulig ivaretagelse for pasienten i den akutt, pre hospital fase. Mitt ønske med dette prosjektet er å snakke med begge parter for deres synspunkter og erfaringer. Aktuelt blir da å intervju 4 leger fra legevakt og 4 operatører fra AMK.

### **Hva innebærer det å delta i studien?**

Det blir satt av cirka 60 minutter til en samtale, et intervju, med åpne spørsmål som omhandler dine erfaringer, meninger og tanker rundt samarbeidet med kollega. Jeg stiller meg positiv til å møte på din arbeidsplass og er åpen for tidspunkt.

### **Hva skjer med informasjonen du gir**

I prosjektet er det system på at personopplysninger blir behandlet konfidensielt. I oppgaven vil intervjuobjektene bli anonymisert. Det er meg selv og Kjersti Halvorsen, som min veileder i prosjektet, som har tilgang til materialet. All material vil bli slettet etter endt prosjekt, som etter plan er i juni 2021. Dersom det er greit for deg som deltaker ønsker jeg å benytte meg av lydopptaker, da jeg tenker dette er med å hjelpe å få frem svarene i ettertid. Opplysninger fra lydopptaker og notat blir oppbevart konfidensielt, og er i samsvar med personvernregelverket. Når lydopptaker er transkribert blir all innhold slettet og makulert umiddelbart etterpå. Jeg vil i studien skille mellom svar fra lege og AMK-operatør, men ikke oppgi navn eller arbeidssted.

Studien er vurdert og godkjent av personvernombudet for forskning, norsk senter for forskningsdata, NSD.

### **Dine rettigheter**

I dette prosjektet bruker jeg lydopptaker som kategoriseres som personopplysninger. Du har rett til innsyn i hvilken personopplysninger som er registrert om deg og du rett til å få personopplysningene redigert eller slettet. Du har rett til å sende inn klage til personombudet eller datatilsynet rundt behandling av dine personopplysninger.

### **Frivillig deltagelse**

Deltagelse av studien er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten plikt til å oppgi årsaken til dette. Da blir alle opplysninger fra deg slettet.

Det er ingen kjente ulemper ved å delta i studiet.

Student	Veileder
Irene Kolnes	Kjersti Halvorsen
<a href="mailto:Irene.vold@helse-fonna.no">Irene.vold@helse-fonna.no</a>	Mail: <a href="mailto:Kjersti.Halvorsen@hvl.no">Kjersti.Halvorsen@hvl.no</a>
Mob: 97161338	Mob: 41600376

Dersom det er behov for mer informasjon om studien er du velkommen til å kontakte meg eller min veileder.

### **Med vennlig hilsen**

Irene Kolnes

### **Samtykke til deltagelse i studien:**

*Hvordan samarbeider AMK og vaktlege om prioritering av pasient?*

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

---

*(Signert av prosjektdeltager, dato)*

## **Vedlegg 4: Intervjuguide**

Dette er en kvalitativ undersøkelse om samarbeid mellom profesjoner og standardiserte hjelpeverktøy ved prioritering av pasient i pre hospital akuttmedisinsk tjeneste.

Studien tar utgangspunkt i samarbeid mellom kommunal vaktlege og AMK- operatør, der man søker svar på hvordan aktørene samarbeider om prioritering av pasient. Man ser da på hva som kan oppleves som fremmede og hemmende rask og treffsikker prioritering av rett ressurs.

Innledende presenterer jeg og informerer kort om prosjektet før oppstart av intervjuet. Jeg har bygget opp intervjuet ved å sette tema og hovedspørsmål. For oversikt har jeg valgt ut hjelpespørsmål som gjerne er mer konkrete en hovedspørsmåla. Intervjuet er felles for AMK og lege, da informasjonen jeg søker i samarbeidet ikke skiller seg til tross for ulike yrker. Avslutningsvis åpner jeg opp for supplerende kommentarer utenom spørsmåla.

### **Innledende**

- Hvilken utdanning har du?
- Hvor lenge har du jobbet i AMK/ legevakt?

### **Samarbeidsforholdet**

- I hvilken grad tenker du at AMK og vaktlege er avhengig av hverandre for best mulig vurdering/prioritering av pasienten?
- Hvordan beskriver du dine arbeidsoppgaver i forhold til kollega AMK/lege?
- Akuttmedisinforskriften beskriver arbeidsoppgavene til AMK og lege. Er det en tydelig arbeidsdeling? Hva er forskjellene på arbeidsoppgavene?
- Hvilken betydning har dette samarbeidet for deg?
- Har du tillit til den vurdering din kollega tar? Hvorfor/hvorfor ikke?

### **Utfordringer –Organisasjonsteori**

- Hva opplever du som utfordrende i samarbeid med AMK/lege? Gjerne med konkrete eksempler
- Opplever du dobbeltarbeid eller gråsoner som et stort problem?
- Tenker du at samarbeidet burde vært styrt mer fra ledelse/satt i system? /Hvilke tiltak kunne vært utført for bedring av samarbeid?
- Hva er med å styrke samarbeidet?

### **Prioritering av pasient -Organisasjonsteori og profesjonsteori**

- Hva tenker du om at AMK jobber ut fra standardiserte prioriteringsverktøy som lege ikke har/og lege ut fra skjønn?
- Hva kan årsak til dette være?
- Tror du det er med å påvirker samarbeidet?
- Hadde det vært et tiltak til forbedring dersom lege og AMK jobbet ut fra samme standardiserte prioriteringsverktøy? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Er prioriteringsverktøy en nødvendighet for AMK?
- Blir det ofte stilt spørsmål til din vurdering fra kollega AMK/lege?

### **Profesjon, standardisering og maktforhold – Profesjon og samhandlingsteori**

- Hvordan kan lege og/eller standardiserte vurderingsverktøy være med å påvirke prioritering av pasient?
- Hvem tenker du har ansvar for pasienten i akuttmedisinsk kjede?
- Ved uenighet om prioritering av pasient, hvem tenker du bestemmer/har «det siste ordet»?
- Opplever du ofte usikkerhet i din vurdering av pasient? Hva kan årsaken til ja/nei være?
- Noen påstår at AMK er blitt en kommandosentral. Hva tenker du om den påstanden?
- Opplever du at standardiserte prioriteringsverktøy (medisinsk indeks) gir en økt maktposisjon i AMK? Hvis ja: på hvilken måte?

### **Samhandling i uforutsette situasjoner Samhandlingsteori**

- Arbeidsdagen i AMK/legevakt er lite forutsigbar. Hvordan påvirker det samarbeidet?
- Har du eksempler eller opplevd noe som kan beskrive et godt eller dårlig samarbeid i akutt situasjon?
- Hvordan oppleves samarbeidet i akutte situasjoner?
- Hvordan vektlegger du kommunikasjonen med lege/AMK når det er akutte situasjoner?

### **Avsluttende**

- Er det noe du ønsker å tilføye rundt temaet samarbeid mellom AMK og vaktlege?

