

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Sykepleiere ved legevaktsentralen møter pasienter som forventer rask hjelp ved luftveisinfeksjoner

Innringere forventer ofte legetime selv når symptomene er milde. For sykepleierne betyr det utfordrende kommunikasjon og ekstra press på legevakten.

Bent Håkan Lindberg

Forsker, førsteamanuensis og legevaktlege

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, Antibiotikasenteret for primærmedisin, avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo og Lyngen kommune

Siri-Linn Schmidt Fotland

Sykepleier og forsker

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Legevakt

Kommunikasjon

Forskning

Sykepleien 2025;113(101430):e-101430

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.101430](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.101430)

Hovedbudskap

Å håndtere henvendelser om luftveisinfeksjon oppleves som krevende for sykepleierne ved legevaktsentralen. God pasientsentrert kommunikasjon, tydelig samtalestruktur, tilpassede arbeidsforhold og egnede støtteverktøy kan bidra til å styrke sykepleiernes trygghet i møte med denne gruppen innringere.

Gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for sykepleierens kliniske vurderinger av telefonhenvendelser til legevaktsentralen.

Samtaler om luftveisinfeksjoner kan være krevende, fordi symptomene ofte oppleves som veldig plagsomme, samtidig som hastegraden som regel er lav. Dette kan skape en forventningskollisjon mellom innringerens opplevelse av behov og det tilbudet legevakten faktisk kan gi.

Hensikten med denne artikkelen er å vise hvordan en modell for strukturert kommunikasjon kan bidra til bedre vurdering og håndtering av luftveisinfeksjoner ved legevaktsentralen. I tillegg belyser vi andre faktorer som sykepleiere bør ha kunnskap om, for å øke sannsynligheten for god informasjonsflyt og dermed medvirke til tryggere pasientforløp.

Legevaktsykepleiere vurderer og sorterer pasientene

Luftveisinfeksjoner er i stor grad selvbegrensende, har som regel lav hastegrad og utgjør 15 prosent av alle henvendelser til legevaktsentralene (1, 2). Det er hovedsakelig sykepleiere som besvarer telefonhendelser til det nasjonale legevaktnummeret 116 117 (3). Der har de ansvar for å hastegradsvurdere, initiere respons, gi medisinske råd ved behov og journalføre henvendelsen (4).

Beslutningsstøtteverktøy brukes i denne prosessen, men sykepleierne er i stor grad avhengige av sin kliniske kompetanse for å kunne gjøre forsvarlige vurderinger (5–7).

Legevakt er allmennmedisin. Det innebærer usorterte problemstillinger som spenner fra enkle forkjølelser til livstruende tilstander som lungeemboli eller sepsis. Legevaktsykepleiere som besvarer 116 117, foretar den første sorteringen og har i hovedsak to oppgaver: å identifisere de akutt syke og å vurdere hvem som er friske nok til å klare seg hjemme.

Telefonkonsultasjoner øker risiko for feilvurderinger

I 2024 var median samtaletid fire minutter, og i løpet av denne tiden skal det etableres tillit, gjøres en klinisk vurdering og iverksettes tiltak i form av sykepleiefaglige råd, legevurdering eller ambulansebestilling (8).

Telefonvurderinger stiller andre kommunikasjonskrav enn det sykepleiere vanligvis er trent i. Uten blikkontakt, hudfarge å vurdere eller en svetteperle å legge merke til kan det være ekstra vanskelig å skille mellom syk eller bare plaget, og mellom høy eller lav hastegrad.

«Uten blikkontakt, hudfarge å vurdere eller en svetteperle å legge merke til kan det være ekstra vanskelig å skille mellom syk eller bare plaget.»

Siden de fleste innringere med luftveisinfeksjoner har milde til moderate symptomer, kan de potensielt alvorlige forløpene lett overses i strømmen av henvendelser med lav hastegrad. Dette innebærer en risiko for uheldige pasientforløp for de sykeste. Sykdomsutviklingen kan være uforutsigbar, og dette skaper bekymring for å ta feil avgjørelser (5).

Resultatet er at mange innringere som kunne ha ventet hjemme, likevel får oppmøte på legevakten.

I travle perioder oppleves det dessuten som både tidseffektivt og tryggere å sette pasienter med luftveisinfeksjon opp til legetime, fremfor å gi betryggende råd (5, 9). Over lengre perioder, særlig i vintersesongen, bidrar dette til press og travelhet ved legevaktene – noe som igjen kan føre til unødvendig antibiotikaforskrivning (10).

Sykepleiere møter krevende forventninger

Legevaktsykepleiere beskriver innringere med symptomer på luftveisinfeksjoner som krevende å vurdere (5). Symptomene kan være plagsomme, og mange har derfor en tydelig forventning om å få legevurdering på legevakten. Dette gjelder også der sykepleieren vurderer at innringeren trygt kan vente til fastlegekontoret åpner neste virkedag.

Situasjonen skaper en kommunikasjonsutfordring, med en krevende balansegang mellom standardisering og skjønn, forventninger og forventningsstyring.

Gode kommunikasjonsferdigheter er derfor helt avgjørende for å sikre innringerne riktig helsehjelp til riktig tid, og for å bidra til at legevakten har kapasitet til å håndtere de tilstandene som haster mest (11, 12).

Samtalen struktureres i fem faser

Gode kommunikasjonsferdigheter innebærer å kunne ta i bruk ulike strategier. En av disse er å skape struktur i samtalen (13). Vi anbefaler en samtalestruktur med fem faser (se figur 1), der hver fase bidrar til en effektiv og trygg samtale. Denne kan med fordel brukes aktivt ved kommunikasjon om luftveisinfeksjoner ved legevaktsentralen.



Figur 1. Samtalestruktur

Kilde: Gustafsson, Wälivaara og Gabrielsson (14). Fritt omarbeidet av Fotland og Lindberg.

Fase 1: Vennlig start

Åpningsfasen legger premissene for samtalen. Mange innringere er engstelige og har kviet seg for å ringe (14). En vennlig tone, kombinert med presentasjon av hvilken legevaktsentral som svarer og eget fornavn, gir et godt grunnlag for videre dialog (15, 16).

Fase 2: Aktiv lytting

Deretter bør innringeren få anledning til å snakke fritt («aktiv lytting») (17). Dette gjør samtalen mer tidseffektiv, samtidig som innringer føler seg møtt på en god måte.

Aktiv lytting kan innebære korte verbale bekreftelser som «ja», «nei», «jeg forstår» eller enkle samtalelyder som «hmm» og «mm». Dersom innringeren er avventende, kan sykepleieren åpne opp med et åpent spørsmål, for eksempel: «Hva kan jeg hjelpe deg med i dag?».

Selv om det kan være fristende å åpne journalen så tidlig som mulig, bør spørsmålet «Når er du født?» stilles først etter at innringeren har fått snakke fritt. Hvis sykepleieren må avbryte for å innhente formell informasjon som fødsels- og personnummer, bør dette gjøres eksplisitt, gjerne med en setning som: «Du skal få hjelp, men jeg må først stille noen spørsmål.»

Fase 3: Utforske og avgrense problemstillingen

I den tredje fasen utforskes og avgrenses det som allerede har kommet frem i samtalen. En viktig del av denne fasen er å danne et mentalt bilde av innringeren, der både symptomer og sosiale faktorer inngår (18).

For å vurdere alvorlighetsgraden og hastegraden ved luftveisinfeksjoner er det særlig viktig å innhente informasjon om sykdomsutviklingen så langt, pust, sengeleie, kroppstemperatur, smerte – både debut og forløp – daglige aktiviteter og væskeinntak. I tillegg bør sykepleieren spørre om tidligere sykdommer, faste medisiner og vurdere om innringeren klarer å snakke i hele setninger (19).

«Mange innringere med milde til moderate symptomer forventer antibiotika.»

Åpne spørsmål er ofte mer effektive enn lukkede, men i denne fasen er det som regel nødvendig å bruke begge deler. Dersom det ikke allerede har kommet frem, kan spørsmålet «Hva var det som gjorde at du bestemte deg for å ringe akkurat nå?» bidra til å avdekke akutte forverringer eller andre grunner til at legevakten ble kontaktet.

Sykepleiere forteller at mange innringere med milde til moderate symptomer forventer antibiotika (5). Et godt utgangspunkt for en pasientsentrert tilnærming er å utforske de tre F-ene: *frykt* («Hva er du redd for at du har fått?»), *forståelse* («Hva tenker du at plagene dine kommer av?») og *forventning* («Hva tenker du at legevakten kan hjelpe deg med i kveld?»). Slik kan man tidlig avklare om pasienten forventer antibiotikabehandling.

Foreldre til barn med øreverk kan for eksempel slå seg til ro med råd om smertestillende, når de får informasjon om at retningslinjene tilsier at antibiotika først er aktuelt dersom symptomlindrende behandling ikke har hatt effekt etter tre døgn (20).

Fase 4: Oppsummere og konkludere

Hensikten med denne fasen er å sikre at sykepleieren og innringeren har en felles forståelse av situasjonen og symptombildet (21, 22). En mulig innledning kan være: «Da vil jeg bare kort oppsummere hvordan jeg forstår situasjonen og forsikre meg om at vi er enige». Deretter følger en kort oppsummering av samtalen, etterfulgt av et forslag til videre håndtering og en bekreftelse på enighet.

Fase 5: Avslutte samtalen

I avslutningsfasen er sykepleierens viktigste oppgave å etablere et sikkerhetsnett, altså å sørge for at innringeren vet hvilke tegn som kan tyde på forverring, og hvordan han eller hun skal forholde seg hvis dette oppstår (23).

Dersom det er avtalt legetime samme kveld, kan det brukes kort tid på dette. Ved lang ventetid på legevurderingen kan det være nødvendig å gi informasjon om mulige hyperakutte

forverring som krever kontakt med 113, altså AMK-sentralen.

«Hvis sykepleieren og innringeren blir enige om andre tiltak enn legekonsultasjon, bør det brukes mer tid på å bygge opp et tydelig sikkerhetsnett.»

Hvis sykepleieren og innringeren blir enige om andre tiltak enn legekonsultasjon, bør det brukes mer tid på å bygge opp et tydelig sikkerhetsnett.

Frasen «Ring tilbake ved forverring» bør unngås (23). Et eksempel på et konkret sikkerhetsnett for en innringer med moderat feber og hoste kan være: «Hvis du i løpet av helgen får en rask forverring, med høyere feber og en opplevelse av tung pust, er det svært viktig at du ringer tilbake til legevakten – selv om det skjer allerede i kveld.»

Faktorer som påvirker kommunikasjonen

Kunnskap om faktorer som påvirker kommunikasjonen, kan bidra til god informasjonsflyt og samtidig motvirke at dårlig kommunikasjon fører til uheldige pasientforløp. En systematisk oversiktsartikkel har delt disse faktorene inn i fire kategorier, som vi nå vil beskrive (13).

Faktorer ved organisasjonen

Lang ventetid på telefonen kan skape irritasjon og svekke tilliten til tjenesten hos innringeren, noe som gir et dårlig utgangspunkt for samtalen (13). For sykepleieren kan underbemanning sett opp mot behovet i sentralen føre til stress, som igjen påvirker både kommunikasjonen og avgjørelsene som tas.

Også arbeidsmiljøet – som lydforhold, luftkvalitet og teknologiske verktøy – legger premisser for hva sykepleieren får med seg (13). Tilgjengelige vaktlegerressurser og retningslinjer for bruk av ressurser, som beslutningsstøtteverktøy, har dessuten direkte betydning for hvilke avgjørelser som tas.

Faktorer ved sykepleier

Vennlighet, positiv holdning, nysgjerrighet og evne til å beholde kontroll over egne følelser i møte med andres legger ofte til rette for en god samtale (13). Kunnskap og erfaring påvirker dessuten både hvilke spørsmål som stilles, og hvordan informasjonen tolkes og vurderes underveis.

«Vennlighet, positiv holdning, nysgjerrighet og evne til å beholde kontroll over egne følelser i møte med andres legger ofte til rette for

en god samtale.»

Det er ikke uvanlig at særlig uerfarne sykepleiere har kunnskapshull i det allmennmedisinske feltet, og da kan beslutningsstøtteverktøy være et nyttig supplement.

Sykepleiernes evne til å bruke ulike kommunikasjonsstrategier ut fra behovet i samtalen gjør dem i stand til å møte alle typer innringere. For eksempel kan både empati, stemmeleie og tydelig artikulasjon brukes aktivt for å skape ro, understreke viktig informasjon, roe ned en sint innringer og formidle at man forstår alvoret.

Faktorer ved innringer

Innringerne er forskjellige og har behov for å bli møtt på ulike måter. Symptomer oppleves ulikt, og beskrivelsene påvirkes av sosiodemografiske faktorer som kjønn, alder, språkferdigheter, kulturell bakgrunn, utdanningsnivå og bosted (13). Alle disse faktorene er relevante for sykepleierens mentale bilde av innringeren, og dermed også for vurderingen av hastegrad og tiltak.

Noen innringere har vansker med å beskrive egne symptomer, noe som kan skyldes både svake språkferdigheter og lav helsekompetanse (5). For denne gruppen er risikoen for at alvorlig sykdom blir oversett, ekstra høy.

To innringere med ulikt sosialt utgangspunkt, men ellers like symptomer, bør derfor som regel vurderes ulikt når det gjelder hastegrad. Innringere med et vanskelig sosialt utgangspunkt bør ofte vurderes opp i hastegrad heller enn ned – særlig hvis man er i tvil. Det samme gjelder ved svake språkferdigheter og lav helsekompetanse.

Faktorer ved interaksjonen

At samtalerne som regel foregår uten at sykepleieren kan se innringeren eller situasjonen vedkommende befinner seg i, innebærer at sykepleieren må skape seg et mentalt bilde basert utelukkende på innringers beskrivelser (13, 18).

Bruk av video på legevaktsentralen kan til en viss grad kompensere for dette, men det er foreløpig forsket lite på hvordan videokommunikasjon påvirker pasientforløp eller tidsbruk ved samtaler på legevaktsentralen.

«Det kan være ekstra utfordrende å vurdere innringere på nattevakter.»

Ofte er det andre enn pasienten selv som er ringer inn. Det kan være vanskelig å beskrive andres symptomer og opplevelse av sykdom, noe som kan skape usikkerhet rundt hvor presis

beskrivelsen er. Sykepleieren bør derfor be om å få snakke direkte med pasienten – hvis det er mulig.

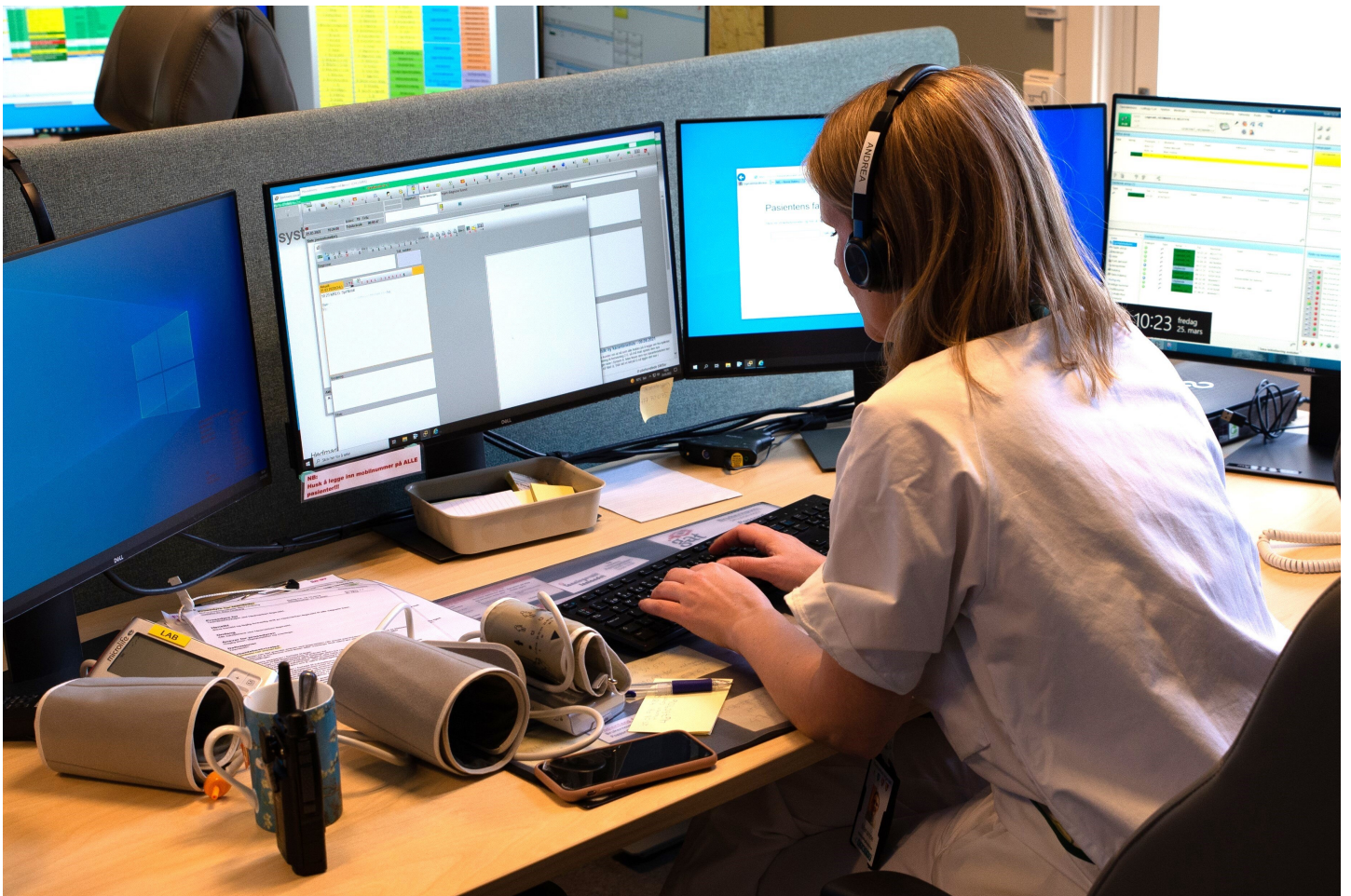
Det kan være ekstra utfordrende å vurdere innringere på nattevakter. Dette har to hovedårsaker: For det første har innringere med luftveisinfeksjoner som tar kontakt om natten, høyere risiko for å være akutt og alvorlig syk (19). For det andre har sykepleiere selv økt risiko for å gjøre feilvurderinger på nattetid (24).

Bevissthet rundt disse utfordringene kan bidra til å forebygge uheldige hendelser på nattevakter.

God samtalestruktur bidrar til tryggere pasientvurderinger

Kunnskap og bevissthet rundt samtalestruktur og faktorer som påvirker telefonkommunikasjonen på legevaktsentralen, kan bidra til tryggere pasientvurderinger og mer hensiktsmessig bruk av legevakten for innringere med luftveisinfeksjoner.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



VIKTIG SAMTALE: Når innringere beskriver luftveissymptomer som kan være både diffuse og plagsomme, blir kommunikasjon sykepleiernes viktigste verktøy. Med strukturert samtale og gode spørsmål kan de avdekke alvorlighetsgraden, avklare forventninger og skape trygghet. Slik får pasientene riktig hjelp, og legevaktens ressurser brukes mer effektivt. *Foto: Bent Håkan Lindberg*

1. Spurling GKP, Dooley L, Clark J, Askew DA. Immediate versus delayed versus no antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2023;10(10):CD004417. DOI: [10.1002/14651858.CD004417.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004417.pub6)
2. Raknes G, Hunskaar S. Reasons for encounter by different levels of urgency in out-of-hours emergency primary health care in Norway: a cross sectional study. BMC Emerg Med. 2017;17(1):19. DOI: [10.1186/s12873-017-0129-2](https://doi.org/10.1186/s12873-017-0129-2)
3. Midtbø V, Raknes G, Hunskaar S. Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: A cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2017;18(1):84. DOI: [10.1186/s12875-017-0651-z](https://doi.org/10.1186/s12875-017-0651-z)
4. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). FOR-2015-03-20-231 [hentet 27. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisin>
5. Lindberg BH, Rebnord IK, Høye S. Phone triage nurses' assessment of respiratory tract infections – the tightrope walk between gatekeeping and service providing. A qualitative study. Scand J Prim Health Care. 2021;39(2):139–47. DOI: [10.1080/02813432.2021.1908715](https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1908715)
6. Advanced Life Support Group. Manchester Telephone Triage [internett]. Manchester: Advanced Life Support Group; 2024 [hentet 27. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.triagenet.net/classroom/course/view.php?id=1203&lang=en>
7. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Legevaktindeks – beslutningsstøtte for legevakthenvendelser [internett]. Bergen: NKLM; 2025 [hentet 27. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://legevaktindeks.no/>
8. Helsedirektoratet. Anrop og svartid – Legevakt [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2023 [hentet 4. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/legevakt-anrop-og-svartid>
9. Eriksson I, Ek K, Jansson S, Sjöström U, Larsson M. To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. Nurs Open. 2019;6(3):842–8. DOI: [10.1002/nop2.264](https://doi.org/10.1002/nop2.264)
10. Lindberg BH, Gjelstad S, Foshaug M, Høye S. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in Norwegian primary care out-of-hours service. Scand J Prim Health Care. 2017;35(2):178–85. DOI: [10.1080/02813432.2017.1333301](https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333301)
11. Yliluoma P, Palonen M. Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse-caller interaction via telephone. Scand J Caring Sci. 2020;34(3):675–83. DOI: [10.1111/scs.12770](https://doi.org/10.1111/scs.12770)
12. Gamst-Jensen H, Lippert FK, Egerod I. Under-triage in telephone consultation is related to non-normative symptom description and interpersonal communication: a mixed

methods study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017;25(1):52. DOI: [10.1186/s13049-017-0390-0](https://doi.org/10.1186/s13049-017-0390-0)

13. Fotland SLS, Midtbø V, Vik J, Zakariassen E, Johansen IH. Factors affecting communication during telephone triage in medical call centres: a mixed methods systematic review. Syst Rev. 2024;13(1):162. DOI: [10.1186/s13643-024-02580-7](https://doi.org/10.1186/s13643-024-02580-7)

14. Gustafsson S, Wälivaara BM, Gabrielsson S. Patient satisfaction with telephone nursing: A call for calm, clarity, and competence. J Nurs Care Qual. 2020;35(1):E6–11. DOI: [10.1097/NCQ.0000000000000392](https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000392)

15. Penn C, Koole T, Natrass R. When seconds count: A study of communication variables in the opening segment of emergency calls. J Health Psychol. 2017;22(10):1256–64. DOI: [10.1177/1359105315625357](https://doi.org/10.1177/1359105315625357)

16. Morgan JI, Muskett T. Interactional misalignment in the UK NHS 111 healthcare telephone triage service. Int J Med Inform. 2020;134:104030. DOI: [10.1016/j.ijmedinf.2019.104030](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104030)

17. Gustafsson SR, Wahlberg AC. The telephone nursing dialogue process: an integrative review. BMC Nurs. 2023;22(1):345. DOI: [10.1186/s12912-023-01509-0](https://doi.org/10.1186/s12912-023-01509-0)

18. Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. J Adv Nurs. 2010;66(3):482–94. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05275.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05275.x)

19. Spek M, Venekamp RP, de Hond AA, de Groot E, Geersing GJ, Dobbe AS, et al. Development and internal validation of a diagnostic prediction model for life-threatening events in callers with shortness of breath: a cross-sectional study in out-of-hours primary care. Br J Gen Pract. 2025;75(756):e500–8. DOI: [10.3399/BJGP.2024.0538](https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0538)

20. Helsedirektoratet. Antibiotika i primærhelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2025 [oppdatert 14. februar 2025; hentet 10. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primærhelsetjenesten>

21. Eriksson I, Wilhsson M, Blom T, Wahlström CB, Larsson M. Telephone nurses' strategies for managing difficult calls: A qualitative content analysis. Nurs Open. 2020;7(6):1671–9. DOI: [10.1002/nop2.549](https://doi.org/10.1002/nop2.549)

22. Ernesäter A, Engström M, Winblad U, Holmström IK. A comparison of calls subjected to a malpractice claim versus 'normal calls' within the Swedish healthcare direct: a case-control study. BMJ open. 2014;4(10):e005961. DOI: [10.1136/bmjopen-2014-005961](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005961)

23. Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Gjentatte henvendelser til legevakt [internett]. Stavanger: Ukom; 2024 [hentet 12. april 2025]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/gjentatte-henvendelser-til-legevakt/sammendrag>

24. Röing M, Holmström IK. Malpractice claims in Swedish telenursing: lessons learned from interviews with telenurses and managers. Nurs Res. 2015;64(1):35–43. DOI: [10.1097/NNR.0000000000000063](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000063)