

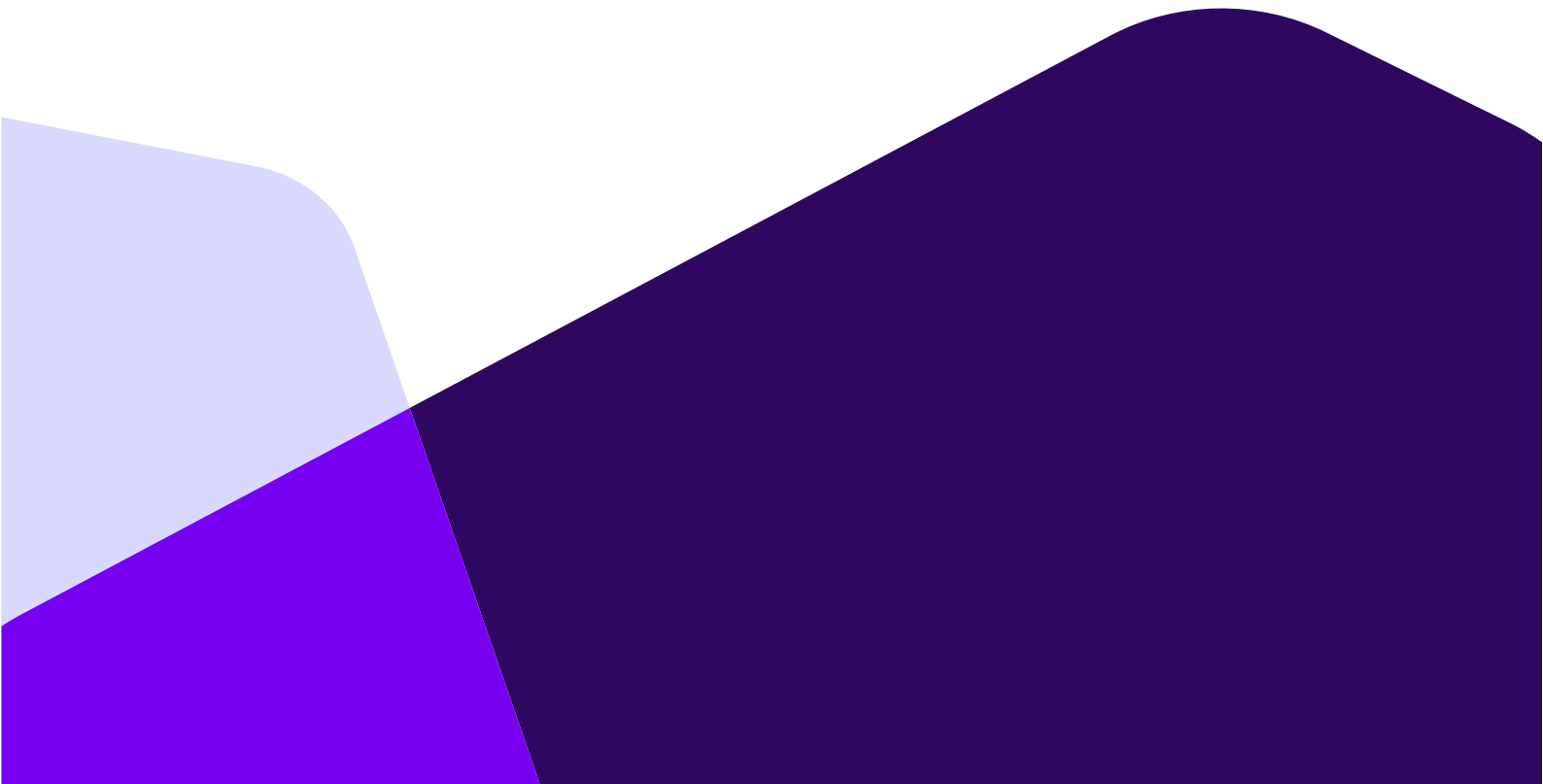
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Mastergradavhandling
Master i avansert klinisk allmennsykepleie/MAKS900
Vår 2024

Berit Aaskjær-Pedersen Loo

Telefonhenvendelser om psykiske plager til legevakt

-En kvalitativ studie med innholdsanalyse av lydlogger fra legevakt



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for Sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 4
3199 Borre
<http://www.usn.no>

© 2024 Berit Aaskjær-Pedersen Loo

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske lidelser er blant de hyppigste akuttmedisinske tilstandene på legevakt, og legevaktene har en viktig rolle i akuttbehandling av psykiske lidelser. Mange av disse henvendelsene håndteres kun på telefon av sykepleiere. Det finnes lite kunnskap om arbeidet som gjøres ved norske legevaktsentraler for innringere som henvender seg med psykiske plager.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få bedre innsikt i og kunnskap om arbeidet som gjøres av sykepleiere i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager. Videre er hensikten både å få kunnskap om innringeres problemstillinger og plager, men og hva som kjennetegner sykepleieres håndtering av samtaler. Studien kan bidra til å sette søkelys på sykepleieres kompetanse ved håndtering av henvendelser om psykiske plager i legevaktsentral.

Problemstilling: Hva kjennetegner telefonsamtaler med sykepleiere ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral?

Metode: Kvalitativ metode er benyttet ved analyse av lydlogger fra legevaktsentral. Tematisk innholdsanalyse av Braun & Clarke er benyttet i bearbeidelsen av data.

Resultater: Resultatene viste at innringere ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral presenterte en rekke ulike fysiske og psykiske plager. Sykepleiere vurderte plagene til å være ikke akutte tilstander. Medikamenter var et sentralt tema i samtaler. Sykepleieres håndtering av samtaler innebar kartlegging, vurdering, rådgivning og sykepleieres kommunikasjon. Sykepleiers kartlegging fremsto lite systematisk ut ifra beslutningsstøtteverktøys oppbygging, men avdekte symptomdebut, noe historikk, utløsende faktorer, mestringsstrategier og hvilken oppfølging de hadde fra andre helsetjenester. Sykepleiere ga råd og forslag til tiltak i de fleste samtaler, og kjennetegnes i hovedtrekk ved råd om egenhjelp, kontakte fastlege og rekontakt til legevakt. Det gjenkjennes ulike spørsmålsformuleringer og kommunikasjonsferdigheter som «aktiv lytting» og «sikre felles forståelse» på tvers av samtaler. Bekreftelse, trygging og støtte fra sykepleiere kjennetegner de fleste samtaler.

Konklusjon: Sykepleieres medisinske kunnskap, farmakologikunnskap og kunnskap om symptomer ved psykiske plager er viktig for å kunne gjøre riktige vurderinger, gi faglig forankrede råd og iverksette adekvate tiltak ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral. Videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy og bruk av video kan være en støtte for sykepleiere i samtaler med innringere som henvender seg med psykiske plager. Sykepleiere bidrar i stor grad med støttesamtaler og kriserådgivning som kan være viktig for innringere med psykiske plager. Kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om kommunikasjon er viktig kompetanse for sykepleiere i legevaktsentral.

Abstract

Background: Mental disorders are among the most frequent conditions in the emergency casualty clinics. The emergency casualty clinics have an important role in the emergency treatment of mental disorders. Many of these contacts are handled by a nurse over the phone. We have little knowledge about the characteristics of the work that is done at Norwegian emergency casualty clinics call centers for patients who present with mental health problems.

Aim: The aim of this study is to gain better insight into, and knowledge of the work done by nurses in emergency casualty clinic call centers with contacts about mental health problems. Furthermore, the purpose is to gain knowledge about the callers' problems and complaints and what characterizes nurses' handling of the telephone calls. The study can increase awareness of nurses' competencies in handling contacts about mental health problems in emergency casualty clinics call centers.

Method: Qualitative method is used in the analysis of call-logs from emergency casualty clinics call centers. Thematic content analysis of Braun & Clarke is used in processing of the data.

Results: The results showed that callers with contacts about mental health problems to the emergency casualty clinics call center presented various physical and mental health problems that were considered not to be acute conditions. Medicines were a central topic in the conversations. Nurses' handling of the conversations involved mapping, assessment, and giving advice. Nurses' mapping appeared unsystematic from the structure of the decision support tool, but revealed onset of symptoms, some history, triggering factors, coping strategies and what follow-up they had from other health services. Nurses gave advice and suggested measures in most conversations and were characterized by advice on self-help, contacting the GP and re-contacting the emergency casualty clinic. Various question formulations and communication skills such as active listening and ensuring common understanding were recognized across conversations. Elements of nurses' communication as confirmation, reassurance, and support from nurses characterize most conversations.

Conclusion: Nurses' medical knowledge, knowledge of pharmacology and knowledge about symptoms of mental disorders are important to make correct assessments, give knowledge-based advice and initiate adequate measures with contacts regarding mental health problems to the casualty clinics call center. Further development of decision support tools and the use of video can be a support for nurses in conversations with callers with mental health problems. Nurses contribute largely with support calls and crisis counselling, which can be important for callers with mental health problems. Communication skills and knowledge of communication are important competences for nurses in casualty clinic call centres.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.1.1 Psykisk folkehelse	7
1.1.2 Akutt helsehjelp ved psykiske plager	8
1.1.3 Sykepleieres kompetanse i møte med psykiske plager og lidelser	8
1.1.4 Aktivitet i legevakt og legevaktsentral	9
1.1.5 Begrepsavklaringer	10
1.2 Hensikt	11
1.3 Problemstilling	11
2 Metode	12
2.1 Design og metodiske overveielser	12
2.2 Utvalg	12
2.3 Rekruttering av legevakter og lydlogg fra samtaler	13
2.4 Datainnsamling	14
2.5 Dataanalyse	14
2.6 Forskningsetiske vurderinger	17
2.6.1 Informasjon og samtykke	17
2.6.2 Anonymitet	18
2.6.3 Konfidensialitet	18
2.6.4 Fordeler og ulemper med deltakelse i studien	18

2.6.5	Datahåndtering	19
2.6.6	REK/SIKT	19
2.6.7	Validitet, reliabilitet og refleksivitet	19
3	Resultater	21
3.1	Hvilke plager presenterer innringere?	21
3.1.1	Fysiske plager	21
3.1.2	Psykiske plager	22
3.2	Hva kjennetegner sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser om psykiske plager?	23
3.2.1	Sykepleieres kartlegging	23
3.2.2	Sykepleieres vurdering og rådgivning	24
3.2.3	Sykepleieres kommunikasjon	26
4	Diskusjon	28
4.1	Innringeres presentasjon av plager	28
4.2	Sykepleieres kartlegging	30
4.3	Sykepleieres vurdering og rådgivning	32
4.4	Kommunikasjon som verktøy i legevaktsentral	34
4.5	Relevans for AKS	37
4.6	Metodediskusjon	37
5	Konklusjon	39
	Referanser	40
	Vedlegg	49

Forord

Tusen takk til min dyktige veileder Elisabeth Holm Hansen for godt samarbeid. Jeg vil også gi en stor takk til min leder og kollegaer for støtte og oppmuntring underveis i studiet.

Buskerud, 15.04.24

Berit Aaskjær-Pedersen Loo

1 Innledning

Legevakt har en viktig rolle i akuttbehandling av mennesker med psykisk sykdom (Johansen et al., 2012; Midtbø et al., 2017; Roggenkamp et al., 2018; Sands et al., 2012b; Zakariassen et al., 2008). Psykisk sykdom og rusmiddelintoksikasjoner er blant de hyppigste akuttmedisinske tilstandene på legevakt (Zakariassen et al., 2008). Sykepleiere i legevaktsentral håndterer en betydelig andel av kontakter om psykiske plager på telefon (Johansen et al., 2012; Midtbø et al., 2017; Roggenkamp et al., 2018; Sands et al., 2016). Arbeidet som gjøres ved norske legevakter og legevaktsentraler ser ut til å være et viktig supplement til andre helsetjenester for personer med psykiske plager og lidelser (Johansen et al., 2010). Sykepleieres vurderingskompetanse og kunnskap om psykiske plager og lidelser i legevakt og legevaktsentral blir dermed viktig for å sikre god kompetanse og kvalitet på arbeidet som gjøres i denne delen av legevaktstjenesten. Fra egen erfaring som fagutviklingssykepleier på legevakt og arbeid i legevaktsentral er det kjent at henvendelser om psykiske plager oppleves som utfordrende for sykepleiere. Det er viktig å få mer kunnskap om hva som kjennetegner samtalene ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral.

1.1 Bakgrunn

Det finnes ingen studier som direkte har undersøkt arbeidet som gjøres ved norske legevakter for personer som henvender seg med psykiske plager og lidelser (Johansen, 2014). Det er derfor viktig å få mer innsikt i og kunnskap om arbeidet som gjøres i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager.

1.1.1 Psykisk folkehelse

Psykiske plager og lidelser er noen av våre største folkehelseutfordringer og over halvparten av norske kommuner oppgir at psykisk sykdom og plager er de største folkehelseutfordringene (Helsedirektoratet, 2018, s. 1). Program for folkehelsearbeid i kommunene har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. En sentral del av programmet er å styrke kommunene som premissleverandør for forskning, samt at kommunene skal medvirke til og legge til rette for forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2018, s. 2). Legevakt har en sentral rolle i kommunehelsetjenesten og den akuttmedisinske kjede, og vil kunne bidra med kunnskap om hvilke utfordringer som finnes i denne delen av helsetjenesten. Slik kunnskap kan gi nyttig informasjon om hvordan kommunene kan møte psykisk helseutfordringer og bidra til å fremme psykisk helse i befolkningen. Denne studien kan bidra til økt kunnskap om psykisk helsearbeid som gjøres ved telefonhenvendelser til legevaktsentral som del av den akuttmedisinske kjede.

1.1.2 Akutt helsehjelp ved psykiske plager

Akuttmedisinske tjenester skal gis til alle som trenger akutt helsehjelp, også ved psykiske lidelser. Legevaktsentralene skal motta og håndtere medisinske henvendelser fra publikum i legevaktdistriktet hele døgnet, alle dager i uken (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). Distriktpsikiatrisk senter (DPS) skal ta imot pasienter som søker akutthjelp i åpningstiden. Akutte ambulante team krever som regel henvisning fra førstelinjetjenesten, som betyr at pasientene må vurderes hos fastlegen eller legevakt først (NOU 2015:17, s. 163). På kveld, natt og helg er det vanligvis kun legevakten som er tilgjengelig. Et viktig unntak er Psykiatrisk legevakt i Oslo hvor alle kan henvende seg direkte til spesialister i psykiatri på kveld og helg (Johansen, 2014, s. 2). Akuttutvalget (NOU 2015: 17) beskriver store forskjeller i hvordan pasienter møtes og behandles, ut fra om de har en somatisk eller psykisk sykdom. Flere studier og rapporter peker på tilgjengelighet til tjenestene som en utfordring for likeverdig helsehjelp ved akutt somatisk og psykisk sykdom (Johansen, 2014; NOU 2015:17; Payne et al., 2009). Kontaktfrekvensen til legevakt gjenspeiler perioder med dårligere tilgjengelighet hos fastlegene, ved at det vanligvis er størst aktivitet i juli måned, påske- og juleferier (Sandvik et al., 2022). Psykiatri som kontaktårsak er overrepresentert om natten og blir oftere håndtert med telefonrådgivning av sykepleier sammenlignet med dag og kveld (Midtbø et al., 2017; Sandvik et al., 2022). Akuttutvalget (NOU 2015: 17, s. 163) er tydelig på at tilgjengeligheten til behandling for akutte psykiske tilstander må være like god som for pasienter med somatiske lidelser. I tråd med samhandlingsreformen skal pasientene hovedsakelig få hjelp i primærhelsetjenesten og det er derfor behov for betydelig kompetanseheving i akuttpsykiatri i førstelinjen (NOU 2015: 17, s. 163).

1.1.3 Sykepleieres kompetanse i møte med psykiske plager og lidelser

Sykepleieres kunnskap og kompetanse er viktig ved håndtering av henvendelser om psykiske plager for å kunne gi et likeverdig tilbud i tråd med nasjonale anbefalinger og retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 2015:17). Norsk Sykepleierforbund har ved en uformell kartlegging funnet store forskjeller mellom bachelorutdanningene i sykepleie innen fagområdet psykisk helse og rus (Hammervold et al., 2022). Store variasjoner i sykepleieres sluttkompetanse kan være en trussel mot kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenestene (Hammervold et al., 2022). Av nasjonalt legevaktregister fremgår det at teoretisk opplæring av legevaktoperatører varierer fra null timer til 6 uker, og praktisk opplæring varierer fra ikke formalisert opplæring til 6 måneders opplæring (Morken & Zachariassen, 2012, s. 18). Det er i dag forskriftsfestet obligatoriske kurs i akuttmedisin og vold – og overgrepshåndtering for legevaktpersonell (Akuttmedisinforskriften, 2015 § 7 og 8). Det finnes i dag ingen kompetansekrav innen akutt psykiatri for legevaktpersonell.

1.1.4 Aktivitet i legevakt og legevaktsentral

Det er registrert 168 legevakter og 94 legevaktsentraler i Norge (Allertsen & Morken, 2022, s. 6). Fastleger og legevakt har lovpålagt plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp. Plikten for fastleger gjelder innenfor kontorets åpningstid. Legevakten dekker resten av døgnet samt helger og helligdager (Akuttmedisinforskriften, 2015; Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). Den vanligste måten å henvende seg til legevaktene på er telefonkontakt (Eikeland et al., 2021, s. 31). I 2022 utgjorde telefonkontakter til legevakt 36,3% av alle kontakttyper (Sandvik et al., 2023). For hver pasientkontakt til legevakt blir det laget regningskort til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) som gir datagrunnlag til årsstatistikk for legevakt (Sandvik et al., 2022). Antall telefonkontakter til norske legevaktsentraler har vist en økende tendens over flere år som følge av bedre rapportering ved at telefonkontakt med sykepleier oftere resulterer i regningskort enn tidligere (Eikeland et al., 2020; Sandvik et al., 2023). Vakttårnprosjektet som registrerer faktiske telefonkontakter til legevakt viser relativt stabile tall for det totale antall telefonkontakter (Eikeland et al., 2023). Legevaktsentralene er bemannet med sykepleiere som ved hjelp av beslutningsstøtteverktøy vurderer innringere basert på alvorlighetsgraden av hoved symptomene som innringer presenterer (Bjorkman & Salzmann-Erikson, 2018). Mulige tiltak er råd fra sykepleier, legekonsultasjon, telefonkonsultasjon med lege, hjemmebesøk eller utrykning/ambulansse (Hansen et al., 2009).

Registrering av kontaktårsak ved første kontakt til legevakt etter ICPC-2 hovedgrupper viste at psykiske kontaktårsaker utgjorde 4,4 % av alle kontakter til legevaktene i 2017 (Eikeland et al., 2018, s. 44). Det er ikke utført en slik registrering siden den gang. Ut ifra diagnosekoder fra legenes regningskort utgjorde psykiatri 4,9 prosent av alle konsultasjoner i 2022 (Sandvik et al., 2023, s. 21). De fleste norske rapporter og studier om kontakter til legevakt baserer seg på pasientkontakter der leger har valgt å bruke en diagnose som beskriver psykiske plager eller sykdommer (Johansen et al., 2009, 2010, 2012; Sandvik & Hunskaar, 2018; Zakariassen et al., 2008). Kun en liten andel av de som får en psykisk diagnose ved legekonsultasjon på legevakt blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten (Johansen et al., 2012). Tiltak som forebygger sykehusinnleggelse innebærer store besparelser i helsetjenesten og det er god samfunnsøkonomi å møte akutt sykdom og skade med fagkompetanse tidligst mulig (NOU 2015:17, s. 17). Psykiske lidelser og rus er blant områdene som trekkes frem der det ses et stort potensial for bedre helse og lavere ressursbruk for samfunnet (NOU 2015:17, s. 17).

Det er betydelig flere henvendelser til legevakt om psykiske plager enn de som får en slik diagnose (Johansen, 2014, s. 2). Vi vet derfor lite om det totale omfanget av antall henvendelser om psykiske plager til legevakt. De hyppigste brukte undergruppene av psykiatridiagnosene er depresjon/suicidal adferd, angst og rusmisbruk (Johansen et al., 2009, 2012). Det ser ut til at faktiske antall henvendelser relatert til selvmordsatferd er høyere på legevakt enn hos fastlegene (Johansen, 2014, s. 3). Det betyr at henvendelser

relatert til depresjon, angst, selvmords- og rusproblematikk er vanlige problemstillinger som sykepleiere møter på telefon i legevaktsentral. Det er lite kunnskap om den faktiske prevalensen i norske legevakter relatert til psykiske lidelser, filtreringsprosessen på vei til spesialisthelsetjenesten og behandlingen disse pasientene får på legevakt (Johansen et al., 2012, s. 2). For personer med psykisk sykdom og behov for akutt helsehjelp og høyere omsorgsnivå er det i hovedsak akuttinnleggelse eller ingenting som er alternativene (Johansen, 2014). Akuttutvalget (NOU 2015:17, s. 165) foreslår økt tilgjengelighet på kompetanse innenfor psykiatri og rus i kommunene utenfor kontortid og i helger. En norsk studie (Johansen et al., 2012) viser at kontakter relatert til psykiske lidelser ofte ble avsluttet med sykepleierråd på telefon og ender sjeldnere opp i legekonsultasjon enn andre type henvendelser. Nesten 40% av de initiale kontaktene ble håndtert av sykepleier (Johansen et al., 2012, s. 6). Kontakter relatert til psykiske lidelser er betydelig overrepresentert om natten og håndteres oftere med sykepleierråd på natt enn på dag og kveld enn andre type henvendelser (Johansen et al., 2012; Sandvik et al., 2022, s. 17). Johansen (2014) beskriver tre ulike grupper av legevaktkontakter relatert til psykisk sykdom og rus der to av disse er relevant for sykepleiere i legevaktsentral. Den ene er der pasienten søker hjelp for en psykisk lidelse og psykiske plager og den andre hvor pasienten presenterer kroppslige symptomer som et uttrykk for psykiske plager (Johansen, 2014).

1.1.5 Begrepsavklaringer

Legevaktsentral

Legevaktsentral er operasjonssentral for legevakt hvor henvendelser til nasjonalt legevaktnummer 116117 besvares av hovedsakelig sykepleiere. Ved å ringe 116117 kommer innringere i kontakt med nærmeste legevaktsentral. En legevaktsentral kan betjene henvendelser fra flere lokale legevakter og flere kommuner.

Psykiske plager og lidelser

Studien tar for seg henvendelser om psykiske plager og ikke innringernes mulige diagnoser. Folkehelseinstituttet skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager betegnes som engstelse, nedstemthet og uro som kan ses på som vanlige variasjoner i følelser og adferd (Tesli et al., 2023). Psykiske plager kan gi store vansker, men ikke nødvendigvis i den grad at de kan karakteriseres med diagnose (Helsedirektoratet, 2021). Betegnelsen psykiske lidelser benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt og det kan stilles en diagnose (Tesli et al., 2023). I denne oppgaven benyttes begrepet psykiske plager.

Beslutningsstøtteverktøy

Manchester Triage System er et internasjonalt prioriteringsverktøy som brukes for å hastegrads vurdere pasienter i legevakt og akuttmottak. Systemet har en telefonversjon (TTA) og en oppmøteversjon (MTS). TTA har fire hastegrader hvor rød anbefaler tilsyn av helsepersonell innen 20 min, gul innen en time, grønn innen 4 eller 24 timer og blå hvor det kun gis rådgivning (Norwegian Manchester Triage Group, u.å.). Manchester triage TTA og legevaktindeks er standardiserte beslutningsstøtte- og prioriteringsverktøy som benyttes ved om lag halvparten av legevaktsentraler i Norge (Allertsen & Morken, 2022). Triagering (hastegradsvurdering) av oppmøtte pasienter på legevakt er en av flere nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt og er begrunnet i akuttmedisinforskriftens krav om å kunne vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp (Allertsen & Morken, 2022).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få bedre innsikt i og kunnskap om arbeidet som gjøres av sykepleiere i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager. Videre er hensikten å få kunnskap om innringeres problemstillinger og plager og hva som kjennetegner sykepleieres håndtering av samtalen. Studien kan bidra til å sette søkelys på sykepleieres kompetanse i om psykiske plager i legevaktsentral. Slik kunnskap kan benyttes i arbeid med systematisk kompetanseheving for sykepleiere som mottar og håndterer henvendelser relatert til psykiske plager i legevaktsentral.

1.3 Problemstilling

Problemstilling: Hva kjennetegner telefonsamtaler med sykepleier ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke plager presenteres av innringere?
- Hva kjennetegner sykepleiers håndtering av henvendelser om psykiske plager?

2 Metode

Kvalitativ metode ble benyttet da det var ønskelig å få dybdekunnskap om og utvidet forståelse av arbeidet som gjøres av sykepleiere ved henvendelser om psykiske plager i legevaktsentral. Kvalitativ metode er egnet for å utforske områder det finnes lite kunnskap om, og for å få innsikt i og forståelsen av et område eller fenomen (Polit & Beck, 2021, s. 65). Kvalitativ metode gir en fleksibilitet ved å kunne tilpasse seg ny informasjon under datainnsamling (Polit & Beck, 2021, s. 471). Kvantitativ metode derimot benyttes når målet er å undersøke sammenhenger, kartlegge eller forklare et konsept og er en egnet metode for å måle eller sammenligne ulike konsepter gjennom statistisk analyse (Polit & Beck, 2021). Kvalitativ metode ble benyttet i denne studien for best å kunne besvare problemstillingen og tilhørende forskningsspørsmål.

2.1 Design og metodiske overveielser

Designet for studien er en kvalitativ innholdsanalyse av lydlogger fra legevaktsentraler der Braun & Clarkes seks faser av tematisk analyse er benyttet (Braun & Clarke, 2022). Innholdsanalyse er benyttet for å systematisk gjennomgå informasjon omkring hva som kjennetegner samtaler ved henvendelser om psykiske plager og videre analysere mønstre i datamaterialet. Induktiv tilnærming er benyttet fordi det var ønskelig at koding og utvikling av tema var forankret i dataene, og ikke ut ifra et pre-eksisterende teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2022). Analyse av lydopptak fra samtaler i legevaktsentral har gjort det mulig å få innsikt i hva som kjennetegner telefonsamtalene i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager. Det er valgt å ha en tekstnær og i liten grad fortolkende tilnærming til datamaterialet ved å analysere manifest innhold i samtalene.

2.2 Utvalg

Utvalget i denne studien er samtaler fra telefonhenvendelser til legevakt om psykiske plager som ble avsluttet på telefon med sykepleiere. Sykepleiere i legevaktsentral gir ikke diagnoser, men noen steder benyttes kontaktårsaksdiagnoser. I denne studien benyttet sykepleiere passende koder for kontaktårsak ut ifra International Classification of Primary Care (ICPC-2) som er den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet, 2004). Inklusjonskriteriene var at samtalene skulle velges ut ifra ICPC-2 under koder for kontaktårsak «Psykisk» (Vedlegg 6 & 7). Innringere måtte være over 18 år. Henvendelser som ble satt opp til legekonsultasjon, telefonkonsultasjon med lege, hjemmebesøk, overføring til AMK eller bestilling av ambulanse ble ekskludert da dette er å anse som tiltak utover samtalen med sykepleier på telefon. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er valgt for å sikre at utvalget av samtalene kunne belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Det er laget enkel oversikt over samtaler (Vedlegg 10). Av totalt 12 samtaler var to av samtaler på dagtid, syv på kveld og tre på natt. Det var stor variasjon i tidsbruk i samtaler som varte fra 5 minutter til 63 minutter. Samtaler ble gitt en hastegrad som varierte mellom hastegradene multibruker, blå (kun rådgivning), grønn (haster ikke) og gul (haster). Legevakten som deltok i studien, benytter beslutningsstøtte- og prioriteringsverktøyet Manchester Triage System (MTS) sin telefonversjon (TTA). Fordeling av ICPC-2 koder for samtaler (Vedlegg 7) er presentert i oversikt over samtaler (Vedlegg 10).

2.3 Rekruttering av legevakter og lydlogg fra samtaler

Under prosjektplanleggingen hadde to legevaktsentraler sagt at de ønsket å delta i studien, men før oppstart valgte de å trekke seg på grunn av store omorganiseringer, flytting av legevakt, andre pågående prosjekter og stort arbeidspress på lederne. Rekrutteringen av legevaktsentraler måtte derfor startes på nytt og flere legevakter fra alle landsdeler ble kontaktet ved ledere eller fagutviklingssykepleiere med forespørsel om deltakelse i studien. Informasjon om studien ble sendt som vedlegg på e-post, og i tillegg ble det presentert muntlig til ledere og fagsykepleiere som ble kontaktet per telefon. Tre av de forespurte legevaktene svarte ja til å delta i studien. En av disse legevaktene fulgte ikke opp videre dialog, en legevakt fikk ingen registrerte samtaler i registreringsperioden, og den siste legevakten registrerte totalt 12 samtaler til studien. Legevakten som registrerte samtaler var en mellomstor interkommunal legevakt med samlokalisert legevaktsentral.

Rekrutteringen av sykepleieres lydlogger ble utført ved at leder først godkjente deltakelse og informerte ansattgruppen på personalmøte. I tillegg ble informasjon og forespørsel om deltakelse i studien sendt ut per e-post. Sykepleiere som ønsket å delta i studien tok kontakt for signering av informasjonsskriv og skriftlige samtykke (Vedlegg 1). Sykepleiere fikk utdelt registreringsskjema (Vedlegg 5), mal for forespørsel (Vedlegg 4) og ICPC-2 kodekort med veileder (Vedlegg 7). Sykepleiere rekrutterte telefonsamtaler etter inklusjonskriterier ved å spørre innringere avslutningsvis i samtalen om de godkjente at samtalen kunne brukes anonymt i en studie etter utarbeidet mal (Vedlegg 4). Malen ble utarbeidet for å tilstrebe at alle innringere ble forespurt på samme måte og for å unngå at innringere ble påvirket eller presset til å svare ja.

Det var 10 sykepleiere som samtykket til å delta i studien hvorav syv av sykepleierne hadde registrerte telefonsamtaler. Tre sykepleiere hadde registrert en telefonsamtale hver, tre sykepleiere hadde registrert to telefonsamtaler hver og en sykepleier hadde registrert tre telefonsamtaler. Det er registrert enkle bakgrunnsdata om sykepleierne (Vedlegg 9). Alle hadde fast ansettelse på legevakt og alle jobbet i legevaktsentral. Det var to menn og åtte kvinner som deltok med registrering av telefonsamtaler. Sykepleierne hadde varierende grad av erfaring hvor noen har vært sykepleier i mindre enn to år og andre hadde vært sykepleiere i over 20 år. De fleste hadde erfaring fra legevaktsentral mellom 3-5 år, noen mindre enn to år og noen mer enn 20 års erfaring fra arbeid i legevaktsentral. De fleste sykepleierne hadde ingen videreutdanning. De som svarte at de hadde videreutdanning ble det oppgitt

intensivsykepleie, helsesykepleie og avansert klinisk allmennsykepleie. De fleste svarte at de ikke hadde relevante kurs innen psykiatri, psykiske helse eller kommunikasjon. De som svarte at de hadde relevante kurs oppga kurset «Håndtering av ustabile og selvmordsadferd». Skjema for informert samtykke fra sykepleiere og registrering av bakgrunnsdata om sykepleiere (Vedlegg 2) ble lagt i en konvolutt i legevaktsentralen i låsbart skap.

2.4 Datainnsamling

Lydlogger som passet til inklusjonskriteriene ble samlet inn ved at lydloggene fra telefonsamtalene ble registrert av sykepleiere på et skjema med dato, klokkeslett, tidsbruk, hastegrad, ICPC-2 kode og samtykke ja/nei (Vedlegg 5). Innringere som svarte ja, ble registrert med telefonnummer slik at det var mulig å hente frem lydlogg fra samtalene i ettertid. Navn og adresse ble registrert for å kunne sende informasjonsskriv per post til de som svarte ja til deltagelse. Utfylte registreringsskjema ble lagt i en konvolutt i legevaktsentralen i låsbart skap. Informasjonsskriv til innringere som svarte ja (Vedlegg 3) ble sendt per post umiddelbart etter mottatt registreringsskjema. Tidligst 14 dager etter informasjonsskriv ble sendt ble lydlogg hentet frem og transkribert direkte fra legevaktens lydloggprogram uten å laste ned eller mellomlagre lydfilene.

2.5 Dataanalyse

I analysen av samtalene er Braun & Clarkes (2022) seks faser av tematisk analyse benyttet. Tematisk analyse er mye brukt i sosial og helsevitenskap for å utforske relevante meningsmønstre på tvers av datasett (Braun & Clarke, 2022, s. 224). Induktiv innholdsanalyse er benyttet for best å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmålene. Kvalitativ innholdsanalyse er en måte å analysere mønstre i tekster på, og innebærer å identifisere segmenter i datasettet som er relevant for problemstillingen (Braun & Clarke, 2022). De seks fasene (Braun & Clarke, 2022, s. 35) består av;

Fase 1: Gjøre seg kjent med datasettet

Fase 2: Koding

Fase 3: Skape innledende temaer

Fase 4: Utvikle og vurdere temaer

Fase 5: Avgrense, definere og navngi temaer

Fase 6: Sluttskriving, redigering.

Lydfilene ble lyttet til ved transkribering og lest igjennom flere ganger for å bli godt kjent med datasettet og for å sikre at nedskrivningen var fullstendig og korrekt. Den første transkriberingen ble et råmateriale hvor ordene ble skrevet ned slik de ble sagt. Den første strukturelle kodingen av datamaterialet ble gjort ved å markere sykepleieres og innringeres utsagn i ulike farger for å skille hvem som sa hva. Gjennom flere gjennomlesninger med

renskrivning ble gjentatte ord fjernet og ord skrevet om til en mer leselig tekst uten å endre meningsinnholdet. Utsagnets kontekst ble skrevet i parentes der det var nødvendig for å forstå hva innringer, eller sykepleier svarte på. Dette ble gjort som forberedelse til at innringers og sykepleieres utsagn skulle kodes hver for seg (Fase 1). Innholdet i datamaterialet ble kodet systematisk ut ifra relevans til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble utført en beskrivende koding av innhold i samtalen, hvor samtalenes innhold som omhandlet kontaktårsak eller problemstilling, sykepleieres kartlegging, rådgivning og kommunikasjon ble markert i ulike farger. Hele datasettet ble så gjennomgått setning for setning og gitt beskrivende kodenavn. Det ble laget tabell over utsagn med tilhørende koder for hver samtale. Utsagnene i eksemplene er ikke hentet direkte fra datamaterialet, for å ivareta konfidensialitet av innhold fra samtalen (Fase 2). Det ble underveis utviklet under-temaer og innledende temaer. Det ble laget tabell med oversikt over koder og under-tema for alle samtaler og egne tabeller med oversikt over koder som omhandlet innringers kontaktårsak/problemstilling, sykepleiers kartlegging, rådgivning og kommunikasjon for å kunne utføre analyse av innhold på tvers av alle samtalen (eksempel 1 og 2) (Fase 3). Det ble utviklet temaer som belyser resultatene i henhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble identifisert mønster og hva som kjennetegnet samtalen på tvers av datasettet. Temaene ble utarbeidet etter hvert som under-temaene ble tydeligere i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene (Fase 4). Etter hvert som temaene ble utarbeidet ble analyser av innhold avgrenset til relevans for problemstillingen og forskningsspørsmålene (Fase 5). Skriveprosessen ble arbeidet med systematisk ved at hvert tema og under-tema ble arbeidet med hver for seg. Prosessen har også vært dynamisk ved å gå frem og tilbake i datasettet for å reflektere over relevante funn. Underveis i skrivearbeidet har det dukket opp flere nye spørsmål som kan danne grunnlag for videre forskning. Innenfor rammene av denne oppgaven har det vært behov for å avgrense rundt de viktigste resultatene (Fase 6).

Eksempel 1 Tabell med koder, under-tema og tema for innringere

Samtale nr.	Koder innringer	Under-tema	Under-tema	Tema
1	Magesmerter	Gastrointestinale plager	Fysiske plager	Innringers presentasjon av plager
	Magesår			
	Sure oppstøt			
	Smerter nakke og rygg	Muskel/skjelett plager		
	Sliten	Generelle fysiske plager		
	Bekymring	Psykiske plager	Psykiske plager	
	Angst			
	Sobril, sovemedisiner	Medikamenter	Tema i samtalen	Sykepleiers kartlegging
	Fastlege	Oppfølging		
2	Kramper i leggene	Muskel/skjelett plager	Fysiske plager	Innringers presentasjon av plager
	Nakkeplager	Generelle fysiske plager	Fysiske plager	
	Prikking			
	Kvalme			
	Svetteing			
	Uro	Psykiske plager		Psykiske plager
	Bekymring			
	Angst			
	Selvordstanker			
	Belastende hendelse denne dagen	Utløsende hendelser/faktorer	Utløsende hendelser/faktorer	Sykepleiers kartlegging
	Konflikter i familien			
	Brudd i relasjoner			
	Behov for å snakke med noen	Innringers ønsker og behov	Innringers ønsker og behov	
	Vival, Sarotex	Medikamenter	Tema i samtalen	
DPS	Oppfølging			
Fastlege				

Eksempel 2 Tabell med koder og tema for sykepleieres håndtering

Samtale nr.	Koder	Under-tema	Tema
1	Råd om medikamenter	Råd	Sykepleiers rådgivning
	Ikke-medikamentelle råd	Forslag til tiltak	
3	Kontakte fastlege	Råd	
	Medikamenter		
	Fysisk aktivitet	Forslag til tiltak	
4	Kontakte fastlege	Råd	
	Rekontakt		
	Snakke med sykepleier eller lege	Forslag til tiltak	
	Søvn/hvile		
5	Kontakte fastlege	Råd	
	Neseskyl	Forslag til tiltak	
	Medikamenter/Paracet		
7	Følge behandling fra DPS	Råd	
	Sette realistiske mål		
9	Egenhjelp		
	Pusteteknikk	Forslag til tiltak	

2.6 Forskningsetiske vurderinger

De viktigste normene for forskningsetikk innen medisin og helsefag er prosjektleders ansvar for den enkelte, en omhyggelig nytte-risiko vurdering, et tilfredsstillende informert samtykke og vurdering av hvem som er passende informanter (Ruyter, 2018). Denne normen har ført til at personer som er del av sårbare grupper er blitt utelukket fra forskning på grunn av overdrevne forsiktighetshensyn (Ruyter, 2018). Aktsomhet og beskyttelse av innringere i denne studien er ivaretatt blant annet ved å sikre fullstendig anonymitet og konfidensialitet. Etiske overveielser av hver samtale ble gjort for å sikre at innringere hadde forutsetninger til å forstå og svare på spørsmål om samtalen kunne benyttes i studien. Alle registrerte samtaler ble vurdert til å være etisk forsvarlig å inkludere i studien. Det er foretatt strenge vurderinger ved bruk av sitater i det skriftlige materiale for å ivareta deltakernes konfidensialitet. Personer med psykiske plager og lidelser er en av gruppene som oftest omtales som sårbare grupper innen medisin og helsefag (Ruyter, 2018). Sårbare personers interesser kan ivaretas på en forsvarlig måte uten at de utelukkes fra forskning ved å forske på problemstillinger som er relevante og nyttige for gruppen (Ruyter, 2018). Denne studien kan gi kunnskap som kan bidra til bedre forståelse av henvendelser om psykiske plager og sykepleieres håndtering av henvendelsene i legevaktsentral. Slik kunnskap kan benyttes til kvalitetsforbedring av legevaktstjenesten som vil ha nytteverdi for personer med psykiske plager og lidelser. Vurdering av nytte-risiko i denne studien er at det er viktig å få mer kunnskap om arbeidet som gjøres i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager, og at studien ikke medfører negativ risiko for innringerne.

2.6.1 Informasjon og samtykke

Helseforskningsloven (2008, § 13 og 14) og Pasientjournalloven (2014, § 20) beskriver samtykke til å være frivillig, spesifikk, informert og en utvetydig bekreftelse på sitt samtykke til behandling av helseopplysninger. Leder og sykepleiere fikk informasjonsskriv om studien med informasjon om formål, hensikt og hva deltakelse betyr for den enkelte og informasjon om mulighetene for å trekke sitt samtykke (Vedlegg 1). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra sykepleiere til å bruke lydlogg fra samtaler de selv deltok i. Informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble utlevert og underskrevet av sykepleiere som ønsket å delta i studien (Vedlegg 1).

Sykepleiere forespurte innringere til legevaktsentral ved samtals slutt om de godkjente at samtalen kunne bli brukt anonymt i en studie om rådgivning i legevaktsentral etter utarbeidet mal (Vedlegg 4). Malen ble brukt for å tilstrebe at innringere ble forespurt på samme måte og at innringere ikke skulle utsettes for overbevisning eller press til å svare ja. Innringere som svarte «ja» på telefon, fikk tilsendt utfyllende skriftlig informasjon per post (Vedlegg 3). Innringere som svarte ja, godkjente opphevelse av taushetsplikten for helsepersonell som gjelder for den samtalen de ble forespurt.

2.6.2 Anonymitet

Personopplysninger er alle opplysninger som kan knyttes til deltaker som enkeltperson som navn, adresse, telefonnummer, e-post og fødselsnummer. Pasientens stemme i seg selv regnes å være en personopplysning (Datatilsynet, 2019b). Studien behandler både alminnelige personopplysninger og helsepersonopplysninger. Personopplysningsloven (2018) definerer helseopplysninger som sensitive personopplysninger. Anonymisering av personopplysninger er et viktig virkemiddel for å kunne hente ut verdifull innsikt til vitenskapelig forskning (Datatilsynet, 2019a). Sykepleiere ble informert om anonymitet i registreringen av skjema med bakgrunnsdata og at navn og arbeidssted ble anonymisert i lydloggen. Under transkribering av samtaler ble alle personopplysninger, stedsnavn og navn på institusjoner unnlatt å skrive ned.

2.6.3 Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskning handler om enighet mellom forsker og deltakere om hva som kan gjøres med dataene (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 106). Dette innebærer at data som identifiserer deltakerne ikke avsløres. Det handler også om hvilken informasjon som er tilgjengelig for hvem (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 106). Skjemaene for informert samtykke og registrering av bakgrunnsdata fra sykepleiere ble ikke levert samlet da bakgrunnsdataene skulle være anonyme. Lydfilene ble avspilt med hodetelefoner for å ivareta taushetsplikten. Samtalene ble fullstendig anonymisert for personopplysninger, stedsnavn og navn på institusjoner ved transkribering for å ivareta konfidensialitet. Det er utvist aktsomhet ved utvalg av sitater fra samtaler for å sikre ivaretagelse av konfidensialiteten til deltakerne i samtaler og at utsagnene ikke er av sensitiv karakter. Det er kun forsker som har hatt tilgang til dataene.

2.6.4 Fordeler og ulemper med deltakelse i studien

Sykepleiere og innringere ble informert skriftlig om formålet med å bruke lydloggene i studien slik at det var tydelig at deltakelse i studien ikke medførte noen negative konsekvenser. Det var kun forsker som lyttet til de registrerte lydloggene. Det ble ikke skrevet noe om studien i pasientens journal og det vil følgelig ikke ha konsekvenser eller betydning ved innringers senere henvendelser til legevakt. Innringers deltakelse i studien hadde ingen betydning for utfallet av telefonhenvendelsen da forespørselen ble gjort avslutningsvis i samtalen. Deltagere ble ikke kontaktet videre i forbindelse med studien og ingen fikk påskjønnelse for deltakelsen. Sykepleiere og innringere oppnådde ingen fordeler ved deltakelse i studien.

2.6.5 Datahåndtering

Utarbeidet datahåndteringsplan beskriver hvordan forskningsdataene skulle håndteres (Vedlegg 8). Skjema med anonyme bakgrunnsdata fra sykepleierne og informasjonsskriv med signert samtykke ble lagt i egen konvolutt i legevaktsentralen. Registreringsskjemaer fra samtaleene ble lagt i egen konvolutt i legevaktsentralen og oppbevart i låsbart skap. Lydfilene er del av innringeres journal og er lagret i lydlogg. Lydfilene ble transkribert ved direkte avspilling, og ble dermed ikke lastet ned og lagret utenfor lydloggprogrammet.

Registreringsskjemaer med opplysninger om innringere og registrerte samtaler ble lagret på forskerens PC ved hjelp av krypteringsprogrammet 7Zip og lagret på Diskfil som er et sikkert område i USN Onedrive. Diskfil er et kryptert område som krever passord for å åpnes i USN Onedrive. Når alle samtaleene var transkribert, ble listen slettet. Kryptering er en metode som sørger for konfidensialitet ved at informasjon ikke kan leses av uvedkommende (Datatilsynet, 2017). De transkriberte tekstene ble lagret på Diskfil i forskers USN Onedrive da de ikke inneholdt personopplysninger.

2.6.6 REK/SIKT

Prosjektet er fremlagt og vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 21.10.2022, deres referanse 510020. REK vurderte at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Prosjektet er vurdert og godkjent av SIKT (Tidligere NSD) med referansenummer 995048 (Vedlegg 11). Lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger for sykepleiere er informert samtykke som er dokumentert ved underskrift på informasjonsskriv (Vedlegg 1). Lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger for innringere er at taushetsplikten oppheves ved innringers samtykke (Vedlegg 11)

2.6.7 Validitet, reliabilitet og refleksivitet

Validitet

Det er valgt å unnlate å fortolke innholdet i samtaleene, men ha en beskrivende og tekstnær innholdsanalyse forankret i dataene. Analysen har i hovedsak utforsket det som eksplisitt ble sagt i samtaleene, såkalt manifest innhold. Datamaterialet er grundig gjennomarbeidet og kodet for å kunne beskrive innholdet i samtaleene. Dette reflekterer formålet med studien som var å få innsikt i og kunnskap om henvendelser til legevaktsentral om psykiske plager som avsluttes på telefon med sykepleier. Ved å lytte til samtaler i lydopptak som man selv ikke var en del av, er det vurdert uhensiktsmessig i henhold til studiens problemstilling å fortolke

deltakernes hensikt og mening bak utsagnene. Validitet i kvalitative studier dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og resultater gjenspeiler studiens formål og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2021, s. 256). Resultatene gir innsikt i og kunnskap om innringernes kontaktårsak og problemstillinger og sykepleiers håndtering i de 12 samtaler som ble rekruttert til studien. Ekstern validitet i kvalitative studier handler om resultatenes overførbarhet og nytte for andre områder enn det som studeres (Johannessen et al., 2021). Studien gir god innsikt i hva som kjennetegner samtaler i lys av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Resultatene gir et forenklet, men kanskje typisk bilde av samtaler med sykepleier ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral.

Reliabilitet

Reliabilitet i kvalitative studier knytter seg til undersøkelsens data; hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2021, s. 256). Det er gjort et grundig arbeid med koding og tematisering av dataene som gjør at datamaterialet er godt gjennomarbeidet. Metode og fremgangsmåte er detaljert beskrevet for å ha en åpen og etterprøvable forskningsprosess.

Refleksivitet

Refleksivitet innebærer kritisk refleksjon over egen rolle som forsker og forskningsprosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 5). Refleksivitet handler om å kritisk vurdere hva vi gjør, hvordan og hvorfor vi gjør det og hvilken påvirkning det har for forskningen (Braun & Clarke, 2022, s. 5). Dataene er innhentet ved ikke-deltakende observasjon ved å lytte til lydopptak av telefonsamtaler til legevaktsentral. Forsker har dermed ikke brukt seg selv som instrument i datainnsamlingen. Forsker har god kjennskap til konteksten legevaktsentral gjennom rollen som fagutviklingspsykepleier og ansatt på legevakt. Videre har forskerens forforståelse av legevaktsentral og innringere med psykiske plager hatt betydning for valg av problemstilling og forskningsspørsmål. Forskerens erfaring fra arbeidet med fagutvikling i legevakt og legevaktsentral har bidratt til en forforståelse av at henvendelser om psykiske plager oppleves som krevende for sykepleierne. I tillegg finnes det lite kunnskap om arbeidet som sykepleiere gjør ved henvendelser om psykiske plager i legevaktsentral. Forskeren har som fagutviklingspsykepleier interesse av å få dypere innsikt og kunnskap som kan sette søkelys på kvalitetsforbedring rettet mot håndtering av henvendelser om psykiske plager.

3 Resultater

Innholdsanalyse av et rikt datamateriale resulterte i fem temaer som kjennetegner telefonsamtalene ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral: fysiske plager, psykiske plager, sykepleieres kartlegging, sykepleieres rådgivning og sykepleieres kommunikasjon.

3.1 Hvilke plager presenterer innringere?

Innringere presenterte en rekke ulike plager som kjennetegnes ved å være både fysiske og psykiske plager. I tillegg var medikamenter et sentralt tema på tvers av samtalene.

3.1.1 Fysiske plager

I alle samtalene presenterte innringere fysiske plager. Halvparten av innringerne fortalte at de var plaget med fysiske smerter og ubehag. Fysiske smerter og ubehag ble beskrevet som blant annet vondt i kroppen, hodepine, vondt i hals, øyne, og ører. Vondt i brystet, kvalme, hjertebank og svetting var også plager som flere innringere presenterte. Det ble beskrevet gastrointestinale plager som magesår og syreplager i tillegg til oppblåst mage, IBS (irritabel tarmsyndrom), magesmerter og obstipasjon. I noen samtaler ble det presentert muskel- og skjelettplager med hovedvekt av plager fra rygg og nakke. Plagene ble beskrevet som spenninger i nakke og rygg, artrose og slitasjeplager fra nakke. Plager fra luftveiene ble beskrevet som forbigående tungpustethet som hadde bedret seg før innringer kontaktet legevakten. Det ble beskrevet sår hals i forbindelse med gjennomgått gastroskopi og typiske forkjølelsessymptomer som vondt i øyne og ører, i tillegg til tett og rennende nese. I noen samtaler ble det beskrevet uklart syn og tåkete syn med ledsagende aura. I noen samtaler beskrev innringere kramper, generell prikkende følelse i hele kroppen, prikking i nakken, hendene og bena.

«Jeg vet ikke om det var anfall jeg, men det bare begynte, først begynte det å prikke i hånda så spredte det seg i halve ansiktet og nedover hele siden og beinet bare ristet»

Noen innringere sa at de følte seg generelt i dårlig form og at de ikke følte seg bra. Det fremkom ikke entydig hvilke plager som var hovedårsak til at innringer kontaktet legevakten. Mer enn halvparten av innringerne sa at de var slitne, tom for energi eller at de var utmattet.

«Jeg er så konstant utmattet og tom for energi»

Noen av plagene var nyoppståtte og noen plager hadde vart fra noen dager til uker og måneder. I tillegg til fysiske plager ble det snakket om medikamenter i nesten alle samtaler. De fleste innringere fortalte om hvilke medikamenter de hadde forsøkt og om nylige endringer av medisiner. Flere fortalte om beroligende medikamenter de hadde, men som de ikke likte å bruke. Innringere stilte spørsmål om virkningstid og bivirkninger av medikamenter. Noen uttrykte ønske om å få sovemedisiner og beroligende medisiner, som de ikke fikk av fastlegen.

3.1.2 Psykiske plager

Uttrykk for bekymring, usikkerhet og tvil ble identifisert i nesten alle samtaler. I flere av samtaler sa innringere at de hadde en usikkerhet og tvil om hva plagene kom av. I flere av samtaler ble en rekke utsagn forstått som bekymring fra innringer uten at innringer eksplisitt sa at h*n var bekymret. Utsagnene ble tolket som bekymring ut ifra innringers utsagn ved lytting til lydopptaket fra samtalen.

«og da tenker jeg det må jo være noe galt inni kroppen min. Jeg har jo sikkert blodpropp eller ett eller annet, så begynner jeg å tenke sånn da»

De fleste innringere presenterte enten angst, redsel, uro eller stress. Noen fortalte om indre uro og at de selv ikke trodde de aktuelle plagene skyldtes angst, men at de tidligere hadde engstet seg mye for sykdom og var derfor usikre på om plagene skyldtes angst. Flere lurte selv på om de aktuelle fysiske plagene kom av angst og stress. Noen fortalte at de hadde angst og hva de konkret var redde for. Innringere fortalte om kraftige angstanfall, dødsangst og konstant redsel som opplevdes uhåndterbart. Noen var redde for å være hjemme og andre ga uttrykk for sosial angst. I nesten alle samtaler ble det gitt uttrykk for at innringerne hadde følelser som ga sterkt ubehag og som var vanskelig å holde ut og håndtere for innringer. I noen av samtaler gråt innringer i løpet av samtalen. Noen beskrev følelsene som overveldende og at de ikke klarte å håndtere dette mer og beskrev et stort lidelsestrykk med sterke vanskelige følelser.

«Det er så mye følelser som bare kommer, som jeg faktisk ikke klarer å takle mer»

Selvordstanker var tema i noen av samtaler. Innringere presenterte både akutte problemstillinger knyttet til selvmordstanker og vedvarende selvmordsproblematikk som betegnes som kronisk suicidalitet. Innringere ga uttrykk for selvmordstanker med bakgrunn i overveldende følelser grunnet kjærlighetssorg, familiekonflikt, svik og økonomiske bekymringer med samtidig alkoholpåvirkning. Flere innringere ga uttrykk for at livet opplevdes for vanskelig og at de hadde en følelse av å ikke klare mer. I de fleste tilfellene kom det ikke frem om innringere hadde konkrete tanker eller planer om selvmord. Sykepleieres respons i noen samtaler kunne tyde på at de var kjent med at innringere hadde hatt selvmordstanker i lengre tid. Innringere fortalte om nedstemthet, tomhetsfølelse og

redsel for tilbakefall av selvmordstanker. Noen innringere ga uttrykk for at de ikke ville si så mye om selvmordstanker og planer grunnet redsel for å bli hentet. I tillegg til psykiske plager ble søvnproblemer og søvnmangel snakket om i flere samtaler. Noen sa de ikke hadde sovet på flere dager. Både innsovningsvansker og hyppig oppvåkning ble nevnt som innringers søvnplager.

I de fleste samtalene ble innringers ønsker og behov identifisert som behov for å snakke med noen og ønske om hjelp i en opplevd krise. Innringere søkte vurdering, råd og forståelse fra sykepleiere. Noen innringere ba om at legevakten skulle sende noen til hjem til dem og noen ba om å bli innlagt et sted. Noen innringere stilte spørsmål til sykepleier for å få bekreftet eller avkreftet deres bekymringer. Det ble i noen samtaler identifisert innringers overføring av ansvar til sykepleier. Overføring av ansvar til sykepleier ble uttrykket eksplisitt ved at innringer sa at legevakten har ansvar og implisitt ved å si «*ja, hva mener du jeg trenger?*». Noen innringere ba om hjelp, men ga uttrykk for at de ikke helt visste hva som kunne hjelpe eller hvilken hjelp de trengte.

3.2 Hva kjennetegner sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser om psykiske plager?

Sykepleieres håndtering kjennetegnes ved utsagn og spørsmål som bidro til kartlegging og vurdering av innringers problemstilling og situasjon. Sykepleieres håndtering kjennetegnes også ved at det ble gitt informasjon, råd og forslag til tiltak i nesten alle samtalene. Det gjenkjennes flere elementer ved sykepleieres kommunikasjon på tvers av samtalene.

3.2.1 Sykepleieres kartlegging

I alle samtaler ble det identifisert utsagn og spørsmål fra sykepleier som bidro til kartlegging av innringers problemstilling og situasjon. Det ble i liten grad identifisert systematikk i kartleggingen som kunne gjenkjennes på tvers av samtalene. Spørsmålene sykepleier stilte hadde i liten grad en rekkefølge som samsvarte med kartlegging av hastegrad ut ifra oppbyggingen av hastegrads- og beslutningsstøtte verktøy som TTA (Manchester Triage System telefonversjon). Det kom frem informasjon i samtalene som ikke ble kartlagt videre med spørsmål fra sykepleier. Spørsmål fra sykepleier som kartlegger symptomdebut, utløsende hendelser, oppfølging fra fastlege, mestringsstrategier og medisiner kjennetegnet de fleste samtalene.

Sykepleiere stilte i flere samtaler oppfølgingsspørsmål omkring innringers presentasjon av plager, og spurte i noen av samtalene utdypende om plagenes karakter. Kartleggingen avdekte symptomdebut, hva som hadde skjedd denne dagen og noe om bakgrunnen for de aktuelle plagene. Utløsende hendelser og forløp for henvendelsene ble identifisert som følge

av kartlegging i halvparten av samtaler. I hovedtrekk handlet utløsende hendelser og faktorer om belastende hendelser samme dag, den siste uken og belastninger tidligere i livet som mulig årsak for plagene de ringte for. Nylig dødsfall i nær familie, brudd i relasjoner, konflikter i familien, tap av verdier, økonomiske bekymringer og svik var utløsende årsaker som kom frem av kartleggingen. Helsebekymringer og stress ble også kartlagt som utløsende faktor for angstanfall. Det kom frem i noen samtaler at angstanfall og panikkangst ble trigget av en hendelse samme dag eller hendelser den siste uken. I flere av samtaler kom det frem at problemene var langvarige eller plager over tid. Sykepleiere stilte i flere samtaler spørsmål for å kartlegge innringeres tidligere mestringsstrategier.

«Hva pleier du å gjøre når du får det sånn her?»

Sykepleiere stilte spørsmål i de fleste samtaler som kartla innringeres oppfølging fra fastlege og andre helsetjenester. Det kom frem at de fleste innringere hadde oppfølging fra fastlege, DPS eller ambulant team. I over halvparten av samtaler ble det snakket om fastlegen, hvorav en av disse uttrykte mistillit til fastlegen. Halvparten av innringerne hadde nylig hatt kontakt med fastlege i forbindelse med de aktuelle plagene. I noen av samtaler ble det identifisert oppfølging hos både DPS og ambulant team.

«har du vært i kontakt med noen andre om det, fastlegen eller, prater du med noen psykolog eller har du noen andre du prater med?»

Sykepleiere stilte spørsmål i noen av samtaler om innringeres nettverk og handlet i hovedsak om de var alene eller sammen med noen under samtalen. I noen av samtaler uttrykte innringere at de følte seg alene eller var alene. Det var samtaler hvor innringere sa at de følte seg alene selv om de var sammen med pårørende under samtalen. En samtale var satt over fra AMK på bakgrunn av bekymringsmelding fra pårørende. Sykepleier stilte i flere samtaler spørsmål knyttet til bruk av legemidler som i hovedsak omhandlet hvilke medisiner de brukte og hva de hadde forsøkt å ta i forbindelse med plagene de ringte for.

3.2.2 Sykepleieres vurdering og rådgivning

Det ble identifisert utsagn som viste sykepleieres vurderinger i de fleste samtaler. I noen samtaler ble det vurdert at prikking, uro og andre fysiske plager kunne være angstrelatert. Sykepleier vurderte i de fleste samtaler at innringer kunne se det an hjemme og at de ikke hadde behov for å komme til legevakten. I noen av samtaler kunne det tyde på at innringer var kjent for sykepleieren. Sykepleier vurderte da at innringers tilstand og symptomer var habituelle og at det ikke var noen nyoppståtte kriterier som tilsa at innringer måtte tilses akutt på legevakten. I noen samtaler vurderte sykepleieren pasientens symptomer ut ifra hvordan innringer pustet og pratet.

«Ja, du puster normalt og jeg hører også at du snakker normalt og sånt som du pleier»

I alle samtaler med unntak av to ga sykepleier informasjon, råd eller forslag til tiltak. Sykepleiere ga i de fleste samtaler råd om å søke videre oppfølging hos fastlege ved behov neste virkedag. Det ble ikke spesifisert hvilke symptomer eller plager som skulle føre til rekontakt til fastlege. Sykepleier ga ved ett tilfelle råd om å bytte fastlege dersom innringer var misfornøyd. Det ble i flere samtaler gitt råd til innringere om å stole på fastlegens vurdering av deres symptomer. Sykepleiere ga råd om å forholde seg til oppfølgingen fra DPS og ambulant team og fortsette å møte opp på etablert behandling ved DPS.

Sykepleiere ga en rekke ulike råd som å være i fysisk aktivitet som tiltak for å redusere angst og uro, samt råd om egenhjelp og pusteteknikk for å redusere angstplagene, og råd om å sette seg realistiske mål. Det ble gitt råd om at innringer skulle forsøke å legge seg å slappe av, hvile og sove. Sykepleier ga ved ett tilfelle råd om å kontakte nettverk. Sykepleiere ga i noen samtaler råd om hvilke medikamenter innringer kunne forsøke å ta. Sykepleier informerte om at det finnes ulike medisiner for angst og uro og ga informasjon om virkning av medisiner.

Sykepleier foreslo i noen få samtaler mulige tiltak og hjelp fra legevakt. Det ble foreslått konsultasjon med lege på legevakten og telefonkonsultasjon med lege samme dag eller dagen etter. Det ble i noen tilfeller foreslått at samtalen med sykepleier på telefon kunne være et tiltak for å bedre situasjonen.

«for det tilbudet jeg kommer til å tilby deg er jo at du skal få komme opp hit og prate med en lege, eller at vi kan ta en prat sammen, eller at jeg skal får en lege til å ringe deg»

I halvparten av samtaleinformerte sykepleiere om og oppfordret innringere til å rekontakte legevakten hvis «det var noe» og «ved forverring eller endringer». Sykepleier ønsket ved ett tilfelle å lage avtale med innringer om rekontakt til legevakt for at innringer ikke skulle føle seg alene. Det ble ikke spesifisert hvilke symptomer eller plager som skulle føre til rekontakt til legevakt.

«og så hvis det blir noe forverring eller endringer så må du jo ta kontakt igjen»

I flere av samtaleinformerte sykepleiere selv som avrundet samtalen. Sykepleiere avrundet i hovedtrekk samtaleinformerte sykepleiere om og oppfordret innringere til å rekontakte legevakten hvis «det var noe» og «ved forverring eller endringer». Sykepleier ønsket ved ett tilfelle å lage avtale med innringer om rekontakt til legevakt for at innringer ikke skulle føle seg alene. Det ble ikke spesifisert hvilke symptomer eller plager som skulle føre til rekontakt til legevakt.

I flere av samtaleinformerte sykepleiere selv som avrundet samtalen. Sykepleiere avrundet i hovedtrekk samtaleinformerte sykepleiere om og oppfordret innringere til å rekontakte legevakten hvis «det var noe» og «ved forverring eller endringer». Sykepleier ønsket ved ett tilfelle å lage avtale med innringer om rekontakt til legevakt for at innringer ikke skulle føle seg alene. Det ble ikke spesifisert hvilke symptomer eller plager som skulle føre til rekontakt til legevakt.

3.2.3 Sykepleieres kommunikasjon

Kommunikasjonen med innringere kjennetegnes ved at sykepleiere benyttet ulike spørsmålsformuleringer som bidro til å kartlegge innringeres situasjon og hjelpebehov. Det ble i hovedsak stilt både åpne og lukkede spørsmål hvor det var lett å forstå hva det ble spurt om.

«Har du opplevd dette tidligere?» og «Men hvordan har du det nå da?»

Sykepleiere stilte i noen tilfeller flere spørsmål i samme setning. Noen spørsmål var lange og ledende spørsmål og det var uklart hva sykepleier egentlig spurte om.

«men tenker du, føler du det ikke er noe problem å være hjemme som du sier at det ikke er noe problem for deg, du er ikke noe redd for å være alene hjemme eller?»

Det gjenkjennes flere elementer av kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere på tvers av samtalene. «Aktiv lytting» og «sikre felles forståelse» gjenkjennes i de fleste samtalene. De vanligste utsagnene som tydet på aktiv lytting var «mhm», «ja» og «ok». Sykepleiere stilte en rekke spørsmål tilbake til innringer som kunne sikre felles forståelse med innringer.

«ja, du er usikker på hva dette kommer av? Skjønner jeg deg riktig da?»

Sykepleiere var bekreftende, kom med empatiske utsagn og validerte innringeres følelser i de fleste samtalene. Sykepleiere hadde utsagn som var bekreftende til det innringere sa, enten ved å gjenta innringers utsagn slik innringer sa det eller gjentok med andre ord det innringer hadde sagt. Sykepleieres validering av innringeres følelser var kjennetegnet ved at sykepleiere ga uttrykk for at de hadde forståelse for innringers følelser.

«stemmer, dette her skjønner jeg at har pågått en stund og på en måte har vært ganske tungt for deg».

Trygging og støtte fra sykepleiere ble gjenkjent i de fleste samtaler. Sykepleiere trygget i hovedsak innringere ved å avkrefte at innringers bekymringer og plager var farlige. Det kunne tyde på at sykepleiere ønsket å trygge innringer ved å oppfordre til rekontakt ved behov, og ved å informere at legevakten var tilgjengelig hele døgnet. Støtte kjennetegnes ved sykepleieres utsagn som støttet opp om det innringere sa, og ved utsagn som var omsorgsfulle og støttende.

«Men jeg tenker du gjør ikke noe feil, altså du må bare heller ringe en gang for mye enn en gang for lite, og du er ikke alene om det altså, det er jo mange andre som også ringer som ikke har det så lett, som har det vanskelig»

I noen av samtalene stilte sykepleiere spørsmål til innringer som kunne tyde på en tilbakeføring av ansvar til innringer slik at innringer selv kunne komme med innspill og forslag til tiltak for egen situasjon.

«Hva tenker du selv at kan gjøre det bedre for deg da?»

4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få innsikt i og kunnskap om telefonsamtaler med sykepleier i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager. Videre var hensikten å få kunnskap om innringeres problemstillinger og plager og hva som kjennetegnet sykepleiers håndtering av samtaler. Resultatene viste at henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral kjennetegnes ved at innringere presenterer en rekke ulike fysiske og psykiske plager som ble vurdert til å være ikke akutte tilstander. Sykepleieres håndtering av samtaler innebar sykepleieres kartlegging, vurdering og rådgivning. I sykepleieres kommunikasjon gjenkjennes spørsmålsformuleringer og kommunikasjonsferdigheter på tvers av samtaler. Sentrale temaer fra studien diskuteres i lys av tidligere forskning, epidemiologiske data og relevant litteratur som belyser det som synes å kjennetegne telefonsamtaler med sykepleier ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral.

4.1 Innringeres presentasjon av plager

Innringeres presentasjon av plager gjenkjennes ved en rekke ulike fysiske og psykiske plager. Det ble ikke undersøkt hvorfor sykepleiere vurderte henvendelsene til å være psykisk kontaktårsak. Sykepleiere vurderte innringeres plager til å være ikke akutte tilstander. Noen innringere henvendte seg om fysiske plager som ble vurdert av sykepleier til å være uttrykk for psykiske plager. Noen innringere synes å være kjent for sykepleier, som kan være bakgrunnen for at de fysiske plagene ble vurdert til å være relatert til psykiske plager. Mange pasienter med psykiske plager ringer på grunn av en somatisk tilstand hvor det under samtalen kommer frem at innringer føler seg psykisk syke (Wärdig et al., 2022). Innringere presenterte også psykiske plager som blant annet angst, uro, nedstemthet, selvmordstanker og opplevelse av krise. Vurdering av fysiske og psykiske symptomer og plager på telefon er ofte utfordrende, og det er vanskelig å vurdere sykdom og skade per telefon uten å se pasientens kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Barbosa et al., 2016; Eriksson et al., 2020; Holmström et al., 2021; Johansen et al., 2023; Wärdig et al., 2022).

Sterk angst kan gi smerter og ubehag i brystet, men smertene kan også skyldes kardiovaskulær sykdom. Nevrologiske symptomer som prikking, kramper og uklart syn kan skyldes hjerneslag, men er også vanlige symptomer ved panikkangst med hyperventilering. Brystmerter, svetting, kvalme og hjertebank kan være symptomer ved en rekke somatiske sykdommer og tilstander. Dette er også vanlige symptomer ved stressreaksjoner og psykiske belastninger (Aarre & Dahl, 2018). Det er viktig å kjenne til angstens symptomatiske uttrykk (Aarre & Dahl, 2018, s. 167). Det kan være krevende å identifisere angst som hovedsakelig viser seg som økt sympatikusaktivering, som svetting, hjertebank, skjelvinger, pustevansker, magesmerter eller muskelspenninger (Aarre & Dahl, 2018, s. 167). Feber, magesmerter, hoste, øresmerter og «generelle» symptomer er kontaktårsaker som hyppigst blir håndtert med sykepleierrådgivning i legevaktsentral (Midtbø et al., 2017). Belastningssymptomer fra muskler og ledd utgjør en stor del av de plagene som personer med angstproblematikk kontakter lege for (Aarre & Dahl, 2018, s. 167). Noen av de overnevnte kontaktårsakene

gjenkjennes i samtalene ved presentasjon av gastrointestinale plager, muskel- og skjelettplager, smerter, ubehag og en rekke generelle diffuse fysiske plager. Dette viser at sykepleiere har et bredt spekter av symptomer og plager de skal vurdere ved telefonhenvendelser om psykiske plager til legevakt.

De mest brukte undergruppene av diagnoser relatert til psykiske lidelser i 2009 var depresjon, suicidal adferd, angst, rusmisbruk, akutt stress reaksjon, uspesifikk psykiatrisk diagnose, psykose, søvnforstyrrelse, hukommelsestap og «annet» (Johansen et al., 2009). Diagnosegruppene gjenkjennes i samtalene som innringers presentasjon av plager selv om det ikke gis diagnoser i samtaler med sykepleier. Det kunne se ut som en av hovedårsakene til at innringere kontaktet legevakten var bekymring, usikkerhet og tvil. Innringere ga uttrykk for et behov for å få bekreftet eller avkreftet dette. Innringere med sterke uutholdelige følelser, ringte legevakten for å få hjelp til å håndtere sterke følelser de selv opplevde som u håndterbare. Det kunne tyde på at noen innringere tok kontakt med legevakt for å få bekreftet eller avkreftet sin usikkerhet om plagene skyldtes angst og stress eller om det kunne være andre årsaker til plagene. Noen søkte hjelp til å håndtere og roe ned angst og redsel. Noen forteller spontant at de har symptomer på angst, men andre forteller først om angstsymptomene om de blir spurt (Aarre & Dahl, 2018, s. 167). Engstelig stemme preget av bekymring, stamming eller stotring kan være tegn på angst som bør følges opp med spørsmål om angstsymptomer (Aarre & Dahl, 2018, s. 167). Sykepleieres kunnskap om symptomer og tegn på angst og stress er dermed viktig i møte med innringere med psykiske plager.

Over halvparten av innringerne presenterte at de var slitne, utmattet og mangel på energi. Et fåtall av disse ga uttrykk for følelse av likegyldighet, tomhet og søvnproblemer i kombinasjon. Nedstemthet, manglende interesse og glede, og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet er vanlige symptomer ved depresjon (Aarre & Dahl, 2018). Symptomene slitenhet, utmattelse og manglende energi ble ikke utforsket og kartlagt systematisk i forhold til mulig underliggende depresjon i samtalene. Dette viser viktigheten av at sykepleier i legevakt kan skille mellom symptomer på alvorlig depresjon og normale reaksjoner på belastende hendelser for å kunne vurdere dette som risikofaktorer for selvmordsfare. Alle pasienter bør spørres om de har symptomer på depresjon da det er forbundet med forhøyet selvmordsfare (Tveitstul & Pignatiello, 2021, s. 35). Dersom symptomer på depresjon er til stede bør man videre kartlegge energinivå, søvn, matlyst, konsentrasjonsevne, depressivt tankeinnhold, grubling og bekymring (Tveitstul & Pignatiello, 2021, s. 35). Det ble ikke identifisert systematisk kartlegging av selvmordstanker og symptomer knyttet til depresjon. Faktorer som søvn, nettverk og innringeres bekymring kom frem i samtalene uten at det ble kartlagt systematisk i sammenheng med depresjon eller selvmordsfare. Grundig kartlegging av disse faktorene er viktig i samtaler med innringere som gir uttrykk for selvmordstanker. Hos noen kan selvmordstanker i varierende grad være til stede konstant og omtales som kronisk suicidalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Personer med kronisk forhøyet selvmordsrisiko er oftest pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Tveitstul & Pignatiello, 2021, s. 66). For denne gruppen er det viktig at håndtering av den akutte krisen støtter opp under den pågående behandlingen for å unngå at pasientene blir kasteballer mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 26). For denne gruppen legges det stor vekt på å følge langsiktig poliklinisk behandlingsplan

(Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Overveldende følelser grunnet kjærlighetssorg, familiekonflikt, depresjon og samtidig inntak av alkohol fremsto samlet som bakgrunn for noen innringeres selvmordstanker. Viktige risikofaktorer for selvmord er blant annet psykiske lidelser, rusavhengighet, tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjoner og manglende nettverk (Tveitstul & Pignatiello, 2021, s. 64). Noen suicidale ytringer kan representere et ønske om å bli sett, et ønske om å få hjelp, et ønske om å såre andre eller et ønske om å dø (Tveitstul & Pignatiello, 2021, s. 64). Innringere som ga uttrykk for selvmordstanker, gjenspeilet forskjellen i ulike typer suicidalitet som nevnt over. Sykepleieres kunnskap om selvmordsfare og kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko er viktig ved henvendelser til legevaktsentral om psykiske plager og uttrykk for selvmordstanker.

I tillegg til fysiske og psykiske plager var medikamenter et sentralt tema i de fleste samtalene. En studie viste at en rekke henvendelser om psykiske plager var relatert til spørsmål og bekymringer om foreskrevne medisiner (Sands et al., 2012a). Sykepleieres kunnskap om psykofarmakologi og legemidler generelt vil dermed være viktig i møte med innringere som henvender seg til legevaktsentral om psykiske plager.

Innringere synes å ha behov for bekreftelse, trygging og hjelp for sine plager ved å snakke med noen. Samtalene viser at innringere ga uttrykk for at de ble beroliget og følte seg bedre etter samtalen med sykepleier. En betydelig del av innringere kontakter helsetjenesten i en krisetilstand (Sands et al., 2016). Det kan tyde på at sykepleiere i legevaktsentral har en viktig rolle i å være en støtte og hjelp for innringere til å håndtere kriser. Kvaliteten på sykepleieres kartlegging og vurdering av innringeres plager er dermed viktig for å identifisere mulig årsak til symptomene, for så å kunne gi faglig forankrede råd og iverksette adekvate tiltak (Huibers et al., 2011; Sands et al., 2012a).

4.2 Sykepleieres kartlegging

Sykepleiere i legevaktsentral skal kartlegge og vurdere pasientens helsetilstand, fastsette hastegrad, gi veiledning og medisinske råd, og iverksette andre nødvendige tiltak (Helsedirektoratet, 2020). En systematisk gjennomgang av studier viser at telefontriage var trygt i gjennomsnittlig 97 prosent av alle henvendelser til telefontjenester tilsvarende legevaktsentral (Huibers et al., 2011). En norsk studie har undersøkt kvaliteten på beslutninger som tas av sykepleiere i henhold til vurdering av hastegrad (Hansen & Hunskaar, 2011a). Studien (Hansen & Hunskaar, 2011a) viser at sykepleieres vurdering av hastegrad var i høy grad riktig i henhold til nasjonale retningslinjer. Vi har derimot lite kunnskap om det totale omfanget av henvendelser om psykiske plager, hvilke problemstillinger det ringes om, og sykepleieres håndtering av slike henvendelser til legevakt (Johansen et al., 2012).

Det er viktig at sykepleiere har relevant og adekvat informasjon for å kunne gi korrekte og faglig forankrede råd (Hansen & Hunskår, 2011b; Huibers et al., 2011; Sands et al., 2012a). Sykepleieres kartlegging ved telefonhenvendelser til legevakt er dermed viktig. Kartleggingen

avdekket symptomdebut som viste både nyoppståtte hendelser og langvarige situasjoner, noe historikk og tidligere mestringsstrategier. Kartleggingen fremsto lite systematisk ut ifra oppbyggingen av hastegrads- og beslutningsstøtte verktøyet TTA (Manchester Triage System telefonversjon) når det gjaldt å utforske innringers plager og alvorlighetsgrad av plagene som ble presentert. Det kom frem informasjon i samtalene som ikke ble utforsket videre med spørsmål fra sykepleier. En studie peker på at den største trusselen mot pasientsikkerheten ved telefonsykepleie var når sykepleiere ikke utforsket bakgrunnsinformasjon ved kartlegging og vurdering av innringers symptomer (Röing et al., 2013). I flere av samtalene stilte sykepleiere spørsmål som kunne tyde på at innringer var kjent for sykepleier, noe som kan være årsak til at kartleggingen synes å være lite systematisk ut ifra triagesystemets oppbygging (Norwegian Manchester Triage Group, u.å.). Innringere presenterte flere ulike plager som kan ha gjort det utfordrende å finne et passende flytskjema i triagesystemet, og at kartleggingen dermed i mindre grad fremsto som systematisk. Det er identifisert mangler i beslutningsstøttesystemer i forhold til psykiatri og selvmordsfare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Beslutningsstøttesystemet fokuserer på somatiske symptomer, og informasjon om psykiske helse og psykiske lidelser er begrenset (Björkman & Salzmänn-Erikson, 2018). Samme studie peker på blant annet begrensningene i beslutningsstøttesystemet som et hinder for å kunne gi alle pasienter hjelp på like vilkår (Björkman & Salzmänn-Erikson, 2018)

Det kom frem av sykepleieres kartlegging at halvparten av innringerne nylig hadde hatt kontakt med fastlege i forbindelse med den aktuelle problemstillingen. Kartlegging av annen kontakt med helsetjenester er viktig for vurderingen av hastegrad for henvendelsen (Ukom, 2024), og for å få oversikt over hvilken oppfølging innringer har fra før. Flere innringere hadde oppfølging fra DPS og eller ambulant team fra kommunen. En norsk studie viser at de fleste pasienter med diagnoser relatert til psykiske lidelser på legevakt var også i kontakt med fastlege i samme periode (Johansen et al., 2010). Samtidig viser flere studier at innringere til legevakt generelt ser ut til å forstå og følger rådene som gis av sykepleier i stor grad og en stor andel av pasientene kontakter ikke fastlegen eller andre helseinstanser igjen med samme problemstilling (Hansen & Hunskaar, 2011b; Payne et al., 2009; Sundberg et al., 2021). Noe som kan tyde på at psykiske plager og lidelser har et annet kontaktmønster til helsetjenester enn andre kontaktårsaker.

Selvmondsrisikovurderinger er vanlige for sykepleiere i legevaktsentral (Wärdig et al., 2022). I denne studien var kartlegging av innringers selvmondstanker begrenset til spørsmål om det var noe sannhet i innringers utsagn om selvmond og direkte spørsmål om innringer hadde ønske om å ta livet sitt. I noen samtaler med utsagn om selvmondstanker tydet svaret fra sykepleier på at selvmondstankene hadde vart i lengre tid. Sykepleier konstaterte at det var det samme som det hadde vært i lengre tid uten å gå mer inn i kartlegging av selvmondsrisiko. Kartleggingen av innringers nettverk handlet i hovedsak om innringere var alene eller sammen med noen under samtalen. Det ble ikke kartlagt videre når det gjaldt muligheter for å bruke nettverk som ressurs i den aktuelle situasjonen. Nettverk som sosial støtte for pasienten kan være en viktig beskyttende faktor som må kartlegges i forhold til selvmondsrisikovurdering (Tveitstul & Pignatiello, 2021). En studie peker på at sykepleiere mangler opplæring i hvordan de skal gjennomføre selvmondsrisikovurderinger og lærer i stor

grad gjennom erfaring og egen intuisjon som veileder i spørsmål om selvmordsrisikovurdering (Wärdig et al., 2022). Samme studie avdekket at noen sykepleiere unngikk å stille spørsmål om selvmordstanker, fordi det innebar ytterligere utforsking og tiltak dersom det ble oppdaget selvmordsrisiko (Wärdig et al., 2022). Sykepleiere opplevde store utfordringer med å gjøre selvmordsrisikovurderinger uten å se pasientens kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Wärdig et al., 2022). Bruk av videosamtaler kan være et viktig supplement til sykepleiers kartlegging og vurdering ved telefonhenvendelser om psykiske plager og selvmordsfare (Wärdig et al., 2022). I denne studien ble bruk av video i samtalene ikke registrert. En forutsetning for å gjøre riktige vurderinger i forhold til selvmordsrisikovurdering er at sykepleiere har riktig kompetanse og nok tid til disse samtalene (Wärdig et al., 2022). Dette tyder på at det er behov for systematisk kompetanseheving i selvmordsrisikovurdering for sykepleiere i legevaktsentral.

4.3 Sykepleieres vurdering og rådgivning

Et stort antall telefonkontakter til legevaktsentralene blir håndtert utelukkende med sykepleierådgivning (Midtbø et al., 2017). I 2022 ble 32,3 prosent av alle henvendelser til legevakt håndtert ved telefonrådgivning av sykepleier (Eikeland et al., 2023). Rådgivning er en viktig del av legevaktsentralens oppgaver og operatøren skal kunne gi medisinske råd i de tilfeller der legekonsultasjon ikke er nødvendig (Helsedirektoratet, 2020). Sykepleiere gir et betydelig bidrag til pasientbehandling i norske legevaktsentraler ved å håndtere henvendelser til legevakt med telefonråd (Hansen & Hunskaar, 2011b; Johansen et al., 2012; Midtbø et al., 2017). En svensk studie indikerer at sykepleierådgivning på telefon kan ha bidratt til systemeffektivitet og frigjorte ressurser ved å redusere unødvendige og kostbare konsultasjoner (Sundberg et al., 2021). Sykepleiere i legevaktsentral må ha god medisinsk kunnskap og erfaring for å kunne vurdere innringeres symptomer og plager på telefon (Hansen & Hunskaar, 2011b; Sands et al., 2012a). En viktig forutsetning for å gjøre riktige vurderinger på telefon er at sykepleiere gis nok tid til samtalene og rett kompetanse (Wärdig et al., 2022). En studie viser at stress og tidspress er faktorer som gjør det vanskelig for sykepleiere å konsentrere seg under samtalen og skaper frykt for å gå glipp av viktig informasjon og dermed gjøre feilvurderinger (Wärdig et al., 2022). Det var stor variasjon i tidsbruk for samtalene i studien. Det er ikke kartlagt årsak til tidsbruk og om stress og tidspress var en faktor i samtalene.

Bruken av beslutningsstøtteverktøy i samtalene ble ikke kartlagt, men sykepleierne registrerte hastegraden på samtalene. Sykepleiere vurderte samtalene til å ha lav hastegrad, noe som kan ha sammenheng med at de ble avsluttet med sykepleierråd på telefon. En norsk studie (Johansen et al., 2012) viste at kontakter relatert til psykiske lidelser i gjennomsnitt hadde noe høyere hastegrad enn andre typer henvendelser (Johansen et al., 2012). Noe som er paradoksalt med tanke på at kontakter om psykiske plager i stor grad håndteres kun av sykepleiere og ender sjeldnere opp i legekonsultasjon enn andre henvendelser (Johansen et al., 2012).

Felles for henvendelsene synes å være innringeres opplevelse av å være i en krise enten den var nyoppstått eller langvarig. Sykepleiere foreslo støtte-samtale med sykepleier eller lege som mulig tiltak og hjelp til innringer. En australsk studie (Sands et al., 2012b) peker på støttende krise-rådgivning som den hyppigst observerte intervensjonen i håndtering av telefonhenvendelser fra personer i en psykisk krise-situasjon. De som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp (Meld. St. 23 (2023-2033). Lavterskeltilbud som for eksempel støttesamtaler kan bidra til å forebygge at livsmestringsutfordringer, livskriser og milde og moderate plager utvikler seg og blir mer alvorlige tilstander (Meld. St. 23 (2023-2033). Den korte intervensjonen med støttende krise-rådgivning ser ut til å ha positiv effekt på innringere ved å redusere stress og følelse av å være i krise i den grad at det ikke lenger var behov for videre hjelp etter samtalen (Sands et al., 2012b). Sykepleieres kunnskap og ferdigheter til å hjelpe og støtte innringere i en opplevd krisesituasjon er dermed viktig i håndteringen av telefonhenvendelser om psykiske plager.

I alle samtalene med unntak av to ble det gitt råd, veiledning og forslag til tiltak som kan synes å ha sammenheng med kartleggingen. Eksempelvis ble det i sammenheng med kartleggingen av innringers plager gitt råd om å forsøke fysisk aktivitet, pusteteknikker og hvile for å redusere angst og uro. Råd om å kontakte fastlegen kunne ofte synes å være tilfeldig og mangel på andre råd og tiltak, da det ikke ble gitt spesifikk informasjon om hvorfor eller når innringer burde kontakte fastlegen. Ved at det ble gitt råd om å fortsette etablert behandling på DPS og følge opp avtaler med ambulanseteam bidro sykepleiere til å støtte opp under etablerte behandlingsplaner. Studier viser at en stor andel av innringere til legevakt følger råd og anbefalinger fra sykepleiere i legevaktsentral (Hansen & Hunskår, 2011b; Sundberg et al., 2021). En norsk studie fra 2011 (Hansen & Hunskår, 2011b) undersøkte i hvilken grad innringere til legevaktsentral forsto og fulgte råd fra sykepleiere på telefon ved norske legevakter. Studien (Hansen & Hunskår, 2011b) viste at selv de innringerne som ikke følte seg helt trygge på rådene som ble gitt, likevel valgte å følge rådene. Noe som kan bety at innringere følger råd selv om de ikke er enige i dem. Sykepleiere har dermed et stort ansvar for at kartlegging, vurdering og rådgivning i legevaktsentral er av god kvalitet for å ivareta pasientsikkerhet i tjenesten.

En internasjonal litteraturoppsummering om sikkerhet og kvalitet ved telefonhenvendelser viser at telefontriage var trygt i de fleste tilfeller og at rådgivning kan være tilstrekkelig for omtrent halvparten av henvendelsene til legevaktsentral (Lake et al., 2017). Telefontriage og telefonråd fra sykepleier har potensiale for å redusere arbeidsmengden til leger (Lake et al., 2017). Det er potensial for mer sykepleieinvolvering i flere av kontaktårsakene som foreløpig har en lav andel sykepleierådgivning (Midtbø et al., 2017). Ut ifra dette kan man anta at en større andel av henvendelsene kan ende med telefonrådgivning med sykepleier, også henvendelser om psykiske plager. Dette kan enten bety at det ofte ikke er behov for videre hjelp fra kontakten med legevakt, eller at det ikke er behov for akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten, som i praksis er den eneste muligheten for videre henvisning fra legevakt i dag (Johansen, 2014). Payne et al., (2009) viser til at både innringere og sykepleiere identifiserer begrensninger i tilgjengelighet for videre henvisning fra kontakten med legevakt som det svakeste området for tjenesten. Det finnes lite informasjon om det foreligger et faktisk behov for et annet tilbud utover innleggelse i sykehus for de som

henvender seg til legevakt med psykiske plager og lidelser, og i tilfelle hvilket tilbud det er behov for som vi ikke har i dag. I flere samtaler avrundet innringere selv samtalen. Dette kan tyde på at innringere fikk tilfredsstillende betryggende vurdering, råd og samtale med sykepleier. Utvalget av samtaler var i hovedsak avsluttet på en måte hvor det forstås en enighet mellom innringer og sykepleier om utfallet av samtalen. Kun et fåtall av samtaler ble avsluttet uten enighet hvor innringere ga uttrykk for å ikke være fornøyd med utfallet av samtalen. Flere innringere takket for hjelpen ved samtals slutt, noe som støtter forståelsen av at innringere i stor grad var fornøyd med samtalen med sykepleier. Studier viser at flertallet av innringere til legevaktsentral ble beroliget av rådene de fikk av sykepleier og opplevde høy grad av tilfredshet med samtaler (Kaminsky et al., 2017; Payne et al., 2009; Tranberg et al., 2018). Individuell og respektfull behandling og involvering av innringere kan øke tilfredsheten og etterlevelse av sykepleiernes råd (Kaminsky et al., 2017, s. 285).

Pasient- og brukerombudene rapporterer om mangelfull eller dårlig informasjon som årsak til mange av henvendelsene de får (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleiere informerte og oppfordret til rekontakt i de fleste samtaler, men spesifiserte ikke hvilke symptomer eller plager innringere burde kontakte legevakten om. Informasjon om rekontakt i samtaler var generell og innebar i hovedtrekk at innringer kunne ringe tilbake til legevakt ved forverring av plagene inntil fastlege eller DPS åpnet. Det kunne tyde på at informasjon om rekontakt handlet om å gi en ekstra trygghet til innringer. Begrepet «ta kontakt ved forverring» blir ofte gitt uten at det blir forklart hva forverring betyr i det enkelte tilfellet (Ukom, 2024, s. 14). Det er viktig at sykepleier spesifiserer hva som er forverring slik at det blir tydelig for innringere når de skal ta kontakt på nytt (Ukom, 2024). Sykepleiere i legevaktsentral har dermed et stort ansvar med å gjøre gode faglige vurderinger som grunnlag for å gi adekvate råd og tiltak og gi tilstrekkelig og tydelig informasjon.

4.4 Kommunikasjon som verktøy i legevaktsentral

Kommunikasjonsutfordringer mellom helsepersonell og pasienter pekes på som risikofaktor for pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Sykepleiere på legevakt bør ha god medisinsk kunnskap, gode kommunikasjonsferdigheter og erfaring som sykepleiere for å kunne møte innringernes behov for helsehjelp (Hansen & Hunskår, 2011b; Payne et al., 2009). En fersk rapport fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom, 2024) peker på at blant annet kommunikasjonsferdigheter kan ha betydning for pasientsikkerheten når pasienter ringer til legevakten (Ukom, 2024). Rapporten påpeker at helsetjenesten generelt ikke har nok oppmerksomhet på klinisk kommunikasjon som ferdighet og at risikoen ved dette er særlig tydelig i telefonkommunikasjon (Ukom, 2024). Det er behov for videre forskning om kommunikasjonen mellom sykepleier og innringere i legevaktsentral (Röing et al., 2013).

Gode kommunikasjonsferdigheter forutsetter at helsepersonell får tilstrekkelig trening i å innhente informasjon på en systematisk måte tilpasset den enkelte pasient (Ukom, 2024).

Det er ikke etablert et overordnet formalisert kompetansekrav for dette i legevaktjenesten (Ukom, 2024). Kommunikasjon må læres ved spesifikk opplæring og praktisk trening og det finnes validerte metoder for dette (Barbosa et al., 2016; Gerwing et al., 2021; Nyen et al., 2010). Kollegabasert veiledning i smågrupper ved bruk av lydlogg fra samtaler i legevaktsentral viser seg godt egnet for å videreutvikle faglige og kommunikative ferdigheter (Nyen et al., 2010). Enkel bakgrunnsdata for sykepleierne gjenspeiler en bred variasjon av erfaring som sykepleier og erfaring i legevaktsentral. Dette sier allikevel lite om sykepleiernes kompetanse innen psykiske plager og lidelser. Gjennomgang av en rekke artikler og rapporter viser at det er en bred enighet om at det er behov for betydelig kompetanseheving i akuttpsykiatri og kommunikasjonsferdigheter i førstelinjetjenesten og i den akuttmedisinske kjede (Björkman & Salzmänn-Erikson, 2018; Hansen & Hunskaar, 2011b; Johansen, 2014; NOU 2015:17; Payne et al., 2009; Röing et al., 2013; Wärdig et al., 2022). Dette indikerer at det trolig burde være forskriftsfestet obligatorisk kompetanseplan innen akutt psykiatri og klinisk kommunikasjon for legevaktpersonell.

Kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell har betydning for hvilken informasjon som blir innhentet, oppfattet og lagt til grunn for vurderinger (Ukom, 2024). I denne studien benyttet sykepleiere ulike kommunikasjonsferdigheter og spørsmålsformuleringer i samtaler. I tilfeller hvor sykepleiere stilte flere spørsmål samtidig og det var uklart hva som egentlig ble spurt om, var også svarene fra innringer tvetydige og uklare. Ved ledende spørsmål svarte innringere ofte bekreftende på spørsmålet, og det var også tilfeller hvor innringere ikke svarte på ledende spørsmål. Åpne og lukkede spørsmål med enkle og tydelige spørsmålsformuleringer så ut til å være mer målrettet i forhold til informasjonen sykepleieren trengte å vite mer om. Det ga innringere mulighet til å svare mer konkret og fritt med egne ord. Arbeidet som telefonsykepleier er en avansert oppgave som krever høyt utviklede ferdigheter i kommunikasjon (Eriksson et al., 2020). De største feilene ved telefonsykepleie er hovedsakelig forårsaket av at sykepleier ikke lytter til innringer (Kaminsky et al., 2017). En studie viser at det hovedsakelig oppstår interaksjonsvansker når spørsmål er dårlig formulert av sykepleier eller når innringeres plager er tvetydig og uklare (Erkelens et al., 2020). Samme studie (Erkelens et al., 2020) anbefaler å formulere spørsmål med færre alternativer for å redusere sjansen for å formulere tvetydige spørsmål som kan gi uklare svar.

Aktiv lytting og sikre felles forståelse av det som blir hørt og sagt er viktige kriterier for vurdering av telefonhåndtering i legevaktsentral (Nyen et al., 2010). Aktiv lytting er en viktig kommunikasjonsferdighet (Hansen & Hunskår, 2020, s. 145). Ved å gjenta deler av det som sies eller ved bruk av uttrykk som «mhm» eller «ja» viser at sykepleier lytter og forstår det som blir sagt av innringer (Hansen & Hunskår, 2020). Aktiv lytting kan bidra til at innringere opplever å bli hørt og at sykepleier er interessert og følger med i samtalen. Sykepleier kan ved å oppsummere eller stille oppklaringsspørsmål forsikre at h*n har forstått riktig (Hansen & Hunskår, 2020). Ved å sikre felles forståelse viser sykepleier at h*n er interessert i å forstå innringer riktig og speiler samtidig tilbake til innringer hva h*n har gitt uttrykk for. Sykepleieres evne til å vise forståelse og omsorg er viktige kriterier ved vurdering av kommunikative ferdigheter i legevaktsentral (Nyen et al., 2010). Ved å ta innringeres symptomer på alvor

bekrefter og anerkjenner man personens bekymring og følelser noe som er sentralt for å etablere god kontakt (Hansen & Hunskår, 2020). Etablering av god kontakt er en viktig faktor i akutt krisehåndtering (Sands et al., 2012b).

Den akuttmedisinske kjeden vil ofte være det første kontaktpunktet med helsetjenesten for personer i selvmordsfare. Det er en forutsetning med rett kompetanse om blant annet kommunikasjon og gode verktøy for å kunne vurdere alvorlighetsgrad og å beslutte behandlingsnivå for personer i selvmordsfare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Non-verbal kommunikasjon er en viktig dimensjon som mangler i kommunikasjonen på telefon mellom sykepleier og innringer (Barbosa et al., 2016; Barbosa & Silva, 2017; Holmström et al., 2021; Wärdig et al., 2022). I selvmordsrisikovurderinger opplever sykepleiere store utfordringer med å gjøre vurderinger uten å se pasienten da de mistet den non-verbale kommunikasjonen (Wärdig et al., 2022). Mellommenneskelige kommunikasjonsevner er større ved bruk av videosamtale og kan bidra til forbedring av arbeidet som utføres i legevaktsentral (Gutiérrez-Puertaz et al., 2024; Wärdig et al., 2022). Det kan være behov for å undersøke bruk av videosamtaler ved henvendelser til legevakt om psykiske plager og lidelser for å gi sykepleiere bedre vurderings- og beslutningsgrunnlag.

Empati handler om evne til å fange opp og identifisere seg med hvordan andre har det (Aarre & Dahl, 2018, s. 442). Å bli betrygget og oppleve og få støtte i en vanskelig og uhåndterbar situasjon kan føre til at innringer får etablert håp, tro og tillitt til at dette skal gå bra. Følelse av trygghet kan bidra til at problemene erkjennes og hjelpe til å mobilisere pasientens psykologiske ressurser for å håndtere plager og problemer (Aarre & Dahl, 2018, s. 441). Overføring av ansvar tilbake til innringer kan føre til at innringer stimuleres til å ta i bruk egne ressurser for å håndtere sin situasjon best mulig. Det å ta i bruk egne ressurser kan føre til mestringsfølelse og mestringserfaring som kan være nyttig ved lignende situasjoner senere. Sykepleieres støtte og trygging ble i hovedtrekk kjennetegnet ved utsagn som avkreftet og betrygget innringers bekymringer, usikkerhet og tvil. Sykepleiere trygget innringere ved å gi råd om å kontakte legevakten igjen ved behov. Støttende krise-rådgivning innebærer etablering av kontakt med den som ringer; la de som ringer fortelle sin historie, aktiv lytting; erkjennning av innringers krise eller situasjon, vise empati; hjelpe den som ringer til å utforske tilgjengelige alternativer; gi trygging, oppmuntring og støtte i tillegg til informasjon og eller råd (Sands et al., 2012b, s. 68). En slik støttende krise-håndtering kan være nok til å redusere innringers stress og følelse av å være i krise i den grad at det ikke er behov for videre hjelp etter samtalen (Sands et al., 2012b, s. 68). Korte kriseintervensjoner som støttende krise-rådgivning fra sykepleiere i legevaktsentral på et tidlig tidspunkt kan stabilisere den akutte psykiske krisen og spille en rolle i å forebygge innleggelse og tvangs behandling (Sands et al., 2012b, s. 70). Trygging og støtte fra sykepleier kan se ut til å være en viktig krise-intervensjon i telefonsamtaler med innringere med psykiske plager. Studien belyser at det kan være viktig for sykepleiere i legevaktsentral å ha kunnskap om hvordan kommunikasjon kan brukes som terapeutisk verktøy i samtaler med innringere til legevaktsentral.

4.5 Relevans for AKS

Avansert klinisk allmennsykepleiere (AKS) kan med sin kliniske breddekompetanse bidra til å heve den faglige kvaliteten og tilbudet i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2023:4). AKS kan bidra til kompetanseutvikling spesielt innen helhetlig vurdering av personer med psykiske plager i legevaktsentral og legevakt. Klinisk vurderings- og handlingskompetanse som AKS innehar, vil kunne være et viktig bidrag i møte med innringere med psykiske plager. AKS sykepleiere innehar også verdifull kompetanse til å vurdere spørsmål om legemidler ved henvendelser til legevaktsentral. AKS kan bidra med verdifull samhandling og koordinering på tvers av tjenestenivå ved å delta på samhandlingsmøter som kan bidra til en mer helhetlig og sammenhengende helsehjelp til personer med psykiske lidelser og plager som kontakter legevakt. AKS kan bidra til fagutvikling og forskningsarbeid i legevaktstjenesten.

4.6 Metodediskusjon

Valg av metode er begrunnet i formålet med studien som er å få innsikt i og kunnskap om arbeidet som gjøres av sykepleiere i legevaktsentral ved henvendelser om psykiske plager. Tematisk innholdsanalyse har belyst hva som kjennetegner samtaler ved henvendelser om psykiske plager til legevakt. Metoden har vært formålstjenlig med datamaterialet i studien. Ved innhenting av betydelig større datamateriale ville kvantitativ tilnærming gitt mulighet til å gjøre analyser som er generaliserbare for denne gruppen av henvendelser til legevakt.

Utvalget møter inklusjonskriteriene og var dermed det beste utvalget for å kunne belyse problemstilling og tilhørende forskningsspørsmål. Det var i utgangspunktet ønskelig å rekruttere samtaler fra flere ulike legevaktsentraler for å gjenspeile mulige variasjoner i utvalget. Sykepleiere som deltok i studien registrerte samtaler som møtte inklusjonskriteriene og har fulgt mal for forespørsel av innringer. Dermed argumenteres det for at utvalget har gitt pålitelige og gyldige data til studien.

Målet var å innhente minimum 20 samtaler for å få et godt bilde av hva som kjennetegner samtaler ved henvendelser om psykiske plager til legevakt. Rekrutteringsprosessen var tidkrevende og på grunn av manglende respons fra forespurte legevakter ble ikke målet om ønskelig antall samtaler nådd. En annen faktor er at det er ikke kjent om sykepleiere valgte å forespørre innringere i alle samtaler som møtte inklusjonskriteriene, eller om de valgte å spørre kun i de samtalene de selv synes gikk bra. Noen innringere svarte kanskje også nei ved forespørsel uten at dette ble registrert i skjemaet. Det kan også ha vært tilfeller hvor sykepleier vurderte at det ikke var passende å spørre innringer om samtalen kunne benyttes i studien, og det kan ha vært samtaler som ble avsluttet av innringer hvor sykepleier ikke fikk anledning til å spørre om godkjenning til at samtalen kunne benyttes i studien.

I ettertid så jeg at det ikke var skrevet tidsfrist for å trekke seg fra studien i informasjonsskriv til innringer. Forsker satte selv en frist til 14 dager etter informasjonsskriv ble sendt ut med å

lytte til lydloggen for å gi innringer god tid til å benytte seg av retten til å trekke sin godkjenning. I de fleste tilfeller gikk det mer enn 14 dager fra informasjonsskrivet var sendt til lydloggene ble lyttet til og transkribert.

Det ble gjort et grundig arbeid med analyse av datamaterialet som er gjort rede for i metoddelen. Dataanalysen og metoden er åpen, redelig og etterprøvbar. Det er gjort etiske overveielser i forhold til forskning som involverer sårbare grupper. SIKT (personverntjenester) støttet vurderingen om at studien kan gi viktig kunnskap som er relevant og nyttig for gruppen selv. Innringere kan ha vært i en sårbar situasjon og noen var kanskje også ruspåvirket under samtalen. Det ble vurdert at ingen av innringerne var i en slik tilstand under samtalen at det var uetisk å inkludere samtalen i studien. Alle innringere ble forespurt muntlig og fått tilsendt skriftlig informasjon i posten med god tid til å trekke sin godkjenning. Innringere og sykepleiere ble sikret fullstendig anonymitet og alle data ble konfidensielt behandlet.

5 Konklusjon

Samtalene i denne studien gjenspeiler et lite utdrag av telefonsamtaler fra henvendelser om psykiske plager til legevakt som ble avsluttet på telefon med sykepleier. Samtalene kjennetegnes ved innringere som presenterte en rekke ulike fysiske og psykiske plager. Plagene gjenspeilet de mest brukte diagnosegruppene for psykiatri på legevakt og ble vurdert til å være ikke akutte tilstander. Medikamenter var et sentralt tema i samtalen. Sykepleieres håndtering av henvendelser om psykiske plager kjennetegnes ved kartlegging, vurdering, rådgivning og sykepleieres kommunikasjon. Sykepleieres kartlegging fremsto lite systematisk ut ifra beslutningsstøtteverktøys oppbygging, men avdekte symptomdebut, noe historikk, utløsende faktorer, mestringsstrategier og oppfølging fra andre helsetjenester. Sykepleiere ga råd og forslag til tiltak i de fleste samtaler som i hovedtrekk kjennetegnes ved råd om egenhjelp, kontakte fastlege og rekontakt til legevakt. Det gjenkjennes ulike spørsmålsformuleringer og kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting og sikre felles forståelse på tvers av samtalen. Bekreftelse, trygging og støtte kjennetegner sykepleieres kommunikasjon i de fleste samtalen. Sykepleieres medisinske kunnskap, farmakologikunnskap og kunnskap om symptomer ved psykiske plager og lidelser er viktig for å kunne gjøre riktige vurderinger, gi faglig forankrede råd og iverksette adekvate tiltak ved henvendelser om psykiske plager til legevaktsentral. Videreutvikling av beslutningsstøtteverktøy som i større grad bidrar til kartlegging og vurdering av psykiske plager kan være en viktig støtte i sykepleieres håndtering av samtalen. Sykepleiere bidrar i stor grad med kriserådgivning og støttesamtaler som kan være viktig for innringere med psykiske plager. Rådgivning som innebærer støttesamtale i form av bekreftelse, trygging og støtte fra sykepleier synes å være en viktig kriseintervensjon for innringere til legevaktsentral med psykiske plager. Informasjon om rekontakt til fastlege eller legevakt bør være spesifikk slik at det er tydelig når innringere skal ta kontakt på nytt. Spørsmålsformuleringer og kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere har betydning for kartlegging og vurdering av innringeres symptomer og plager. Kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om kommunikasjon er viktig kompetanse for sykepleiere i legevaktsentral.

AKS kan med sin kliniske breddekompetanse bidra til kompetanseutvikling hos sykepleiere i legevaktsentral spesielt innen helhetlig vurdering av psykiske og fysiske plager. AKS kan ha en rolle i samhandling og koordinering på tvers av tjenestene som kan bidra til en mer helhetlig og sammenhengende helsetjeneste til personer med psykiske plager og lidelser. AKS kan bidra med fagutvikling og forskningsarbeid til legevaktstjenesten.

Det kan være grunnlag for videre studier som ser nærmere på sykepleieres kartlegging, vurdering, råd og tiltak relatert til innringere med selvmordstanker i legevaktsentral. Bruk av video i samtaler ved henvendelser om psykiske plager bør utforskes nærmere for å danne evidensgrunnlag for hvordan video kan bidra til forbedret vurderings- og beslutningsgrunnlag for sykepleiere i legevaktsentral. Kommunikasjon pekes på som en viktig faktor for pasientsikkerhet og det kan være grunnlag for videre studier som utforsker sykepleieres bruk av kommunikasjonsferdigheter som terapeutisk verktøy i møte med innringere med psykiske plager og lidelser i legevaktsentral.

Referanser

Aarre, T. F. & Dahl, A. A. (2018). *Praktisk psykiatri*. (2 utg.). Vigmostad & Bjørke AS

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste*. (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

Allertsen, M. & Morken, T. (2022). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022. Rapport nr.4-2022*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2022. [NORCE vitenarkiv: Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022 \(unit.no\)](#)

Barbosa, I. de A., Silva, K. C. C. D., Silva, V. A. & Silva, M. J. P. (2016). The communication process in Telenursing: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 69(4), 718-725. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421i>

Barbosa, I. de A., & Silva, M. J. P. (2017). Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(5), 928-934. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>

Bjorkman, A. & Salzmann-Erikson, M. (2018). When all other doors are closed: Telenurses' experiences of encountering care seekers with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1392-1400. DOI: [10.1111/inm.12438](https://doi.org/10.1111/inm.12438)

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: a practical guide*. SAGE publications.

Datatilsynet. (2017, 7. mars). *Kryptering*. <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/informasjonsikkerhet-internkontroll/kryptering/>

Datatilsynet. (2019a, 16. juli). *Anonymisering av personopplysninger*.
<https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/informasjonssikkerhet-internkontroll/hvordan-anonymisere-personopplysninger/>

Datatilsynet. (2019b, 17. juli). *Hva er en personopplysning?*
<https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/personopplysninger>

Eikeland, O. J., Fotland, S. L. S., Raknes, G. & Hunskår, S. (2018). Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2017. Rapport nr. 3-2018. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse 2018. NORCE vitenarkiv: Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2017 (unit.no)

Eikeland, O. J., Fotland, S. L. S., Blinkenberg, J. & Raknes, G. (2021). *Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2020. Rapport nr. 4-2021*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2021.
<https://hdl.handle.net/11250/2771061>

Eikeland, O. J., Midtbø, V., Fotland, S. L. S., Blinkenberg, J. & Raknes, G. (2022). *Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2021. Rapport nr. 3-2022*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE. <https://hdl.handle.net/11250/3012488>

Eikeland, O. J., Midtbø, V., Blinkenberg, J. & Raknes, G. (2023). Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2022. *Rapport nr. 2-2023*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE. NORCE vitenarkiv: Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2022. (unit.no)

Eriksson, I., Wilhsson, M., Blom, T., Wahlström, C. B. & Larsson, M. (2020). Telephone nurses' strategies for managing difficult calls: A qualitative content analysis. *Nursing Open*, 7(6), 1671-1679. <https://doi.org/10.1002/nop2.549>

Erkelens, D. C., Charldorp, T. C. van, Vinck, V. V, Wouters, L. T., Damoiseaux, R. A., Rutten, F. H., Zwart, D. L. & Groot, E. (2020). Interactional implications of either/or-questions during telephone triage of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analysis. *Elsevier*, 104(2), 308-314.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.011>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)

Gerwing, J., Steen-Hansen, J. E., Mjaaland, T., Jensen, B. F., Eielsen, O., Thomas, O. M. T. & Gulbrandsen, P. (2021). Evaluating a training intervention for improving alignment between emergency medical telephone operators and callers: a pilot study of communication behaviors. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(107). <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00917-y>

Gutiérrez-Puertas, L., Gutiérrez-Puertas, V., Ortiz-Rodríguez, B., Aguilera-Manrique, G. & Márquez-Hernández. (2024). Communication and empathy of nursing students in patient care through telenursing: A comparative cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 2024(133), Artikkel e106048.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106048>

Hammervold, U., Lydersen, B. & Østvik, E. (2022). Sykepleierutdanningene er urovekkende ulike innen psykisk helse og rus. *Sykepleien Forskning*, 2022(110), Artikkel e88559.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88559>

Hansen, E. H., Zakariassen, E. & Hunskaar, S. (2009). Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. *BMC Health Services Research*, 9(123). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-123>

Hansen, E. H. & Hunskaar, S. (2011a). Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Quality & Safety*, 20(5), 390-396. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040824>

Hansen, E. H. & Hunnskaar, S. (2011b). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(1), 48-58.
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1757-7241-19-48.pdf>

Hansen, E. H. & Hunskår, S. (2020). *Legevaktarbeid* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet (2018). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 18. januar 2023, lest 19. januar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet den 23. januar 2023 fra [Hdir Rapportmal 15.11.18 \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/Hdir_Rapportmal_15.11.18)

Helsedirektoratet (2020). *Legevakt og legevaktsentral- nasjonal veileder*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/Legevakt-og-legevaktsentral)

Helsedirektoratet (2021). *Psykisk helsearbeid for barn og unge- en innsiktsrapport*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 19. mai 2021, lest 6. januar 2024). Tilgjengelig fra [Psykisk helsearbeid for barn og unge – innsiktsrapport - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/Psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge)

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Departementene. [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/Regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025)

Holmström, I. K., Kaminsky, E., Lindberg, Y., Spangler, D. & Winblad, U. (2021). The perspectives of Swedish registered nurses about managing difficult calls to

- emergency medical dispatch centres: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 20(150), Artikkel e2245. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00657-5>
- Huibers, L., Smits, M., Renaud, V., Giesen, P. & Wensing, M. (2011). Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 198-209. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.629150>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Samfunnsvitenskapelig metode*. (6. utg.). Abstrakt Forlag.
- Johansen, I. H. (2014). *Håndtering av psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sved/05.pdf>
- Johansen, I. H., Midtbø, V., Fotland, S. L. S. & Hunskår, S. (2023). Endret beslutningsstøtte i legevaktsentralen: effekter på hastegradsvurdering og ressursbruk. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2). 53-66. <https://doi.org/10.18261/tfo.9.2.5>
- Johansen, I. H., Morken, T. & Hunskaar, S. (2009). Contacts related to psychiatry and substance abuse in Norwegian casualty clinics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 180-185. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813430903075473>
- Johansen, I. H., Morken, T. & Hunskaar, S. (2010). Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: A cross-sectional study comparing patients 'use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 160-165. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2010.493310>
- Johansen, I. H., Morken, T. & Hunskaar. (2012). How Norwegian casualty clinics handle contacts related to mental illness: A prospective observational study. *International Journal Of Mental Health Systems*, 6(3), 1-9. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-6-3>

Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A. & Holmström, I. K. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, 19(3), 278-286. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12349>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Lake, R., Georgiou, A., Li, J., Byrne, M., Robinson, M. & Westbrook, J.I. (2017). The quality, safety and governance of telephone triage and advice services: an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17(614). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2564-x>

Meld. St. 23 (2023-2033). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 23 \(2022–2023\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Midtbø, V., Raknes, G. & Hunskaar, S. (2017). Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 18(84). <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0651-z>

Morken, T. & Zachariassen, S. (2012). Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2012. Rapport nr. 6-2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Uni Helse, Uni Research. [NORCE vitenarkiv: Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2012 \(unit.no\)](https://www.unit.no)

Norwegian Manchester Triage Group. (u.å.). *Hva er MTS? Telefontriage*. Hentet 10. Januar 2024 fra [Hva er MTS? | Nmtg](https://www.nmtg.no)

NOU 2015: 17. (2015). *Først og fremst: et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- Nyen, B., Hansen, E. H., Foss, M. K. & Bondevik, G. T. (2010). Sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. *Sykepleien Forskning*, 2010, 5(2), 130-136. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0053>
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
- Payne, F., Jessopp, L., Harvey, K., Plummer, S., Tylee, A. & Thornicroft, G. (2009). Is NHS Direct meeting the needs of mental health callers? *Journal of Mental Health*, 12(1), 19-27. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0963823021000058265>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11 utg.). Wolters Kluwer.
- Roggenkamp, R., Andrew, E., Nehme, Z., Cox, S. & Smith, K. (2018). Descriptive analysis of mental health-related presentations to emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, 22(4), 399-405. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1399181>
- Ruyter, K. W. (2018, 29. oktober). *Medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/innforing/med-helse/>
- Röing, M., Rosenqvist, U. & Holmström, I. K. (2013). Threats to patient safety in telenursing as revealed in Swedish telenurses' reflections on their dialogues. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 969-976. <https://doi.org/10.1111/scs.12016>
- Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., Prematunga, R. K. & Wereta, Z. W. (2012a). Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3203-3216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04093.x>

- Sands, N., Elsom, S., Marangu, E., Keppich-Arnold, S. & Henderson, K. (2012b). Mental Health Telephone Triage: Managing Psychiatric Crisis and Emergency. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2013(49), 65-72. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00346.x>
- Sands, N., Elsom, S., Keppich-Arnold, S., Henderson, K. & Thomas, P. A. (2016). Perceptions of crisis care in populations who self-referred to a telephone-based mental health triage service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2016(25), 136-143. <https://doi.org/10.1111/inm.12177>
- Sandvik, H. & Hunskaar, S. (2018). Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *BMC Health Services Research*, 18(492). <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3310-8>
- Sandvik, H., Hunskår, S. & Blinkenberg, J. (2022). *Årsstatistikk fra legevakt 2021*. (Nr.1 - 2022). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2989361/Årsstatistikk_fra_legevakt_2021.pdf?sequence=1
- Sandvik, H., Hunskår, S. & Blinkenberg, J. (2023). *Årsstatistikk fra legevakt 2022*. (Nr.1- 2023). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. [Rapport-nr-1-2023-Årsstatistikk_fra_legevakt_2022.01.pdf](https://norceresearch.no/Rapport-nr-1-2023-Årsstatistikk_fra_legevakt_2022.01.pdf) (norceresearch.no)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *ICPC-2 Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten*. <https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/ICPC-2/historiske-filer-icpc-2/ICPC%20Den%20internasjonale%20klassifikasjonen%20for%20prim%C3%A6rhelsetjenesten%202004.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern*. [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf](https://www.ehelse.no/forebygging-og-tilrettelegging/Forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern) (helsedirektoratet.no)

Sundberg, A., Wahlberg, A.C., Zethraeus, N. & Karampampa, K. (2021). Observational study of the implementation of telephone advice nursing in Sweden: did callers follow recommendations and did the rate of healthcare visits change? *BMJ Open*, 2021, 11(8). doi:10.1136/bmjopen-2021-051233

Tesli, M. S., Kirkøyen, B., Handal, M., Torvik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne: om psykiske plager og lidelser*. (Folkehelse rapporten- helsetilstanden i Norge). Psykiske plager og lidelser hos voksne - FHI

Tranberg, M., Vedsted, P., Bech, B. H., Christensen, M. B., Birkeland, S. & Moth, G. (2018). Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark: a population-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(15). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0681-6>

Tveitstul, T. & Pignatiello, S. E. (2021). *Akuttpsykiatrisk håndbok*. Gyldendal Norsk Forlag.

Ukom. (2024). *Gjentatte henvendelser til legevakt- hvorfor fanger ikke legevaktstjenesten alltid opp alvorlighetsgrad når pasienter ringer?* Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Sammendrag - Ukom (enonic.cloud)

Wärdig, R., Engström, A. S., Carlsson, A., Wärdig, F. & Hultsjö, S. (2022). Saving lives by asking questions: nurses' experiences of suicide risk assessment in telephone counselling in primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 2022(23), Artikkel e65. <https://doi.org/10.1017/S146342362200055X>

Zakariassen, E., Sandvik, H. & Hunskaar, S. (2008). Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emergency Medicine Journal*, 25(8), 528-533. <https://emj.bmj.com/content/25/8/528>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til sykepleiere og ledere

Vedlegg 2: Skjema bakgrunnsdata sykepleier

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til innringer per post

Vedlegg 4: Mal til forespørsel om samtykke fra innringer på telefon

Vedlegg 5: Registreringsskjema aktuelle samtaler

Vedlegg 6: ICPC-2 kodekort 2004

Vedlegg 7: ICPC-2 kodekort Psykisk-symptomer og plager som kontaktårsak

Vedlegg 8: Prosedyre for databehandling

Vedlegg 9: Bakgrunnsdata sykepleiere

Vedlegg 10: Oversikt samtaler

Vedlegg 11: Vurdering fra SIKT

Vil du/dere delta i forskningsprosjektet

«Rådgivning i legevaktsentral: en kvalitativ studie med analyse av lydlogger»?

Dette er en invitasjon om å delta i et forskningsprosjekt der vi ønsker å få mer kunnskap om arbeidet som gjøres av sykepleier på telefon i legevaktsentral. Vi setter stor pris på om du/dere ønsker å delta i studien. I dette skrevet gir vi informasjon om prosjektet og hva det innebærer.

Formål

Henvendelser med psykiske plager er vanlige henvendelser til legevakt og mange av disse håndteres av sykepleier på telefon. Det er gjort lite forskning på arbeidet som gjøres ved norske legevakter ved henvendelser om psykiske lidelser. Det er derfor viktig å få kunnskap om hvilke vurderinger som gjøres, hvilke råd som gis og hva slags tiltak som iverksettes av sykepleier i legevaktsentral ved slike henvendelser. Målet er å øke bevissthet rundt sykepleierens kompetanse om psykiske lidelser i den akuttmedisinske kjeden med fokus på legevakt. Slik kunnskap kan benyttes i arbeid med systematisk kompetanseheving for sykepleiere som håndterer henvendelser relatert til psykiske lidelser og å kvalitetssikre opplæringsmodul for sykepleiere i legevaktsentral. Prosjektet er en mastergradsstudie i Avansert Klinisk Allmennsykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sør-Øst-Norge.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dere som legevakt får forespørsel om å delta da dere har legevaktsentral og tar imot samtaler om blant annet psykiske lidelser. Alle sykepleiere som jobber i deres legevaktsentral, får forespørsel om å delta i studien.

Hva innebærer det å delta?

Alle henvendelser til nødmeldetjenestene tas opp på lydlogg og er en del av pasientens journal. Det er ønskelig at henvendelser om psykiske lidelser som avsluttes på telefon med sykepleier registreres med navn, adresse, telefonnummer, dato, klokkeslett, hastegrad og samtaleid i hele minutter i et skjema. Skjemaet leveres til fagsykepleier/leder etter endt vakt. Det er ønskelig at fagsykepleier er behjelpelig med å hente frem aktuelle lydlogger. Lydfilene overføres til kryptert område på forskerens PC. Lydloggen vil anonymiseres for navn, adresse, telefonnummer og andre personopplysninger under transkribering. Personopplysninger vil ikke bli brukt i studien. Samtalen skrives ned anonymisert for å lage en oversikt over hva som kjennetegner innringernes problemstillinger, rådene som gis av sykepleier og hvordan henvendelsen avsluttes. Det vil medfølge et anonymt skjema for registrering av bakgrunnsinformasjon om sykepleierne som deltar. Du/dere vil ikke bli kontaktet videre i forbindelse med studien.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle samtaler du deltar i vil da bli slettet fra prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene fra samtalen til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket

- Det er kun forsker som har tilgang til lydloggene
- Lydfilene transkriberes direkte fra lydlogg eller overføres til kryptert område på forskerens PC og lagres på USN's forskerserver for sikker lagring av forskningsdata.

Vedlegg 1

- Navn og andre personopplysninger som fremkommer i lydloggen anonymiseres under nedskrivning. Lydfilene lagres og oppbevares etter retningslinjer fra Datatilsynet
- Fagsykepleier/leder ved legevakten har ansvar for å samle inn registreringsskjema og samtykkeerklæring fra sykepleierne
- Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner da samtalene vil anonymiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes mai 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sør-Øst-Norge har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet opplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sør-Øst Norge ved Prosjektansvarlig Professor Elisabeth Holm Hansen på e-post: elisabeth.h.hansen@usn.no
- Masterstudent Berit Aaskjær-Pedersen Loo på telefon 41 06 16 31, eller e-post: b_aaskjaer@hotmail.com
- Vårt personvernombud: Pål Are Solberg på e-post: paal.a.solberg@usn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Professor ved fakultet for. Helse og Sosialvitenskap
Universitetet i Sør-Øst-Norge
Elisabeth Holm Hansen

Mastergradsstudent
Berit Aaskjær-Pedersen Loo

Samtykkeerklæring for sykepleiere og ledere i legevaktsentral

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Rådgivning i legevaktsentral- en kvalitativ studie med analyse av lydlogger*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i registrering av samtaler jeg selv deltar i
- at samtaler som jeg selv deltar i brukes i studien
- at legevaktens ledelse godkjenner gjennomføring av studien (gjelder kun leder/fagsykepleier)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Registrerings skjema sykepleier

Ansettelse: Fast Vikar

Alder:

20-30 31-40 41-50 51-60 61-70

Kjønn: Kvinne Mann

Hvor lenge har du vært sykepleier?

0-2 år 3-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år Mer enn 20 år

Hvor lenge har du jobbet på legevakt?

0-2 år 3-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år Mer enn 20 år

Hvor lenge har du jobbet på telefon i legevaktsentral?

0-2 år 3-5 år 6-10 år 11-15 år 16-20 år Mer enn 20 år

Arbeidserfaring innen

psykiatri geriatri annet (spesifiser):

Har du videreutdanning? JA NEI

Hvis JA; hvilken videreutdanning:

Har du relevante kurs innen psykiatri/psykisk helse/kommunikasjon?

JA NEI

Hvis JA; spesifiser hvilke kurs:

Informasjon om forskningsprosjektet

«Rådgivning i legevaktsentral: en kvalitativ studie med analyse av lydlogger»

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål

Mange av henvendelsene til legevakt håndteres og avsluttes med samtale og råd fra sykepleier på telefon. Det er gjort lite forskning på kvaliteten på arbeidet som gjøres ved norske legevakter ved slike henvendelser. Det er derfor viktig å få kunnskap om hvilke vurderinger som gjøres, hvilke råd som gis og hvilke tiltak som iverksettes av sykepleier på telefon. Målet er å øke bevissthet rundt sykepleiernes kompetanse og bruke kunnskapen til å utvikle systematisk kompetanseheving for sykepleiere og kvalitetsforbedring av helsetjenesten på legevaktsentral. Prosjektet er et mastergradsstudium i Avansert Klinisk Allmennsykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sør-Øst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Ved din henvendelse til legevakten fikk du spørsmål om du godkjente at samtalen ble brukt anonymt i en forskningsstudie om rådgivning på legevakt. Du ble spurt fordi din henvendelse ble avsluttet på telefon med sykepleier på legevaktsentralen. Fordi du svarte ja til dette har vi fått dine kontaktopplysninger for å sende informasjon til deg som avtalt.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Alle henvendelser til nødmeldetjenestene tas alltid opp på lydlogg som en del av din journal. Navn og adresse ble notert ned av sykepleier for å kunne sende deg dette informasjonsskrivet. Telefonnummer ble notert ned for å kunne hente frem riktig lydlogg fra legevaktens journalsystem for lydlogger. Opplysningene lagres ikke, men slettes umiddelbart etter utsendelse av informasjonsskriv og nedskrivning av lydloggene. Samtalen med deg blir anonymisert for navn, adresse, telefonnummer og andre personopplysninger ved omgjøring til skriftlig materiale. Dine personopplysninger vil derfor ikke bli brukt i studien. Samtalen skrives ned anonymisert for å lage en oversikt over hva som kjennetegner rådene som gis av sykepleier. Det skrives ikke noe om studien i din journal ved legevakten og det vil ikke ha noen betydning ved senere henvendelser til legevakt. Du vil ikke bli kontaktet videre i forbindelse med studien.

Du kan protestere

Du kan når som helst protestere mot at du inkluderes i dette forskningsprosjektet, og du trenger ikke å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å protestere.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Vedlegg 3

- Det er kun mastergradsstudent som har tilgang til lydloggen.
- Lydloggen skrives direkte ned fra lydlogg eller lagres på en sikker forskerserver etter retningslinjer for databehandling og slettes umiddelbart etter nedskrivning. Ingen personopplysninger skrives ned og ingen vil være gjenkjennbare i skriftlig materiale.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Som tidligere opplyst anonymiseres opplysningene ved nedskrivning og slettes umiddelbart. Prosjektet avsluttes etter planen mai 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse, men du har anledning til å protestere dersom du ikke ønsker å bli inkludert i prosjektet.

På oppdrag fra Universitetet i Sør-Øst-Norge har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- å protestere
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- og å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer eller å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sør-Øst-Norge ved prosjektansvarlig Elisabeth Holm Hansen. E-post: elisabeth.h.hansen@usn.no eller mastergradsstudent Berit Aaskjær-Pedersen Loo. E-post: b_aaskjaer@hotmail.com eller på telefon: 41 06 16 31.
- Vårt personvernombud: Pål Are Solberg. E-post: paal.a.solberg@usn.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Professor ved fakultet for. Helse og Sosialvitenskap
Universitetet i Sør-Øst-Norge
Elisabeth Holm Hansen

Mastergradsstudent
Berit Aaskjær-Pedersen Loo

MAL til forespørsel av innringer:

*«Avslutningsvis vil jeg spørre om du godkjenner at denne samtalen kan brukes anonymt i en studie om rådgivning i legevakt?
Synes du det er greit? /Er det greit for deg?»*

Ved flere spørsmål eller ønske om mer informasjon kan man svare;

«De som godkjenner at samtalen kan brukes i studien får tilsendt mer informasjon i posten med mulighet for å stille spørsmål direkte».

(Dersom flere spørsmål eller behov for mer informasjon utover dette avsluttes samtalen på vanlig måte og samtalen registreres som *ikke-samtykket*).

Dersom pasienten svarer ja til at samtalen kan brukes i studien registreres dato, tidspunkt for samtalen, tidsbruk i hele minutter, hastegrad, telefonnummer, navn, adresse og på eget skjema.

REGISTRERING AV AKTUELLE SAMTALER

SAMTALE NR.	DATO	KLOKKESLETT	TIDSBRUK	TRIAGE/ HASTEGRAD	ICPC-2 kode	SAMTYKKE JA/NEI
1						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						
2						
Navn:						
Adresse:						
Tlf.nr.						
3						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						
4						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						

REGISTRERING AV AKTUELLE SAMTALER

SAMTALE NR.	DATO	KLOKKESLETT	TIDSBRUK	TRIAGE/ HASTEGRAD	ICPC-kode	SAMTYKKE JA/NEI
5						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						
6						
Navn:						
Adresse:						
Tlf.nr.						
7						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						
8						
Navn:						
Adresse:						
Tlf. nr.						

ICPC-2 Kodekort

(International Classification of Primary Care)

Blå tekst gjelder symptomer og plager (kodenummer 1-29)

Rosa tekst gjelder sykdomsdiagnoser (kodenummer 70-99)

Svart tekst gjelder prosess (kodenummer 30-69)

Legen skal primært kode sykdomsdiagnosen (nummer 70-99) dersom det ut fra klinisk vurdering er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig skal legen sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager (nummer 1-29). Rent unntaksvis kan legen tertiært bruke koder fra prosessdelen i ICPC (nummer 30-69). Bokstav fra organkapittelet (A-Z) må settes foran kodennummeret. Prosesskodene finnes sist (etter Z sosiale problemer).

På legeregnskortet skal de sykdommer/symptomer/plager som er grunnlaget for takstbruken kodes. Hoveddiagnosen kodes først.

På skjemaene « Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom » og « Legeerklæring ved arbeidsuføret » skal den medisinske årsak til pasientens nedsatte arbeidsevne kodes. Hoveddiagnosen kodes først. Ikke alle koder gir grunnlag for rett til sykepenger selv om de kan være konsultasjonsgrunn, se for eksempel kap. Z.

Datautgave av ICPC-2 kan hentes fra KITH (www.kith.no). Feil meldes til KITH (kodehjelp@kith.no) eller telefaks 73 59 86 11.

KA = Ikke klassifisert annet sted
(K) = Kvinne
(M) = Mann

A Allment og uspesifisert

- A01 Smerte generell/flere steder
- A02 Frysninger
- A03 Feber
- A04 Slapphet/tretthet
- A05 Sykdomsfølelse
- A06 Besvimelse/synkope
- A07 Bevisstløshet/koma
- A08 Hevelse/oppfylling IKA
- A09 Svetteproblemer
- A10 Blødning IKA
- A11 Brystsmerte IKA
- A13 Engstelig for behandling
- A16 Irritabelt/uroelig spedbarn
- A18 Bekymret/opptatt av utseende IKA
- A20 Dødshjelp diskusjon/spørsmål om
- A21 Økt risiko for ondartet svulst
- A23 Risiko for sykdom IKA
- A25 Engstelig for døden
- A26 Engstelig for kreft IKA
- A27 Engstelig for sykdom IKA
- A28 Redusert funksjonsevne IKA
- A29 Generelle symptomer/plager IKA
- A70 Tuberkulose
- A71 Meslinger
- A72 Vannkopper
- A73 Malaria
- A74 Røde hunder
- A75 Mononukleose
- A76 Virusssykdom med utslett IKA
- A77 Virusssykdom IKA
- A78 Infeksjonssykdom IKA
- A79 Ondartet svulst IKA
- A80 Skade/traume IKA
- A81 Multiple skader/traumer
- A82 Følgetilstand skade/traume
- A84 Legemiddelforgiftning
- A85 Bivirkning legemiddel
- A86 Toksisk virkning stoff IKA
- A87 Komplikasjon etter behandling
- A88 Skadevirkning av fysisk faktor
- A89 Komplikasjoner/problemer med protese
- A90 Medfødt feil IKA/multiple feil
- A91 Unormalt funn ved undersøkelse IKA
- A92 Allergi/allergisk reaksjon IKA
- A93 Prematur/immaturt levendefødt barn
- A94 Perinatal sykkelighet IKA
- A95 Perinatal død
- A96 Dødt/dødsfall IKA
- A97 Administrativ kontakt/undersøkelse
- A98 Individforebyggende tiltak

- A981 Cytologi livmorhals screening
- A99 Helseproblem/sykdom IKA

B Blod, bloddannende organer og immunsystemet

- B02 Lymfeknuter forstørrede/smertefulle
- B04 Blod/blodsystemet symptomer/plager
- B25 Engstelig for HIV/AIDS
- B26 Engstelig for kreft blod/lymfesystem
- B27 Engstelig for blod/lymfe sykdom IKA
- B28 Redus funksjonsevne pga blod/lymfe
- B29 Blod/lymfesystem sympt/plager IKA
- B70 Lymfadenitt akutt
- B71 Lymfadenitt kronisk/uspesifikk
- B72 Hodgkins sykdom/lymfom
- B73 Leukemi
- B74 Ondartet svulst blod/lymfesystem IKA
- B75 Godartet/uspes svulst blod/lymfe
- B76 Miltruptur traumatisk
- B77 Skade blod/lymfesystem IKA
- B78 Arvelig hemolytisk anemi
- B79 Medfødt feil blod/lymfesystem IKA
- B80 Jernmangelanemi
- B81 Anemi B12/folinsyre mangel
- B82 Anemi IKA
- B83 Purpura/koagulasjonsdefekt
- B84 Unormale hvite blodceller
- B87 Forstørret milt
- B90 HIV-sykdom/AIDS
- B99 Blod/lymfe/milt sykdom IKA

D Fordøyelsessystemet

- D01 Abdominalsmerte/krampe generell
- D02 Abdominalsmerte epigastriet
- D03 Halsbrann
- D04 Endetarmsmerter
- D05 Perianal kløe
- D06 Abdominalsmerte lokalisert IKA
- D07 Dyspepsi/fordøyelsesbesvær
- D08 Flatulens/oppblåsthet/raping
- D09 Kvalme
- D10 Oppkast/brekninger
- D11 Diaré
- D12 Forstoppelse
- D13 Gulsott
- D14 Oppkast med blod/hematemeser
- D15 Melena
- D16 Rektalblødning
- D17 Inkontinens avføring
- D18 Endring i avføring/avføringsvane
- D19 Tenner/tannkjøtt symptomer/plager
- D20 Munn/tunge/lepper symptomer/plager
- D21 Svelgebesvær
- D23 Forstørret lever
- D24 Abdominal oppfylling/kul IKA
- D25 Utsplitt abdomen
- D26 Engstelig for kreft fordøyelsessyst
- D27 Engstelig for fordøyelsesykdom IKA
- D28 Redusert funksjonsevne fordøy probl
- D29 Fordøyelsessystemet symptomer/plager IKA
- D70 Tarminfeksjon
- D71 Kusma
- D72 Virushepatitt
- D73 Gastroenteritt antatt infeksjons
- D74 Ondartet svulst magesekk
- D75 Ondartet svulst tykktarm/endetarm
- D76 Ondartet svulst bukspyttkjertel
- D77 Ondartet svulst fordøyelsessyst IKA
- D78 Godartet/uspes svulst fordøyelsessyst
- D79 Fremmedlegeme fordøyelsessystemet
- D80 Skade fordøyelsessystemet IKA
- D81 Medfødt feil fordøyelsessystem
- D82 Tenner/tannkjøtt sykdom
- D83 Munn/tunge/lepper sykdom
- D84 Spiserørssykdom
- D85 Sår i tolfingertarm
- D86 Magesår IKA
- D87 Funksjonelle plager magesekk
- D88 Appendisitt
- D89 Lyskebrokk
- D90 Mellomgulvsbrokk
- D91 Abdominalt brokk IKA
- D92 Divertikkelsykdom i tarm
- D93 Irritabel tarm-syndrom
- D94 Kronisk enteritt/ulcerøs kolitt
- D95 Analfissur/perianal abscess
- D96 Orme-/parasittsykdom
- D97 Leversykdom IKA
- D98 Galleveisbetennelse/gallesten
- D99 Sykdom i fordøyelsessystemet IKA

F Øye

- F01 Øyesmerter
- F02 Rødt øye
- F03 Tåreflod/sekresjon øye
- F04 Synlige flekker/tråder i synsfelt
- F05 Synsforstyrrelse IKA
- F13 Øye unormal følelse
- F14 Øye unormal bevegelse
- F15 Øye unormal utseende
- F16 Øyelokk symptomer/plager
- F17 Brillert symptomer/plager
- F18 Kontaktlinser symptomer/plager
- F27 Engstelig for øyesykdom
- F28 Redusert funksjonsevne pga øyeprobl

- F29 Øye symptomer/plager IKA
- F70 Infeksjonskonjunktivitt
- F71 Allergisk konjunktivitt
- F72 Øyelokkbetennelse
- F73 Øye infeksjon/betennelse IKA
- F74 Svulst i øye/øyehule
- F75 Kontusjon/blødning i øye
- F76 Fremmedlegeme øye
- F79 Skade øye IKA
- F80 Tåreveisstenose/atresi spedbarn
- F81 Medfødt feil øye IKA
- F82 Netthinnelesning/rift
- F83 Retinopati
- F84 Makuladegenerasjon
- F85 Hornhinnesår
- F86 Trakom
- F91 Brytningsforstyrrelse
- F92 Grå stær/katarakt
- F93 Glaukom
- F94 Blindhet
- F95 Skjelling/strabisme
- F99 Øyesykdom IKA

H Øre

- H01 Øresmerter/øreverk
- H02 Hørsel symptomer/plager
- H03 Øresus
- H04 Øreflod/sekresjon
- H05 Blødning øre
- H13 Øreplugg/øreitetthet
- H15 Bekymret/opptatt av ørenes utseende
- H27 Engstelig for øresykdom
- H28 Redusert funksjonsevne pga øreprobl
- H29 Øre symptomer/plager IKA
- H70 Ytre øre betennelse
- H71 Mellomørebetennelse akutt
- H72 Mellomørebetennelse serøs
- H73 Tuba auditiva betennelse
- H74 Mellomørebetennelse kronisk
- H75 Svulst øre
- H76 Fremmedlegeme øre
- H77 Perforert trommehinne IKA
- H78 Overflateskade ytre øre
- H79 Skade øre IKA
- H80 Medfødt feil øre
- H81 Ørevoks
- H82 Svimmelhetssyndrom
- H83 Otosklerose
- H84 Hørselstap aldersbetinget
- H85 Hørselstap støyskade
- H86 Døvhhet/hørselstap IKA
- H99 Øresykdom IKA

K Hjerte-karsystemet

- K01 Smerte relatert til hjertet
- K02 Trykk/sammensnøring hjertet
- K03 Smerte relatert til kretsløpet IKA
- K04 Hjertebank
- K05 Uregelmessige hjerteslag IKA
- K06 Utvidede vener
- K07 Hovne anklr/ødem
- K22 Økt risiko for hjerte-karsykdom
- K24 Engstelig for hjertesykdom
- K25 Engstelig for høyt blodtrykk
- K27 Engstelig for hjerte-karsykdom IKA
- K28 Redus funksjonsevne hjerte-karprobl
- K29 Hjerte-karsyst symptomer/plager IKA
- K70 Infeksjon hjerte-karsystemet
- K71 Reumatisk feber/hjertesykdom
- K72 Svulst i hjerte
- K73 Medfødt feil hjerte-karsystemet
- K74 Iskemisk hjertesykdom med angina
- K75 Akutt hjerteinfarkt
- K76 Iskemisk hjertesykdom kronisk IKA
- K77 Hjertesvikt
- K78 Atrieflimmer/flutter
- K79 Paroksysmal takykardi
- K80 Hjertearytmi IKA
- K81 Bilyd hjerte/arterier IKA
- K82 Pulmonal hjertesykdom
- K83 Hjerteklaffesykdom IKA
- K84 Hjertesykdom IKA
- K85 Forhøyet blodtrykk IKA
- K86 Hypertensjon ukomplisert
- K87 Hypertensjon med komplikasjoner
- K88 Postural hypotensjon
- K89 Forbigående cerebral iskemi
- K90 Hjerneslag
- K91 Cerebrovaskulær sykdom
- K92 Aterosklerose/perifer karsykdom
- K93 Lungeemboli
- K94 Årebetennelse
- K95 Åreknuter underkstremitet
- K96 Hemoroider
- K99 Hjerte-karsykdom IKA

L Muskel og skjelett systemet

- L01 Nakke symptomer/plager
- L02 Rygg symptomer/plager
- L03 Korsrygg symptomer/plager
- L04 Brystkaske symptomer/plager
- L05 Flanke/armhule symptomer/plager
- L07 Kjeve symptomer/plager
- L08 Skulder symptomer/plager
- L09 Arm symptomer/plager
- L10 Albu symptomer/plager

- L11 Håndledd symptomer/plager
- L12 Hånd/finger symptomer/plager
- L13 Hofte symptomer/plager
- L14 Legg/lår symptomer/plager
- L15 Kne symptomer/plager
- L16 Ankel symptomer/plager
- L17 Fot/tå symptomer/plager
- L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi
- L19 Muskel symptomer/plager IKA
- L20 Ledd symptomer/plager IKA
- L26 Engstelig for kreft muskel-skj-syst
- L27 Engstelig for sykd musk-skj-syst IKA
- L28 Redus funksjonsevne musk-skj-probl
- L29 Muskel-skj-syst sympt/plager IKA
- L70 Infeksjon muskel-skjelettsystemet
- L71 Ondartet svulst muskel-skj-syst
- L72 Brudd underarm
- L73 Brudd legg/ankel
- L74 Brudd hånd/fot
- L75 Brudd lårben/lårhals
- L76 Brudd IKA
- L77 Forstuvning/forstrekking ankel
- L78 Forstuvning/forstrekking kne
- L79 Forstuvning/forstrekking ledd IKA
- L80 Dislokasjon/sublaksasjon
- L81 Skade muskel-skj-syst IKA
- L82 Medfødt feil muskel-skj-syst
- L83 Nakkesyndrom
- L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling
- L85 Ervervet deformitet ryggssøyle
- L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling
- L87 Bursitt/tendinitt/synovitt IKA
- L88 Reumatoid artritt/reumatisk sykdom
- L89 Hofteleddsartrose
- L90 Kneleddsartrose
- L91 Artrose IKA
- L92 Skuldersyndrom
- L93 Tennisalbu/lateral epikondylitt
- L94 Osteokondrose
- L95 Osteoporose
- L96 Akutt indre kneskade
- L97 Godartet/uspes svulst musk-skj-syst
- L98 Ervervet deformitet ekstremitet
- L99 Muskel-skjelettsykdom IKA

N Nervesystemet

- N01 Hodepine
- N03 Ansiktsmerter
- N04 Restless legs
- N05 Prikking/parestesi i hender/føtter
- N06 Forstyrrelser i hudens følsomhet IKA
- N07 Krampeanfoll/kramper
- N08 Unormale/ufrivillige bevegelser
- N16 Forstyrrelse i lukt/smak
- N17 Svimmelhet IKA
- N18 Lammelse/svakhet
- N19 Talevansker
- N26 Engstelig for kreft nervesystemet
- N27 Engstelig for sykdom nervesyst IKA
- N28 Redus funksjonsevne probl nervesyst
- N29 Nervesystem symptomer/plager IKA
- N70 Poliomyelitt
- N71 Meningitt/encefalitt
- N72 Stivkrampe
- N73 Infeksjon sentralnervesyst IKA
- N74 Ondartet svulst nervesystemet
- N75 Godartet svulst nervesystemet
- N76 Uspesifisert svulst nervesystemet
- N79 Hjernerystelse
- N80 Hodeskade IKA
- N81 Skade nervesystemet IKA
- N85 Medfødt feil nervesystemet
- N86 Multiplet sklerose
- N87 Parkinsonisme
- N88 Epilepsi
- N89 Migrene
- N90 Cluster-hodepine
- N91 Facialisparsese
- N92 Trigemineusnevralgi
- N93 Carpal tunnel syndrom
- N94 Perifer nevropati
- N95 Tensjonshodepine
- N99 Sykdom i nervesystemet IKA

P Psykisk

- P01 Følelse angst/nervøs/anspent
- P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget
- P03 Depresjonsfølelse
- P04 Irritabel atferd/følelse
- P05 Senilitet, atferd/følelse gammel
- P06 Søvnforstyrrelse
- P07 Seksuell drift/lyst hemmet
- P08 Seksuell tilfredsstillelse hemmet
- P09 Seksuell legning bekymret for
- P10 Stammering/stotring/tics
- P11 Spiseforstyrrelse hos barn
- P12 Senggevæting/enuresis IKA
- P13 Enkoprese
- P15 Kronisk alkoholmisbruk
- P16 Akutt alkoholmisbruk
- P17 Tobakkmisbruk
- P18 Legemiddelmisbruk
- P19 Stoffmisbruk
- P20 Hukommelsesforstyrrelse
- P22 Atferdsforstyrrelse barn
- P23 Atferdsforstyrrelse ungdom
- P24 Spesifikke utviklingsforstyrrelser
- P25 Livsfaseproblem voksen
- P27 Engstelig for psykisk sykdom

P28 Redusert funksjonsevne psyk problem
P29 Psykiske symptomer/plager IKA
P70 Demens
P71 Organisk psykisk lidelse IKA
P72 Schizofreni
P73 Affektiv lidelse
P74 Angstlidelse
P75 Dissosiativ/somatoform lidelse
P76 Depressiv lidelse
P77 Selvmord/selvmordforsøk
P78 Nevralgi
P79 Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse
P80 Personlighetsforstyrrelse
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse
P82 Posttraumatisk stresslidelse
P85 Psykisk utviklingshemning
P86 Anorexia nervosa/bulimi
P98 Psykose IKA
P99 Psykisk lidelse IKA

R Luftveier

R01 Smerte luftveier
R02 Kortpustethet/dyspné
R03 Piping i brystet
R04 Rusteproblem IKA
R05 Hoste
R06 Neseblødning
R07 Nysing/tetthet i nese
R08 Nese symptomer/plager IKA
R09 Bihule symptomer/plager IKA
R21 Hals symptomer/plager
R23 Stemme symptomer/plager
R24 Blodig oppspytt/hemoptyse
R25 Unormalt oppspytt/ekspektorat
R26 Engstelig for kreft luftveier
R27 Engstelig for sykdom luftveier IKA
R28 Redusert funksjonsevne luftveisprobi
R29 Luftveier symptomer/plager IKA
R71 Kikkhøst
R72 Streptokokkhals
R73 Nesebyll
R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon
R75 Bihulebetennelse
R76 Akutt tonsillitt
R77 Akutt laryngitt/trakeitt
R78 Akutt bronkitt/bronkiitt
R79 Kronisk bronkitt
R80 Influenza
R81 Lungebetennelse
R82 Pleuritt IKA
R83 Luftveisinfeksjon IKA
R84 Ondartet svulst bronkie/lunge
R85 Ondartet svulst luftveier IKA
R86 Godartet svulst luftveier
R87 Fremmedlegeme i nese/larynx/bronkie
R88 Skade luftveier IKA
R89 Medfødt feil luftveier
R90 Hypertrofi tonsiller/adenoid vev
R92 Uspesifisert svulst luftveier
R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom
R96 Astma
R97 Allergisk rinit
R98 Hyperventileringsyndrom
R99 Luftveissykdom IKA

S Hud

S01 Smerte/ømhud
S02 Hudkløe
S03 Vorter
S04 Lokalisert hevelse/kul hud
S05 Utbredte hevelser/kuler hud
S06 Lokalisert utslett hud
S07 Utbredt utslett hud
S08 Forandring av hudfarge IKA
S09 Infeksjon finger/tå
S10 Abscess/furunkel
S11 Hudinfeksjon posttraumatisk
S12 Insektstikk/bitt
S13 Bitt av dyr/menneske
S14 Forbrenning/skålding
S15 Fremmedlegeme hud
S16 Kontusjon/slag hud
S17 Skrubbsår/blemmer
S18 Åpent sår/kutt
S19 Skade hud/underhud IKA
S20 Liktorn/fortykket underhud
S21 Hudstruktur symptomer/plager
S22 Negl symptomer/plager
S23 Hårfall/skallethet
S24 Hår/hodebunn symptomer/plager IKA
S26 Engstelig for kreft hud
S27 Engstelig for hudsykdom IKA
S28 Redusert funksjonsevne pga hudprobi
S29 Hud symptomer/plager IKA
S70 Herpes zoster
S71 Herpes simplex IKA
S72 Infestasjon midd
S73 Infestasjon parasitt IKA
S74 Ringorm/hudsopp IKA
S75 Candidainfeksjon hud
S76 Hudinfeksjon IKA
S77 Ondartet svulst hud
S78 Lipom
S79 Godartet/uspesifisert svulst hud IKA
S80 Solutløst keratose/solforbrenning
S81 Hemangiom/lymfangiom
S82 Pigmentnevus

S83 Medfødt feil hud/underhud IKA
S84 Brennkopper
S85 Pilonidalcyste/fistel
S86 Seboréisk dermatitt
S87 Atopisk dermatitt/eksem
S88 Kontakt-/allergisk dermatitt IKA
S89 Bleiedermaitt
S90 Pityriasis rosea
S91 Psoriasis
S92 Svettekjertelsykdom
S93 Talgcyste
S94 Inngrodd negl
S95 Molluscum contagiosum
S96 Akne
S97 Kronisk hudsår
S98 Urticaria
S99 Hud/underhud sykdom IKA

T Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer

T01 Økt tørste
T02 Økt matlyst
T03 Nedsatt matlyst
T04 Ernæringsproblem barn
T05 Ernæringsproblem voksen
T07 Vektøkning
T08 Vekttap
T10 Forsinket vekst
T11 Uttørring
T26 Engstelig for kreft endokrine system
T27 Engstelig endokr/metabol/ernær sykdom
T28 Red funk evne endo/metabl/ernær probl
T29 Endok/metabl/ernær sympt/plager IKA
T70 Infeksjon endokrine system
T71 Ondartet svulst tyreoida
T72 Godartet svulst tyreoida
T73 Svulst endokrine organ IKA
T78 Ductus/cystis tyreoglossus
T80 Medfødt feil endokr/metabol syst IKA
T81 Struma
T82 Fedme
T83 Overvekt
T85 Hypertyreose/tyreotoksikose
T86 Hypotyreose/myksødem
T87 Hypoglykemi
T89 Diabetes insulinavhengig
T90 Diabetes ikke-insulinavhengig
T91 Vitaminmangel/ernæringsforstyrrelse
T92 Urinsyreigitt
T93 Lipidstoffkifte forstyrrelse
T99 Endokrin/metabol/ernær sykdom IKA

U Urinveier

U01 Smerte vannlating
U02 Hyppig vannlating
U04 Urininkontinens
U05 Vannlatingsproblemer IKA
U06 Hematuri
U07 Urin symptomer/plager IKA
U08 Urinretensjon
U13 Blære symptomer/plager IKA
U14 Nyre symptomer/plager
U26 Engstelig for kreft urinveier
U27 Engstelig for sykdom urinveier IKA
U28 Redusert funksjonsevne urinveisprobi
U29 Urinveier symptomer/plager IKA
U70 Nyrebeckenbetennelse
U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA
U72 Uretritt
U75 Ondartet svulst nyre
U76 Ondartet svulst urinblære
U77 Ondartet svulst urinveier IKA
U78 Godartet svulst urinveier
U79 Uspesifisert svulst urinveier
U80 Skade urinveier
U85 Medfødt feil urinveier
U88 Glomerulonefritt/nefropati
U90 Ortostatisk proteinuri
U95 Sten i urinveier
U98 Unormal urinprøve IKA
U99 Urinveissykdom IKA

W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging

W01 Spørsmål om svangerskap
W02 Engstelig for svangerskap
W03 Blødning svangerskap
W05 Kvalme/brekninger svangerskap
W10 Prevensjon postkoitalt antikonsepsjon
W11 Prevensjon p-pille
W12 Prevensjon spiral
W13 Sterilisering (K)
W14 Prevensjon IKA (K)
W15 Infertilitet (K)
W17 Blødning etter fødsel
W18 Postpartum symptomer/plager IKA
W19 Bryst/amming symptomer/plager
W21 Bekymret/opptatt av utseende sv skap
W27 Engstelig for komplisk sv skap/fødsel
W28 Red funksjonsevne svangerskapsprobi
W29 Sv skap/fødsel sympt/plager IKA

W70 Infeksjon/sepsis barseltid
W71 Infeksjon som kompliserer sv skap IKA
W72 Ondartet svulst svangerskap
W73 Godartet/uspes svulst sv skap
W75 Skade som kompliserer svangerskap
W76 Medfødt feil som kompliserer sv skap
W78 Svangerskap bekrefte
W781 Svangerskapskontroll
W79 Uønsket svangerskap
W80 Ekstrauterint svangerskap
W81 Svangerskapsforgiftning
W82 Abort spontan
W83 Abort fremkalt
W84 Svangerskap høyrisiko
W85 Svangerskapsdiabetes
W90 Ukomplisert fødsel levendefødt barn
W91 Ukomplisert fødsel dødfødt barn
W92 Komplisert fødsel levendefødt barn
W93 Komplisert fødsel dødfødt barn
W94 Mastitt i barseltid
W95 Brystsykdom i sv skap/barseltid IKA
W96 Komplikasjoner i barseltid IKA
W99 Svangersk/føds/barsel sykd IKA

X Kvinnelige kjønnsorganer (inklusive bryster)

X01 Smerte kjønnsorgan (K)
X02 Menstruasjonsmerter
X03 Intermenstruelle smerter
X04 Smerte samleie (K)
X05 Menstruasjon sparsom/sjelden
X06 Menstruasjon kraftig
X07 Menstruasjon uregelmessig/hyppig
X08 Intermenstruell blødning
X09 Premenstruelle symptomer/plager
X10 Forskyvning menstruasjon
X11 Klimakterium symptomer/plager
X12 Postmenopausal blødning
X13 Blødning etter samleie
X14 Utflod fra skjeden
X15 Skjede symptomer/plager IKA
X16 Vulva symptomer/plager
X17 Underliv symptomer/plager (K)
X18 Smerte bryst (K)
X19 Kul i bryst IKA (K)
X20 Brystvorte symptomer/plager (K)
X21 Bryst symptomer/plager IKA (K)
X22 Bekymret/oppt av utseende bryst (K)
X23 Engstelig for kjønnsykdom (K)
X24 Engstelig for seksuell dysfunk (K)
X25 Engstelig for kreft kjønnsorgan (K)
X26 Engstelig for brystkreft (K)
X27 Engstelig sykdom kjønnsorg IKA (K)
X28 Red funksjonsevne probl kjønnsorg (K)
X29 Kjønnsorgan sympt/plager IKA (K)
X70 Syfilis (K)
X71 Gonokokkinfeksjon (K)
X72 Candidainfeksjon urogenitalt (K)
X73 Trikomonasininfeksjon urogenitalt (K)
X74 Underlivsinfeksjon IKA (K)
X75 Ondartet svulst livmorhals
X76 Ondartet svulst bryst (K)
X77 Ondartet svulst kjønnsorg IKA (K)
X78 Godartet svulst livmor
X79 Godartet svulst bryst (K)
X80 Godartet svulst kjønnsorg IKA (K)
X81 Uspes svulst kjønnsorg IKA (K)
X82 Skade kjønnsorgan (K)
X83 Medfødt feil kjønnsorgan (K)
X84 Vaginitt/vulvitt IKA
X85 Sykdom i livmorhals IKA
X86 Cytologi livmorhals unormal
X87 Fremfall kjønnsorgan (K)
X88 Godartet mammadysplasi
X89 Premenstruelt tensjonssyndrom
X90 Genital herpesvirusinfeksjon (K)
X91 Condylomata acuminata (K)
X92 Klamydiainfeksjon urogenitalt (K)
X99 Kjønnsorgan sykdom IKA (K)

Y Mannlige kjønnsorganer

Y01 Smerte penis
Y02 Smerte testikkel/skrotum
Y03 Utflod urinrør/penis
Y04 Penis symptomer/plager IKA
Y05 Skrotum/testikkel sympt/plager IKA
Y06 Prostata symptomer/plager
Y07 Impotens organisk betinget
Y08 Seksuelt problem IKA (M)
Y10 Infertilitet (M)
Y13 Sterilisering (M)
Y14 Prevensjon IKA (M)
Y16 Bryst symptomer/plager (M)
Y24 Engstelig for seksuell dysfunk (M)
Y25 Engstelig for kjønnsykdom (M)
Y26 Engstelig for kreft kjønnsorgan (M)
Y27 Engstelig for sykdom kjønnsorg IKA (M)
Y28 Red funksjonsevne prob kjønnsorg (M)
Y29 Kjønnsorgan sympt/plager IKA (M)
Y70 Syfilis (M)
Y71 Gonokokkinfeksjon (M)
Y72 Genital herpesvirusinfeksjon (M)

Y73 Prostatt/vesikulitt
Y74 Orkitt/epididymitt
Y75 Balanopostitt
Y76 Condylomata acuminata (M)
Y77 Ondartet svulst prostata
Y78 Ondartet svulst kjønnsorg IKA (M)
Y79 Godartet/uspes svulst kjønnsorg (M)
Y80 Skade kjønnsorgan (M)
Y81 Fimose/overflødig forhud
Y82 Hypospadi
Y83 Ikke-descendert testikkel
Y84 Medfødt feil kjønnsorgan IKA (M)
Y85 Prostatahyperplasi
Y86 Hydrocele
Y99 Kjønnsorgan sykdom IKA (M)

Z Sosiale problemer

Z01 Problem økonomi/fattigdom
Z02 Problem drikkevann/mat
Z03 Problem bolig/nabolag
Z04 Problem sosialt/kulturelt
Z05 Problem arbeidsforhold/yrke
Z06 Problem arbeidsledighet
Z07 Problem utdannelse
Z08 Problem sosial velferd/trygd
Z09 Problem jus/politi
Z10 Problem helsetjen/tilgjengelighet
Z11 Problem det å være syk/compliance
Z12 Problem mellom samlivspartnerne
Z13 Problem atferd samlivspartner
Z14 Problem sykdom hos partner
Z15 Problem tap/dødsfall av partner
Z16 Problem med/i forhold til barn
Z18 Problem sykdom hos barn
Z19 Problem tap/dødsfall av barn
Z20 Problem forhold til foreldre/familie
Z21 Problem atferd foreldre/familie
Z22 Problem med sykdom hos foreldre/fam
Z23 Problem tap/dødsfall av foreldre/fam
Z24 Problem med forhold til venner
Z25 Problem vold/traumatisk hendelse
Z27 Engstelig for sosialt problem
Z28 Redusert funksjonsevne sosialt probl
Z29 Sosialt problem IKA

Prosesskoder

(Husk å påføre bokstav for organkapittel)

Del 2 Diagnostikk, screening og forebyggende tiltak
-30 Medisinsk undersøkelse fullstendig
-31 Medisinsk undersøkelse målrettet
-32 Sensitivitetsprøve
-33 Mikrobiologisk/immunologisk prøve
-34 Blodprøve IKA
-35 Urinprøve IKA
-36 Avføringsprøve IKA
-37 Histologisk/cytologisk prøve
-38 Laboratorieprøve IKA
-39 Fysisk funksjonsprøve
-40 Endoskopi
-41 Billeddiagnostikk
-42 Biosignallundersøkelse IKA
-43 Diagnostisk prosedyre IKA
-44 Forebyggende vaksinerings/medikasjon
-45 Helseopplysning/rådgivning
-46 Kontakt med primærhelsetjenesten
-47 Kontakt med spesialist
-48 Vurdering av kontaktårsak/behov
-49 Forebyggende prosedyre IKA

Del 3 Terapeutiske tiltak
-50 Legemiddelforskrivning/-administrasjon
-51 Incisjon/tapping/aspirasjon
-52 Fjerne vev/biopsi/kauterisasjon
-53 Kateterisering/intub/dilatasjon
-54 Fiksering/suturering/gips/protese
-55 Lokal injeksjon/infiltrasjon
-56 Bandasje/kompresjon/tafonade
-57 Fysikalsk behandling/rehabilitering
-58 Terapeutisk rådgivning/samtale
-59 Terapeutisk tiltak/småkirurgi IKA

Del 4 Prøveresultater
-60 Resultat av prøve/prosedyre
-61 Resultat undersøkelse/epikrise

Del 5 Administrative tiltak
-62 Administrativ prosedyre
-63 Observasjon/oppløsing IKA

Del 6 Henvisninger og andre kontaktårsaker
-64 Kontakt forårsaket av helsepersonell
-65 Kontakt forårsaket annen enn pasient
-66 Henvisning annet helsepersonell IKA
-67 Henvisning lege/spesialist/sykehus
-68 Henvisning IKA
-69 Kontaktårsak IKA

ICPC-2 Kodekort

P-Psykisk – Gjelder symptomer og plager som kontaktårsak

P01 Følelse angst/nervøs/anspent

P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetiget

P03 Depresjonsfølelse

P04 Irritabel atferd/følelse

P05 Senilitet, atferd/følelse gammel

P06 Søvnforstyrrelse

P07 Seksuell drift/lyst hemmet

P08 Seksuell tilfredsstillelse hemmet

P09 Seksuell legning bekymret for

P10 Stammering/stotring/tics

(P11 Spiseforstyrrelse hos barn- ikke inkludert i studien)

P12 Sengevæting/enuresis IKA

P13 Enkoprese

P15 Kronisk alkoholmisbruk

P16 Akutt alkoholmisbruk

P17 Tobakkmisbruk

P18 Legemiddelmisbruk

P19 Stoffmisbruk

P20 Hukommelsesforstyrrelse

(P22 Atferdsforstyrrelse barn- ikke inkludert i studien)

(P23 Atferdsforstyrrelse ungdom- ikke inkludert i studien)

P24 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

P25 Livsfaseproblem voksen

P27 Engstelig for psykisk sykdom

P28 Redusert funksjonsevne psyk problem

P29 Psykiske symptomer/plager IKA

(IKA= Ikke klassifisert annet sted)

ICPC for registrering av kontaktårsak- veiledning

Klassifikasjonen baserer seg på følgende:

1. Sykepleier i LVS må identifisere og definere kontaktårsaken slik pasienten angir den, uten å vurdere hvorvidt den er korrekt eller presis.
2. ICPC-kategorien som velges må ligge så nær som mulig den opprinnelige kontaktårsaken slik den ble angitt av pasienten uten tolkning eller vurdering fra sykepleierens side.
3. Det er pasientens egen måte å presentere sitt problem på som bestemmer hvilken kategorisering i ICPC som skal brukes.

P- Psykisk

Symptomer og plager

P01 Følelse av angst/nervøsitet/anspenhet

inkl: angst IKA, følelse av redsel.

kriterie: følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse. Det er en gradvis overgang fra uønskede - men normale - følelser til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.

P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget

inkl: tilpasningsforstyrrelse, kultursjokk, følelse av stress/sorg/hjemlengsel, akutt posttraumatisk stress og sjokk (psykisk).

kriterie: en reaksjon på en belastende livshendelse eller en vesentlig forandring i tilværelsen som krever en større tilpasning, enten som et forventet svar på hendelsen eller som et uhensiktsmessig svar som forstyrrer daglig mestring og som resulterer i nedsatt sosial funksjon, med tilfriskning i løpet av begrenset tid.

P03 Depresjonsfølelse

inkl: følelse av utilstrekkelighet, ulykkelig, bekymret.

kriterie: følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse. Det er en gradvis overgang fra uønskede - men normale - følelser til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.

P04 Irritabel atferd/følelse

inkl: agitasjon IKA, rastløshet IKA.

kriterie: følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse; eller atferd som tyder på irritabilitet eller sinne. Det er en gradvis overgang fra uønskede - men normale - følelser til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.

P05 Senilitet, atferd/følelse gammel

inkl: bekymring med aldring.

kriterie: følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse. Det er en gradvis overgang fra uønskede - men normale - følelser til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.

P06 Søvnforstyrrelse

inkl: insomni, mareritt, søvnapné, søvngjengeri, somnolens.

kriterie: søvnforstyrrelse som diagnose krever at søvnproblemet er en betydelig plage, og at både lege og pasient mener at problemet ikke er forårsaket av en annen lidelse, men er en egen tilstand. Søvnløshet krever en kvantitativ og kvalitativ mangel på søvn over lang tid som er utilfredsstillende etter pasientens syn. I hypersomni forekommer overdreven søvnighet på dagtid og søvnanfall av en slik grad at det begrenser pasientens yteevne.

P07 Seksuell drift/lyst hemmet

inkl: frigiditet, tap av libido.

kriterie: seksuelle problemer som gjelder mangel på lyst og som ikke er forårsaket av organisk lidelse eller sykdom, men som er en avspeiling av pasientens manglende evne til å ta del i et seksuelt forhold han/hun ønsker på grunn av mangel på lyst, eller svikt i genitalt svar eller funksjon.

P08 Seksuell tilfredsstillelse hemmet

inkl: ikke-organisk impotens eller dyspareuni, for tidlig utløsning, vaginisme av psykisk opprinnelse.

kriterie: seksuelle problemer som gjelder mangel på tilfredsstillelse og som ikke er forårsaket av organisk lidelse eller sykdom, men som er en avspeiling av pasientens manglende evne til å ta del i et seksuelt forhold han/hun ønsker på grunn av svikt i genitalt svar eller funksjon, eller problemer med seksuell utvikling.

P09 Seksuell legning bekymring for

kriterie: seksuelle problemer som gjelder seksuell legning og som ikke er forårsaket av organisk lidelse eller sykdom, men som er en avspeiling av pasientens manglende evne til å ta del i et seksuelt forhold han/hun ønsker på grunn av problemer med seksuell identitet, legning eller orientering.

P10 Stamming/stotring/tics

kriterie: stamming og stotring: taleforstyrrelse som kjennetegnes av hyppig gjentakelse eller forlengelse av lyder, eller ved hyppig nøling eller pauser som avbryter den rytmiske talestrømmen.

P13 Enkoprese

kriterie: gjentatt frivillig eller ufrivillig avføring, vanligvis med normal konsistens, på steder som ikke er passende, og som anses unormal i forhold til alderen, og som ikke forårsakes av forstoppelse/sfinktersykdom/annen sykdom.

P15 Kronisk alkoholmisbruk

inkl: alkoholisk encefalopati, alkoholpsykose, alkoholisme, delirium tremens.

kriterie: en lidelse forårsaket av bruk av alkohol og som resulterer i en eller flere av det følgende: skadelig bruk med klinisk viktige helseskader, avhengighetssyndrom, abstinensstilstand, psykotisk lidelse.

P16 Akutt alkoholmisbruk

inkl: beruselse.

kriterie: en lidelse forårsaket av alkoholbruk og som resulterer i akutt forgiftning, med/uten bakgrunn i kronisk misbruk.

P17 Tobakkmisbruk

inkl: røyking problem.

kriterie: en lidelse forårsaket av bruk av tobakk og som resulterer i en eller flere av det følgende: akutt forgiftning, skadelig bruk med klinisk viktige helseskader, avhengighetssyndrom, abstinensstilstand.

P18 Legemiddelmisbruk

inkl: misbruk av ethvert forskrevet legemiddel.

P19 Stoffmisbruk

inkl: stoffavhengighet, stoffabstinens

kriterie: en lidelse forårsaket av bruk av en avhengighetsfremkallende psykoaktiv substans, og som resulterer i en eller flere av de følgende tilstander: akutt forgiftning, skadelig bruk med klinisk viktige helseskader, avhengighetssyndrom, abstinensstilstand, psykotisk lidelse.

P20 Hukommelsesforstyrrelse

inkl: amnesi, desorientering, forstyrrelse av konsentrasjon.

P25 Livsfaseproblem hos voksen

inkl: midtlivskrise, problem ved pensjonering, tomt reir-syndrom.

P27 Engstelig for psykisk sykdom

inkl: bekymring for mental sykdom, frykt for å begå selvmord.

kriterie: bekymret/engstelig for psykisk sykdom uten at sykdom er påvist.

P28 Redusert funksjonsevne pga. psykisk problem

inkl: lav selvfølelse.

kriterie: begrensning av funksjon/funksjonshemning på grunn av et psykisk problem.

P29 Psykiske symptomer/plager IKA

inkl: vrangforestillinger, spiseforstyrrelser IKA, hallusinasjoner, multiple psykiske symptomer/plager, dårlig hygiene, avvikende atferd, mistenksomhet.

Prosedyre for databehandling

1. Sykepleierens samtykkeskjema:

Informasjonsskriv med signert samtykke fra sykepleierne lagres i låsbart skap.

2. Skjema med bakgrunnsdata om sykepleierne:

Skjemaene lagres i låsbart skap inntil det utarbeides oversikt i skjema på PC.

1. Registreringsskjema samtaler:

Liste over registrerte samtaler krypteres ved hjelp av krypteringsprogrammet 7zip og lagres på sikkert område (Diskfil) i USN Onedrive. Listen slettes etter registreringsperioden er avsluttet.

2. Lydfiler:

Lydfilene hentes opp på lokal PC ved legevakten i lydloggprogram og transkriberes direkte over til forskerens PC. Innholdet anonymiseres fullstendig for personopplysninger, stedsnavn og navn på institusjoner ved første transkribering.

Ved registrerte samtaler fra andre legevaktsentraler enn egen arbeidsplass kan lydfilene overføres via kryptert minnepenn til Diskfil som er et kryptert område på forskers PC. Lydfilene krypteres ved hjelp av programmet 7Zip før de flyttes over til eget område på USN forskerserver USN Safe.

Bakgrunnsdata sykepleiere som samtykket til å registrere til studien: N=10

Ansettelse

Fast	10
Vikar	0

Alder

20-30	0
31-40	7
41-50	0
51-60	2
61-70	1

Kjønn

Mann	2
Kvinne	8

Hvor lenge har du vært sykepleier?

0-2 år	1
3-5 år	2
6-10 år	2
11-15 år	2
16-20 år	0
>20 år	3

Hvor lenge har du jobbet på telefon i legevaktsentral?

0-2 år	2
3-5 år	5
6-10 år	1
11-15 år	0
16-20 år	0
>20 år	2

Arbeidserfaring innen

Psykiatri	1
Geriatrici	4

Annet:

Hjemmesykepleie	2
Intensiv	1
Omsorgsbolig	1
Prematuravdeling	1
Medisinsk avdeling	1
Rehabiliteringsavdeling	1
Somatisk sykehus	3
Sykehjem	2
Akuttmottak	2

Har du videreutdanning?

NEI	7
JA	3

Hvis JA; hvilken videreutdanning?

Intensivsykepleier
Helsesykepleier
Avansert klinisk allmennsykepleie

Har du relevante kurs innen psykiatri/psykisk helse/kommunikasjon?

NEI	6
JA	3
Ikke svart	1

Hvis JA spesifiser hvilke kurs

Husker ikke hva det heter	1
Håndtering av ustabile og selvmordsadferd	2

Oversikt samtaler

Samtale nr.	Dato	Tidspunkt	Tidsbruk	Triage/hastegrad	ICPC-2 kode	Samtykke JA/NEI
1	██████	11.15	9 min	Grønn/multibruker	P02	JA
2	██████	18.30	6 min	Grønn/multibruker	P01	JA
3	██████	20.10	16 min	grønn	P01	JA
4	██████	00.23	63 min	gul	P02	JA
5	██████	07.36	12 min	Blå/multibruker	P01	JA
6	██████	19.25	20 min	grønn	P01	JA
7	██████	15.05	6 min	gul	P01, P25, P03, P06	JA
8	██████	18.55	6 min	grønn	P01	JA
9	██████	16.58	5 min	multibruker	P01	JA
10	██████	16.47	12 min	blå	P01	JA
11	██████	23.50	18 min	gul/grønn	P01	JA
12	██████	01.14	16 min	gul	P01, P03 P06	JA

Tidspunkt:

- 2 av samtaler var på dagtid
- 7 av samtaler var på kveld
- 3 av samtaler var på natt

Tidsbruk:

- Varighet fra 5 til 63 minutter

Triage/Hastegrad:

- 1 blå
- 1 blå/multibruker
- 2 grønn/multibruker
- 3 grønn
- 1 gul/grønn
- 3 gul
- 1 multibruker

ICPC-2 koder som ble brukt:

P01: Følelse angst/nervøs/anspent

P02: Psykisk ubalanse situasjonsbetinget

P03: P03 Depresjonsfølelse

P06: P06 Søvnforstyrrelse

P25: Livsfaseproblem voksen

Oversikt ICPC-koder i samtalene:

- **8 samtaler:** P01
- **2 samtaler:** P02
- **1 samtale:** P01, P25, P03, P06
- **1 samtale:** P01, P03, P06

Samtykke:

JA: 12

NEI: 0

Til sammen 7 sykepleiere som har registrert til studien

Oversikt sykepleiere:

Sykepleiere som har registrert	Antall samtaler pr. sykepleier
1	1
2	1
3	1
4	2
5	2
6	2
7	3

Vurdering av behandling av personopplysninger

25.10.2022

Referansenummer

995048

Vurderingstype

Standard

Dato

25.10.2022

Prosjekttittel

«Rådgivning i legevaktsentral: en kvalitativ studie med analyse av lydlogger.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Elisabeth Holm Hansen

Student

Berit Aaskjær-Pedersen Loo

Prosjektperiode

01.09.2022 - 30.05.2024

Kategorier personopplysninger

- Almennelige
- Særlige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Allmenn interesse eller offentlig myndighet (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e)
- Arkivformål i allmenhetens interesse, eller for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav j)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.09.2023.

Kommentar BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 21.10.2022, deres referanse 510020 (se under Tillatelser).

REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

VURDERING

Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandling av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet den 25.10.2022 med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) om en sårbar gruppe (innringere til legevaktsentralen med psykiske lidelser) basert på allmenn interesse, noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsekvensvurdering (DPIA).

Personverntjenester har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

- Selv om samtykke ikke er behandlingsgrunnlag, vil de registrerte få god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter etter de har sagt ja til at opptaket kan deles med prosjektet

- Helsepersonell som mottar samtalen, informerer kort og innhenter samtykke til oppheving av taushetsplikt
- De registrerte godkjenner at opptaket fra deres samtale kan deles • Prosjektet har en ryddig og oversiktlig dataflyt
- Få personer har tilgang til personopplysningene
- Behandlingen har kort varighet
- Det behandles få personopplysninger

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.05.2024.

LOVLIG GRUNNLAG UTVALG 1

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 nr. 11 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.

LOVLIG GRUNNLAG UTVALG 2

Prosjektet vil behandle overnevnte kategorier av personopplysninger med grunnlag i at oppgaven er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse og for formål knyttet til vitenskapelig forskning. Formålet med prosjektet er å få kunnskap om arbeidet som gjøres av sykepleiere i legevaktsentral ved henvendelser relatert til psykiske lidelser for å øke bevissthet rundt sykepleiernes kompetanse om psykiske lidelser i den akuttmedisinske kjeden med fokus på legevakt. Prosjektet har således en høy samfunnsnytte, som klart overstiger ulempen for de registrerte som samtykker til at helsepersonell kan dele opptakene og deretter får god informasjon om behandlingen av personopplysninger og hvordan de kan utøve sine rettigheter.

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger er dermed at den er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse og for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, art. 9 nr. 2 bokstav j, samt for formål knyttet til vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven §§ 8 og 9, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 3 bokstav b.

Behandlingen er omfattet av nødvendige garantier for å sikre den registrertes rettigheter og friheter, jf. personvernforordningen art. 89 nr. 1. Herunder at det er god åpenhet og medbestemmelse om behandlingen ved at de registrerte samtykker til deling og oppheving av taushetsplikt, samt at de får informasjon om behandlingen og sine rettigheter.

Taushetsplikten til helsepersonell oppheves ved pasientens samtykke jf. helsepersonelloven § 22.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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 viderebehandles 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

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13/14.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), dataportabilitet (art. 20) (utvalg 1) og protest (art. 21) (utvalg 2).

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

Personverntjenester 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 prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra Personverntjenester før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos Personverntjenester: Jørgen Wincentsen

Lykke til med prosjektet!