



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisteruppsats

Telefonrådgivning i primärvården- en kvalitativ studie av distriktssköterskors erfarenheter

Telephone counselling- a qualitative study of district nurses' experiences

Författare: Anna Hjalmarsson och Catarina Oscarson

Handledare: Ingrid From

Granskare: Anne Friman

Examinator: Gabriella Engström

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ 3111

Poäng: 15

Examinationsdatum: 2020-01-17

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Högskolan Dalarna – SE-791 88 Falun – Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Telefonrådgivning är idag en stor del av distriktssköterskans arbetsuppgifter i primärvården. Det är en komplex arbetsuppgift som innebär ett vårdmöte via telefon där distriktssköterskan ska kunna bedöma vårdbehov, brådskandegrad, ge egenvårdsråd och samordna med andra vårdgivare. För att patienten ska få en så korrekt bedömning av sitt vårdbehov som det går är det viktigt att distriktssköterskan får relevant information.

Syfte: Denna studie syftar till att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta i telefonrådgivning i primärvården.

Metod: Studien är kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats. Nio distriktssköterskor intervjuades i tre fokusgruppsintervjuer.

Resultat: Ur analysen framkom sex övergripande kategorier vilka benämndes; Telefonrådgivning kan vara en stor utmaning, Arbetsmiljön i telefonrådgivningen har betydelse för kvaliteten på samtalet, För och nackdelar med datoriserat beslutsstöd, Kunskap och erfarenhet underlättar telefonrådgivningen, Kvalitet på samtal och bedömningar är viktigt, Samtal med tredje part kan påverka utfallet av samtalet.

Konklusion: Denna studie har synliggjort utmaningar i telefonrådgivning vilka kan utgöra risker för patientsäkerheten och den personcentrerade vården. Resultatet kan bidra till att undvika felbedömningar vilket ökar patientsäkerheten och ger samhällsnytta.

Nyckelord: Distriktssköterskors erfarenheter, Primärvård, Telefonrådgivning

ABSTRACT

Background: Telephone counselling is today a major part of the duties for a district nurse in primary care. It is a complex task that incorporates a care meeting via telephone where the district nurse should be able to assess care needs, urgency, give self care advice and coordinate with other care providers. In order for the patient to get a correct assessment of their care needs as it is possible, it is important that the district nurse receive relevant information.

Aim: This study aims to describe the experience of working in telephone counselling for a district nurse in primary care.

Method: The study is a qualitative interview study with an inductive approach. Nine district nurses were interviewed in three focus group interviews.

Result: Six general categories were identified from the analysis, which were named; Telephone counselling can be a major challenge, The working environment in telephone counselling is important for the quality of the call, Pros and cons of computerized decision support, Knowledge and experience facilitates telephone counselling, Quality at calls and assessments are important and Conversations with third parties can affect the outcome of the call.

Conclusion: This study has highlighted challenges in telephone counselling which may pose risks to patient safety and person-centred care. The result can help to avoid misjudgements, which increases patient safety and benefits society.

Keywords: District nurses Experiences, Primary healthcare, Telephone counselling.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
DEFINITION AV TELEFONSJUKSKÖTERSKA	1
HISTORIK.....	1
DISTRIKTSSKÖTERSANS ROLL I PRIMÄRVÅRDEN.....	1
KOMMUNIKATION VIA TELEFON	2
SAMTALSPROCESSEN	2
ELEKTRONISKT BESLUTSSTÖD	3
ARBETSMILJÖNS BETYDELSE FÖR KOMMUNIKATIONEN	4
TEORETISK REFERENSRAM.....	4
<i>Personcentrerad vård</i>	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
DESIGN.....	6
URVAL.....	6
DATAINSAMLING	6
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	7
DATAANALYS	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
TELEFONRÅDGIVNING KAN VARA EN STOR UTMANING	10
<i>Att bedöma utan att se är svårt</i>	10
<i>Pålästa patienter är en utmaning</i>	10
<i>Svårt att hitta tider till patienterna</i>	11
ARBETSMILJÖN I TELEFONRÅDGIVNING HAR BETYDELSE FÖR KVALITÉN PÅ SAMTALET	11
<i>Den fysiska arbetsmiljön påverkar samtalet</i>	11
<i>Den psykiska arbetsmiljön behöver anpassas så att inte kvaliteten på samtalet påverkas</i>	12
<i>Tidspress försvårar</i>	13
<i>Att arbeta långa skift i telefonrådgivning påverkar kvaliteten på samtalen</i>	13
FÖR- OCH NACKDELAR MED DATORISERAT BESLUTSSTÖD.....	14
<i>Svårt att använda datoriserat beslutsstöd</i>	14
<i>Datoriserat beslutsstöd är ett stöd i bedömning och rådgivning</i>	15
<i>Yrkeserfarenhet minskar användandet av datoriserat beslutsstöd</i>	15
KUNSKAP OCH ERFARENHET UNDERLÄTTAR TELEFONRÅDGIVNINGEN	15
<i>Telefonrådgivning kan ersätta fysiska besök</i>	16
KVALITET PÅ SAMTAL OCH BEDÖMNINGAR ÄR VIKTIGT.....	16
<i>Att skapa förtroende i vårdmötet via telefon</i>	16
<i>Dokumentation har betydelse</i>	17
SAMTAL MED TREDJE PART KAN PÅVERKA UTFALLET AV SAMTALET.....	17
<i>Användandet av anhörig som tolk riskerar sekretessen</i>	18
<i>Samtal med auktoriserad tolk blev mer professionellt</i>	18

<i>Språkförbistningar påverkar bedömningen</i>	<i>18</i>
DISKUSSION	20
SAMMANFATTNING AV HUVUDRESULTATEN	20
RESULTATDISKUSSION	20
METODDISKUSSION	23
SAMHÄLLELIGA ASPEKTER UTIFRÅN KLINISK RELEVANS	25
ETISKA ASPEKTER UTIFRÅN KLINISK NYTTA	26
SLUTSATS	26
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	26
SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION	26
REFERENSLITTERATUR	27
BILAGA 1	30
BILAGA 2	32
BILAGA 3	34
BILAGA 4	36

BAKGRUND

Definition av telefonsjuksköterska

Både distriktssköterskor och grundutbildade sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning innefattas av definitionen telefonsjuksköterska vilken har använts genomgående i denna uppsats.

Historik

I Sverige har vårdsökande kunnat komma i kontakt med vården via telefon under många år. Under 1970-talet öppnade fler och fler vårdcentraler egna sjukvårdsrådgivningar (Leppänen, 2008; Wahlberg, 2007). Begreppet sjukvårdsrådgivning utvecklades under 1990-talet och sedan dess kan befolkningen få sjukvårdsrådgivning via vårdcentraler, specialiserade callcenter t.ex. Sjukvårdsrådgivningen 1177 och larmnumret 112 (Wahlberg, 2007).

Telefonsjuksköterskans roll i sjukvårdsrådgivningen har med tiden förändrats, från att ha varit stationerad i receptionen och där ha tagit emot några enstaka telefonsamtal till att idag ha en egen arbetsstation och arbeta hela dagar med sjukvårdsrådgivning via telefon (Wahlberg, 2007). Det finns även sjuksköterskor som enbart arbetar med telefonrådgivning (1177).

Idag söker ofta patienter själva information och råd via sidor på internet vilket leder till att patienterna blir mer och mer välinformerade och det i sin tur ställer högre krav på telefonsjuksköterskorna i sjukvårdsrådgivningen (Holmström, 2008). I en amerikansk studie (Greenberg, 2009) beskrivs att telefonsjuksköterskans arbetsmetod är nyanserad och invecklad, checklistor och riktlinjer är till hjälp i arbetet för att identifiera patienters behov.

Distriktssköterskans roll i primärvården

Distriktssköterskor är verksamma inom många olika verksamhetsområden. Ett av dessa är telefonrådgivning. Distriktssköterskans uppgifter i telefonrådgivning är att bedöma vårdbehovet hos den vårdsökande, ge råd, stöd och undervisning, hänvisa till lämplig vårdnivå, bistå med hälso- och sjukvårdsinformation samt samordna vård- och omsorgsresurser utifrån dennes specialistkunskaper (Svensk sjuksköterskeförening, 2011). I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor beskrivs att distriktssköterskor ska vara välutbildade och basera den rådgivning de ger, på den kunskap de erhållit under sin utbildning och genom egna livserfarenheter. De ska arbeta med individen i fokus och med ett förhållningssätt där vårdsökarens specifika behov, erfarenheter, förväntningar och kunskaper

tas i beaktande. Informationen ska ges på en nivå där vårdsökaren förstår innehållet i det som sägs och kan ha nytta av det ur ett hälsofrämjande perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). För att förstå distriktssköterskans arbete i telefonrådgivning kan det beskrivas innehålla att bedöma, hänvisa och ge råd till den vårdsökande, att stödja den vårdsökande, att stärka den vårdsökande, att undervisa den vårdsökande och till sist att underlätta den vårdsökandes lärande. Distriktssköterskan förväntas också vara medveten om sin undervisande roll i folkhälsa (Kaminsky, 2013).

Kommunikation via telefon

I det vårdande samtalet är kommunikationen mellan telefonsjuksköterskan och inringaren mycket viktig, det ställs höga krav på att få fram så korrekt information som möjligt eftersom hen gör en bedömning utifrån denna. För att kompensera det faktum att telefonsjuksköterskan inte kan se patienten försöker hen att bilda sig en mental bild av patienten. Under telefonsamtalet är det viktigt att vara lyhörd för verbala och icke verbala nyanser, så som röstläge, andning och hur inringaren uttrycker sig. En annan utmaning har i studier visat sig vara att få korrekta uppgifter av inringaren då en del av dessa förstorar eller förminskar symtomen vilket kan leda till att fel bedömning görs (Jones, Hendricks & Cope, 2012; Ledin et al., 2011; Wahlberg, Cedersund & Wredling, 2003).

Samtalsprocessen

Det finns flera olika samtalsprocesser att följa för att samtalet ska bli så bra som möjligt. Runius (2008) har i samarbete med ett flertal icke namngivna telefonsjuksköterskor utvecklat en samtalsmodell med fem faser: öppningsfasen, lyssnandefasen, analys- och bedömningsfasen, motivations- och åtgärdsfasen och avslutningsfasen. Under samtalet kan telefonsjuksköterskan flytta mellan de olika faserna. Under öppningsfasen är det viktigt att det uttrycks en känsla av att det finns tid för samtalet och trygghet. Genom sin röst förmedlar telefonsjuksköterskan empati, intresse och trovärdighet. Efter det kommer lyssnandefasen och där är det viktigt att vara en aktiv lyssnare. Det är av betydande vikt att låta patienten berätta sin historia. Under berättandet bekräftar telefonsjuksköterskan genom följdfrågor eller hummanden. I slutet av denna fas är det viktigt med en sammanfattning av vad inringaren berättat. Utifrån sammanfattningen går samtalsprocessen vidare till analys- och bedömningsfasen, där telefonsjuksköterskan ställer öppna och slutna frågor samtidigt som det är viktigt att fortsätta lyssna på inringaren. Allt detta för att ringa in eventuella orsaker till problemet som inringaren har. Under denna fas av samtalet är det viktigt att telefonsjuksköterskan tar reda på vilka egna föreställningar, farhågor och förväntningar

inringaren har kring sitt problem. Utifrån informationen telefonsjuksköterskan fått under dessa faser fattar hen ett beslut som hen förmedlar, motiverar och övertygar inringaren om under motivations- och åtgärdsfasen. I denna fas kan det skilja mellan vilket tillvägagångssätt som telefonsjuksköterskan och inringaren anser är rätt. Det är då viktigt att bekräfta inringaren men att fortsatt styra mot det mål som telefonsjuksköterskan har. Det är viktigt att telefonsjuksköterskan försäkras om att inringaren har tagit till sig informationen samt att samförstånd nås. I avslutningsfasen informerar telefonsjuksköterskan om normalförloppet och vad inringaren behöver vara observant på. I och med detta kan en överenskommelse nås om att inringaren vid en förändring till det sämre åter får söka vård (Runius, 2008).

I en studie av Bonander och Snellman framkommer det att patienter anser att det är viktigt att de blir vänligt bemötta och att de får en känsla av att telefonsjuksköterskan bryr sig. Att bli lyssnad på och få tala till punkt upplevs även det som viktigt eftersom upplevelsen då är att de och deras problem blir taget på allvar. Det är även viktigt att patienten upplever att telefonsjuksköterskan har kunskaper om det denne söker för. Förutsättningarna till att patienten tar till sig information även om det inte blir som den har tänkt sig ökar om telefonsjuksköterskan har skapat en god vårdrelation i dialogen med patienten (Bonander & Snellman, 2007)

Elektroniskt beslutsstöd

Utvecklingen har lett till att det blir vanligare med elektroniska beslutsstöd som hjälp vid sjukvårdsrådgivning. Detta beslutsstöd ger telefonsjuksköterskan möjlighet att ta del av uppdaterad och relevant information angående specifika symtom som patienten söker för (Holmström, 2008).

De elektroniska beslutsstöd som används idag i telefonrådgivningen upplevs ha flera brister. Det finns enligt telefonsjuksköterskorna inte alltid överensstämmelse med egna erfarenheter, men de flesta anser beslutsstödet som ett stöd för att säkerställa att rätt frågor ställs till inringaren under samtalet (Ernesäter, Holmström & Engström, 2009; Knowles, O' Cathain, Morell, Munro & Nicholl, 2002; Ledin, Olsen & Josefsson, 2011). Det finns både för- och nackdelar med att använda elektroniskt beslutsstöd i telefonrådgivning. Det har visat sig att vissa telefonsjuksköterskor anser att de redan har tillräcklig och relevant kunskap och använder därför inte det datoriserade beslutsstödet. Medan andra informanter anser att beslutsstödet ger dem en bra och snabb överblick över problemet, att det fungerar bra som komplement till sin egen kunskap och erfarenhet och att det ger dem hjälp att ställa rätt

frågor. Telefonsjuksköterskor med lite erfarenheter känner att det elektroniska beslutsstödet är ett större stöd än vad de med längre erfarenheter känner. Flera upplever beslutsstödet som en hjälp att fatta rätt beslut när de efter en hel dag med telefonrådgivning börjar bli trötta (Ernesäter et al., 2009; Fagerström, Tuvevsson, Axelsson & Nilsson, 2017). Ledin et al. (2011) beskriver att telefonsjuksköterskor uppger att beslutsstödet kan behandla de beskrivna situationerna hos patienter fyrkantigt. Det uppfattas begränsa telefonsjuksköterskornas kunskap, beslutsstödet hjälper dem att utvärdera men inte att fatta beslut, att avsnitten med egenvårdsråd är bristfälliga. Beslutsstödet kan upplevas som ett hinder för att verkligen lyssna på vad patienten säger. Det finns svårigheter att finna rätt sökord för att få rätt träff för det besvär inringaren söker för (Murdoch et al., 2014).

Arbetsmiljöns betydelse för kommunikationen

Telefonsjuksköterskan ställs idag inför flera utmaningar i arbetet med sjukvårdsrådgivning via telefonen. Etiska problem som svårigheten med att veta att den som ringer verkligen är rätt person. Dilemmat att lämna ut uppgifter när anhöriga ringer för patientens räkning då det är svårt att veta om uppgifterna som den anhörige lämnar är korrekta utifrån egna tolkningar av den anhörige. Svårigheter med bedömning i telefon och den stress det ger att inte kunna se patienten utan telefonsköterskorna får basera sin bedömning helt utifrån vad de kan få fram genom samtalet via telefon med patienten. Denna svårighet väcker ofta frågan om rätt beslut fattas (Ledin, Olsen & Josefsson 2011; Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003). Stress upplevs då det inte hinns med så många samtal som förväntas (Knowles et al., 2002). Att inte kunna reflektera över de beslut som fattats samt bristen på återkoppling på om det är rätt beslut som fattats upplevs som stressande (Knowles et al., 2002; Ledin et al., 2011). Den fysiska arbetsplatsen är även den viktig för att rätt beslut ska fattas. Om arbetsstationen där telefonsköterskan sitter upplevs obekvämt eller på annat sätt inte uppfyller kraven på en bra arbetsmiljö känns det mer arbetsamt att sitta i telefonrådgivning. Att dessutom ha detta som sin arbetsuppgift en hel dag leder då till att koncentrationen blir sämre och det leder till sämre kvalitet på samtalen och de råd som ges (Knowles et al., 2002).

Teoretisk referensram

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en av telefonsjuksköterskans sex kärnkompetenser som är nödvändig då den öppnar upp för andra värden, resurser och prioriteringar. Det är ett begrepp som belyser vikten av att ha en helhetssyn på patientens livsvärldsperspektiv och omvårdnaden är

kärnan i personcentrerad vård. Patienten ska genom detta bli sedd som en individ med unika behov, värderingar och förväntningar och vården ska sträva efter att bevara patientens integritet och värdighet. Patientens upplevelser av sin sjukdom är unik och kan inte jämföras med någon annan. Vården bör vara anpassad efter varje enskild person där denna medverkar och fattar informerade och genomtänkta beslut (McCance & McCormack, 2017).

Det är viktigt att vårdgivaren skapar en relation mellan sig och patienten som sedan möjliggör delaktighet i vården för patienten, relationen är dock inte helt jämlik. Maktfördelningen väger över till den med mest professionell kunskap, detta leder till ett ökat ansvar att tillgodose patientens autonomi och integritet. Vidare talar Ekman, (2014) om tre nyckelbegrepp inom personcentrerad vård, det vill säga partnerskap, patientberättelse och dokumentation. I partnerskapet är det viktigt att patienten och vårdgivaren har förståelse för varandras kunskaper, patienten vet hur det är att leva med en viss skada eller sjukdom och vårdgivaren har kunskaper om vård och behandlingar. I patientberättelsen är det patientens berättelse och övriga undersökningar som leder fram till att en plan för fortsatt hälso- och sjukvård, en så kallad hälsoplan, tas fram gemensamt mellan patienten och dennes vårdgivare. Det sista nyckelbegreppet är dokumentationen där patientens berättelse och hälsoplan skrivs ner. Denna dokumentation följer patienten och det är viktigt att se över informationen. Patienten ska ha tillgång till sin journal (Ekman, 2014). Vid telefonrådgivning dokumenteras det i datorbaserade system, vilket kräver kvalificerade kunskaper för att både rutiner och dokumentation ska utformas och överföras på ett säkert sätt (Socialstyrelsen, 2009).

PROBLEMFÖRMULERING

Sjukvårdsrådgivning via telefon har utvecklats under 1900-talet och är idag en stor del av distriktssköterskans arbete. Det är en komplex arbetsuppgift och rollen har förändrats och innehåller numer ett vårdmöte där många bedömningar görs. Många patienter söker ofta själv information om vård på internet och kan vara välinformerade, vilket ställer stora krav på telefonsjuksköterskorna i telefonrådgivningen. Det elektroniska beslutsstödet som blir allt vanligare har beskrivits både som en god hjälp och komplement till telefonsjuksköterskans kunskap och erfarenhet, men även begränsande för kunskap och i vissa avseenden är beslutsstödet bristfälliga i telefonrådgivning. Det ställs stora krav på rådgivning som sker via telefon, framför allt gällande telefonsjuksköterskornas kommunikationsförmåga och att få till ett personcentrerat samtal av god kvalitet enligt samtalsprocessen. För att förbättra kvaliteten

på rådgivningssamtalen i telefon avser studien att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av telefonrådgivning.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av att arbeta i telefonrådgivning i primärvården.

METOD

Design

Studien genomfördes som en empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativ innehållsanalys är användbar inom omvårdnadsforskning för att tolka och granska olika texter. Likheter och skillnader identifieras i texten (Graneheim & Lundman, 2004). En induktiv ansats används för att få en så bred och noggrann beskrivning som möjligt av det ämne som beskrivs (Polit & Beck, 2018).

Urval

Ett strategiskt urval av nio distriktssköterskor från tre vårdcentraler från två olika kommuner i Dalarna användes. De utvalda vårdcentralerna har upptagningsområde från både landsbygd och stadsmiljö, detta för att få så stor spridning och bredd som möjligt på svaren i studien. Men även för att vårdcentraler kan ha olika rutiner för telefonrådgivning och patientklientelet skiljer sig åt beroende på var vårdcentralen är belägen. Strategiskt urval används för att få så bra beskrivningar av det författarna efterfrågar för att få ett underlag som kan besvara studiens syfte (Henricson, 2017).

Inklusionskriterier: Informanterna ska ha varit utbildad distriktssköterska i minst ett år och arbeta med allmän telefonrådgivning regelbundet.

Datainsamling

Studien har genomförts med semistrukturerade fokusgruppsintervjuer med öppna frågor. Polit och Beck (2018) menar att semistrukturerade intervjuer är en lämplig metod för att studera erfarenheter genom att deltagarna får berätta med egna ord om sina erfarenheter.

Informanterna intervjuades i tre fokusgruppintervjuer där båda författarna deltog. Intervjuerna ägde rum på informanternas arbetsplatser. Fokusgruppintervjuer innebär att en grupp individer samlas för att diskutera ett förutbestämt ämne under en begränsad tid. Gruppen

leddes av en författare som vid behov introducerade nya frågor. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 25-45 minuter. Transkription av materialet utfördes direkt efter intervjun. Författarna intervjuade tre distriktssköterskor i tre olika intervjuer. I intervjuerna ställdes öppna frågor där distriktssköterskorna ombads berätta om sina upplevelser och erfarenheter av att arbeta i telefonrådgivning. Vidare ställdes stödfrågor för att få så uttömmande svar som möjligt. Se intervjuguide bilaga 4. I fokusgruppintervjuer framkommer en bredd på åsikter samt det finns möjligheter för en mer djupgående insikt av hur informanterna uppfattar eller förhåller sig till specifika erfarenheter (Henricson, 2017).

Tillvägagångssätt

Ansökan om tillstånd att utföra studien mailades till verksamhetschefen på berörd vårdcentral. Se bilaga 1. Förfrågan till verksamhetschefen gjordes även angående att inhämta intresse från distriktssköterskor om att delta i studien. Verksamhetschefen gav författarnas kontaktuppgifter till berörda distriktssköterskor som sedan kontaktade författarna via mail. Efter godkännande från verksamhetschefen skickades informationsbrev ut till berörda distriktssköterskor angående studiens innehåll och samtycke till intervju. Innan intervjuerna påbörjades informerades distriktssköterskorna återigen om studiens syfte samt att de närhelst de önskade kunde avbryta sin medverkan utan att skäl behövde anges. Distriktssköterskorna fick även lämna sitt skriftliga samtycke. Bilaga 2. Intervjuerna spelades in med diktafon och transkriberades ordagrant. Efter denna studies godkännande makuleras intervjuerna. Datamaterialet och samtyckesbreven kasseras så att sekretessen inte äventyras.

Dataanalys

Dataanalys genomfördes med en innehållsanalys med en manifest inriktning vilket innebär en beskrivning av det som står i texten. Arbetet skedde induktivt. Intervjuerna transkriberades ordagrant och materialet genomlästes flera gånger för att få en helhetskänsla av innehållet. Därefter plockades meningsbärande enheter ut, ord och fraser med information som svarade på syftet. Meningsbärande enheter kondenserades för att få en kortare och mer lätthanterlig text där det mest väsentliga innehållet bevarades. Därefter kodades materialet, en kod är en beteckning som kortfattat beskriver innehållet i den meningsbärande enheten. Likheter och skillnader jämfördes och sammanställdes i sex kategorier och 15 underkategorier. Utifrån dessa grupper sammanställs ett resultat (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson, 2017).

Etiska överväganden

Informanterna informerades om studiens bakgrund, syfte, tillvägagångssätt vid datainsamling och analys. De informerades vidare om sekretess och där gavs även utrymme för frågor och svar. Informationen gavs både muntligt och skriftligt (Centrala Etikprövningsnämnden, www.epn.se).

Polit och Beck (2018) beskriver i avsnittet om etiska dilemman att det finns flera aspekter som bör ses över för att avgöra om en studie har haft ett etiskt utgångsläge eller inte. En tydlig grund som forskningen bör ha i sitt etiska arbete är att minimera och förebygga skada, och samtidigt maximera fördelar. Skador som kan orsakas är fysisk skada, känslomässig skada, social skada och ekonomisk skada. En fysisk skada är oftast tydlig och lätt att uppdaga. Den psykologiska påverkan som en studie kan ha på en människa kan däremot vara svårare att upptäcka. Det är alltså viktigt att överväga vad som är etiskt känsligt i olika sammanhang. Ställningstagande bör beaktas avseende av hur mycket personen kommer att blottas av studien, kan ställda frågor blotta informanternas svagheter, rädslor och personliga åsikter. Forskarna bör även överväga om detta kan påverka informanternas psykiska hälsa negativt (Polit & Beck, 2018).

Det finns en möjlighet att det som sagts i intervjuerna kan vara personligt på ett sätt som skulle kunna skada informantens integritet om information kom ut. Personuppgifterna behandlas enligt GDPR i enlighet med Högskolan Dalarnas regelverk (Högskolan Dalarna, 2019). Konfidentialitet innebär att deltagarnas privata berättelser inte kommer att avslöjas och det inte ska gå att koppla till enskild person i datamaterialet (Kvale & Brinkman, 2017). Detta har eftersträövats i denna studie. För denna studie innebar det att informanterna informerades om att deras medverkan i studien var anonym och att de kodades. Datafilen med de inspelade intervjuerna har förvarats på ett säkert ställe så att endast författarna och handledaren kunde ta del av den.

För denna studie krävs ingen etisk prövning eftersom studien bedrivs som en del av en utbildning på högskolenivå och enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor därför är undantagen (lagen om etikprövning av forskning som avser människor SFS 2003:460 Stockholm: Utbildningsdepartementet.) Etisk egen granskning är utförd (Bilaga 3).

RESULTAT

Genom bearbetning och analys av datamaterialet, framkom 16 underkategorier som resulterade i sex övergripande kategorier vilka benämndes ”Telefonrådgivning kan vara en stor utmaning”, ”Arbetsmiljön i telefonrådgivningen har betydelse för kvalitén på samtalet”, ”För- och nackdelar med datoriserat beslutsstöd”, ”Kunskap och erfarenhet underlättar telefonrådgivningen”, ”Kvalitet på samtal och bedömningar är viktigt” och ”Samtal med tredje part kan påverka utfallet av samtalet”. Kategorier illustreras i tabellen nedan.

Kategorier	Underkategorier
Telefonrådgivning kan vara en stor utmaning	Att bedöma utan att se är svårt Pålästa patienter är en utmaning Svårt att hitta tider till patienterna
Arbetsmiljön i telefonrådgivningen har betydelse för kvalitén på samtalet	Den fysiska arbetsmiljön påverkar samtalet Den psykiska arbetsmiljön behöver anpassas Tidspress försvårar Att arbeta långa skift i telefonrådgivning påverkar kvaliteten
För- och nackdelar med datoriserat beslutsstöd	Svårt att använda datoriserat beslutsstöd Datoriserat beslutsstöd är ett stöd i bedömning och rådgivning Yrkeserfarenhet minskar användandet av datoriserat beslutsstöd
Kunskap och erfarenhet underlättar telefonrådgivningen	Telefonrådgivning kan ersätta fysiska besök
Kvalitet på samtal och bedömningar är viktigt	Att skapa förtroende i vårdmötet via telefon Dokumentation har betydelse
Samtal med tredje part kan påverka utfallet av samtalet	Användandet av anhörig som tolk riskerar sekretessen. Samtal med auktoriserad tolk blev mer professionellt Språkförbristningar påverkar bedömningen

Telefonrådgivning kan vara en stor utmaning

Utmaningarna i telefonrådgivning beskrivs i underkategorierna *Att bedöma utan att se är svårt*, *Pålästa patienter är en utmaning* och *Svårt att hitta tider till patienterna*.

”Det hör man ju många gånger att befolkningen kan säga att det finns stoppklossar i telefonen, får aldrig komma till vårdcentralen” (Fokusgrupp 3)

Att bedöma utan att se är svårt

Informanterna menade att en av de största svårigheterna i telefonrådgivning var att göra en bedömning på en patient som distriktssköterskan inte såg då distriktssköterskorna var vana att göra bedömningar på patienter som de träffar fysiskt. Bedömningen gjordes även här och nu utefter den information som kom fram under samtalet. Det var en svårighet att endast göra bedömningen utifrån den information som kom fram under samtalet och ibland fanns en känsla av osäkerhet kring om rätt bedömning har gjorts.

”Det är svårt när man inte har patienten framför sig, så är det ju i telefonrådgivning” (Fokusgrupp 1)

”Ibland kan man känna sådär åh nej den här patienten, jag sa att den skulle avvakta. Men skulle den verkligen det” (Fokusgrupp 3)

Pålästa patienter är en utmaning

I dag när den digitala världen har fått en allt större betydelse bidrar detta till att patienterna är mer pålästa. Enligt informanterna försvårar det bedömningarna i telefonrådgivningen eftersom många patienter redan har sökt på internet på sina symtom och har redan ställt sin diagnos när de ringer. Distriktssköterskorna i studien upplevde även att pålästa patienter hade lättare att överdriva eller underdriva sina symtom och att bedömningen som gjordes efter diskussioner med patienten inte alltid blev den som distriktssköterskan skulle vilja.

”Prioriteringen eller bedömningen blir inte alltid som man själv skulle vilja för att dom är pålästa” (Fokusgrupp 3)

”Patienterna själva har ofta redan en uppfattning om vad de har för diagnos och vilken de ska träffa” (Fokusgrupp 2)

”Patienterna är ju många gånger pålästa och så har dom googlat och då har dom alla sjukdomar” (Fokusgrupp 3)

Svårt att hitta tider till patienterna

Informanterna upplevde det svårt att hitta bokningsbara tider inom en rimlig tid till patienter som behövde komma på ett fysiskt besök till vårdcentralen vilket ledde till att arbetet i telefonrådgivningen blev svårare.

”Och svårt och så vart man ska göra av patienterna när det inte finns nå tider” (Fokusgrupp 3)

”Att hitta läkartider till dom man tycker ska ha och det inte finns är den absolut största utmaningen och det är den största anledningen till att man inte trivs i telefon” (Fokusgrupp 1)

Arbetsmiljön i telefonrådgivning har betydelse för kvalitén på samtalet

I studien framkom det tydligt att arbetsmiljön i telefonrådgivning spelade stor roll. Både den fysiska och psykiska miljön spelade stor roll. De underkategorier som beskrivs är *Den fysiska arbetsmiljön påverkar samtalet*, *Den psykiska arbetsmiljön behöver anpassas så att inte kvaliteten på samtalet påverkas*, *Tidspress försvårar* och *Att arbeta långa skift i telefonrådgivning påverkar kvaliteten på samtalen*.

Den fysiska arbetsmiljön påverkar samtalet

Distriktssköterskorna framhöll att den fysiska arbetsmiljön var viktig för att telefonrådgivningen skulle bli bra. Det var viktigt att ha möjlighet att ändra sin arbetsställning mellan sittande och stående för att minska belastningen på kroppen. Att möjlighet fanns för att anpassa belysningen i rummet spelade roll då det framkom i intervjuerna att vissa ville ha det lite mer nedsläckt och andra ville ha det ordentligt ljust. Vid telefonrådgivning var det även viktigt att det vid varje arbetsstation fanns de hjälpmedel som behövdes för att arbetet skulle bli smidigt och rådgivningen bra, i form av exempelvis telefonlistor och behandlingsriktlinjer.

”Det kan ju vara störande med alltså att det inte funkar grejer, men det ska väl inte påverka samtalet med patienten men det kan ju vara irriterande ändå ja när saker inte fungerar.... finns inte telefonlistor och postlistor och sådana saker” (Fokusgrupp 1)

I intervjuerna framkom det att antalet personer som delar rum vid telefonrådgivning bör vara max två. Var det fler som arbetade med telefonrådgivning i samma rum blev det för många störningsmoment och koncentrationen blev sämre vilket påverkade kvaliteten på

rådgivningssamtalen. Informanterna ansåg att det bästa var att sitta ensam vid arbete i telefonrådgivning, då blev samtalen som bäst och mest effektiva.

”Kommer någon in och pratar med XX då genast blir jag störd utav det och då lyssnar ju inte jag på vad patienten säger nå mer utan då är ju jag där och hör det och det blir, jaa så det kan vara störande” (Fokusgrupp 3)

Informanterna beskrev även att det kunde finnas tillfällen när det var en fördel att sitta två i samma rum vid telefonrådgivning så som när en distriktssköterska var ny i arbetet med telefonrådgivning och när det fanns behov av att rådfråga en kollega var det smidigt att ha möjlighet att vända sig om och fråga.

*”Det som är bra, det är ju att vi kan konsultera varandra”
(Fokusgrupp 3)*

”Men vi kan säga häng kvar här så ska jag rådgöra med en kollega, och det är jättebra” (Fokusgrupp 3)

Den psykiska arbetsmiljön behöver anpassas så att inte kvaliteten på samtalet påverkas

Telefonrådgivningen upplevdes även vara en energitjuv eftersom det är ett svårt arbete. Informanterna poängterade att arbetet i telefonrådgivning var stressigt och att detta påverkade kvaliteten på samtalen. Obekväma samtal och beslut samt att en del patienter upplever att de blir stoppade i telefonrådgivningen bidrog till att arbetet blev mindre attraktivt. För att samtalen skulle bli så bra som möjligt var det viktigt att telefonrådgivningen prioriterades av ledningen och bemanningen var tillräcklig. Det framkom även att det fanns en tidspress, att klara av ett visst antal samtal i timmen och en viss tillgänglighet skulle uppnås och den pressen bidrog till stress. Vidare framkom hur svårt ett samtal upplevdes påverkade hur tröttsamt arbetet i telefonrådgivningen var. Att kunna ta pauser och raster för att få återhämtning mellan samtalen visade sig vara avgörande för att minska stressen.

”Man behöver ibland bara göra ingenting innan man tar nästa samtal om det har varit ett intensivt samtal” (Fokusgrupp 2)

Det framkom under intervjuerna att telefonrådgivning kan vara ett roligt och omväxlande arbete där utmaningen och spänningen var att inte veta vad som väntade. Arbetet i telefon kunde även fungera bra trots att distriktssköterskan inte mådde helt bra eftersom det fanns en viss distans till patienten.

Tidspress försvårar

Informanterna uppgav att telefonrådgivningen har förändrats genom åren och att det har blivit svårare och tyngre att arbeta med telefonrådgivning. Större tidspress och fler rutiner och riktlinjer uppgavs som orsaker till att arbetet blivit tyngre. Distriktssköterskorna tyckte även att arbetet var mer tröttsamt när det var kö i telefonen hela tiden. Detta skapade en motvilja att arbeta i telefonrådgivningen.

”Vi har ju en viss tid per samtal, en del tar vi inom de där minutrarna men en del tar 30 minuter. Pressen finns där att man ska prestera ett visst antal samtal per timme” (Fokusgrupp 1)

Att arbeta långa skift i telefonrådgivning påverkar kvaliteten på samtalen

Informanterna var eniga om att långa arbetspass i telefonrådgivning påverkade kvaliteten på samtalen. Bedömningarna blev sämre eftersom koncentrationsförmågan för att lyssna ordentligt minskade ju längre tid distriktssköterskan hade arbetat i telefonrådgivning den dagen.

”Har man suttit en hel dag är man ju trött i huvudet på slutet så att det är klart att då kanske man har sämre kvalitet på sina bedömningar eller åtgärder” (Fokusgrupp 1)

Det framkom i intervjuerna att telefonrådgivningen blev mer ansträngande och empatin minskade på eftermiddagen vid arbete med telefonrådgivning en hel dag.

”Empatitrötthet har jag hört att det finns något som heter” (Fokusgrupp 1)

”Du gör dom sämsta bedömningarna och dom sämsta bokningarna på eftermiddagen, man orkar inte lyssna längre, du orkar inte ta diskussionen om det är någon som absolut vill komma, då bokar du för du orkar inte ta den diskussionen då, så halva dagar max” (Fokusgrupp 1)

Informanterna berättade att det fanns möjlighet till uppföljningssamtal när de arbetade en hel dag med telefonrådgivning, vilket inte var möjligt annars. Informanterna ansåg dock att målet bör vara att varva arbetet i telefon med annat arbete samt att inte arbeta med telefonrådgivning mer än halva dagar åt gången och att arbeta heldag med denna arbetsuppgift bör vara undantag.

”Fördelen med att sitta en hel dag det är att man kan följa upp lite patienter, alltså som man har pratat med på förmiddagen, som man kanske har gett råd som är lite oroliga, man kan säga att jag ringer dig i eftermiddag. Det blir ofta ganska bra när man kan göra så, men det kan man bara göra om man sitter hela dagen, annars blir det knöligt” (Fokusgrupp 1)

För- och nackdelar med datoriserat beslutsstöd

Det framkom att informanterna använde datoriserat beslutsstöd i olika grad, vissa väldigt sällan medan andra använde det dagligen i arbetet med telefonrådgivning. Hur datoriserat beslutsstöd användes, vad som påverkade användandet beskrivs i underkategorierna *Svårt att använda datoriserat beslutsstöd*, *Datoriserat beslutsstöd är ett stöd i bedömning och rådgivning* och *Yrkeserfarenhet minskar användandet av datoriserat beslutsstöd*.

Svårt att använda datoriserat beslutsstöd

I intervjuerna beskrevs att distriktssköterskorna försökte att använda datoriserat beslutsstöd men att det upplevdes svårare. Flera genomgångar har genomförts på arbetsplatsen men upplevdes inte underlätta användandet ändå. En del av svårigheten berodde på att rådgivningsstödet och verkligheten inte alltid stämde överens, att alla patienter är unika individer och inte alltid passar in i mallen som rådgivningsstödet föreslog. Beslutsstödet såg inte helheten i patientens situation. Beslutsstödet kunde vara att patienten skulle komma till vårdcentralen inom en viss tid, men det fanns ingen bokningsbar tid att ge patienten inom den tidsramen. Informanternas uppfattning var att fler besök troligen skulle bokas om rådgivningsstödet rekommendationer skulle följas helt. Beslutsstödet stämde heller inte alltid överens med informanternas egna erfarenheter.

Det framkom i intervjuerna att om det fanns två dataskärmar vid arbetsstationerna kunde det öka användandet av rådgivningsstödet. Det gick då lättare att ha rådgivningsstödet på den ena skärmen och på så vis få en snabb överblick över stödet.

*”Men jag tycker inte att den är så enkel att använda”
(Fokusgrupp 3)*

”Jag har haft två genomgångar på den där RGS men tycker det är lika svårt för det” (Fokusgrupp 3)

*”Jag använder den mer nu sedan vi fick två skärmar för då har jag den uppe på den ena, då är det lättare att titta på den”
(Fokusgrupp 1)*

Datoriserat beslutsstöd är ett stöd i bedömning och rådgivning

Beslutsstödet beskrevs i intervjuerna som ett stöd, det kunde underlätta bedömningarna som gjordes i telefonen. Vid osäkerhet hos informanterna kunde beslutsstödet vara till hjälp att fatta rätt beslut. Det användes ofta som en checklista, för att säkerställa att rätt frågor har ställts under samtalet. Vissa informanter koncentrerade sig först på samtalet och använde beslutsstödet först på slutet när bedömningen och beslutet skulle fattas

*”Ja jag måste erkänna att jag inte använder det så mycket utan det är när det är någonting som jag känner att jag inte riktigt vet hur jag ska göra, som jag måste fördjupa mig i lite”
(Fokusgrupp 2)*

Yrkserfarenhet minskar användandet av datoriserat beslutsstöd

Informanterna berättade att de arbetat innan beslutsstödet införts vilket gjorde att de inte var vana att arbeta med det. Det gjorde att de istället var vana att arbeta mer efter sina kunskaper och erfarenheter. De lyssnade och tog in vad patienterna sa och använde sina egna erfarenheter i beslut. De uppgav även att de trodde att beslutsstödet var till mer hjälp till exempelvis de relativt nyutbildade grundutbildade sjuksköterskorna, som saknar erfarenhet inom yrket.

I intervjuerna beskrevs att bedömningar och beslut inte gick att fatta enbart utifrån beslutsstödet, det behövde kompletteras med erfarenhet och kunskap för ett så korrekt beslut som möjligt.

”Det är svårt med sådana här mallar för jag tycker inte allting är svart eller vitt som enligt RGS, då använder man sin erfarenhet istället” (Fokusgrupp 1)

Kunskap och erfarenhet underlättar telefonrådgivningen

I och med en bred utbildning gick det att göra bedömningarna bättre och patienterna behövde inte alltid komma på ett fysiskt besök vilket beskrivs i underkategorin *Telefonrådgivning kan ersätta fysiska besök*. Informanterna ansåg sig göra stor nytta i telefonrådgivningen och menade även att vidareutbildningen till distriktsköterska gav en möjlighet att redan i telefonen arbeta förebyggande. De menade att det var en fördel att vara vidareutbildad, då de

ställer fler och ibland andra frågor (än en grundutbildad sjuksköterska), kunskapsgraden avgör vilka frågor som ställs. Det framkom i intervjuerna att erfarenhet bidrog till att bedömningar kunde göras intuitivt, ibland gick informanterna på magkänslan i sina bedömningar.

Med erfarenhet blev telefonrådgivning lättare och tillsammans med kollegornas erfarenhet bildades en stor kunskapskälla.

"Och det kan vara en patient som skriker högt som kanske inte behöver komma hit eller en patient som är tyst som du verkligen måste dra ur och det kanske är den patienten som verkligen ska hit för det kan vara en sjuk patient" (Fokusgrupp 3)

Ibland ansåg informanterna att deras kunskap inte togs tillvara. Det handlade om att även om distriktssköterskan redan i telefonen kunde bedöma att patienten behövde träffa en läkare gjorde de lokala riktlinjerna att dessa patienter var tvungna att bokas till sjuksköterska i första hand för att sedan slussas vidare till läkare.

Telefonrådgivning kan ersätta fysiska besök

Informanterna ansåg att deras arbete var berikande och av stor vikt för hur bra patienterna trivdes på sin vårdcentral. Det gav patienterna en snabb och nära kontakt med legitimerad sjukvårdspersonal. Alla som ringde behövde inte alltid komma på ett fysiskt besök. Exempelvis oroliga patienter kunde många gånger lugnas via telefonsamtal och ersätta ett fysiskt besök på vårdcentralen. Många patienter kunde bli hjälpta av egenvårdsråd via telefonrådgivningen, ibland kunde distriktssköterskorna konsultera läkare och sedan återkoppla till patienten även det via telefon.

"Bara att kunna ringa hit och få prata med en distriktssköterska kan ju lugna någon jättemycket"
(Fokusgrupp 3)

Kvalitet på samtal och bedömningar är viktigt

Faktorer som påverkar kvaliteten i samtalet i telefonrådgivningen beskrivs i underkategorierna *Att skapa förtroende i vårdmötet via telefon* och *Dokumentation har betydelse*.

Att skapa förtroende i vårdmötet via telefon

För att det skulle bli ett samtal av god kvalitet ansåg informanterna att det var viktigt att ta sig tid för att lyssna på patienten, vara lyhörd och ställa rätt frågor. De menade även att de

anpassade samtalets nivå efter patientens kunskap, förmåga att förstå och deras förväntningar. Det framkom i intervjuerna att MI (Motivational Interviewing) är en samtalsmetod som kunde användas i telefonsamtal. Det framkom även att lyhördhet och att ha ett personcentrerat fokus är av stor betydelse för att patienten ska känna sig nöjd, att fråga patienten vad denne har för förväntningar och farhågor men även att informera och återkoppla till patienten om vad som kommer att hända härnäst. Att ha ett bra bemötande till patienterna ansågs även vara av betydelse.

"Så får man ju försöka bemöta på bästa sätt så de också upplever att de blir lyssnade på" (Fokusgrupp 2)

Om inte patienten kände att den blev lyssnad på och bekräftad så ringde denne igen. Det är viktigt att fråga om patienten är nöjd med samtalet.

"En nöjd patient ringer inte åter" (Fokusgrupp 3)

Bristande kommunikation kunde leda till felbedömningar. För att stärka kvalitén i samtalen ansåg informanterna att det var av stor betydelse att lyssna.

Dokumentation har betydelse

Informanterna berättade att det var av stor betydelse att läsa det redan dokumenterade för patienten, det kunde vara dokumentation om redan utförda besök, behandlingar och åtgärder och ett ytterligare besök för de kroniskt sjuka kanske inte skulle tillföra något nytt.

"...vad sa min kollega? vad gav hon för egenvårdsråd?.....har du gjort som hon sa? Någon som kanske inte alls var intresserad av egenvårdsråd, dom ville ha en tid egentligen, därför ringer dom dagen efter igen. Men då är det ju också bra att vi läser varandras anteckningar" (Fokusgrupp 3)

Det var därför även av stor betydelse att dokumentera allt som sägs och tas upp i telefonrådgivningen för att nästa kollega lättare skulle kunna fatta rätt beslut.

Samtal med tredje part kan påverka utfallet av samtalet

Samtal med en tredje part i telefonrådgivningen visade sig kunna innebära att bedömningarna blev en annan. Detta beskrivs i underkategorierna *Användandet av anhörig som tolk riskerar sekretessen, Samtal med auktoriserad tolk blev mer professionellt och Språkförbistningar påverkar bedömningen.*

Användandet av anhörig som tolk riskerar sekretessen

Informanterna beskrev att det var vanligt att någon närstående ringde för patientens räkning i kontakten med vårdcentralen när patienten inte kunde förmedla sig. Det gällde både patienter som hade svenska som modersmål och patienter som hade svenska som andra språk.

Situationen i samtalet upplevdes som ambivalent när närstående ringde. Å ena sidan kan anhörig ha viktig information om patienten, å andra sidan måste distriktssköterskan förhålla sig till sekretesslagen i sitt arbete. I intervjuerna framkom att det var viktigt att i möjligaste mån prata direkt med den person som söker vård för att få fram så korrekta uppgifter som möjligt.

”Ibland kan anhöriga ha bättre koll på helheten för patienten, det kan finnas en vinst i att prata med båda” (Fokusgrupp 2)

”Om dom inte kan svara för sig då är det naturligtvis bra att ha någon anhörig, men jag gillar ju inte när en närstående ringer och ska beställa tid åt sin man, då vill jag ju prata med mannen” (Fokusgrupp 2)

Samtal med auktoriserad tolk blev mer professionellt

I intervjuerna framkom att när auktoriserad tolk användes i telefonrådgivningen efterföljdes sekretesslagen eftersom tolken hade tystnadsplikt. Auktoriserade tolkar som används inom vården skulle även vara utbildade på den terminologi som användes vilket gjorde samtalet mer korrekt än när en anhörig användes som tolk. Informanterna ansåg det viktigt att använda auktoriserad tolk när det fanns behov av tolk för att bedömningen skulle bli bra och patienten skulle få rätt hjälp trots att samtalen tog längre tid.

”Ja det blir ju liksom alltid två samtal av samma samtal. Först har de ringt och sedan bokar man tolk och så ringer man tillbaka, det blir ju liksom dubbelt med jobb” (Fokusgrupp 1)

Språkförbistningar påverkar bedömningen

Informanterna uppgav att när tolk inte användes i telefonrådgivningen bidrog det till att bedömningarna blev annan. Det blev svårare att ta anamnes och den anamnes som togs blev inte lika fyllig och informativ. Detta ledde till att patienterna oftare bokades in på ett fysiskt besök och att tolk då bokades till det besöket.

”Då kan jag ju säga att då bokar man ju oftare in på ett besök för man känner att här kan jag liksom inte ta det här på telefonen utan då måste dom ju komma hit” (Fokusgrupp 3)

Informanterna berättade att anhöriga ibland användes som tolk, det underlättade då om inringaren och patienten var intill varandra, det blev lättare att ställa frågor och få korrekta svar trots att en anhörig användes som tolk.

”Är patienten intill den som ringer så man kan ställa frågor och de kan ställa frågorna vidare på direkten, då kan man ju få fram en ganska bra anamnes” (Fokusgrupp 1)

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultaten

Syftet med denna studie har varit att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning. I denna studie har det framkommit sex huvudkategorier och 16 underkategorier. Resultatet visar att distriktssköterskan upplever arbetet i telefonrådgivningen som mycket komplext men viktigt då det t.ex. kan ersätta fysiska besök. Distriktssköterskan ska bedöma patientens behov utifrån den information som patienten eller en tredje part ger. Till sin hjälp arbetar distriktssköterskan utifrån sina egna erfarenheter och datoriserat beslutsstöd, som upplevs som svårarbetat. Resultatet visar vidare att arbetsmiljön har betydelse för kvaliteten på rådgivningssamtalen.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna studie visar att distriktssköterskorna anser det vara viktigt att under samtalet lyssna, vara lyhörd, ställa rätt frågor och dokumentera för att stärka kvaliteten och den personcentrerade vården. Detta går helt i linje med samtalsprocessen som Runius (2008) har tagit fram som hjälpmedel för att kvalitetssäkra bedömningen av den vårdsökandes behov.

Resultatet i denna studie påvisar även att den psykiska och fysiska arbetsmiljön är viktig, den visar att den fysiska och psykiska arbetsmiljön har påverkan på kvaliteten på samtalet i telefonrådgivningen. Liknande resultat framkommer i en studie av Ledin et al (2011) där hög arbetsbelastning, dåliga arbetstider, snabba schemaförändringar, monotoni och dåligt stöd från ledningen har visat sig påverkat informanternas hälsa negativt. Tas inte arbetsmiljön på allvar finns risk att distriktssköterskans hälsa påverkas negativt. Detta i sin tur kan leda till att den personcentrerade vården äventyras.

Resultatet visar att möjlighet att justera sin närmaste arbetsmiljö så som ljus, ljud, stol och skrivbordshöjd är avgörande då det uppfattas att en bekväm arbetsplats underlättar telefonrådgivningen. Att ha möjlighet att arbeta ostört beskrivs som avgörande för hur väl det går att lyssna ordentligt på vad personen som ringer säger. Det framkommer även att det inte alltid fungerade på alla arbetsplatser. Arbetsmiljön ska anpassas individuellt efter arbetsuppgift och personligt behov enligt kap. 2, Arbetsmiljölagen (AML, SFS 1977:1160) Tillämpningen av detta beskrivs av Arbetsmiljöverket (2018) och Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om arbete vid bildskärm samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna (AFS 1998:5, 2014) och brister i den fysiska arbetsmiljön kan leda till ohälsa. I likhet med resultatet i denna studie beskriver Arbetsmiljöverket (2018) och Arbetarskyddsstyrelsen

(2014) att det är viktigt att ha möjlighet att gå från sin arbetsstation ibland för att få rörelse vid stillasittande arbete samt att ha möjlighet att utföra vissa arbetsuppgifter stående för att få rörelsevariation. Arbetsmiljön för distriktssköterskor är av stor betydelse då det är ett stillasittande och monotont arbete. Det finns få möjligheter att röra sig och sitter distriktssköterskan en hel dag i telefonrådgivningen är det därför extra viktigt att se över utrustningen och hur den är placerad för att förebygga ohälsa och underlätta telefonrådgivningen. Då arbetet kräver fokus och koncentration för att inte viktig information från patienten ska missas är det viktigt att möjlighet finns att sitta enskilt i telefonrådgivningen för att upprätthålla en personcentrerad vård och patientsäkerheten.

Informanterna i studien poängterar att arbetet i telefonrådgivning är stressigt och att stressen påverkar kvaliteten på samtalet. För att kvaliteten ska påverkas så lite som möjligt är det viktigt att bemanningen är tillräcklig och att telefonrådgivning prioriteras. I en rapport från Arbetsmiljöverket (2018) beskrivs att psykiska besvär främst är kopplade till brister i arbetsorganisationen och arbetsförhållandena. Tidspress och orimligt högt ställda krav från omgivningen är två exempel som orsakar psykiska besvär vid arbete vid bildskärm. Resultatet visar att långa arbetspass i telefonrådgivningen påverkade även den kvaliteten på samtalen eftersom bedömningarna blev sämre i takt med att koncentrationsförmågan för att lyssna ordentligt minskade ju längre tid distriktssköterskan arbetade med telefonrådgivning under dagen. Det framkommer att det är viktigt med pauser för att säkra kvaliteten och minska risken för felbedömningar. Resultatet i studien påvisar att distriktssköterskorna upplever ett högt tryck i telefonrådgivningen då arbetet hela tiden ska effektiviseras vilket leder till en psykiskt stressig arbetsmiljö. Enligt en studie av Ledin et al. (2011) och Arbetsmiljöverket (2018) ställer datorarbete många olika mentala krav, och det blir allt vanligare med kognitiv överbelastning, alltså att hjärnan arbetar med för många intryck samtidigt. Det blir allt vanligare med krav på digital kommunikation på flera nivåer, som man förväntas klara av att kontrollera parallellt med andra arbetsuppgifter. Risken är då stor att kraven på att vara effektiv blir för dominerande och att försöken att vara effektiv leder till stress och känslan av att inte ha kontroll över sina arbetsuppgifter (Arbetsmiljöverket, 2018; Ledin et al., 2011).

Att upprätthålla en god arbetsmiljö, att ha möjlighet att kunna ta korta pauser för att minska stressen och hålla en god kvalitet på samtalen ser vi kan bidra till att lättare kunna upprätthålla en personcentrerad vård i telefonrådgivningen samt minska ohälsa hos distriktssköterskan som arbetar med telefonrådgivning.

I resultatet påvisas att kunskap och erfarenhet minskar användandet av rådgivningsstöd, att bedömningar baseras på erfarenhet och i vissa fall en magkänsla. Enligt Benners (1993) teori är ramverk så som rådgivningsstödet en nödvändighet för en novis i telefonrådgivningen, medan erfarna distriktssköterskor, experterna stödjer sina bedömningar och handlingar på tidigare erfarenheter. De behöver då enligt Benner (1993) inte förlita sig på litteratur och analytiska redskap i sitt arbete, vilket då motsätter sig en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser, evidensbaserad vård. Resultatet i denna studie går i linje med Benners (1993) teori, att erfarenhet minskar användandet av ramverk. Att erfarna distriktssköterskor använder sig mer av egen erfarenhet i stället för riktlinjer och evidensbaserad omvårdnad kan leda till att ny forskning, nya arbetsmodeller och strategier inte efterföljs vilket i förlängningen inte blir patientsäkert. Däremot utvecklas en värderingsförmåga med erfarenheten vilket tillsammans med livserfarenhet kan öka det kritiska förhållningssättet i telefonrådgivningen.

Det framkommer i resultatet att användandegraden av rådgivningsstödet även beror på hur användarvänligt distriktssköterskan upplever rådgivningsstödet. Upplevelsen är att rådgivningsstödet inte alltid stämmer överens med verkligheten, rådgivningsstödet tar inte hänsyn till helheten i patientens situation. Detta styrks i studier av Murdoch et al. (2014) och Ledin et al. (2011) där informanterna upplever att rådgivningsstöden inte alltid stämmer överens med den vårdsökandes symtom. Enligt Benners (1993) teori är det viktigt att ramverk som rådgivningsstödet finns för nya sjuksköterskor men då rådgivningsstödet verkar mer symtomcentrerat än personcentrerat är erfarenhet av stor vikt i telefonrådgivning för att den personcentrerade vården inte ska förloras.

I resultatet beskrivs samtal med tredje part som svårt på flera sätt eftersom uppgifterna distriktssköterskan får är andrahandsuppgifter vilket försvårar bedömningen och risk för felbedömningar ökar. Det beror dels på språkförbistring samt olika uppfattning om sjukdom och hälsa. Vid samtal genom tredje part medför ovanstående att patientsäkerheten äventyras. Att arbeta personcentrerat innebär att vården är ett partnerskap som består av en patientberättelse och dokumentation (Ekman, 2014). Detta är svårt att uppnå om parterna i samtalet inte förstår varandra språkligt. Studier av Eriksson, Ek, Jansson, Sjöström & Larsson (2019) och Kaminsky, Röing, Björkman & Holmström K (2017) visar att det är svårt att göra säkra bedömningar när det förekommer språkförbistringar eller när anhörig ringer för patientens räkning vilket bekräftar resultatet i denna studie (Eriksson et al., 2019; Kaminsky et al., 2017). Professionell tolk bör användas men resultatet i studien visar att det inte alltid

efterföljs vilket medför att patientsäkerheten äventyras. Vid användandet av professionell tolk tillgodoses sekretessen samt möjliggör det för distriktssköterskan att få förstahandsuppgifter direkt från patienten vilket leder till att samtalet blir personcentrerat. Samtalen med tolk tar längre tid men det är inget som tas in i beräkningarna när det ska klaras av ett visst antal samtal per timme vilket skapar stress hos distriktssköterskorna. Enligt McCane och McCormack (2017) är det viktigt att patienten blir lyssnad på och får fatta informerade och genomtänkta beslut angående sin egen vård för att vården ska bli personcentrerad. Detta tillgodoses om auktoriserad tolk används vid telefonrådgivningen eftersom patienten får information på ett språk som denne förstår. Användandet av tolk inom hälso- och sjukvården regleras av två lagar, Förvaltningslagen 2017:900 och Patientlagen 2014:821, av förvaltningslagen framgår det att en myndighet ska anlita tolk vid behov när personen inte behärskar språket och i patientlagen framgår det att informationen till patienten ska anpassas till erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella erfarenheter (Förvaltningslagen 2017:900; Patientlagen 2014:821). Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta överensstämmer med en personcentrerad vård vilket går i linje med Ekmans (2014) teori kring personcentrerad vård. En slutsats av detta är att viktig information som kan ligga till grund för bedömningarna som exempelvis andningsljud, stånkningar och tonläge går förlorad i samtal med tredje part kan bedömningarna bli annorlunda. Vård på lika villkor går inte att efterföljas och en personcentrerad vård upprätthålls inte, oavsett om det är en anhörig eller en auktoriserad tolk som tolkar. Det blir även tydligt att det finns behov av någon sorts anpassning av tolksamtal i telefonrådgivningen, det kanske borde vara andra tidsrekommendationer vid dessa samtal då de tar längre tid.

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta i telefonrådgivning i primärvården. Då syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter genomfördes studien med intervjuer. Som analysmetod användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004) där tolkningen av informanternas svar i text utförs förutsättningslöst. I förhållande till studiens syfte upplevs metodvalet relevant då tolkning av distriktssköterskornas upplevelser utifrån innehållet i intervjuerna skulle göras.

Intervjudeltagarna hade arbetat som distriktssköterska sex till trettiofyra år. Samtliga arbetade regelbundet med telefonrådgivning. Då informanterna hade arbetat i många år som

distriktssköterskor var det ingen som exkluderades enligt inklusionskriterierna. Tidsgränsen att ha arbetat som distriktssköterska minst ett år samt att regelbundet arbeta med telefonrådgivning anser författarna vara viktigt för att få ett så pålitligt material som möjligt för att få en bredd i svaren utifrån samlade erfarenheter (Henricson, 2017). Möjligen kan studiens resultat ha påverkats av att alla informanter hade lång erfarenhet av arbete i telefonrådgivning, någon deltagare med kortare erfarenhet skulle kunna bidra till fler variationer av upplevelser i resultatet. Samtliga informanter var kvinnor, vilket även det kan ha påverkat resultatet. Manliga deltagare kanske hade kunnat bidra med fler variationer av upplevelser i resultatet.

Processen med att söka deltagare tog lång tid då flera av de tillfrågade vårdcentralerna inte svarade alls eller inte hade tillräckligt med personal för att avsätta tid för intervjuer. Tanken var att ha två fokusgruppintervjuer med 4-5 informanter i varje. På grund av bortfall utfördes tre intervjuer med tre informanter i varje, totalt 9 stycken distriktssköterskor. Då bortfallet var stort söktes tillstånd hos författarnas handledare på Högskolan Dalarna att genomföra en intervju på författarnas nuvarande arbetsplats. Detta godkändes då författarna som arbetar som sjuksköterskor inte har nära kontakt med distriktssköterskorna på sin arbetsplats, arbetsuppgifterna utförs i olika delar av byggnaden på vårdcentralen samt arbetsgrupperna har olika personalrum och omklädningsrum vilket innebär att författarna inte har daglig kontakt med distriktssköterskorna på sin arbetsplats. Intervjun med distriktssköterskor från författarnas arbetsplats ansågs även vara av betydelse då vårdcentralen har en mångkulturell patientgrupp i sitt upptagningsområde vilket kunde ge större bredd till resultatet.

Distriktssköterskorna på författarnas arbetsplats kan dock ha blivit påverkade i intervjun av att de blivit intervjuade av bekanta personer. Det är viktigt att komma ihåg att forskaren alltid har en maktfullkomlighet i förhållande till informanten. När det redan finns en känd bekantskap behövdes en omsorgsfull kontroll så att deltagandet inte medförde någon form av tvång (Polit & Beck, 2018). Materialet ansågs ändå berika resultatet gällande samtal med tredje part då detta var något som förekom varje dag i telefonrådgivningen. Författarna har en förståelse i ämnet då de arbetat i telefonrådgivning i två respektive tre år. Detta har diskuterats under arbetets gång men resultatet anses inte ha påverkats, men det går inte till hundra procent att säkerställa.

I denna studie har samtliga moment i analysprocessen redovisats vilket borde öka möjligheterna till trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2018) hänvisar tillförlitligheten till om studien skulle få samma resultat om studien skulle upprepas med samma kriterier och urval eller liknande.

Enligt Polit och Beck (2018) stärks bekräftelsebarheten genom att presentera data utifrån den informationen som deltagarna i studien gett och att resultatet reflekterar deltagarnas röster. Distriktssköterskornas upplevelser ligger till grund för studiens resultat och är redovisade med citat. Datainsamlingen gjordes via intervjuer som öppnades med en öppen allmänfråga om telefonrådgivning vilket bidrog till att distriktssköterskorna fick berätta fritt om sina upplevelser utan påverkan av författarna. När svaren verkade uttömda ställdes fler öppna frågor om specifika områden enligt intervjuguiden, bilaga 4. Längden på intervjuerna var 25-45 minuter vilket upplevdes som rimligt. Då detta var första gången författarna intervjuade finns risken att detta påverkade intervjuernas förfarande. Båda författarna närvarade vid alla intervjuerna. Intervjutillfället inleddes med en allmän konversation för att mötet skulle kännas mer avslappnat. Intervjuerna spelades in med diktafon som sedan transkriberades direkt efter intervjuerna.

Resultatets överförbarhet stärks enligt Graneheim och Lundman (2004) genom en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analysprocessen. Samtliga intervjuer lästes av båda författarna och analysen genomfördes tillsammans för att en så korrekt tolkning som möjligt skulle säkerställas. Under analysprocessen diskuterade författarna kontinuerligt likheter och skillnader i texten samt studiens syfte. För att öka tillförlitligheten och objektiviteten har diskussioner förts med handledaren under hela analysprocessen för att verifiera att tolkningar och bedömningar överensstämmer med innehållet i materialet. Detta är enligt Graneheim och Lundman (2004) värdefullt för trovärdigheten om arbetet granskas av någon som är insatt i forskning. Urval, deltagare, datainsamling och analys har noggrant beskrivits för att möjliggöra bedömning av studiens överförbarhet enligt Graneheim och Lundman (2004). Det är dock upp till läsaren att bedöma om överförbarhet av resultaten till andra situationer eller gruppkonstellationer föreligger.

Samhälleliga aspekter utifrån klinisk relevans

Studiens resultat kan bidra till en förståelse av distriktssköterskors upplevelse i telefonrådgivning. Tidspress och den rådande resursbristen inom primärvården behöver ses över och åtgärder behöver vidtas för att en säker vård ska kunna bedrivas. Bristande arbetsmiljö och tidspress för telefonsjuksköterskor kan påverka medborgarnas möjligheter att söka vård, vilket kan påverka folkhälsan negativt. Detta medför i sin tur en högre samhällsekonomisk belastning då det förebyggande arbetet blir lidande. En dålig arbetsmiljö kan även leda till högre personalomsättning vilket innebär förlorad kompetens och högre

personalkostnader. Förbättringar i arbetssituationen för telefonsjuksköterskor kan bidra till att patienterna får en mer tillgänglig, kvalitetssäkrad och personcentrerad vård.

Etiska aspekter utifrån klinisk nytta

I dagens mångkulturella samhälle finns behov av att anpassa våden för att upprätthålla en personcentrerad vård, tillgodose patientens autonomi och kunna ge vård på lika villkor. När anhöriga används som tolk bevaras inte patientens integritet och sekretessen bryts.

Språkförbistringar, tidspress och bristande arbetsmiljö kan leda till att telefonsjuksköterskan missar viktig information vilket leder till att vård på lika villkor inte går att efterfölja, vården blir inte heller patientsäker eller personcentrerad. Telefonsjuksköterskorna hamnar i ett etiskt dilemma när bedömningen är att patienten är i behov av ett besök men det inte finns bokningsbara tider inom en rimlig tidsperiod, primärvården är då inte tillgänglig i den utsträckning som det finns behov för.

Slutsats

Slutsatsen är att arbete i telefonrådgivning är komplext och att det ställer stora krav på den som arbetar med det. Telefonsjuksköterskan ska ha tillräcklig erfarenhet, kunskap och kompetens för att kunna möta olika patientkategorier. Arbetsmiljön har stor betydelse för både hälsan hos telefonsjuksköterskan och samtalskvaliteten. Genom att belysa erfarenheten i telefonrådgivningen hos distriktssköterskor kan detta ge värdefull kunskap för framtida förbättringar i telefonsjuksköterskans arbetssituation, att upprätthålla en god arbetsmiljö och minska skadlig stress för att förebygga ohälsa och skapa en stimulerande arbetssituation.

Förslag till fortsatt forskning

Studien kan bidra till att undvika felbedömningar vid telefonrådgivning vilket ökar patientsäkerheten och ger samhällsnytta. Författarna ser ett behov av vidare studier inom detta område då det är många faktorer som har betydelse för utfallet av rådgivningssamtalet. Vidare vore det intressant att studera hur patienterna upplever telefonrådgivningssamtalet. Detta för att med hjälp av både distriktssköterskans och patientens perspektiv kunna åtgärda upplevda problem och förbättra telefonrådgivningen.

SJÄLVSTÄNDIGHETSDEKLARATION

Anna Hjalmarsson och Catarina Oscarson har i lika stor omfattning bidragit till alla delar av denna uppsats.

REFERENSLITTERATUR

- Arbetsmiljöverket (2018). Inomhusmiljö: Dator och bildskärmsarbete. Hämtad 24 oktober, 2019, från Arbetsmiljöverket, <https://www.av.se/inomhusmiljo/dator--och-bildskarmsarbete/>
- Benner, P. (1993). Från novis till expert -mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet. Lund: Studentlitteratur
- Bonander, K., & Snellman, I. (2007). Telefonmötets vårdrelation. *Vård i Norden*, 27 (4), 4-8
- Ekman, I. (2014). Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U. & Larsson, M. (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses' experiences of difficult calls. *Nursing open*, 2019(6), 842-848. Doi:10.1002/nop2.264.
- Ernesäter, A., Holmström, I., & Engström, M. (2009). Telenurses experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing*. Doi:10.1111/j.1365-2009.04966.x.
- Fagerström, C., Tuveesson, H., Axelsson, L. & Nilsson, L. (2017). The role of ICT in nursing practice: an integrative literature review of the Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 434-448. Doi 10.1111/scs. 12370
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 – 112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Greenberg, M. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2621-2629.
- Henricson, M. (red). (2017). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Holmström, I. (2008). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Högskolan Dalarna (2019). *Behandling av personuppgifter i studentarbeten*. Hämtad 4 december, 2019, från Högskolan Dalarna, <http://libguides.du.se/c.php?g=660983&p=4670719>
- Jones, M., Hendricks, J. M., & Cope, V. (2012) Toward an understanding of caring in the context of telenursing. *International Journal for Human Caring*, 16(1), 7 – 15.

Kaminsky, E. (2013) *Telephone nursing. Stakeholder views and understandings from a paediatric and a gender perspective* (Doctoral dissertation, Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala universitet)

Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A. & Holmström K, I. (2017) Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nursing and health sciences*, (2017)19, 278-286.

Knowles, E., O’Cathain, A., Morell, J., Munro, J.F. & Nicholl, J.P. (2002), NHS Direct and nurses - opportunity or monotony? *International Journal of Nursing Studies*, (39), 857-866.

Kvale, S & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. upplag.) Lund: Studentlitteratur

Ledin, A., Olsen, L. & Josefsson, K. (2011) Sjuksköterskans syn på svårigheter i telefonrådgivning: En litteraturstudie. *Vård i Norden*, (2), 11 – 18.

Leppänen, V (2008) Inledning. I I. Holmström (Red). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård* (s. 19 - 35). Lund: Studentlitteratur.

McCane, T., & McCormack, B. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care, Theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Murdoch, J., Barnes, R., Pooler, J., Lattimer, V., Fletcher, E. & Campbell, J. (2014) The impact of using computer decision-support software in primary care nurse-led telephone triage: Interactional dilemmas and conversational consequences. *Social Science & Medicine*, 126, 36-47.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2018). *Nursing research; Generating and assessing evidens for nurse practice* (8th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Runius, L (2008) Sjukvårdsrådgivning: det goda samtalet. I I. Holmström (Red) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård* (s. 63 – 77). Lund: Studentlitteratur.

SFS1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Hämtad 14 november, 2019, från Arbetsmiljöverket, <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/lagar-och-regler-om-arbetsmiljo/arbetsmiljolagen/>

SFS 2014:821. Patientlagen. Hämtad 30 oktober, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 2017:900. Förvaltningslagen. Hämtad 30 oktober, 2019, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900_sfs-2017-900

Socialstyrelsen (2009). *God vård- säker vård*. Hämtad 6 januari, 2020, från Socialstyrelsen, <http://www.socoalstyrelsen.se/publikationer2009/200912672/Documents/God%20vård%20Säker%20vård.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (2008). Kompetensbeskrivning- Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska. Hämtad 5 oktober 2018, från <https://www.swenurs.se/globalassets/01-svensk-sjuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskre.webb.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (2011). Kompetensbeskrivning telefonsjuksköterska. Hämtad 18 september 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/telefon.kompbeskr.webny.pdf>

Wahlberg, A.C., Cedersund, E., Wredling, R. (2002) Telephone nurses experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, (12), 37 – 45.

Wahlberg, A.C, (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm: Liber AB.



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 1

Informationsbrev till verksamhetschef

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid Högskolan i Falun. Under höstterminen 2019 kommer vi att skriva ett examensarbete på avancerad nivå.

Sjukvårdsrådgivning via telefon är idag en stor del av distriktssköterskans arbete. Det är en komplex arbetsuppgift som innehåller ett vårdmöte där många bedömningar görs. Därför är det viktigt att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av telefonrådgivning. Studiens mål är att få en ökad kunskap av distriktssköterskans erfarenheter vid telefonrådgivning. Denna kunskap kan bidra till bättre kvalitet i telefonrådgivningen och därmed möjlighet till förbättrad vård för patienterna utifrån hens unika situation.

Vi ansöker härmed om ert deltagande i studien samt hjälp av er med att tillfråga distriktssköterskor på er vårdcentral att delta i vår studie. Vi önskar intervjua 4-5 distriktssköterskor som har telefonrådgivning som en del i sina dagliga arbetsuppgifter, detta tänker vi oss sker i en gruppintervju.

Intervjun beräknas ta ca 60 minuter och beräknas utföras under september 2019.

Deltagandet i studien är frivillig och kan avbrytas när som helst, utan att skäl behöver anges. Deltagarna garanteras full konfidentialitet det vill säga att ingen enskild person eller arbetsplats kommer att kunna identifieras.

För att genomföra intervjuerna behöver vi ditt samtycke, vilket lämnas via mail. Deltagarna kommer att få skriva på samtyckesformulär i samband med intervjuerna. För att kunna skicka ut en förfrågan och informationsbrev till distriktssköterskorna samt bestämma tid för intervju behöver vi e-postadresser till dessa.

Vid frågor vänligen kontakta någon av nedanstående:

Catarina Oscarson, Leg sjuksköterska

Telefon: 070-4473747

E-post: catarinaoscarson@gmail.com

Anna Hjalmarsson, Leg sjuksköterska

Telefon: 070-2044949

E-post: anna.hjalmarsson@outlook.com

Handledare: Inrid From

E-post: ifr@du.se

Jag samtycker att personal från vårdcentralen deltar i deltar i denna studie

Underskrift, verksamhetschef:



HÖGSKOLAN
DALARNA

Bilaga 2

Informationsbrev till distriktssköterskor.

Hej!

Vi är två distriktssköterskestudenter vid högskolan i Falun. Under höstterminen -19 kommer vi att skriva examensarbete på avancerad nivå.

Sjukvårdsrådgivning via telefon är idag en stor del av distriktssköterskans arbete. Det är en komplex arbetsuppgift som innehåller ett vårdmöte där många bedömningar görs. Därför är det viktigt att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av telefonrådgivning. Studiens mål är att få en ökad kunskap av distriktssköterskans erfarenheter vid telefonrådgivning. Denna kunskap kan bidra till bättre kvalitet i telefonrådgivningen och därmed möjlighet till förbättrad vård för patienterna utifrån hens unika situation.

Datainsamlingen kommer ske genom en gruppintervju tillsammans med 3-4 av dina kollegor. Där kommer ni att få berätta om era erfarenheter av att arbeta i telefonrådgivning utifrån vissa frågeställningar. Tid och plats för intervjun väljer ni deltagare tillsammans, men vi önskar att den genomförs under september 2019. Intervjun beräknas ta ca 1 timme och den kommer att spelas in och skrivas ut för att sedan analyseras. I analysen kommer alla deltagare oidentifieras. Allt inspelat material kommer att raderas när denna uppsats är presenterad och godkänd.

Din medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas när som helst, utan att skäl behöver anges. Du som deltagare garanteras full konfidentialitet, d.v.s. person eller arbetsplats kommer inte att kunna identifieras.

Efter studiens genomförande har du möjlighet att ta del av resultatet.

Om du accepterar att delta i intervjustudien signerar du med ditt namn nedan i informerat samtycke.

Vid frågor vänligen kontakta någon av nedanstående:

Catarina Oscarson, Leg sjuksköterska

Telefon: 070-4473747

E-post: catarinaoscarson@gmail.com

Anna Hjalmarsson, Leg sjuksköterska

Telefon: 070-2044949

E-post: anna.hjalmarsson@outlook.com

Handledare: Ingrid From

E-post: ifr@du.se

Jag samtycker till att medverka i ovanstående studie. Jag är också informerad om att det är frivilligt att delta och att jag när som helst kan avbryta min medverkan i studien.

Namnunderskrift

Bilaga 3

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor

Använd blanketten som en grund för forskningsetiska reflektioner tillsammans med din handledare och för att komma fram till bästa forskningsetiska förhållningssätt samt beslut om ansökan till den Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna alternativt Etikprövnings-myndigheten behövs eller ej.

Projekttitel: Erfarenheter av telefonrådgivning – En kvalitativ intervjustudie.

Student/studenter: Anna Hjalmarsson och Catarina Oscarsson

Handledare: Ingrid From

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Kan frivilligheten att delta i studien ifrågasättas dvs. omfattar studien deltagare som kan betraktas tillhöra en sårbar grupp t.ex. barn (under 18 år), personer med nedsatt kognitiv förmåga, psykisk funktionsnedsättning eller sådana som har en beroendeställning till den som genomför studien t.ex. som patienter eller elever till densamma?			X
2	Innebär undersökningen att informerat samtycke inte kommer att inhämtas (d.v.s. forskningspersonerna kommer inte att få full information om undersökningen och/eller möjlighet att avsäga sig ett deltagande)?			X
3	Innebär undersökningen någon form av fysiskt ingrepp på forskningspersonerna?			X
4	Kan undersökningen påverka forskningspersonerna fysiskt eller psykiskt?			X
5	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?			X
6	Avser du behandla känsliga personuppgifter, som etnicitet, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa eller sexualliv?			X
7	Avser du behandla personuppgifter om lagöverträdelser, som brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel eller administrativa frihetsberövanden?			X

8	<p>Avser du att behandla personuppgifter? Observera att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtliga uppgifter som kan kopplas till en levande person betraktas som personuppgifter, även om de är kodade eller krypterade. • I händelse av att studentarbetet INTE omfattar några känsliga personuppgifter och heller INTE deltagare som tillhör en sårbar grupp eller deltagare som INTE står i beroendeställning till den som genomför studien, behöver inte någon ansökan till Forskningsetiska nämnden vid Högskolan Dalarna göras. • Vid behandling av personuppgifter ska dock ALLTID anmälan om detta göras på avsedd blankett som sänds till: dataskydd@du.se 	x		
---	--	---	--	--

Fastställd av Forskningsetiska nämnden 2019-01-02

Bilaga 4

Intervjuguide

Berätta om dina erfarenheter av telefonrådgivningen i primärvården.

Vilka svårigheter stöter ni på i arbetet med telefonrådgivning?

Vad är bra med telefonrådgivning?

Vad krävs för att det ska bli ett bra samtal?

Hur upplever ni samtalet när det är någon annan än patienten som ringer eller när ni behöver använda tolk?

Brukar ni använda något beslutsstöd som underlag? Vilket och hur tycker ni att det fungerar?

Om du sitter i telefonrådgivning en hel dag upplever du att samtalen blir lika bra hela dagen?

Påverkar den fysiska arbetsmiljön rådgivningssamtalen?