



Juni 2018

Når det haster

Prestasjoner i akuttmedisinske
kommunikasjonssentraler

Handelshøyskolen BI, Oslo
Executive Master of Management

Janne Kristin Kjøllesdal
HELSEDIREKTORATET

Innhold

1 Innledning og problemstilling	2
2 Teori	5
3 Metode.....	9
4 Funn og drøfting.....	13
4.1 Mestringshistorier: Hva haster? Hva står på spill?	15
4.2 Samarbeidshistorier	22
4.3 Mestring i etterarbeidet	27
5 Oppsummering	36
5.1 Evaluering av funn og implikasjoner	37

1 Innledning og problemstilling

Mitt studieobjekt er operatørene i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler), som svarer på henvendelser til medisinsk nødnummer 113. Gode prestasjoner i AMK-sentralene har avgjørende betydning for at personer i akutt nød får riktig medisinsk helsehjelp raskest mulig. Jeg har mitt arbeidssted i Helsedirektoratet, hvor jeg blant annet jobber med utviklingsprosjekter i AMK-sentraler, og min interesse for profesjonsgruppen AMK-operatørene, har både et faglig og profesjonelt utgangspunkt.

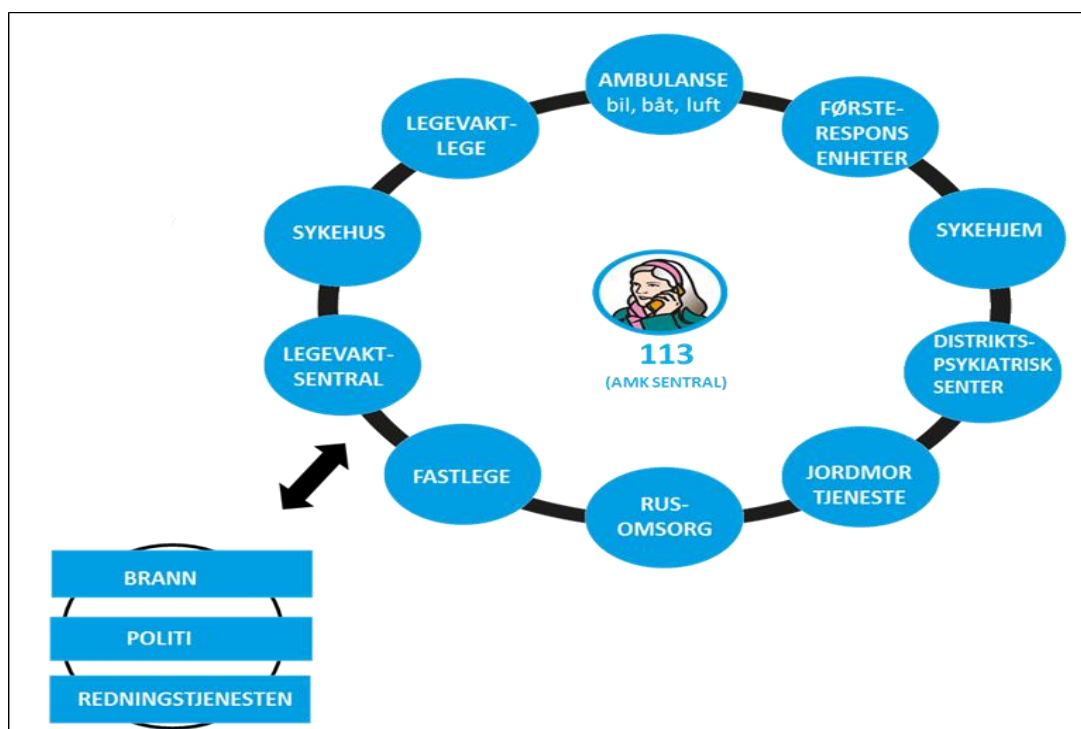
AMK-sentralens rolle i helsetjenesten

AMK-sentralens rolle i helse- og omsorgstjenesten kan beskrives som å være navet i håndtering av henvendelser om akuttmedisinsk helsehjelp. I dag er det 16 AMK-sentraler i Norge og omtrent 430 personer arbeider som operatører på AMK.

Akuttmedisinforskriften § 15 regulerer AMK-sentralenes oppgaver, utstyr, bemanning og beredskap. AMK-sentralene skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand. Det innebærer å gi nødvendige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette, koordinere og følge opp akuttmedisinske oppdrag. AMK-sentralene skal besvare 90 prosent av 113-henvendelsene fra publikum innen 10 sekunder. De skal ved behov iverksette umiddelbar varsling for samtidig innsats fra politi og brann og redningsetaten og varsle hovedredningssentralene og andre berørte AMK-sentraler ved behov. AMK-sentralen skal iverksette og koordinere ambulanseoppdrag. I dette ligger det et ansvar for å styre ambulanseressursene til de er ankommet hendelsesstedet. AMK-sentralen skal også varsle den kommunale legevaktsentralen om behov for øyeblikkelig hjelp i kommunen og AMK-sentralene skal også som hovedregel viderekoble samtaler som gjelder allmennt medisinske - problemstillinger uten behov for utrykning fra spesialisthelsetjenesten til legevaktsentral.

Operatørene i AMK-sentralene jobber i en utsatt posisjon og har press på seg til å ta raske avgjørelser i tidskritiske hendelser. Jobbutførelsen er å samarbeide godt med teamet internt og med innringere. Arbeidet omfatter også å koordinere ressursene som sendes ut for å gi helsehjelp, og samarbeide med de andre nødetatene, politi og brann og redningsvesenet.

Ved siden av god helsefaglig innsikt hos operatørene, settes det krav til empati, tålmodighet og gode kommunikasjonsevner. Arbeidet skal utføres i høyt tempo, samtidig som alt av betydning skal dokumenteres i hht. journalforskriften og alt som sies tas opp på lydlogg.



Figur 1: Aktørbilde for AMK-sentralen. Kilde: Helsedirektoratet, 2014

Tiden det tar fra en potensielt alvorlig hendelse inntreffer til en pasient har fått nødvendig helsehjelp er ofte av avgjørende betydning for å unngå unødvendig død, tap av leveår eller funksjonsevne eller lidelse. For flere akutte tilstander, som hjertestans, hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og alvorlige traumer, bidrar rask responstid til å redde liv og å bedre pasientens sjanser til å bevare sitt funksjonsnivå.

AMK-sentralene har en viktig rolle i forhold til å gi innringer helsefaglige råd mens man venter på ambulanse. Veiledning i livreddende førstehjelpstiltak som f.eks. hjerte- og lungeredning (HLR), etablering av frie luftveier, stansing av blødninger og forebygging av nedkjøling inngår i denne funksjonen. Nyere forskning viser bl.a. at telefonveiledet HLR og bruk av hjertestarter har stor betydning for overlevelse ved hjertestans (HOD 2016).

Problemstilling

Mitt forskningsspørsmål er hvordan operatørene klarer å prestere under tidspress og med press fra flere aktører. Hva kjennetegner gode prestasjoner i AMK-sentralene? Undersøkelsen skal fokusere på hva operatørene mener kjennetegner håndtering av hendelser og i hvilke situasjoner operatørene opplever at de var på sitt beste.

Med det som utgangspunkt vil jeg undersøke hva som kjennetegner gode prestasjoner i AMK-sentralene.

- Hva har mest betydning for operatørens prestasjoner og opplevelse av mestring?
- Når opplever operatøren at hun/han er på sitt beste?
- Når opplever operatøren at samarbeidet med kolleger er på sitt beste?
- Når opplever operatøren at samarbeidet med eksterne samarbeidsparter er på sitt beste?

Jeg forventer at mine data viser mestringsopplevelser i hendelser der det har gått bra med pasientene og at historiene viser gode jobbopplevelser i forbindelse med råd og veiledning av innringere og i samarbeidet i AMK-sentralen. Jeg forventer også å finne historier om høy toleranse for press, stress og svært høye jobbkraav.

Teori som kan belyse prestasjonene og mestringsopplevelsene hos AMK-operatørene er teoriene om reflekterte beste selvportrett, høykvalitetsforbindelser, mestringstro, meningsfullhet i jobben og resilience. Disse teoriene kan alle plasseres under paraplyen av organisasjonsstudier kalt "Positive organizational scholarship" (POS).

2 Teori

Positive organizational scholarship (POS)

Positive organizational scholarship (POS) ble introdusert rundt årtusenskiftet på bakgrunn av et bredt skifte i samfunnsvitenskapen (Dutton and Glynn, 2008) fra teorier som fokuserte på det negative og mangler i organisasjoner til fokus på mer styrkebaserte tilnærminger. Dette skiftet har sine røtter fra tidligere organisasjonsstudier, som for eksempel Selznick (1957) som vektla verdibaserte faktorer for å forklare premisser for ledelse og organisasjonsutvikling. Men POS går lenger ved at den inntar et normativt standpunkt i forskningen om organisasjoner som sted for personlig og kollektiv vekst hvor man vektlegger at forskerens aktive bidrag i seg selv kan være bidrag til læring, kreativitet, vekst og sunne miljø (Dutton, 2003a).

Positive organizational scholarship (POS) er en samlebetegnelse for flere teorier og lære (scholarship) om hva som kan være menneskenes beste forutsetninger. Fokus er på hva som genererer dynamikk i organisasjoner som bidrar til styrkebasert utvikling, skaper resilience og som stimulerer til ekstraordinære prestasjoner på individuelt og organisatorisk nivå. POS stiller spørsmål om hva som løfter individer og organisasjoner, hva som er riktig i organisasjoner, hva er energigivende og hva som erfares som godt. POS representerer et overordnet perspektiv for flere teoretiske perspektiver under denne overbygningen. Jeg vil anvende fire ulike teorier til min analyse; Reflekterte beste selvportrett (RBS), høykvalitetsforbindelser (HKF), «Appreciative Inquiry» (AI) og «self-efficacy» eller mestringstro og resilience.

Reflekterte beste selvportrett (RBS)

RBS springer ut av prinsippene for positiv psykologi og positive organizational scholarship (POS), som har som formål å utvikle en teoretisk forståelse av personers styrke, verdier og helse, og som står i motsetning til det forutinntatte fokus på svakhet og mangler i organisasjoner. Roberts, Dutton, Spreitzer, Heaphy and Quinn (2005) har utviklet teorien om RBS, som vektlegger å trekke frem det positive og bli bevisst sine sterke sider som kan anvendes i styrkebasert utvikling for den enkelte. Formålet med RBS er at det kan fungere både som anker for hvem man er på sitt beste og en veiviser for økte muligheter for individuell utvikling og mestring. RBS bygger på tilbakemelding fra viktige andre som

sammenlignes med ens egen oppfatning. En person sitt RBS er personens egen syntese over hvordan hun tror at utvalgte andre oppfatter henne på sitt beste.

Jeg har latt meg inspirere av metoden og anvendt den delvis ved å invitere operatørene til å reflektere over hvordan de er på sitt beste og til å konkretisere det med historier om håndtering av hendelser. Her har ikke AMK-operatørene bedt om tilbakemeldinger fra andre og det kan kalles et selvreflektert beste selvportrett. Jeg har benyttet det som en inngangsport til samtalen om opplevelser av mestring hos AMK-operatørene.

Høykvalitetsforbindelser

Høykvalitetsforbindelser (HKF) er kjennetegnet av gjensidig positive anerkjennelse, tillit og aktivt engasjement fra begge parter (Dutton 2003b). I høykvalitetsforbindelser føler folk seg mer åpen, kompetente og levende. Dette forutsetter respektfullt engasjement mellom kolleger, noe som gir sosial verdighet som bekrefter selvfølelsen og styrker kompetanse og gir energi.

Dutton setter opp fem strategier for høykvalitetsforbindelser:

- vise at man er til stede
- være genuin eller være åpen og autentisk om egne intensjoner og ønsker
- lytte aktivt
- kommunisere bekreftende
- kommunisere inviterende

For AMK-operatørene som kommuniserer verbalt med innringer uten hjelp av kroppsspråk, er aktiv lytting helt essensielt. For å avklare hva innringer sier, må man parafrasere eller gjenta med egne ord, oppsummere underveis i samtalen, klargjøre ved å stille spørsmål og undersøke om man har oppfattet bildet og på den bakgrunn gi tydelig tilbakemelding om hva innringer skal gjøre. Bekreftende kommunikasjon bidrar til tydelighet og fokuserer på løsninger. Dette er avgjørende for operatørens beslutning om hvilken type helsehjelp det er behov for i de enkelte hendelsene. Samarbeidet i sentralene setter krav om godt teamarbeid, og høykvalitetsforbindelser kan også bidra til forståelse av relasjonene i AMK-sentralen.

Appreciative Inquiry

Cooperrider og Srivastava (1987) har utviklet begrepet «appreciative inquiry». De så behov for en mer skapende teori for aksjonsforskning, en forskning som vektlegger organisasjoners sosiale potensiale ved å sette pris på og anerkjenne det som er (appreciation) og utforske det

som kan bli (inquiry). Positiv psykologi var en annen hovedpåvirkning. Her er fokus på hva som gir mennesker energi, mening og vekst (Seligman, Martin, Csikszentmihalyi, Mihaly, 2000). Dette perspektivet kan belyse hvordan samarbeidet i sentralen fungerer mellom operatørene, både i det praktiske samarbeidet i felles håndtering av en hendelse, men også hvordan etterarbeidet håndteres.

Mestringstro (self-efficacy)

Bandura (1986: 391) har utarbeidet en teori om hvilke faktorer som bygger mestringstro eller "self-efficacy" hos mennesker, som også kan forklare operatørenes historier om mestringstro og mestringssopplevelser. Bandura definerer mestringstro slik:

«Perceived self-efficacy is defined as people's judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performance. It is concerned not with the skills one has, but judgments of what one can do with whatever skills one possesses».

Mestringstro handler altså om en persons tro på egne evner for å lykkes i en bestemt situasjon og defineres som troen på evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå et ønsket mål. Bandura (1994) hevder at ulike mestringserfaringer har ulik påvirkningskraft og har rangert fire mestringserfaringer i følgende rekkefølge: egne, nære andre, verbal overbevisning og egen respons og følelsesmessige vurdering. I følge Bandura er det egne mestringserfaringer som har den sterkeste påvirkningen på «self-efficacy» eller mestringstro. Mennesker med høy grad av mestringstro ser på utfordringer som oppgaver som skal mestres, og bygger en sterkere grad av forpliktelse til oppgaven.

Andre forskere peker på andre dimensjoner for forklaring av mestringstro. Grant (2014) peker på at eksperimenter med flere ulike yrkesgrupper viser det samme mønsteret; å se hvordan man gjør en forskjell for andre er en vesentlig driver for mestringstro, empati og kreativitet og dermed prestasjon.

Disse teoriene kan bidra til å belyse AMK-operatørenes mestringserfaringer.

Meningsfullt arbeid

Bailey og Madden (2016) har utviklet en teori om meningsfullhet i jobben. De har gjennomført en studie om hva som gir jobben mening og motsatt hva som gir en følelse av

meningsløshet i forhold til jobben. De peker på flere studier som viser at det å ha en meningsfull jobb, er vurdert til å være det viktigste sammenlignet med andre belønningssystemer. Å ha en meningsfull jobb har betydning for motivasjon, utvikling og engasjement (Bailey og Madden, 2016:53). Bailey og Madden har gjennomført intervjuer av informanter i 10 ulike yrker og spurt dem om historier om hendelser eller situasjoner hvor de opplevde jobben som meningsfull. Historiene som informantene deres gir handler om øyeblikk hvor de har opplevd mestring og situasjoner hvor de har lært noe. I tillegg forteller informantene at jobben de gjør har et større samfunnsmessig bidrag, som er betydningsfullt for dem som individer. Bailey og Maddens teori om meningsfullt arbeid er relevant for å forstå mitt materiale.

Resilience

Mestring knyttes ofte til «resilience», det å stå imot utfordringer og kriser og bruker det til vekst. Coutu (2002) definerer begrepet som evnen til å opprettholde positiv tilpasning og bruke krisesituasjoner til vekst og utvikling. Det handler altså om en erfart erkjennelse om å takle og tåle motgang og gå videre. Ifølge Coutu (2002:3) kan følgende faktorer forklare hva som kjennetegner en «resilient» person; personen har en høy grad av realisme, sterk tro på at livet er meningsfullt, pågangsmot, tro på egne evner og ressurser.

I etterarbeidet eller debriefing, som er betegnelsen som informantene benytter, kommer diskusjonen om hvordan den enkelte håndterer å gjøre feil og hvordan organisasjonen håndterer at det gjøres feilvurderinger og tas feile beslutninger. Debriefing kan også handle om hvordan operatørene blir ivaretatt når de opplever hendelser som er vanskelig å takle. Hvilke strategier anvendes i bearbeiding av denne type hendelser. Når det for eksempel gjelder system for debriefing styres det lokalt, og det kan derfor ha etablert seg ulike praksis mellom sentralene. Jeg skal ikke sammenligne, men vise variasjonen i hvordan operatørene opplever forskjellige måter å håndteres debriefing etter hendelser.

Håndtering av feil

Kvalnes (2017) har i sin studie av undersøkt hvordan håndtering av feil i jobben og hvordan det påvirker organisasjoners prestasjoner, både på individuelt, gruppe og organisatorisk nivå. Her pekes det på hvilken betydning åpenhet har for håndtering av feil. I mitt materiale kommer det frem historier om håndtering av feil i AMK-jobben. Kvalnes' studie kan bidra til å belyse hvordan håndteringen av feil i AMK-systemet.

3 Metode

Valg av metode

Det er gjort lite forskning på mestringserfaring hos operatører i AMK-sentralene i Norge. Uten annen forskning på området å støtte meg til, valgte jeg samtaleformen, der formålet er å få frem deres opplevelse og erfaring i et kvalitativt undersøkelsesdesign. En kvantitativ undersøkelse vil ikke være egnet fordi formålet der er å kartlegge det empiriske omfanget av et fenomen. Jeg valgte å samle inn primærdata ved hjelp av intervjuer. Intervjuene ble lagt opp som semi-strukturerte åpne intervju fordi det vil være viktig for meg å få tak i og å undersøke informantenes jobbopplevelse. Intervjuguiden hadde et begrenset antall spørsmål som vil gi mulighet til å få frem rike og interessante historier fra AMK-operatørens jobbsituasjon/-hverdag.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene er gjennomført med ansatte i fem AMK-sentraler fordelt på mellomstore til store AMK-sentraler i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest. Jeg har valgt geografisk spredning for å kunne fange opp sentraler med ansvarsområder med både tettbygd og spredt befolkning. I tillegg til geografisk variasjon, jobber AMK-sentralene lokalt med utvikling av arbeidsmetoder og forbedring av sine tjenester og kan derfor ha ulike rutiner for oppfølging og styring. Jeg tenker derfor at sammenligning av flere sentraler kan være en styrke fordi det kan gi mer innsikt og mulighet til å fange opp eventuell variasjon, enn bare å studere én AMK-sentral.

Jeg har intervjuet 21 AMK-operatører og hvert intervju varte i 45 minutter. Antall informanter vil være tilstrekkelig til å gå i dyden på hva som står på spill i AMK-sentralene og til å vise variasjonen i hva som kjennetegner håndtering av hendelser der operatørene opplever mestring.

Den semi-strukturerte guiden omhandler følgende hovedpunkter, jf. intervjuguiden vedlegg 1:

- Hvordan startet hendelsen?
- Hvilken type hendelse, hva hadde hendt?
- Hvem var involvert internt (jobbet du alene eller sammen med flere operatører?)
- Hvem er involvert eksternt (for eksempel andre AMK-sentraler, lege i vakt, legevaktsentral, politi, brann, andre)?

- Hvordan var kommunikasjonen underveis i hendelsene; internt mellom operatørene, eksternt med de samarbeidende aktørene?
- Hvordan skjedde etterarbeidet eller debriefing etter avsluttet hendelse?

Som i forskningstradisjon «appreciative inquiry» (Cooperrider og Srivastava 1987) har jeg valgt ubetingede positive åpne spørsmål til samtalene med informantene med den hensikt å få mestringsopplevelser hos mine informanter. Imidlertid er ensidig fokus på det positive ikke alltid et gode, for man kan overse nyttig kunnskap om organisasjoner. Min undersøkelse er rettet inn mot informantenes personlige positive opplevelser og disse kan også indirekte gi kunnskap om organisatoriske trekk ved sentralene. Men mitt fokus er ikke å beskrive organiseringen av AMK-sentralene, men få frem de organisatoriske trekkene som ramme for informantenes mestringsopplevelser.

Kvalitativ metode ved intervju gir innsikt og forståelse av hvordan AMK-operatørene håndterer ulike typer hendelser. Kvalitativ metode kan gi en helhetlig forståelse av AMK-operatørens arbeidssituasjon og hvordan de mestrer den, samtidig kan den gi innsikt i ulike sider ved problemstillingen. Intervjuformen og at undersøkelsen omfatter et utvalg av populasjonen, gir mulighet til å gå i dybden og få frem et nyansert bilde.

En fordel med en semi-strukturert intervjuform er at informantene kan tenke fritt og formulere svarene sine på et selvstendig grunnlag. Imidlertid sendte jeg ut i forkant av intervjuene informasjon om hva som ville være fokus i intervjuet. Dette kunne begrenset informantene, men hensikten min var at informasjonen de fikk i forkant ville gi samtalen en retning om hva den skulle omhandle. Bruk av deler av RBS-metoden vil derimot gi en bedre forutsetning for informantene til å forberede og tenke gjennom konkrete historier, som kunne illustrere gode prestasjoner i sin AMK-sentral. Det kan øke muligheten for å belyse forutsetninger eller betingelser for prestasjonene og hva som kjennetegner god mestringsfølelse for en AMK-operatør.

Roberts et. al (2005:712) viser at prosessen med å skape sitt RBS (reflekterte beste selvportrett) innebærer at man kan se for seg når man er på sitt beste og denne bekreftelsen kan styrke individets prestasjon og utvikling i organisasjonen. RBS er en metode for økte muligheter og mestring og et dynamisk portrett basert på konkrete historier. RBS formes gjennom konkrete historier om erfaringer og tilbakemeldinger fra viktige andre.

Tilbakemeldingene fra andre kan være både kjente og ukjente, bevisste eller ubevisste sider for personen. Disse tilbakemeldingene sammenlignes med egen oppfatning om hvordan man er på sitt beste. Styrken i RBS er bevisstgjøring av en persons beste sider.

Jeg har tatt utgangspunkt i metoden fra RBS som veiviser og fokus til informantenes forberedelse. De ble oppfordret til å tenke både på historier hvor de har bidratt til at det gikk bra og på historier hvor andre har stilt opp og støttet dem og bidratt til en god opplevelse.

Informasjonen som jeg sendte ut hadde følgende ordlyd:

«Takk for at du ønsker å delta i min studie. Jeg sender deg litt informasjon om hva som jeg vil spørre deg om i intervjuet, slik at du kan være forberedt. Du skal ikke sende noe til meg. Jeg går på et masterprogram i regi av Handelshøyskolen BI og studiet mitt er «Prestasjoner i organisasjoner». Min prosjektoppgave handler om operatørene i AMK-sentralene og jeg ønsker å finne ut hva som kan forklare at dere operatører klarer å gjøre en god jobb under tidspress og press fra mange ulike samarbeidsparter i håndteringen av ulike hendelser. Basert på din erfaring med håndtering av hendelser, ber jeg deg om å tenke gjennom to-tre korte historier om hendelser hvor du opplevde at du var på ditt beste».

Transkripsjon

I følge Kvale (2001:103) er det satt opp formål og prosedyreinstruksjoner for transkripsjonen som er viktig for å sikre påliteligheten. Samtidig finnes det ikke en sann eller en gyldig fremgangsmåte for oversettelse fra muntlig til skriftlig fremstilling (ibid:105).

For å sikre høy pålitelighet i transkripsjonen, valgte jeg å skive ut intervjuene ord for ord (verbatim). Etersom jeg gjennomførte intervjuene alene, var det vanskelig å få med seg alle detaljene i intervjuet. Jeg hadde mest fokus på å lytte aktivt og å stille alle spørsmålene til informantene som jeg ønsket svar på. Ved å skrive ut intervjuene ord for ord fikk jeg nøyaktig med alt informantene faktisk sa. Dette mener jeg også sikret både påliteligheten og gyldigheten i transkripsjonen. Jeg kunne valgt å skrive ut intervjuene ord for ord med beskrivelse av pauser, nøling, eh, latter, men det ville blitt for tidkrevende. I denne undersøkelsen var det selve opplevelsen av jobbmestring som var viktig å få frem og ikke hvordan den ble uttrykt.

For å sikre pålitelighet og gyldighet valgte jeg også å sende ut de transkriberte intervjuene til informantene for godkjenning. Alle informantene godkjente innholdet og noen hadde utfyllende kommentarer og justeringer av innholdet, som tydeliggjorde utsagnene deres.

Selve transkripsjonsprosessen ga meg økt bevissthet om innholdet, med en så nøyaktig og detaljert gjennomgang av hva informantene sa. Jeg opplevde den også som starten på dataanalysearbeidet med hensyn til hvilke muligheter jeg sto overfor når jeg skulle velge analyseform eller hvordan funn og resultater kunne systemiseres og i hvilken form de kunne presenteres. Postholm, (2005) mener at dataanalysen begynner med det første intervjuet og at datainnsamling og dataanalyse er gjentatte og dynamiske prosesser.

Til analysen vil jeg også støtte meg til sekundærdata, som overordnede styringsdokumenter og relevante utredninger på det akuttmedisinske området, som vil kunne gi meg bakgrunnsinformasjon til forståelse av AMK-sentralenes oppgaver og rolle.

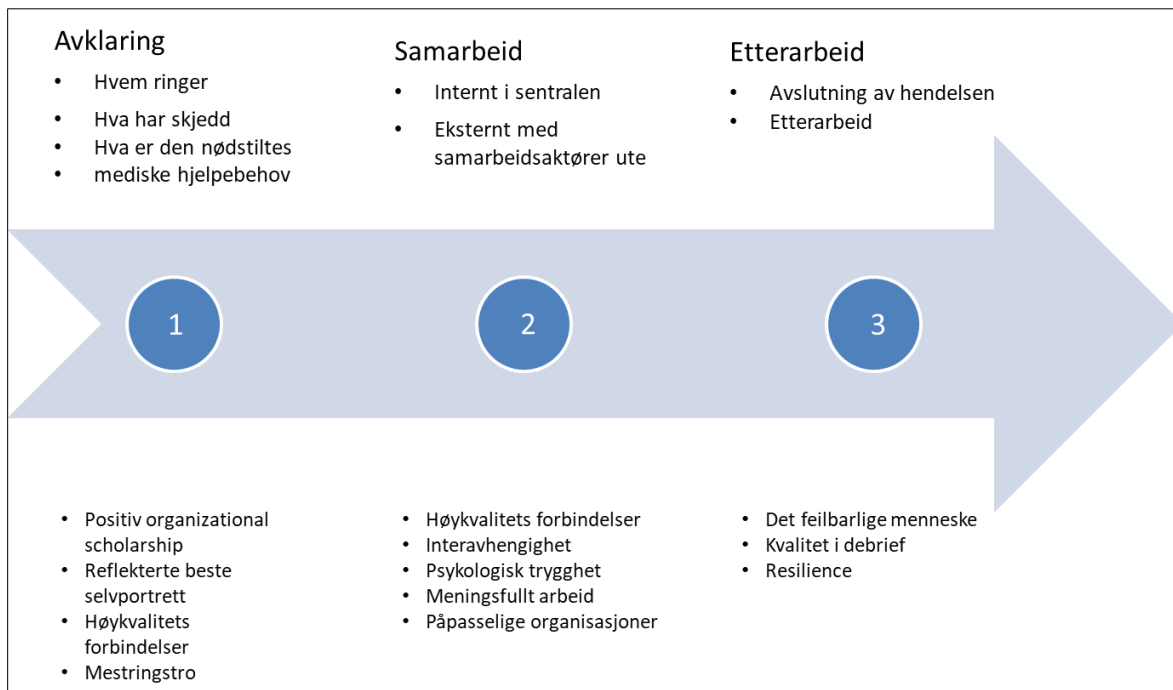
Forskningsetiske betraktninger

Det er viktig å forholde seg til forskningsetiske retningslinjer i et hvert prosjekt. For å sikre at informasjonen fra intervjuene er riktig gjengitt, sendte jeg utskriftene til alle informantene og ba dem godkjenne disse. Alle har godkjent sine transkriberte intervjuer, men det er en asymmetri mellom informantene og forskeren med hensyn til hvordan materialet vil bli brukt i denne oppgaven. I neste kapittel presenterer jeg informantenes historier og for å ivareta informantens anonymitet og personvern, har jeg anonymisert historiene for å hindre at det kan spores hvem som har fortalt hvilken historie. Informanten selv vil kunne kjenne igjen sin historie, men den kan være noe endret for å ivareta hensynet til personvernet. I tillegg til informantens selv, har det vært viktig å opprettholde informantens taushetsplikt overfor pasientene og selvfølgelig pasientenes personvern. Noen av hendelsene kan kjennes igjen fordi de har vært dekket i media. Imidlertid har jeg lagt vekt på å anonymisere alle historiene uavhengig av mediedekning.

4 Funn og drøfting

Analysestrategi

Analyse av kvalitative data innebærer alltid å redusere datamengden. Det foreligger ingen faste regler for analyse av kvalitative data. Medisinsk operatør skal primært svare på 113 telefoner fra publikum, de tar telefoner fra politiet, fra brannvesenet og fra legevaktene og fra vanlig ambulansebestillinger, som ikke er øyeblikkelig hjelp men som er planlagte transporter med behov for båretransport. Jeg valgte å dele håndtering av hendelsene i tre faser og startet med å kode utsagnene fra intervjuene i disse tre fasene. Jeg valgte ut beskrivelser og utsagn fra informantene om de ulike delene av hendelsesforløpet. Første fase er avklaringsfasen/pasientmøtet eller hva står på spill, den andre er samarbeidsfasen og siste er etterarbeidet eller debriefing-fasen.



Figur 2: Fasene i håndtering av hendelser

Oppgaven til operatørene er å avklare hvilken type hendelse det er og hvilken helsehjelp som er den rette. Håndteringen innebærer avklaring av hvem ringer - pasienten selv, pårørende eller andre tilstedeværende, hvor er pasienten, hva har hendt, hva er det medisinske hjelpebehovet og hvilken helseressurs vil kunne gi nødvendig hjelp.

Løsningen av et oppdrag kan være å gi råd og veiledning til pasienten eller innringer. Men som oftest krever hendelsene, i tillegg til råd og veiledning, at operatøren vurderer hendelsen

til at det er behov for å sende ut ambulanse eller andre ressurser for å undersøke og å behandle pasienten på stedet eller å transportere pasienten til nærmeste sykehus. Ved siden av kommunikasjon med innringer, krever hver hendelse samarbeid med kolleger i sentralen som koordinerer og styrer ressursene og ambulansetjenesten og annen helsetjeneste ute. Historiene som informantene valgte ut er alvorlige akutte hendelser, som er livstruende eller der liv og helse står i fare. Mestringsopplevelsen hos informantene er knyttet til alle disse fasene i håndtering av hendelsene og det vil jeg presentere nedenfor.

Presentasjon av funnene

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene og drøfte empirien. Jeg har valgt å gjengi informantenes utsagn og drøfter utsagnene fortløpende. Jeg har nummerert informantene og satt inn et tall i parentes (xx) etter hvert sitat, som referer seg til den enkelte informants utsagn. Jeg vil starte analysen med å presentere operatørens refleksjoner over oppgaven som de fikk før intervjuene.

Operatøren på sitt beste

Som vi så i metodekapitlet, fikk informantene i oppgave å tenke gjennom historier om håndtering av hendelser der de opplevde at de var på sitt beste. Jeg åpnet intervjuene med å spørre hvordan de opplevde å motta denne oppgaven. Alle informanter hadde historier å fortelle, men hadde ulike refleksjoner over oppgaven. Nedenfor presenterer jeg et utvalg av informantenes utsagn. Flere pekte på at det var lett å huske de situasjonene der de hadde opplevd mestring eller å være på sitt beste:

«Jeg tenkte med en gang hvilken hendelse jeg skal ta. Det er noen som man husker litt ekstra godt» (3).

«Den oppgaven synes jeg var veldig grei fordi man husker jo de hendelsene som man har en god opplevelse fra» (1).

«Først tenkte jeg hvordan i all verden skal jeg finne på det, for når jeg sitter på en vakt og har 60 samtaler, så blir det så mye og man glemmer dem egentlig. Det er få hendelser som sitter igjen, det blir så store mengder å ta inn og jeg har ikke sjanse til å lagre de. Men jeg tenker at jeg er på mitt beste når det er akutte hendelser. Når du skjønner at her er det alvorlig, her må man jobbe raskt og være fokusert, da føler jeg at jeg jobber bra» (11).

Andre informanter pekte på at det var lettest å huske på historier med potensiale for forbedring og som indikerer at AMK-sentralen er en type organisasjon med lav toleranse for å gjøre feil og som har sitt fokus på å unngå å begå feil. Weick og Sutcliffe (2007) kaller organisasjoner, hvor det å gjøre feil kan få alvorlige eller fatale konsekvenser, som for eksempel flyoperasjoner, kjernekraftverk og akuttmedisinske behandlingsteam, for "high reliable organizations". Hele organisasjonen er organisert og ledet for å unngå feil og på individuelt nivå blir personellet trent i å utføre jobben uten at det skjer alvorlige feil.

Utsagnene under kan illustrere dette:

«Det var egentlig ganske interessant, for det er ikke sånn at du tror du gjør en dårlig jobb, men det hadde vært mye enklere å nevne historier der du synes at vi kunne gjort bedre. Det er mye mer fokus på det som ikke fungerer fullt så godt» (18).

«Sånn helt umiddelbart tenkte jeg at jeg kan ikke gå på jobb og ha en dårlig dag. Jeg må jo gå på jobb med den innstillingen at jeg er på mitt beste til enhver tid. Gjør jeg en dårlig jobb, kan det potensielt koste liv» (10).

Refleksjonene over gir noen indikasjoner på hvilken type organisasjon AMK-sentralene er og hva operatørjobben innebærer. Her er det lite toleranse for å gjøre feil fordi det kan sette liv og helse i fare og operatørene må til enhver tid være i beredskap til å håndtere alle typer hendelser, også de som man ikke forventer.

Jeg erfarte også at å bruke RBS-metodikken som inngang til samtalene med AMK-operatørene, var et effektivt og nyttig verktøy for å sette fokus på det positive i AMK-jobben og få frem mestringshistorier hos informantene. Alle informantene hadde forberedt historier om mestring, og i intervjuene delte de generøst sine konkrete og rike historier der de hadde hatt en positiv opplevelse og hvor de opplevde mestring i jobbutførelsen. Videre i dette kapittelet vil jeg presentere funnene mine.

4.1 Mestringshistorier: Hva haster? Hva står på spill?

Som nevnt over har jeg valgt å presentere analysen i tre faser som følger hendelsenes kronologiske forløp fra start til avslutning og eventuelt etterarbeid. Informantenes historier fra håndtering av hendelser kan dekke hele forløpet og det kan derfor være relevant å trekke dem

frem i flere faser. Her presenteres informantenes historier om første fase av håndtering av hendelser der de opplevde å være på sitt beste.

«For et par år siden ringte det inn en mann som sa at han hadde vepseallergi og hadde blitt stukket av veps og følte seg bare uvel. Han hadde ringt med en gang for han hadde ingen medisin tilgjengelig og jeg sendte bil med en gang fordi det kan bli et veldig alvorlig utfall. Så hører jeg at han blir mye dårligere på kort tid. Jeg informerte de andre til stede om hva som kommer til å skje, når dere hører at han blir så dårlig at han ikke får puste, da må vi gjøre sånn og sånn. Før ambulansen kommer frem, de var vel ti minutter unna, pustet han ikke mer for han var så tett i halsen og de andre til stedet begynte med hjerte-lunge-redning. Da ambulansen og luftambulanse kom, fikk han medisiner og våknet til igjen. Da er jeg på mitt beste. Jeg merker at adrenalinet kommer og jeg er fokusert. Pasienten selv skrev i avisen etterpå og takket AMK. Og det er veldig sjelden at vi får sånn ros» (11).

Hva handler denne historien om? Operatøren oppfatter raskt at pasienten står i livsfare uten nødvendige medisiner og vurderer at det er behov for ambulanse og at de tilstedeværende må være i beredskap og instruerer dem at ved behov må de sette i gang hjerte-lunge-redning (HLR). Operatøren lykkes med å etablere en kontakt med de tilstedeværende og gjennom tydelig kommunikasjon med dem, oppnår å hjelpe pasienten på stedet til ambulansen ankommer.

«Det var en hjertestans hvor han som ringer inn har funnet kollegaen sin livløs ved siden av gravemaskinen, så de var tydeligvis på jobb. Det var langt ute på et jorde og ufremkommelig med bil, så det tok sin tid før ambulansen kom. Jeg gir veiledning i hjerte-lunge-redning og han kaster seg på og jeg hørte at han jobbet for livet. Jeg forklarte også at det du gjør nå er livsviktig, å opprettholde blodsirkulasjonen er livsviktig. Det var fantastisk innsats fra innringer på stedet. Det gir en sånn god følelse at vi får dem til å gjøre alt de makter til ambulansen kommer og overtar. Jeg husker denne hendelsen fordi innringer var så utrolig fin å samarbeide med. Det gikk på skinner. Det er avgjørende for meg at den jeg snakker med, gjør som jeg sier og tar mine instruksjoner» (7).

Begge disse historiene handler om veiledning av tilstedeværende i å utføre HLR. Operatørene har oppfattet hva som står på spill og har iverksatt tiltak. Utfordringen er å motivere personene på stedet, som er midt opp i en krisesituasjon, til å bli trygge og til å starte HLR og videre veilede dem underveis ved støttende og bekreftende kommunikasjon. Uten å få etablert

dialog og samarbeid med innringerne, kan det være fare for at hjelpen fra ambulansen ikke rekker frem i tide.

I neste historie er utfordringen nettopp å oppnå kontakt med innringer:

«En mor ringer inn for sitt barn som hadde falt og slått seg og i etterkant hadde begynt å blø neseblod. Hun ringte til oss og er nesten sånn hystera og forteller dette med litt språkvansker. Det kom en del skjellsord og innledningsvis tror jeg at jeg var det største neket hun hadde pratet med. Vi var ikke samstemte i det hele tatt. Men vi fikk det ned til at han blødde neseblod, ikke noe mer hadde gått galt i det tilfellet. Mor blir instruert gang på gang, på gang hvordan blødningen kunne stoppes. Det var språkproblemer og fra å få innringer til å bli rolig og klare å stresse til å forstå hverandre litt, til å finne en løsning og klare å gjennomføre løsningen. Jeg gjentok det mange ganger for å være sikker på at hun forsto og hun gjentok tilbake igjen til slutt. Og ungen roet seg i bakgrunnen når hun holdt han for nesen. Jeg ga henne beskjed om å ringe tilbake ved behov. Hvorpå hun ringer etter en halv time. Jeg stusset over at hun ringte tilbake for det var bare en neseblødning. Hun fortalte at alt hadde gått bra og neseblodet hadde stoppet og at nå vet hun hva hun gjør neste gang og avsluttet med å takke for hjelpen. Jeg ble jo glad for man setter alltid pris på tilbakemelding og det var lett å høre på henne at hun var stolt av sin innsats. Trenger ikke å være noe mer enn det. Å få tilbakemelding fra en så hysterisk person, som roet seg og fikset alt, det er topp. Jeg ser jo på meg selv som en problemløser og da er jo enhver utfordring egentlig ganske morsom, liten eller stor. Folk trenger ikke å være døden nær, for at vi skal være fornøyde.» (10)

I denne hendelsen var utfordringen å etablere en dialog med innringer. Selv om hendelsen ikke var alvorlig, ga den operatøren en mestringsopplevelse. Og det å kunne gjøre innringeren i stand til løse problemet selv, resulterte også i en mestringsopplevelse for innringeren. I tillegg til å etablere en relasjon og dialog med innringer, kan det å oppleve å gjøre en forskjell for andre, liten eller stor, forklare at operatøren trakk frem denne historien.

Mange av informantene hadde historier om det å roe ned innringer og få etablert en relasjon og grunnlag for dialog. Og som en informant formulerte det:

"Folk starter med å være der oppe, kjempesint og kjemperedd og en sa -herregud, er det jeopardy, kan du ikke bare sende den der bilen! Jeg har lært meg at det er lurt å si at ambulansen er på vei tidlig i samtalen, for da roer du situasjonen. Og at vi snakker sammen

forsinker ingenting, jeg får bare mer informasjon til ambulansen kommer frem. Og da føler du at du gjør en god jobb, at du klarer å få folk ned, på et litt mindre stresset nivå". (9)

De to neste historiene omhandler også utfordringen med å roe innringer ned og etablere en relasjon hvor det er mulig å avklare det medisinske problemet og behovet for hjelp:

" Dette var på morgenen, jeg hadde akkurat tatt over for nattevakten. Når jeg tar telefonen så er det bare hyling og skriking. Jeg må bruke noen minutter på å roe henne ned. Vi bruker tonefall, stemmeleie osv. for å klare å nå frem til innringer. Det var en dame som hadde kommet hjem fra nattevakt og finner mannen liggende på magen og hun sier det er blod. Det er tingene jeg får vite etter at jeg klarte å roe henne ned. Jeg finner ut hvor hun var, hvilken adresse og jeg trykker "akutt" med en gang, for jeg skjønner at det er en alvorlig situasjon. Da får jeg blikkontakt med ressurskoordinator (RK) og jeg ser at han varsler ressurser. Jeg ber henne å sjekke om han puster normalt. Han er stor og tung og hun sier hun ikke klarer å snu ham. Så jeg må bruke tid på å motivere henne og gi henne noen enkle grep, sett deg foran han og prøv og skubb han over, ikke tenk på at du kan skade han, for det viktigste er at han får frie luftveier. Til slutt så klarer hun å snu han på ryggen og da klarer hun å samle seg. Når jeg får opprettet denne gode relasjonen til henne, så begynner hun å samarbeide med meg. For jeg sier du må gjøre som jeg sier. Så finner ut at han puster normalt og hun får lagt ham over i stabilt sideleie. En eller annen gang der så har jeg sveivet i luften fordi vi må ha helikopter. Helikopter, ambulanse og legealarm og alt var varslet. Når jeg har kontroll på at han puster normalt, og han var lagt på siden, så kunne vi liksom snakke litt videre; er han syk fra før av, hva tror du kan ha skjedd, hvor blør han i fra. Og da samarbeider hun godt med meg. Har egentlig roet seg ganske fint når ambulansen kom. Så det er en hendelse som jeg synes gikk veldig bra, for jeg klarte å opprette kontakt og kontroll på situasjonen. Og at jeg klarte å sørge for at indeksen ble brukt som den skal og jeg klarte å kvalitetssikre at ressursene ble varslet". (12)

"Jeg får en innringer som bare skriker; mannen min - han dør. Så ser jeg hvor hun ringer i fra og tenker egentlig det gjør han jo, for nærmeste ambulanse er ti mil unna. Så det er halvannen time for den raskeste ambulansen å komme frem på stedet. Men vi fikk en god dialog og jeg sa at jeg skulle hjelpe henne og at jeg skulle være der. Hun hadde sønnen sin i underetasjen og de fikk startet gjenoppliving. Jeg pratet med henne veldig lenge, eller dem, for de var på høyttaler, mens de drev med gjenoppliving. Vi fikk det liksom til og de følte at det var noen der som hjalp og støttet dem. Så går det 14 dager og vi får kake og brev fra

denne innringeren. De hadde opplevd å bli møtt så bra og fått så god støtte og ble så beroliget av å prate med 113. Nå var mannen hjemme igjen og var frisk og fin. Det er jo litt moro." (18)

I det videre vil jeg drøfte hva disse historiene forteller og hvordan de kan forstås. Historiene i første fase handler om hva som står på spill og hva som har hendt. Operatørene skal på kortest mulig tid avklare hva som er behovet for medisinske helsehjelp. Mestringsopplevelsene knytter seg til hvordan håndteringen av hendelsen gikk til. I denne fasen er det viktig å etablere kontakt og en god relasjon med innringer og å skape trygghet for innringer. Her skjer møtet med innringer, som er enten pasienten selv eller tilstedeværende eller pårørende som ringer på vegne av pasienten. I tillegg til å avklare hva som står på spill, omfatter denne fasen også veiledning og rådgivning til innringer eller pasienten. Alle informantene har lagt vekt på denne avgjørende fasen og har presentert historier om mestringsopplevelse knyttet til den.

Kommunikasjonsstrategiene som operatørene anvender i samtalene med innringer kjenner vi igjen fra Dutton (2003b) strategier for etablering av høykvalitetsrelasjoner (HKR). Hennes teorier er oftest anvendt i organisasjoner og belyser bygging av høykvalitetsrelasjoner mellom aktørene i organisasjonen. Imidlertid setter ikke Dutton (2003c) selv begrensninger for hvilke situasjoner slike relasjoner kan etableres. HKR krever ikke personlig kunnskap eller omfattende interaksjon. Hvilken som helst kontakt med en annen person kan potensielt bli en høykvalitetsrelasjon (Dutton 2003c, s 2). Dutton setter opp fem strategier for etablering av høykvalitetsforbindelser. Den første er å vise at man er til stede og har sin fulle oppmerksomhet rettet mot den man kommuniserer med, kommunisere inviterende, er genuin og viser omsorg, lytter aktivt og kommuniserer bekræftende.

Målet med hver samtale er å etablere en god relasjon med innringer. Innledningsvis bekrefter operatøren at du har kommet til nødtelefonen 113 og tilbyr sin hjelp. Gjennom å åpne samtalen på en respektfull og inviterende måte med mål om å oppnå en god relasjon med innringer. Kommunikasjonsstrategien spenner fra aktiv lytting og systematisk spørsmål til innringer, til å gjenta det innringer sier med egne ord, oppsummere underveis og stille spørsmål for å klargjøre og for å få innringeren til å bekrefte at operatøren har oppfattet situasjonen riktig. Mange av de som ringer 113 er i nød og krise og kan være satt ut av ubalanse, i en sjokklignende tilstand. Det er ofte deres nærmeste som er livstruende skadet eller som har fått en akutt livstruende eller alvorlig sykdom. Utfordringen for operatørene er å skape en relasjon med innringer for å kunne avklare situasjonen og for å kunne hjelpe den

nødstilte. Det er viktig å få roet ned stressnivået eller beroliget innringer, som ofte er i ubalanse og ofte hysterisk, ved å skape trygghet og tillit hos innringer om at den skal få hjelp. På den måten kan en få etablert en dialog med innringer, få innringer til å høre etter og til å svare på spørsmålene som avklarer situasjonen og hvilken hjelp som er relevant. Historiene viser ulike situasjoner i den første fasen der det er avgjørende å oppfatte raskt hva som står på spill eller hva som er problemet. Disse kritiske og avgjørende møtene mellom innringer og operatør er nøkkelsituasjoner, og når operatørene føler mestring, har de lykket med kommunikasjonsstrategiene og etablert en høykvalitetsrelasjon. Følelsen av mestring gjør også at den enkelte operatør opplever seg engasjert og kompetent. Informantene uttaler at når de lykkes med å etablere en relasjon med innringer eller pasienten selv, opplever de en gjensidig positiv vurdering, tillit og trygghet. Ved å kommunisere med omsorg, innlevelse og respekt og å betrygge innringer om at den vil få hjelp, avklarer operatørene situasjonen, som kan bidra til å redde liv eller forhindre alvorlig tap av funksjonsnivå for pasientene. Disse er relativt sett korte møter som har trekk av kommunikasjonsstrategiene for høykvalitetsforbindelser (Dutton, 2003c).

For at AMK-operatørene raskt kan avklare hva henvendelsene handler om, stilles det krav til evnen å sette seg inn i andres situasjon. Snøhetta (Marianne Sætre, presentasjon ved bedriftsbesøk hos Snøhetta 10.1.2018) har introdusert begrepet "transposisjonering". Begrepet står sentralt i deres organisasjonskultur og forklarer hvordan virksomheten er organisert og fungerer internt og hvordan de jobber eksternt med sine klienter i utvikling av design av bygninger. Begrepet innebærer å sette seg i de andres sted, og det gjør de fysisk internt ved å skifte arbeidsplass hver tredje måned og ved å utvikle designkonsepter gjennom praktiske øvelser, gjerne sammen med klientene hvor rollene er byttet.

Ved å anvende begrepet på AMK-operatørens utfordring i den initiale fasen med å forstå hva den aktuelle hendelsen gjelder, må de sette seg inn i situasjonen til innringer ved utspørring. På bakgrunn av svarene og andre lyder, danner de seg et bilde av situasjonen ved å sette seg i innringer sted. Transposisjoneringen er her basert kun på hørsel og ved hjelp av operatørens forestillingsevne.

Hvilken betydning kan mestringshistoriene ha for den enkelte AMK-operatør? Informantene har presentert historier om samtaler som er vanskelige å gjennomføre, og som en uttalte: «... når jeg har lykket med å redde et liv, blir man blir fornøyd med håndteringen av hendelsen og oppleves at jobben som meningsfull". Gjennom historiene har de presentert at jobben

opplevelse meningsfull fordi de får anledning til å gjøre en forskjell for andres og de positive følelsene disse historiene har gitt dem bærer de med seg. Med denne hengivenheten i jobben, hvordan kan motivasjonen best forklares? AMK-operatørene synes å ha en grunnleggende omsorg for pasientene og er dedikerte til å bidra til at pasientene får den hjelpen de trenger. I jobben har de oppnådd sin kompetanse gjennom å trene over tid, og de har opplevd mestring og tåler stresset og tidspresset over tid. Imidlertid avhenger mestringsfølelsen ikke alltid av utfallet for pasienten, selv om det alltid er et pluss når det går bra med pasienten. Mestring og meningsfullhet i jobben henger nøye sammen i det at opplevelsen har betydning utenfor en selv og man opplever å gjøre en forskjell for andre eller for omgivelsene eller bidra til et samfunnsnyttig formål generelt. Bailey og Madden (2016) peker på at fellestrekket i historiene i deres studie om meningsfullhet er at de er positive opplevelser for den enkelte og at det gir positive opplevelse eller er betydningsfulle for andre. Mitt materiale om mestring for AMK-operatørene viser tilsvarende trekk i deres historier hvor de opplever seg på sitt beste i sin håndtering og at deres innsats også har gjort en forskjell for andre.

Praktisk erfaring, lang trening og fokus på de positive opplevelsene av håndteringen av hendelsene underbygger og styrker operatørene i sin jobb. Betydningen av å oppleve mestring og å lære gir trygghet for den enkelte i sin jobbutførelse. I følge Bandura (1994) er det egne mestrings erfaringer som har størst betydning for mestringsstro eller "self-efficacy". AMK-jobben krever høy grad av selvstendighet og om å ta beslutninger raskt. Trygghet i sentralen er motiverende for operatørene. Kjennetegnene er fravær av stress, at man selv påvirker og har kontroll på utførelsen av jobben og at man opplever tilhørighet, i tillegg til å være en del av et større felleskap.

Historiene i dette kapitlet handler først og fremst om mestringsopplevelser, om å avklare hva som har skjedd og om det haster. Evnen til effektiv kommunikasjon og dialog med mennesker i kritiske situasjoner settes på prøve her. Imidlertid viser disse historiene at håndtering av hendelser også handler om samspill og samarbeid. I neste kapittel vil jeg gå nærmere inn på samarbeidet mellom AMK-operatørene internt og om denne konteksten gir grunnlag for mestringsopplevelsene i sentralen.

4.2 Samarbeidshistorier

Som vi skal se har operatørene dedikerte roller i sentralen der medisinsk operatør (MO) tar imot henvendelsene på 113 og ressurskoordinator (RK) varsler og koordinerer ambulansene og andre ressurser. I tillegg er det en som har rollen som operasjonsleder. Sentralene som har ansvar for å koordinere luftambulansetjenestene har også en dedikert luftambulansenkoordinator. Samarbeidet mellom MO og RK er tett, og de er ofte i medlytt slik at ressursene sendes raskt ut når det er alvorlige hendelser.

«Jeg hadde en hendelse hvor hun som ringte forteller at hun ønsket å avslutte livet sitt og hun var i nærheten av et vann. Hun ringte til oss for hun ønsket å bli funnet av noen andre enn familiemedlemmer. Jeg hører på henne at hun var sløv i stemmen. Jeg skjønnte det var alvor og at hun hadde tatt en del tabletter og ventet bare på å bli sløv nok til at hun skulle drukne. Hun ville ikke si hvor hun befant seg og vi så bare området hun ringte fra. Jeg sender ambulanse til området, det var første prioritet. Så vinker jeg på makkeren min som jeg så satt ledig, og ba ham, jeg pekte på headsettet mitt, om å gå i medlytt for å få ut nok ressurser, politi og brann i forhold til båt. Dette går jo fort alt sammen - å fange opp Alvoret i situasjonen til ressursene blir iverksatt, mens jeg sitter og prater med innringer. Jeg har flere av både ressurskoordinatorene og medisinske operatører i medlytt som bistår i å prøve å finne ut hvor hun er. Jeg spør underveis, hva ser du, hvor gikk du ut fra, ut fra eget hjem, kjørte du bil, kjørte du langt. Det ble en del oppfølgingsspørsmål for å klare å finne ut hvor hun befant seg og det ble jo en lang samtale, vi satt jo i litt over 30 minutter. Da jeg hørte politiet hadde funnet henne, var det en veldig god følelse. For der og da så reddet vi henne i hvert fall fra å gjøre noe som kanskje var lite gjennomtenkt.

Når man ser hvor fort ting kan falle på plass, alle ressursene som vi i nødetatene bruker, og hvor hurtig folk egentlig løper ut for å hjelpe, og ikke bare ute, men inne i sentralen hos oss. For det var flere av kollegaene hos oss som var lokalkjent i det området som hun befant seg. Det er klart det er flaks på den vekten, bare å få makkeren ved siden av meg i medlytt til å se ressursene som ble varslet. Det var jo en tung samtale og hun ble jo bare sløvere og sløvere. Og frykten var at jeg skulle miste henne før de andre kom frem. Og den lettelsen og høre andre stemmer i det fjerne, det var jo også en god vakt, god dag på jobb, en god hendelse.» (10)

I denne hendelsen er utfordringen å lokalisere hvor pasienten er før den lykkes i å begå selvmord. Samarbeidet mellom flere av operatørene i sentralen bidrar til at ressursene rekker frem i tide, samtidig som operatøren holder samtalen i gang med pasienten.

Neste historie handler også om tett samarbeid mellom medisinsk operatør og ressurskoordinator.

«Jeg og ressurskoordinator hadde en hendelse sammen. Det er lang kjøreavstand, borti mot 40-45 minutter å komme frem. Så ringer det en mor for sin datter som er gravid og så får jeg vite at fødselen er i gang. Hvor mange uker, og får vite at det er 25-26 uker, helt klart prematurt. Vi får sendt ambulansene av gårde og jeg opplyser om det vil ta tid og følger indeksen vår og veileder om at hun må få lagt den fødende ned, og det har hun gjort. Finn frem reine håndklær, og i det hele tatt, så spør jeg om vannet har gått, nei vannet har ikke gått. Hun hadde ikke fått lagt seg ned ennå og så høres det ut som man tar en bøtte vann og bare kaster ut over gulvet. Hva skjedde nå? Gikk vannet? Nå kom første barnet og da blir jeg helt satt ut. Jeg utbryter «første barnet». Ja, det er tvillinger. Å herregud, det er en prematur tvillingfødsel. Jeg spør hvilken farge har barnet og får bekreftet at fargen er fin, får du noe lyd, for det er litt kaos der, som medfører at jeg ikke hører noe særlig. Kommer det lyd fra barnet, ja det kommer lyd. Få det lagt opp på brystet til mor, frotter under beina og få pakket det inn. Men navlestrengen er for kort, jeg får ikke barnet opp på bryst. Da visualiserer jeg at mor står mellom beina og bare holder barnet og pakker inn, for navlestrengen er for kort. Hun får den ikke ut. Og vi må bare jobbe ut i fra det. Jeg har det stressmomentet at det er prematurt, det var ikke en, det var to og ambulanse er langt unna, vi må bare gjøre så godt vi kan og skjønner at vi har for få hender. Vi fikk sendt ambulansen i retning og jobbet med eksakt adresse etterhvert. Så det var egentlig mange stressmomenter her da. Imens jobber ressurskoordinator med luftambulanse, barnelege, gynekolog og anestesilege. Så skjer det ikke noe mer, så vi må tenke på den ene ungen, den andre et ikke kommet. Imens prøver ressurskoordinator å få tak i helikopter med gynekolog og barnelege. Det andre barnet er fortsatt ikke kommet og jeg begynner å tvile på første barnet. Jeg hører fortsatt ikke noe lyd og spør kontinuerlig, frotter under føttene, ta på og dunk barnet på ryggen, det lille de kan gjøre med barnet. Etterhvert kommer ambulansen frem og jeg sitter og hører at de sier det ikke er noe liv. De får kuttet navlestrengen og mor inn i bil til sykehus og det andre barnet fødtes der, det også dødfødt.

Så i en situasjon som føles komplett håpløs og vanskelig, så føler jeg likevel at vi mestret situasjonen. Vi hadde en debriefing dagen etter sammen med ambulansetjenesten på telefon. Og jeg og ressurskoordinator, vi snakker endel sammen. Vi er jo tross alt til for pasienten, og vi møtte mange hinder og til tross for det, så fikk vi det til å gå på skinner med tanke på ressursene som vi raskt fikk ut. Dette er en historie, som jeg følte meg veldig god i fordi den jeg var på vakt sammen med, er en som jeg jobber godt sammen med og vi vet hva den andre tenker og hvordan den jobber og vi stoler på hverandre. Jeg stoler på at han ordner sitt og han stoler på at jeg ordner mitt. Utfallet var jo helt forferdelig, men samtidig følte jeg at vi gjorde en så syk bra jobb. Jeg tror vi var totalt 19 personer involvert i det oppdraget, ambulansen, sykehuset og vi fikk det til sammen på en god måte.» (6)

Denne historien viser at det er det tette samarbeidet mellom medisinsk operatør og ressurskoordinator som setter en god ramme for håndteringen. MO er trygg på at kollegaen sikrer at nødvendige ressurser blir varslet og sendt til hendelsesstedet og det gir han ro til å veilede en krevende tvillingfødsel. Den gode mestringsfølelsen forklares med at de to kjenner hverandre godt og at de jobber godt sammen. Selv om hendelsen har et fatalt utfall, opplever operatøren håndteringen som positiv.

Neste historie handler også om hjemmefødsel, men med et lykkelig utfall.

«Jeg kan begynne med en lystelig ting. I går ringte de fra kvinneklinikken og var oppskjørtet. Det er en som føder og dere må sende en ambulanse. Ja vel, hvor er hun? Nei, det spurte vi ikke om. Har du henne på tråden. Nei, vi har lagt på. Ok. Jeg får fødselsnummer og telefonnummer til pasienten og ringer og det er far som tar telefonen. I indeksen er det oppskrift for fødsel, jeg er opplært før indeksen kom, men jeg følger den. Jeg sier til far, dette skal gå fint, vi skal hjelpe deg og ambulansen kommer snart, men du må være klar til å ta imot babyen. Alt klaffer, alt jeg sier til far, gjennomfører han og mor føder i løpet av to minutter og han er så glad. Nå har de fått et velskapt skrikende barn og ambulansen kommer fem minutter senere. Jordmoren på KK var stresset, men jeg kjenner ikke på det stresset, men ringer tilbake til henne og sier at det gikk fint, babyen kom og de kommer inn med ambulanse. Dette er hendelser som gjør hele teamet glad, dette var gøy. Kollegene sitter i medlytt, hvordan går det og alle blir like glad etterpå. Det er en fin og rørende historie og stemningen blir lett. Og det er så flott når du merker at hele gjengen snakker begeistret om den. Det øker trivselen vår, at vi er litt stolt av jobben vi gjør, og at det er meningsfullt det vi holder på med. Her reddet vi ikke et liv, men vi fikk lov å være med i andre folks sine store øyeblikk. Jeg blir rørt når jeg

snakker om den. Vi blir veldig glad når ting går bra. Vi kjenner hverandre godt og kommer opp i hverandres livssituasjoner. Vi blir ikke avstumpet, vi blir glad og lei oss, og det er fint å se.» (20)

Dette er en flott og gripende historie som handler om livets store øyeblikk og den umiddelbare gleden som operatøren opplever og viser. De andre operatørene på vakt er i medlytt og får med seg hendelsen, og de kan i fellesskap glede seg over den. Slike hendelser knytter sterke bånd i vaktlaget og styrker samarbeidet.

Hva forteller disse historiene om relasjonene mellom AMK-operatørene i sentralen? Som vi ser av historiene over handler de, i tillegg til relasjonen mellom operatøren og innringer, om samarbeidet internt i sentralen mellom medisinske operatører og ressurskoordinatorer.

Historiene illustrerer godt det tette samarbeidet mellom medisinsk operatør og ressurskoordinator. Samarbeidet er preget av klar rolleforståelse og rollefordeling, klare og entydige prosedyrer og rutiner, høy grad av trygghet og gjensidig tillit. Deling av gode opplevelser kan gi positive ringvirkninger til hele organisasjonen, som historien om en vellykket hjemmefødsel viser. Dutton (2003a) peker i artikkelen «Breathing life into organizational studies» på kraften som historier om positive opplevelser kan ha, til å knytte grunnleggende menneskelig erfaringer i det sosiale livet, og at de derfor kan oppleves inspirerende og gir liv og energi, både på individuelt og kollektivt nivå.

Samarbeidet i sentralen er tett og preget av kollegial støtte. Utførelsen av arbeidet som selvstendig operatør lærer man gjennom praktisk opplæring, praktisk jobbtrening med mentor, som er en erfaren senior. Før man som operatør kan svare 113-telefoner alene, sitter en sammen med en senior, som lærer deg ved å vise hvordan man håndterer henvendelsene. Neste steg er å prøve selv under personlig støtte og veiledning. Denne introduksjonen til jobben hvor man hjelper og støtter hverandre, bygger mestring og læring fra starten og synes også å være en internalisert måte å jobbe på i sentralene, som støttende team. Flere informanter har pekt på teamarbeidet i sentralen og flere har også pekt på at man blir godt kjent med de som man ofte er på vakt sammen med og at man lærer å kjenne hverandres sterke og svake sider, noe som understrekes i utsagnene under.

«Vi jobber så veldig tett at vi jobber som lag og vi utfyller hverandre så sømløst, i hvert fall med dem du jobber tett med og de du har en god personkjemi med. Du er alltid to, så vi utfyller hverandre veldig greit egentlig. Vanskelig å si at man håndterer noe alene». (5)

«Vi har et teamarbeid med de som er på jobb og vi støtter og hjelper hverandre; -skal jeg hjelpe deg, -skal jeg varsle. Det vi - sentralen - som gjør jobben sammen». (1)

I denne jobbpraksisen bygges relasjonene mellom kollegene til å bli høykvalitetsrelasjoner. Her har kollegene tillit til hverandre og er trygge på hverandre. De blir godt kjent med hverandres personlige sterke og svake sider. A.C. Edmondson (2012) peker på at psykologisk trygghet i organisasjoner ikke innebærer hygge hvor alle er nære venner eller at det innebærer fravær av press og utfordringer. Psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet i sentralene preges av at det er rom for å hjelpe hverandre og at man gir feedback på en respektfull måte og snakker om håndtering av hendelsene:

«Vi jobber i team og hvis det er vanskelig kommunikasjon, folk ikke vet hvor de er eller det er utfordrende problemstillinger og hvis kolleger sitter ledig, så går de inn i medlytt og vi løser ting sammen og det er en god opplevelse. Jeg setter pris på at det kommer inn en ressurskoordinator som finner frem til akkurat hvor det er eller andre som kommer inn med ting som jeg ikke har kommet på der og da. Det er ikke en nedtur for meg, flere hoder tenker bedre enn ett. Oftest sitter man alene og gjør ting hele tiden. Men når det er mulighet med flere, så er det bra». (11)

Laget er avhengig av hverandre for å kunne prestere på hver eneste vakt. Det er forutsetninger for gode prestasjoner i organisasjoner og nødvendige for organisasjoner som Weick og Sutcliffe (2007) har kalt «high reliability organizations» eller påpasselige organisasjoner. Slike organisasjoner, som en AMK-sentral, kan ikke tillate det å gjøre feil fordi konsekvensene kan være alvorlige eller i verste fall fatale.

Kommunikasjonen mellom operatørene er hovedsakelig verbal, men i de tidskritiske hendelsene er den non-verbale kommunikasjonen ofte brukt med kroppsspråk, som tegn og blikk-kontakt:

«Når jeg sitter med en alvorlig hendelse, en vanskelig stans, så er det godt å få blikk fra kollegaene dine og tommelen opp. Og den er veldig god å få. Du er ganske alene med

akutte oppdrag egentlig. Du må stole på deg selv for du rekker ikke å stille så mange spørsmål til kollegene midt under en stans for eksempel». (3)

«Jeg brukte startkortet for å finne ut hvor hun var, jeg fikk adressen verifisert. Og jeg trykker egentlig med en gang på akutt, for jeg skjønner at det er en alvorlig situasjon. Så da får jeg blikkontakt med koordinator og jeg ser at han varsler ressurser samtidig som jeg prøver å roe henne ned». (12)

«Jeg synes vi er flinke til å gi hverandre anerkjennelse og ros og kred når, hva skal jeg si, når hjelpen blir iverksatt fortløpende og alt bare klaffer. Det er alltid noen som bidra når noen av oss sliter med å finne frem. Det er alltid noen som hjelper og jeg synes folk her er flinke til å bistå. Og det gjør sitt til at man føler at man kan lene seg litt tilbake i Alvorets stund». (10)

Disse utsagnene viser høykvalitetsrelasjon med lav terskel for å snakke sammen om situasjoner hvor man er usikker om man har vurdert og tatt riktige beslutninger i en hendelse. Her er det rom for å diskutere kvalitetene på arbeidet med sikte på å lære av hverandre. Dette ytringsklimaet har mange av trekkene fra psykologisk trygghet som Edmonson (2012:126) setter opp; oppmuntring til å si fra, grunnlag for klare tanker, kultur for å diskutere feil, mer målrettet fokus og økt muligheten for gode prestasjoner. Dutton (2003a) trekker i sin teori karakteristikk for organisasjoner som presterer godt. Her er kommunikasjonen vennlig, støttende og preget av gjensidig hjelp mellom individene og man bryr seg om hverandre.

Utsagnene over viser at samarbeidet og samhandlingen er svært viktig for operatørens mestringsopplevelse. Samtidig er operatørens jobbsituasjon ofte slik at de sitter alene med veiledning av innringer uten at kolleger har anledning til å være i medlytt og bidra med støtte og samarbeid. Flere operatører nevnte også at man opplever å være alene i jobben. I neste kapittel vil jeg gå inn på de ulike sidene av operatørjobben som viser utfordringene og de individuelle påkjenningene og hvordan de blir ivaretatt i sentralen når man møter på utfordringer.

4.3 Mestring i etterarbeidet

I den siste fasen vil jeg gå nærmere inn på avslutning av hendelsene og etterarbeidet. I det foregående har jeg konsentrert analysen om de positive erfaringene og gode

mestringsopplevelser på individuelt og organisatorisk nivå. Imidlertid lukker ikke POS øynene for at det er problemer og utfordringer i organisasjoner, men denne teorien vektlegger at det å møte utfordringene med et positivt fokus, øker sannsynligheten for å løse utfordringene. Her vil jeg belyse hvordan etterarbeidet er en viktig faktor for opprettholdelse av mestringsstro og gode prestasjoner.

De fem AMK-sentralene som jeg har besøkt, har litt forskjellig håndtering av debriefing etter hendelser og oppfølging av den enkelte. Selv om det er noen ulikheter, er det mange fellestrekk i etterarbeidet. Behovet for debriefing er i hovedsak i de akutte og større hendelsene som har involvert mange aktører, men behovet kan også utløses av en særskilt hendelse som man sliter med å komme over.

Debriefing eller etterarbeidet kan deles inn i tre deler;

- snakke med kollegene i sentralen som var med på samme hendelse,
- teknisk gjennomgang – er en systematisk gjennomgang av hva som skjedde når i hendelsen, hvem gjorde hva,
- gjennomgang og bearbeiding av hvordan man følelsesmessig opplevde hendelsen sammen med leder og/eller gjennom eget system for oppfølging.

Alle informantene har trukket frem at det å dele erfaringer med de som er på vakt, de som har vært med på hendelsen, er svært verdifullt for både å få oversikt over hendelsen og få luftet sine opplevelser i trygge omgivelser med nære kolleger. Alle sentralene plukker ut hendelser til systematisk bruk i fagutvikling for at operatørene i sentralen kan få læringsutbytte av viktige hendelser.

Etter hendelser der operatøren er usikker på om man gjorde de rette vurderingene eller om man tok de rette beslutningene, har man rutiner for å melde fra til leder eller til oppfølgingssystemet og få gått gjennom hendelsen ved hjelp av lydloggen.

I en region er det etablert et slikt system for individuell oppfølging av den enkelte operatør som sliter med å komme over en hendelse. Her kan man selv melde fra eller man kan melde fra på vegne av kolleger som man ser sliter. En informant beskriver det på følgende måte:

«Hvis det er hendelser som enkelte sliter med, så har vi emosjonell førstehjelp og kommunikasjon (EFOK). Det er dedikerte personer som har kursing i forhold til å ivareta

medisinsk operatører som har hatt en tøff hendelse. Litt for at man ikke skal ta med seg den hendelsen hjem og få mareritt også videre. Men også for at man ikke skal få telefonskrek, det er egentlig vårt største mareritt, at vi skal bli så redd for å ta telefonen at vi ikke klarer å ta den. Da har vi plutselig ikke noe å gjøre på denne jobben i det hele tatt.» (10)

I større hendelser blir det organisert debriefing med alle involverte, både personell inne og ute og med de andre nødetatene. Imidlertid deltar AMK-operatørene sjelden på slike debriefing-situasjoner på grunn av manglende kapasitet i sentralen. To informanter peker på etterarbeidets potensiale for læring:

«Man skal ikke undervurdere teknisk gjennomgang, hvor man får sortert både følelsesregisteret og faglighet og man får tid til å reflektere på hva man gjorde og få med seg andres situasjonsforståelse. Dette er en modningsprosess og ekstremt god læringsprosess. De tekniske gjennomgangene kan være et utgangspunkt for en debriefing.» (8)

«Etter større hendelser gjennomføres debriefing. Lederen innkaller de som var med på hendelsen og ambulansetjenesten er med pr telefon. Vi går gjennom hendelsen og alle får si det de vil si og vi hører på lydlogg. Jeg synes det fungerer ryddig og greit og det viktigste er at alle får samme informasjon. Da har vi en felles opplevelse av hva vi mestret og hva vi ikke mestret og hva vi kanskje kan lære og hva vi gjorde bra. Da er det litt enklere også å snakke litt uformelt i etterkant fordi vi har en felles plattform.» (5)

Videre vil jeg presentere historier om hvordan operatørene blir ivaretatt etter hendelser der det er behov for oppfølging. Historien under viser hvordan operatøren blir fulgt opp og ivaretatt etter en hendelse som var vanskelig å takle fordi den ble koblet til operatørens egen familiesituasjon.

«Det er ikke så lenge siden jeg hadde en kjempedårlig 1-åring, hvor moren hadde blitt sendt hjem fra legevakten på kvelden fordi de mente at barnet hadde luft smerter. Og så ringte hun igjen til legevakten på morgenen om å få en ny vurdering, men var blitt nektet ny vurdering. Du må vente 2 timer til fastlegekontoret åpner. Så ringer hun oss i stedet og det er siste samtalen jeg har før jeg går av nattevakt. Det er den dårligst ungen jeg har hørt i hele mitt liv, den bare hveset og det var helt grusomt. Og når du tenker at han ikke har hatt det sånn i 15 minutter, han har hatt det sånn hele natten og blitt nektet helsehjelp. Han var ett år og var kjempedårlig når ambulanse og luftambulans kom frem. Da slet jeg etterpå og det har

jo sammenheng med mine egne barn. Og da fikk jeg tilbud om samtale med EFOK hos oss. Jeg hadde allerede snakket med kolleger som var på samme vekten». (11)

Den neste historien viser at hele debriefing-apparatet ble aktivert på bakgrunn av alvorlighetsgraden i hendelsen, hvor det begås et drap samtidig som operatøren er i samtale med innringer på hendelsesstedet.

«En lørdag ringer det på 113 og innringer forteller at en kollega er blitt knivstukket. Da må du gå bort å se om han er våken og så skal jeg hjelpe deg med førstehjelp til ambulansen er fremme. Nei, sier han, han blir knivstukket nå. Den har ikke jeg hørt før, så da kikket jeg og ressurskoordinatoren på hverandre. Ok, så da er det mann med en kniv der. Nei, en øks og en kniv. Innringer forteller at han står og ser at han stikker i hjertet og ser tydelig at han stikker i halsen. Da må jo du bare trekke deg unna, men han ville ikke gå bort. Da tenkte jeg at jeg kunne bruke innringer til noe. For nå hørte jeg at han var i ferd med å gå inn i en form for sjokk. Nå skal jeg holde han oppegående og få han til å hjelpe meg. Så da fikk jeg han til å evakuere fra stedet, og jeg spurte om det var flere, om han visste hvem gjerningsmannen var. Jeg lyttet i BAPS (felles talegruppe for nødetatene) og får jo høre der at politiet er 29 minutter unna. Ambulansen er ikke langt unna, men de får ikke lov å gå inn. Og så er brann på vei. På slutten av samtalen, forteller innringer at gjerningsmannen kommer ut. Brannmannskapet gikk ganske så snart på gjerningsmannen og fikk lagt ham i bakken. Det gikk veldig rolig for seg. Men det der sånn, er bare sånn du hører om på film.

Det var en brutal hendelse, og vi hadde debriefing og alt etterpå. Men allikevel sitter jeg igjen med en forferdelig god følelse fordi vi gjorde en så innmari bra jobb. Det tok jo lang tid før politiet kom og ambulanse kunne ikke rykke inn og jeg satt lenge med innringer. Det var en spesiell hendelse som kom på TV samme kveld. På søndag så ringte også lederen - hvordan er det med deg, har du sovet godt, og det hadde jeg. Hun følger opp. Etter helgen gikk jeg og ressurskoordinator gjennom hendelsen sammen med fagansvarlig. Lederen og fagansvarlig hos oss er veldig flinke til oppfølging etter hendelser». (3)

Neste historie omhandler også oppfølging av operatøren etter en alvorlig hendelse der forløpet tar en uventet og alvorlig vending og som utløser behov for oppfølging i etterkant.

«Jeg kommer på dagvakt andre påskedag. Dette er nå tre års siden og jeg husker det fremdeles som om det skulle vært i går. Jeg tar imot telefonen kl. 7.05, innringer er en mann i 40-årene og forteller at han kom hjem fra påskefjellet i går kveld. Vært der med familien og

gått masse på ski. Han har hatt litt stikninger i brystet og har ikke vært mer sliten enn normalt. Han lurer på hvor han henvender seg for å få en sykemelding, for han tror ikke han orker å gå på jobb i morgen. Jeg har gått gjennom hele indeksen i forhold til pustevansker, setter jeg han på gult kriterie - pustevansker men virker ikke utmattet. Det er da raust i forhold til hvordan han oppfører seg og prater, for han hadde ikke pustevansker, men følte litt ubehag innimellom. Jeg snakker først med legevakten, gir de en kort rapport som sier send han til oss. Kommer tilbake til han og sier at han bare kan reise til legevakten. Og gjør du det nå, så kommer du raskt inn til lege også. Flott sier han, takk for hjelpen, ha det bra. Vi la på 7:15 og jeg tenker ikke mer på det. 7:40 ringer legevakten - hjertestans. De jobber der med pasienten en god stund, han går fra å være stabil til ustabil, inn i ambulansse og kjøres inn til sykehus. Vi ser at ambulansen leverer pasienten her på sykehuset, og vi setter legen i konferanse med sykehuset. Pasienten kommer inn i akuttmottaket og stanser på nytt der. Hvorpå de i mottaket er ganske så stresset og sier at dere må få kona inn hit, han er dårlig.

Dagen etter kommer legen hos oss til meg, og vi går gjennom lydloggen sammen. Så sier han, du har ikke gjort noe graverende her, så vi overtar, du trenger ikke å tenke på dette. Det som var det fine, var at legen vår fulgte opp saken hele veien og fikk også ut journal fra sykehuset for at vi skulle få lære av denne hendelsen. Veldig godt for meg..

Men selvfølgelig, jeg hadde denne unge mannen i midten av 40- årene med kone og barn med meg en god stund etterpå. Det gikk jo en tid etterpå, at hver gang noen sa de hadde et stikk i brystet, så trykket jeg nesten på den store A-en. Jeg hadde gått fra å ha god kontroll på situasjonen, til å tenke skitt her har jeg nærmest tatt livet av en person Det er vel den mest svingende berg-og-dal-banen jeg har hatt, hvor så mange ledd har vært trukket inn og man kjenner lite grann på følelsen av egen sårbarhet og udugelighet. Pasienten overlevde, litt redusert. Vi jobber med mennesker, det er jo levende individer, ikke sant, der et negativt utfall etter vårt syn er død, vi ønsker jo ikke det. Vi jobber for å redde liv». (10)

Denne historien viser at det er avgjørende for operatøren å bruke lydlogg sammen med ansvarlig lege for å få avklart om det var begått en feil. Her fikk de bekreftet at det ikke var gjort en feilvurdering og man ikke kunne ha hindret den alvorlige utviklingen for pasienten.

"Vi har kollegastøtte, vi har to personer i sentralen som er kollegastøtte, som det hender vi varsler hvis noen har hatt en kjip greie og blir preget av det, så bare varsler vi kollegastøtte uavhengig av om du vil det eller ikke. Det er bedre å varsle de en gang for mye

enn en gang for lite. Folk finner sin samtalepartner som de på en måte kan lufte ting med hvis du synes ting er vanskelig. Jeg gjør det som regel med dem jeg er på jobb med. Som kanskje synes det er litt sånn; - må du snakke om hvert oppdrag. Men jeg liker å reflektere, jeg tror det har gjort meg til den operatøren jeg er i dag med å snakke om oppdragene, hvordan det kunne vært gjort annerledes.» (6)

«I en situasjon var kollegaene mine viktig, de som hadde hørt det samme som meg, de som visste hva som hadde blitt sagt. Den støtten jeg fikk av dem var utrolig viktig der og da. Jeg opplevde at jeg hadde gjort en så dårlig jobb og jeg var nødt til å høre lydloggen for å komme videre. Da jeg hørte på lydloggen fikk jeg en helt annen oppfatning enn jeg hadde, eller trodde at det var. Jeg hadde sagt masse. Så dro vi til ambulansestasjonen og kommunelegen, som hadde vært ute på hendelsesstedet og hadde en ordentlig gjennomgang. Det var utrolig viktig.» (12)

Systematisk gjennomgang av hendelsene for å få avklart forløpet og hvilke vurderinger og beslutninger som ble gjort, er avgjørende for operatørenes mestringstro. Historien over viser også hvor viktig det er for operatørenes psykiske helse å få avklart hendelsesforløpet, egne vurderinger og beslutninger i hendelser der det antas at det er gjort en feil. Som tidligere nevnt er det høy terskel for å feile i AMK-sentralen og noe som flere informanter har påpekt. Men i alle systemer kan det begås feil og da er det viktig å legge til rette for at feil unngås. Flere av informantene har trukket frem at det er stor grad av åpenhet i systemet for å håndtere feil. Kvalnes (2017) peker blant annet på hvilken positiv betydning åpenhet kan ha i håndtering av feil. For det første gjelder det den positive psykologiske effekten for den som er rammet av feilen og for den som begår feilen. For det andre kan åpenheten bidra til læring og forbedring av tjenestene. Som vi har sett, melder operatøren selv fra når den har gjort en feil eller tror at den har begått en feil. I tillegg er det kultur for at kolleger melder fra om at andre operatører har begått en feil. Samtidig ser vi at operatørene blir fulgt opp og ivaretatt i etterarbeidet etter slike situasjoner.

«Det er jo ikke lov å feile liksom, det er jo mennesker det står om, og det er som vi sier; vi er mennesker alle sammen og vi har perioder da det koker her inne. Da er det lett å glemme et spørsmål, og hvis det spørsmålet er avgjørende og du gjør at pasienten ikke får den hjelpen den skal ha og du vet at ledelsen støtter deg om du har fulgt indeks. Hvis jeg har glemt et spørsmål i indeks, sier jeg fra til ledelsen. Da får jeg hørt lydloggen sammen med ledelsen og stemmer det, må jeg bare legge meg helt flat og ta lærdom av det.» (3)

«I sentralen er det lov å feile. Men juridisk så står vi helt ansvarlig. Alt vi sier tas opp på bånd, og alle trykk vi gjør kan sees etterpå når vi trykte på dem. Du må jo kunne fortelle hvorfor du valgte å gjøre som du gjorde. Så det er klart at du får støtte i sentralen, men du sitter alene med ansvaret på en måte når du har gjort en feil. Sånn sett er det en veldig utsatt posisjon». (18)

«Jeg tror det kommer litt an på utfallet om man har gjort en feil. Hvis du tar livet av et menneske så er det krise, da blir det bråk.» (7)

«I situasjonen der jeg gjorde en feil, følte jeg ble håndtert veldig godt og jeg ble fulgt opp i flere måneder etterpå og fikk komme meg forsiktig inn i sentralen igjen, veldig godt håndtert av ledelsen.» (6)

Over har vi sett at etterarbeidet i AMK-jobben innebærer betydelig stress og press i håndtering av akutte hendelser og hvor viktig godt etterarbeidet er for prestasjonen i AMK-sentralen, både individuelt og på organisatorisk nivå. Til slutt i dette kapittelet vil jeg presentere andre påkjenninger operatørene opplever i jobben. I samtalene om etterarbeid kom det også frem flere utsagn som illustrerer noen av utfordringene knyttet til press og stress operatørene møter i jobben sin.

«Jeg tror ikke man egentlig kan forstå hvordan det er å jobbe på AMK, hvis man ikke har gjort det. Jeg tror det er den mest utfordrende jobben du kan ha i helsevesenet, du ser ikke innringerne, du kjenner de ikke, du vet ikke bakgrunnen, ofte så ringer de og sier; jeg vet ikke hvor jeg er, hjelp meg. Eller så snakker de ikke norsk i det hele tatt. Og spør du om pasienten er bevisstløs eller våken, så får du til svar at jeg er ikke lege. På sykehuset er det også utfordrende med hjertestanser, men her skal vi for det første oppdage hjertestans og vurdere over telefon, uten helsepersonell til stede. Så er det en som har tatt overdose, og den som ringer inn, er nesten like ruset, og du skal prøve å holde innringer våken og få til å starte hjerte lunge redning. Det sier seg selv at det er helt absurd til tider». (11)

I NOU 2015:17, s 96 pekes det på AMK-operatørens utsatte posisjon: «AMK-operatørene er i en særstilling sammenliknet med annet helsepersonell ved at all muntlig kommunikasjon på AMK-sentralenes sambandsplattformer (helsenett, nødnett og telefon) blir logget. De fleste AMK-sentraler har lydlogger som aktiveres automatisk av lyd/tale. Det medfører at også

samtaler mellom AMK-operatører som det ikke er pålagt å logge, blir tatt opp i lydloggen. Det er ingen yrkesgrupper i helsetjenesten for øvrig som opplever en slik inngripende, kontinuerlig og ettersporbar overvåkning i sitt arbeid.»

En operatør uttrykker hvordan presset kan oppleves på følgende måte:

«Du er under lupen hele tiden. Hele tiden, hvert sekund. Hvordan du stiller spørsmålene, hvordan du formulerer deg, hvilket tonefall, hvilken rekkefølge du stiller spørsmålene, hvor raskt du jobber og tar vurderinger. Så det er et sinnssykt press, som jeg ikke tror noen andre jobber under på samme måten.» (11)

«Det er noen som tenker at jeg ringer og bestiller en ambulanse, akkurat som de ringer og bestiller pizza eller taxi. De forstår ikke at vi er pålagt å gi råd om førstehjelp. Mange sier at vi spør så mye, de ser ikke behovet for at vi skal spørre. Vi må i mange tilfeller begrunne jobben vår». (2)

I store geografiske distrikter er det en utfordring for operatørene å opprettholde beredskapen:

«Medisinsk operatør bestemmer om pasienten skal ha ambulanse og det er vi som er juridisk ansvarlig for det. Men vi tenker jo når vi tar den siste ambulansen, har vi en unge som setter noe i halsen da... Det kan bidra til at du gjør feilvurderinger og det er kanskje den største belastningen med å sitte på AMK.» (18)

Utsagnene over viser utfordringene som man står i som AMK-operatør. Sett i sammenheng med historiene om mestring, vil jeg hevde at i AMK-jobben kreves det at en opparbeider en evne til å motstå eksternt press og presterer både på individuelt og organisatorisk nivå. Resilience er blant annet knyttet til idrettsutøvere hvor deres individuelle evne til å takle motgang og vende nederlag til seire forklares med resilience. Coutu (2002) peker på resilience som en individuell psykologisk egenskap som er ulik mellom personer og som forklarer hvorfor noe bukker under i møte med kriser, mens andre benytter dem til vekst og utvikling. Coutu (2002:6) definerer begrepet slik: «Resilience is neither ethically good nor bad. It is merely the skill and the capacity to be robust under conditions of enormous stress and change.» Gittell (2008) har også vært opptatt av dette begrepet og har undersøkt resilience i organisasjoner. Hun har utviklet en modell og hevder at for å kunne opptre på en resilient måte mot eksterne trusler og kriser, kreves både psykologisk og organisatoriske ressurser. Her pekes det på at høye jobbkrav til den enkelte stimulerer til positive prestasjoner. Sammen med

kollektiv mestringsstrategier, som tett samarbeid og støtte i problemløsningen, kan det opprettholde en positiv tilpasning til stress og press i jobben. I AMK-sentralene vil det for det første være en individuell evne til å stå imot press og stressfaktorer i jobben, noe mestringshistoriene i første fase belyser. Som vi så dreide det seg om å avklare hva det akutte behovet innebærer og hvilke typer ressurser som kan avhjelpe dette behovet. For det andre, når det gjelder resilience på organisatorisk nivå viser det seg både i tett samarbeid og støttende kommunikasjon, i tillegg til systematiske tilrettelegging av etterarbeid for de ulike behovene for debrief.

5 Oppsummering

I kapittel 4 har jeg presentert materialet og drøftet funnene. Her vil jeg oppsummer hva AMK-operatørenes mestringshistorier har lært meg. Jeg stilte følgende spørsmål innledningsvis:

- Hva har mest betydning for operatørenes prestasjoner og opplevelse av mestring?
- Når opplever operatøren at hun/han er på sitt beste?
- Når opplever operatøren at samarbeidet med kolleger er på sitt beste?
- Når opplever operatøren at samarbeidet med eksterne samarbeidsparter er på sitt beste?

Informantene har delt generøst sine historier om håndtering av hendelser der de opplever å være på sitt beste i AMK-jobben. Historiene spenner over hele forløpet av en hendelse. På forhånd forventet jeg at mine data viser mestringsopplevelser i hendelser der det har gått bra med pasientene. Som nevnt jobber AMK-operatørene for å redde liv og redusere skadeomfanget for pasientene i akuttmedisinske hendelser. Men AMK-operatørene er første leddet i en behandlingsskjede og ikke i fysisk kontakt med pasientene og har derfor lagt mest vekt på å etablere dialog med innringer i en ofte kaotisk situasjon, for raskt å avklare hva som har skjedd og hva som er behovet for helsehjelp og at riktige ressurser blir sendt ut til hendelsesstedet. Dette synes å være deres profesjonelle fokus, og mestringsopplevelsene er knyttet til mestring i denne første fasen i hendelsesforløpet. I mange av historiene har informantene fått tilbakemelding om hvordan det gikk med pasienten, og etter de spesielle og alvorlige hendelsene er dette viktig for læring og forbedring for den enkelte og hele sentralen. Noen pasienter har også formidlet sin takknemlighet for behandlingen de fikk av AMK-sentralen, enten direkte til AMK-sentralen eller indirekte i media. Informantene har vektlagt det som en bonus og bekreftelse på egen positive opplevelse. Jeg forventet også at datamaterialet viser gode jobbopplevelser i forbindelse med råd og veiledning av innringere, og det kommer også frem i historiene i den første fasen. AMK-operatørene er på sitt beste når det haster og ved alvorlige kritiske hendelser. Min forventning var også at materialet ville vise historier om å være på sitt beste i samarbeidet med kollegaer i AMK-sentralen. Dataene viser at alle informantene hadde mestringshistorier om tett, sømløst og kvalitativt godt samarbeid mellom operatørene i sentralen.

Med bakgrunn i jobbtypen, forventet jeg å finne historier om høy toleranse for press, stress og svært høye jobbkrev. Det kom også frem i historiene om etterarbeidet eller debrief etter hendelser. Materialet har også vist hvor viktig positiv opplevelse i etterarbeidet har for opprettholdelse av mestringstro og evnen til å stå imot belastningene som AMK-jobben byr på.

I materialet mitt fremkommer det i liten grad historier om mestring som omhandler samarbeidet med helseressursene ute, dvs. ambulanspersonellet og legevaktslegene. En forklaring synes å være at AMK-operatørene sjelden blir tatt med i debrief sammen med tjenesten ute pga kapasitetshensyn. Imidlertid nevnes det noen eksempler om positivt etterarbeid sammen med ambulanspersonell og lege på sykehus, men disse synes ikke å være et resultat av systematisk tilrettelegging, men mer tilfeldig ut fra omstendighetene i hendelsene.

5.1 Evaluering av funn og implikasjoner

Hva kan vi lære av disse funnen?

Jeg har lært at å ta utgangspunkt i teoriene under "positive organizational scholarship" og vektlegge det narrative som undersøkelsesdesign har gitt meg et rikt datamateriale.

Situasjonene der operatørene er på sitt beste har kommet tydelig frem i intervjuene, sammen med betingelsene som belyser prestasjonene i AMK-sentralene. De anvendte teoriene har bidratt til å få frem nyansene og å belyse mestringshistoriene.

Mine forventinger har også blitt innfridd når det gjelder i hvilke situasjoner som mestringsopplevelsene har oppstått, men måten informantene har fortalt sine historier med innlevelse og stort engasjement, har bidratt til at jeg har opplevd historiene mye sterkere og rikere enn forventet. Samtidig har det at mye står på spill i de akutte hendelsene, vist at etterarbeidet er svært avgjørende for hvordan AMK-operatørene opplever sin jobb. Her viste materialet mitt at ikke alle sentralene hadde innført et systematisk opplegg for debrief. Ut fra betydningen for den enkelte operatør, burde man vurdere å etablere et slikt system. Som nevnt var det få mestringshistorier om etterarbeid sammen med tjenesten ute, så mitt materiale har i liten grad belyst relasjonen og samarbeidet mellom AMK-operatørene og tjenesten ute. Her trengs mer forskning for å belyse denne relasjonen.

Referanseliste:

- Bailey, C. and Madden, A. (2016): What makes work meaningful – or meaningless. MIT Sloan Management Review s. 52-61.
- Bandura A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994): Self-Efficacy i V.S. Ramachaudran (red.), Encyclopedia of Human Behavior 4. New York: Academic Press, 71-81.
- Cooperrider, David and Srivastava, Suresh (1987): Appreciative Inquiry in organizational life.
- Coutu, D.L. (2002): How Resilience works. Harvard Business Review. Product no.1709.
- Dutton, J. E. (2003a): Breathing life into organizational studies. Journal of Management Inquiry 12 (1): 5 -19.
- Dutton, J.E. (2003b): Fostering High-Quality Connections. Stanford Social Innovation Review
- Dutton, J.E. (2003c): Energize your workplace: how to create and sustain high-quality connections at work. San Francisco, Jossey-Bass.
- Dutton, J.E. and Glynn, M.A. (2007): Positive Organizational Scholarship. In Handbook of Organizational Behavior (C. Cooper and J. Barling, Eds. Sage Publications)
- Edmondson, A.C. (2012): Teaming. How Organizations learn, innovate and compete in the knowledge economy. Harvard Business School.
- FOR-2000-12-21-1385, Helse- og omsorgsdepartementet, Forskrift om pasientjournal.
- FOR-2015-03-20-231 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisin forskriften)
- Gittell, J. H. (2008): Relationships and Resilience, Care Provider Responses to Pressures from Managed Care. The Journal of applied behavioral science, Vol. 44 No. 1, 25-47
- Grant, A. (2014): Gi og ta. Hvordan lykkes gjennom å hjelpe andre. Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet, september 2016, Sentrale elementer vedrørende organiseringen av AMK-sentralene
- Kvale, S. 2001. Det kvalitative forskningsintervju, 2. utgave. Gyldendal
- Kvalnes, Ø. (2017) Fallibility at Work. Rethinking Excellence and Error in Organizations. Palgrave Macmillan, Cham
- NOU 2015:17. Først og fremst Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

Postholm, M.B. (2005): Kvalitativ metode, en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier. Universitetsforlaget.

Quinn, R. E. (Eds.), Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline (pp. 94-110). San Francisco: Berrett-Koehler

Roberts L.M., Dutton, J. Spreitzer, G. Heaphy, E. and Quinn, R.E. (2005): Composing the reflected best-self-portrait: Building pathways for becoming extraordinary in work organizations. *Academy of Management Review*, Vol 30. No 4 712-736.

Seligman, Martin E.P. and Csikszentmihalyi, Mihaly (2000): *American Psychologist*, Positive psychology: An introduction

Selznick, P (1957): *Leadership in Administration* Harper and Row, New York, 1957.

Weick, K.E. and Sutcliffe K.M. (2007): *Managing the unexpected*. Second edition. San Francisco, Jossey-Bass.

Intervjuguide – AMK-sentraler

AMK:

Dato:

Navn:

1. Generelle spørsmål som innledning

2. Introduksjon til temaet

«Mitt spørsmål er hvordan operatørene klarer å prestere under tidspress og med press fra så mange aktører.»

Dere operatører i AMK jobber i en utsatt posisjon og har press på dere til å ta raske avgjørelser i tidskrisiske hendelser.

Jobbutførelsen er å samarbeide godt med teamet internt og med innringer. Arbeidet omfatter også å koordinere ressursene som sendes ut for å gi helsehjelp, og samarbeide med de andre nødetatene, politi og brann og redningsvesenet.

3. Forberedelse av historier

Hvordan synes du det var å få e-post om å tenke gjennom historier om håndtering av hendelser der du opplevde å være på ditt beste?

4. Hendelsene - historiene

Med utgangspunkt i hendelse/historier som du har forberedt/tenkt gjennom – kan du fortelle om disse hendelsene hvor du var på ditt beste.

Prøv å være konkret, hva ble sagt og gjort?

- **Hvordan startet hendelsen?** Hva hadde hendt? Hvilken type hendelse var det? Hvem var involvert internt (jobbet du alene eller sammen med flere operatører?) og eksternt (for eksempel andre AMK-sentraler, lege i vakt, legevaktsentral, politi, brann, andre?)

- **Hva skjedde underveis?**

Hvordan var kommunikasjonen underveis i hendelsene;

internt mellom operatørene, eksternt med de samarbeidende aktørene?

- **Hva skjedde etterpå?**

Hva gjorde du når du opplevde at håndteringen av hendelsen ga en god mestringsfølelse?

- **Når det går galt?**

Når vi er på vårt beste kan også handle om **etterarbeidet** når noe har gått galt.

Hvordan ivaretas kollegaer som har gått på en smell?

5. Oppfølgingsspørsmål

Har du konkrete eksempler på hendelser hvor du har bidratt til det positive resultatet/opplevelsen?

Har du konkrete eksempler på hvor andre har **hjulpet deg/stilt opp**, som bidro til din positive opplevelse.

Er det lov å feile? Har du eksempel på hvordan det ble håndtert hos dere? Følges det opp i fellesskap, i samarbeid med andre?

Dere kan oppleve tøffe hendelser – hvordan får du hjelp av debriefing hos dere? Har du eksempel på en slik situasjon?