

Telefonrådgivning, en verksamhet i tiden
Studier ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv

Mayvor Ström

**Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten
för allmänmedicin Sahlgrenska akademien**

**FoU-enheten, Närsjukvården, Landstinget Halland
2009**



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Omslagsbild: Vårdmöte i telefon
Illustration: Mayvor Ström.

© Mayvor Ström 2009

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted, in any form or by any means, without written permission.

ISBN 978-91-628-7893-1

<http://hdl.handle.net/2077/21197>

Printed by Geson Hylte Tryck, Göteborg, Sweden 2009



”En professionell sjuksköterska är en som är ödmjuk till sina kunskaper, är säker på vad man kan och det man inte kan tar man aktivt reda på. Som inte låter känslorna styra”

”Man kanske inte ger ett svar, men man kan ge ett annat sätt att se på problemet”

Citat från sjuksköterska i Sjukvårdsrådgivningen

”Mår man inte bra så förväntar man sig att bli trevligt bemött, det behöver man. Jag tycker att de bedömer var smärtan sitter och vad man då kan tänka sig vad det kan vara för sjukdom och hur allvarligt det är, hur bråttom det är och så vidare”

”Det är råden och kunskapen man behöver om vad man skall göra, hålla barnen i famnen det kan man ju, det är inte alltid det hjälper.”

Citat från patient till Sjukvårdsrådgivningen

Abstract

Medical Care Help Line - duty of today. Studies from callers' and nurses' perspective.

Mayvor Ström, Sahlgrenska School of Public Health and Community Medicine, Department of Primary Health Care, University of Gothenburg.

Background: Care encounters and nurses' advising over the phone are increasingly common in the Western world today. This new area in the profession needs more research due to its' importance in daily life.

Article I: *Aim:* To evaluate a telephone nurse triage model in terms of appropriateness of referrals, patient's compliance with given advice and costs. *Design:* Evaluative. *Method:* Consecutive patients (n=362) who phoned the medical care help line (MCHL) during four months. *Results:* The advice was considered adequate in 97.6 % cases. The patients' compliance to self-care was 81.3 %, to primary health care 91.1 % and to the accident and emergency department 100 %. The nurses referred self-care cases (64.7 %) and accident/emergency cases (29.6 %) from a less adequate to a more appropriate level of care. The cost saved per call, when recommended self-care was €70.3, primary health care €24.3 and accident/emergency care €22.2. *Conclusions:* The telephone nurse triage model provided adequate guidance to the level of care and released resources thus benefiting both patients and the health care system.

Article II: *Aim:* To describe how nurses perceive their job of providing telephone advice to patients. *Design:* Qualitative. *Method:* Interviews with twelve nurses were analyzed using a phenomenographic approach. *Results:* The nurses perceived their work as stimulating, autonomous and challenging. They also felt exposed, needing extensive knowledge and being criticized due to the frontline position. Despite this the work was perceived as manageable if being responsive, not anxious about their prestige, determined and having self-awareness. *Conclusion:* Providing advice over the phone was perceived as positive and stimulating despite its exposed position.

Article III: *Aim:* To describe patients' perceptions of receiving advice via a MCHL. *Design:* Qualitative. *Method:* Interviews with twelve patients were analyzed using a phenomenographic approach. *Results:* The patients perceived MCHL as a professional, reliable and easily accessible asset, that served as a partner with whom one could discuss one's reflections and feelings and that promoted self-care as well as functioning as a 'back up'. The service was perceived as satisfactory when the nurses were calm, friendly, confirming and showed respect. Compliance and acceptance are enhanced when patients feel involved in the decision-making process. The accessibility was perceived as simple and time saving. *Conclusions:* Seen from the patient's perspective, the telephone contact was a simple, easily accessible and secure alternative that was appreciated and used. Caring encounters gave rise to feelings, influenced by the agreement between one's own needs and expectations, the encounter between human beings and the care provided.

Article IV: *Aim:* To describe how patients' sex, age, educational and care level influenced their perceptions of caring encounters with a MCHL. *Design and instrument:* A questionnaire containing 14 Visual Analogue Scales (VAS) was designed by

operationalisation of terms derived from a previous interview study with MCHL- callers and distributed to 858 callers. Validity and reliability were determined to be acceptable by a pilot study and factor analyses. *Result:* Response frequency 60.4 %. Three factors; interaction, service and product, emerged to describe high satisfaction with the MCHL. The items friendliness, respect, confirmation, accessibility and simplicity scored highest, whereas the joint decision-making, composure and time items had the lowest values. *Conclusion:* A new questionnaire with acceptable validity and reliability was designed on the basis of an interview study that explored patient encounters with the MCHL.

Implications: The appended studies have contributed new knowledge about MCHL and the interaction between the nurse and patient in the telephone encounter. These studies have provided increased understanding of the nurses' and patients' perspective and can be used as a basis for further development of MCHL, by education and research.

Keywords: Caller's perspective, costs, factor analysis, nursing attitudes, patient's perspective, phenomenography, primary health care, questionnaire, telenursing, telephone advice, telephone care, telephone nurse triage.

ISBN 978-91-628-7893-1

Svensk sammanfattning

Telefonrådgivning, en verksamhet i tiden.

Studier ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv

Bakgrund: Vårdmöten i telefon och sjuksköterskors telefonrådgivning är en växande och allt vanligare verksamhet i västvärlden idag. Telefonmötet i sjuksköterskans vardag är på grund av sin betydelse i det dagliga arbetet i behov av mer kunskap genom forskning.

Artikel I: *Syfte:* Att utvärdera en telefonrådgivningsmodell med avseende på hänvisning till adekvat vårdnivå, patienternas följsamhet till givet råd och kostnad. *Design:* Utvärderande design. *Metod:* Konsekutivt valdes patienter (n=362) som ringde till sjukvårdsrådgivningen (SVR) under fyra månader. *Resultat:* Rådet bedömdes adekvat i 325 (97,6 %) av fallen. Patienternas följsamhet till egenvårdsråden var 81,3 %, till primärvården 91,1 % och till akut sjukhusvård 100 %. Sjuksköterskorna hänvisade egenvårdspatienterna (64,7 %) och akutpatienterna (29,6 %) från en mindre adekvat till en lämpligare vårdnivå. Kostnadsbesparingen per samtal som ledde till egenvård var €70,3, till primärvård €24,3 och till akutvård €22,2. *Slutsats:* Telefonrådgivningsmodellen visade adekvat rådgivning, hänvisning till rätt vårdnivå samt frigjorde resurser, till nytta för både patienterna och hälso- och sjukvården.

Artikel II: *Syfte:* Att beskriva hur sjuksköterskor uppfattar sitt arbete som telefonrådgivare. *Design:* Kvalitativ design. *Metod:* Tolv sjuksköterskor intervjuades, analys enligt fenomenografisk ansats. *Resultat:* Resultatet visade att sjuksköterskorna uppfattade sitt arbete som utvecklande, kul, självständigt och utmanande. Det var också ett arbete i en utsatt position, vilket berodde på att det var kunskapskrävande och med risk för påhopp. Trots detta var arbetet hanterbart under förutsättning att sjuksköterskan var lyhörd, prestigelös, beslutsam och hade självkänedom. *Slutsats:* Telefonrådgivningsarbetet uppfattades av sjuksköterskorna som mycket positivt och stimulerande trots sin utsatthet.

Artikel III: *Syfte:* Att beskriva hur patienter uppfattar att få råd via en telefonbaserad SVR. *Design:* Kvalitativ design. *Metod:* Tolv patienter, som hade ringt till SVR, intervjuades, analys enligt fenomenografisk ansats. *Resultat:* Patienterna uppfattade SVR som en professionell, tillförlitlig och tillgänglig tillgång, att egenvård befrämjades och att SVR är ett bollplank för egna funderingar, känslor och en ”back up”. Om personalen var vänlig, bekräftande, respektfull och lugn i bemötandet uppfattades rådgivningen som god och om man kände delaktighet i rådet gav det ökad följsamhet och acceptans. Den lättillgängliga kontakten uppfattades som enkel och tidsbesparande. *Slutsats:* I ett patientperspektiv var telefonkontakten med SVR enkel, tillgänglig och trygg, vilket uppskattades. SVR var också en funktion som flitigt användes. Vårdmötet väckte känslor och påverkades av samstämmigheten mellan egna behov och förväntningar, det mellanmänniska mötet och det erbjudna utbudet.

Artikel IV: *Syfte:* Att beskriva hur patienternas kön, ålder, utbildningsnivå och vårdnivå påverkar mötet med SVR. *Design och instrument:* En enkät skapades genom operationalisering av den tidigare genomförda intervjustudien med SVR-patienter. Enkäter skickades ut till 858 patienter som hade ringt SVR. Enkäten bestod av 14 VAS-

skalor. Validitet och reliabilitet testades acceptabla med en pilotstudie och en faktoranalys. *Resultat:* Svarefrekvensen var 60,4 % (n=517). Tre faktorer; interaktion, service och produkt framträdde, som beskrev hög nöjdhet med SVR. Variablerna vänlighet, respekt, bekräftelse, tillgänglighet, och enkelhet fick högst värde och delad beslutsprocess, lugn och tid erhöll lägst värden. *Slutsats:* En ny enkät med acceptabel validitet och reliabilitet skapades, baserad på en intervjustudie som undersökte patienternas möte med SVR. Resultatet kan bli ett stöd i utbildningen av sjuksköterskor i telefonrådgivning. Enkäten kan också användas för kvalitetsutveckling och som bas för fortsatt forskning om telefonrådgivning.

Implikationer: Fördjupad kunskap har framkommit om SVR-verksamheten och om interaktionen mellan sjuksköterska och patient i telefonmötet. Avhandlingen ger ökad förståelse för sjuksköterskans och patientens perspektiv och utgör ett underlag för fortsatt utveckling av SVR genom utbildning och forskning.

Delstudier

- I** Marklund B, Ström M, Månsson J, Borgquist L, Baigi A, Fridlund B.
Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs
Journal of Nursing Management 2007;**15**:180-7
- II** Ström M, Marklund B, Hildingh C.
Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line
British Journal of Nursing 2006;**15**:1119-25
- III** Ström M, Marklund B, Hildingh C.
Callers' perceptions of receiving advice via a medical care help line
Scandinavian Journal of Caring Sciences 2009 Oct 5
(Epub ahead of print)
- IV** Ström M, Baigi A, Hildingh C, Mattsson B, Marklund B.
Patient care encounters with the Medical Care Help Line: a questionnaire study
Submitted

Innehåll

Abstract	6
Svensk sammanfattning	8
Delstudier	10
Innehåll	11
Inledning	14
Bakgrund	15
Vårdsamtal i förändring	15
Den postmoderna erans påverkan på hälso- och sjukvården	15
Vårdmöte i telefon	18
Sjukvårdsrådgivning	19
Sjuksköterskeperspektiv	21
Patientperspektiv	22
Syfte	25
Avhandlingens övergripande syfte	25
Särskilda syften för delstudie I-IV	25
Metoder	26
Delstudie I	26
Design	26
Urval	26
Datainsamling	27
Analys	27
Delstudie II	27
Design	27
Urval	27
Datainsamling	28
Analys	28

Delstudie III	28
Design	28
Urval	28
Datainsamling	29
Analys	29
Delstudie IV	30
Design	30
Urval	30
Instrument och analys	30
Etiska överväganden	32
Delstudie I	32
Delstudie II och III	32
Delstudie IV	32
Resultat	33
Delstudie I	33
Delstudie II	34
Delstudie III	37
Delstudie IV	41
Icke tidigare publicerade resultat	43
Diskussion	44
Metoddiskussion	44
Kvantitativ metod	45
Kvalitativ metod	47
Resultatdiskussion	48
Vårdsamtalet	48
Sjukvårdsrådgivningen	49
Sjuksköterskeperspektivet	49
Patientperspektivet	51
Slutsatser och fortsatt forskning	53
Tack	55
Referenser	57

”Samtalskonst är mer än metodik och teknik, själen skall vara med, både själen hos den professionella personen som för samtalet och själen hos den person som söker hjälp. Så snart man söker tillämpa teknik och metodik, riskerar man att göra både sig själv och sin partner till en maskin eller till ett livlöst reagens. Att föra ett samtal innebär att skapa en situation där man anammat synen att människan är en berättelse...”

”... den gode lyssnaren som en person som har förmånen att vara vid god psykisk hälsa, en tämligen mogen personlighet som är i hygglig harmoni med sig själv och därför med vitalitet och energi kan ägna sig åt andra människor”. ”Vi anar att det parallellt med samtalets flöde av ord mellan berättaren och lyssnaren också finns ett annat flöde som ibland förhindrar, ibland förstärker de budskap som förs fram...”

Citat ur Clarence Crafoords bok: *Människan är en berättelse* [1]

Inledning

Kan vi som sjuksköterskor i vårt dagliga arbete i telefonrådgivning leva upp till de krav som Clarence Crafoord uttrycker? Orkar sjuksköterskor knyta an till varje ny person hon pratar med? Är det rimligt att begära att hon skall möta dessa krav? Finns kraven hos de människor, som ringer till sjukvårdsrådgivningen (SVR), i svåra situationer? Är det kanske snarare så att vi orkar mer, längre och bättre om vi verkligen möter dem vi pratar med och inte bara genomför ett samtal? Kan det vara så att goda möten även i telefon skapar och ger energi i stället för att bara förbruka energi? Detta är frågor som jag personligen ofta ställt mig i mitt arbete som telefonrådgivare på mödravårdscentral och gynekologisk mottagning. Vilka faktorer påverkar patientmötet i telefon och hur kan vi definiera, strukturera och bättre förstå dessa faktorer?

Att som sjuksköterska självständigt handha en telefonbaserad rådgivningsfunktion i vårdfrågor är en ny del i professionen. Sjuksköterskans yrkesroll har genomgått betydande förändringar under de senaste 50 åren. I SVR är hon ensam i telefonmötet med uppringaren och förväntas ge goda, säkra och evidensbaserade råd om egenvård eller ge förslag på den vårdnivå personen bör söka. Hon arbetar i en verksamhet som är speciellt utformad för detta ändamål och har till sin hjälp ett datoriserat beslutsstöd som är baserat på symtom. Beslutsstödet funktion är att vara ett stöd i hennes uppdrag att ge evidensbaserade råd och rekommendera adekvat vårdnivå. Verksamhetens karaktär påverkar och är avgörande för hennes funktion och arbete, och hennes sätt att hantera sitt arbete avgör hur verksamheten fungerar och hur den bedöms av befolkningen. Sjuksköterskans egen förståelse av sitt uppdrag påverkar också hennes agerande och bemötande av uppringaren. Även uppringarens egna förväntningar och förutsättningar spelar roll för hur telefonmötet utfaller. SVR är en verksamhet i tiden; den är anpassad till förändrade krav och nya förutsättningar i vård och i ett samhälle i förändring.

SVR är en växande verksamhet, som trots sin ”ungdom” fungerar bra och som kan behålla sin standard, utvecklas och bli bättre i en fortsatt föränderlig verklighet. För att rätt förstå en verksamhet och värderingen av denna, skall den sättas i ett större sammanhang där också de krav och förändringar som gäller för verksamheten bör tas i beaktande. Vi lever i ett samhälle i snabb förändring, vilket påverkar alla individer och därmed också vården där nytt tillkommer och annat överges. Människor i förändring ger i sig effekt på både vårdutövare och vårdtagare. De fyra studierna, som denna avhandling bygger på, visar bl. a att dessa förändringar måste medvetandegöras och hanteras både av professionen och av människorna i samhället.

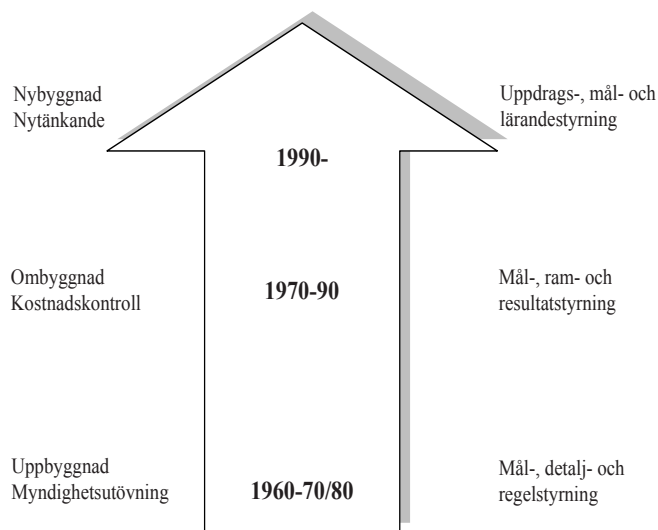
Bakgrund

Vårdsamtal i förändring

Samtal om sjukdomar, deras behandling och vård, är och har i alla tider varit ständigt förekommande när människor möts. Ett sådant samtal är en kommunikation mellan två eller flera individer, det ser olika ut i olika delar av världen, men det rymmer ändå många gemensamma beståndsdelar. Det pågår ett flöde av information mellan individerna. Samtalen präglas av den miljö och den kultur som de pågår i, förväntningar uppstår, förändringar inträder och processer utvecklas som hänger samman med den kontext inom vilket informationsutbytet sker. Synen på och uppfattningen av sjukdom och hälsa har förändrats över tid och nya dimensioner har tillkommit. Både kroppsliga, kulturella och sociala perspektiv ingår som en del i sjukdomsberättelsen. Kulturen är en del av alla aspekter på vård och vårdsamtal eftersom både vårdgivaren och patienten är produkter av den kultur de lever i [2-4]. Sverige har länge haft god tillgång till välfungerande och bra vård. Under 1990-talet tillkom förändringar, bland annat blev kontakt via telefon en allt vanligare form av vård och detta skedde också i andra länder [5]. Nya ekonomiska krav, men också djupgående strömningar i samhället som till exempel postmodernismens idéer påverkade utformningen av vården och påskyndade kontakt via telefon som ett alternativ [3, 6].

Den postmoderna erans påverkan på hälso- och sjukvården

Den postmoderna eran försöker svara mot ett förändrat samhälle och människor i förändring [2, 3, 7]. Gemensamma och absoluta sanningar byts ut mot en personligt upplevd sanning i ständig förändring och individen förväntas ta ökat eget ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande. Vården som erbjuds karaktäriseras av förhöjd omsorg, större intresse för etik, värden och värdegrund samt evidensbaserad vård och behandling. Det finns också en tilltagande motvilja mot risker med hälsointerventioner och en större insikt om att ett ökande antal patienter är välinformerade, självständiga och oberoende. Den offentliga sektorn har under sin resa från 1960-talet till idag i grunden förändrats från en tid av detaljstyrning via ramar till dialog och lärandestyrning, som varit medvetna mål. Den har också gått från uppbyggnad via ombyggnad till nybyggnad (Figur 1).



Figur 1. Förändringar inom offentlig sektor i Sverige under de senaste 50 åren

Dessa strömmar i samhället har påverkat varandra och inneburit djupgående förändringar för personalen i det dagliga arbetet i vården. Personalen har förändrats från ”de som skulle utföra arbetet” till ”de som skall bygga det nya samhället för andra varje dag.” Medborgarna kan sägas ha förändrats från ”glada, snälla och tacksamma” till ”kravmaskiner som vill ha snabb leverans över disk” [8].

Postmodernismen [2] är en svårdefinierad samhällsrörelse som saknar manifest eller artiklar, som ger en bestämd struktur åt begreppet eller själva idén bakom densamma. Den karaktäriseras av relativism, det vill säga den ger inga objektiva fakta och verkligheten har en mångfald av meningar (Tabell 1). Det postmoderna sinnet tar avstånd från privilegiet av något prioriteringssystem eller någon metod för kunskap, det tolkar istället sanningen i vetenskap, filosofi, religion och konst. Det postmoderna sinnet förkastar inte tidigare kunskap, men tillåter den att återuppstå i en nutida kontext för att spela en ny roll. Sanning ses som en ständig förändring, förkroppsligad i upplevelser och erfarenheter snarare än i abstrakta principer. Den är bestämd av lokal språklig och social praktik och är utsatt för skiftande tolkningar. En konsekvens av relativiseringen av kunskap i det postmoderna samhället är att man förlorar de delade och gemensamma meningarna och värderingarna. Detta medför en ökning av pluralism och en social fragmentering. Denna uppdelning i fragment påskyndas av informations- och kommunikationsteknologin, som till en del ersätter ansikte-mot-ansikte-kontakt (mellanmänsklig) med virtuell.

Tabell 1. Några av postmodernismens effekter i vården*

Premodern	Modern	Postmodern
Okritisk entusiasm för teknologi	Omsorg om hälsa såväl som hälsovård.	Disciplinen medicin måste vara modern-skeptisk, evidensbaserad, självkritisk, öppen .
	Utveckling av service inte bara med respekt för effektivitet utan också med respekt för lämplighet och behov.	Mer fokus på personalens beteende och bemötandets inverkan på vårdresultatet. Kommunikationens (verbal och icke verbal) betydelse. Samspelets betydelse i beslutsprocessen. Ett stärkande av patienternas mod och kraft.
	Allmänhetens inblandning i policyskapandet för hälsa och hälsovård.	Patienterna vill vara inblandade i besluten om sin hälsa och de vill bli uppmuntrade/styrkta snarare än utsatta för förmyndarmentalitet.
	Bekymmer om patientens nöjdhet och upplevelse av vården.	Förskjutning från nöjdhet till upplevelse, nöjdhets fokus mer på patientens förväntningar. Patientfokuserade samtal.
Dominans av religion	Engagemang i pågående kvalitetssäkring. Betoning på mätbarhet.	Patientfokuserad forskning.
	Dominans av rationalitet baserad på objektiv analys av den omgivande världen.	Mångfaldiga verkligheter.
	Ökad effektivitet men utanförskap och missnöje.	
Absolut sanning	Tillgången till kunskapen var professionens privilegium. Den medicinska disciplinen var baserad på kunskap inhämtad genom träning.	Alla har tillgång till kunskapen och informationen. Kvaliteten på kunskapen är varierande och otillförlitlig.
	Gemensamma värderingar och mening	Sanning i konstant förändring, det postmoderna sinnet förkastar varje privilegium av ett prioriteringssystem för kunskap. Det förkastar inte tidigare kunskap men tillåter den att återuppträda i nutida kontext, för att spela en ny roll. Privata verkligheter och tolkningar av verkligheten. Pluralism och social fragmentering.

* Källa [2, 3]

Kravet på effektivitet och snabbhet urgröper kvaliteten på mänskliga relationer. I praktiska termer innebär förkastandet av institutionell auktoritet att den ersätts av fokus på individen som förväntas ta eget personligt ansvar för sitt öde. Detta har medfört att populariteten för alternativmedicin ökat, människor söker kunskap via internet och lobbying från starka privata intressen ökar hos vårdens beslutsfattare. En av anledningarna till att den alternativa medicinen ökat är att dess värderingar stämmer bättre med patienternas egna värderingar, deras tro och filosofiska orientering mot hälsa och liv än vad vårdens värderingar har gjort.

Kunskap och information blir allas egendom via media, men denna lättillgängliga kunskap är otillförlitlig och av varierande kvalitet. I den postmoderna medicinen får risker och ofördelaktiga effekter mycket högre prioritet; medicinsk-rättsliga utslag bevisar klart och tydligt detta. Mångfaldig rationalitet och sanning är förhärskande i det postmoderna samhället (Tabell 1). Det interpersonella mötet är betydelsefullt för människor idag. Det är därför inte förvånande att patienterna klagat på det interpersonella mötet med personalen medan personalen är upptagen av den tekniska sidan av sitt arbete. Samhällets syn på hälsa spelar också roll. Bergstrand [9] menar att ”en viktig hälsoaspekt i samtalet är vilka föreställningar om hälsa som ligger i tiden, t ex om hälsa knyts till måttfullhet och självdisciplin så kan sjukdom förknippas med svaghet och detta synsätt kan utgöra en moralisk-etisk komplikation i människors möten med hälso- och sjukvården”.

Vårdmöte i telefon

I mötet mellan individer spelar kroppsspråk, roller och förväntningar en stor roll. Vårdsamtal är i det sammanhanget inget undantag utan här spelar snarare dessa villkor en större roll. Starka känslor, förtvivlan och ångest kan göra det ännu svårare och kräver trygg, kunnig och erfaren personal. Samtal via telefon är ett speciellt vårdmöte mellan människor vilket Gaspers [10] har beskrivit som ”att vårda med sina ögon stängda och sina händer bundna bakom sin rygg”. Bergstrand [9] beskriver i sitt kapitel (Parternas gemensamma konstruktion av samtalet) ”att samtalet är en process där parterna i interaktion med varandra formar förloppet och innehållet. Processen som ger samtalet riktning och mening är alltså främst interaktionellt genererad och inte individuellt”.

Vårdsamtal kan passa in i gruppen institutionella samtal. Dessa samtal karaktäriseras av en asymmetri mellan parterna när det gäller kunskaper, uppgifter, inflytande över val av ämnen och aktivitetsgrad. De är möten mellan professionella och lekmän, mellan hjälpare och hjälpsökande, vilket har betydelse för samtalets struktur och fördelning av inflytande och utrymme [11]. Denna asymmetri kan ha förskjutits något genom influenser från postmoderna tankar. Leppänen [12] diskuterar olika perspektiv på makt och maktutövning i vårdmöten. Vem är det som har makten? Är det sköterskan som enskild person eller är det hennes position? Är det alltid negativt med makt eller kan det vara positivt ur vissa aspekter med maktutövning? Han påpekar att man kan ha två perspektiv på denna makt. Å ena sidan kan man se det som enskilda individers maktutövning. Å andra sidan är det sociala strukturer som utövar makt över enskilda individer, såväl över sjuksköterskan, som över patienten som söker vård i samtalet.

Vårdsamtal pågår mellan olika aktörer inom vården. Ottosson [13] påpekar att: ”samråd och ömsesidigt utbyte av information gynnar följsamheten till ordinationer,

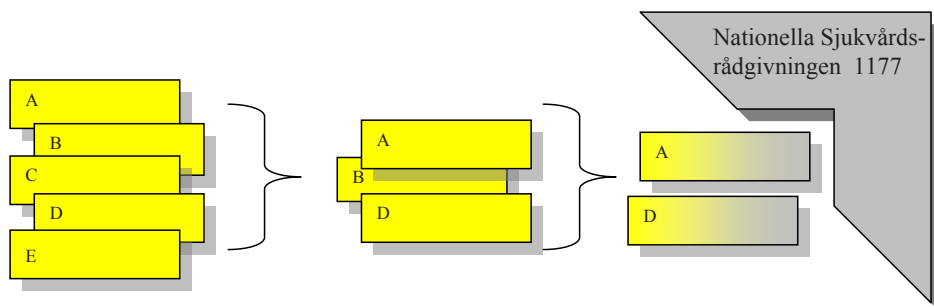
medan en auktoritär stil liksom information som upplevs oklar eller otillräcklig missgynnar följsamheten”. Patient eller klientcenterad interaktion definieras som de konsultationer, i vilka vårdgivaren aktivt söker patientens utgångsläge [14]. Skoglund [15] konfirmerar i sin studie om apotekspersonalens vårdsamtal det tidigare studier visat, att kommunikation vanligtvis domineras av vårdgivaren. Holmström [16], som studerat sjuksköterskor i telefonrådgivningssituationen, beskriver motsägelsefulla krav i denna form av verksamhet för sjuksköterskor. Det finns en konflikt mellan att ge den goda vård de vill ge och begränsningar som den telefonbaserade verksamheten ger. SVR är en bra verksamhet för att ge råd och sprida kunskap, eftersom råd om hälsa och vård fungerar bäst då det finns ett aktuellt medicinskt problem som man kan förankra rådet i [17]. Rådgivning som ges utan patientens efterfrågan kan av patienten uppfattas som onödig, överlägset beskyddande och förmyndaraktig [18]. Vid känsliga sakfrågor som till exempel alkoholproblem kan rådet ges som information om dess skadeverkningar för att undvika att det uppfattas som en kränkning av patienten [19]. Rådgivning och annan vårdkontakt via telefon är en växande del av vården idag.

Sjukvårdsrådgivning

Telefonrådgivning i sjukvårdsfrågor växte fram under 1990-talet i flera länder i västvärlden, bland andra USA, UK och Sverige [20-22]. Den numera nationella svenska verksamheten heter SVR (www.sjukvardsradgivningen.se/1177/) och kallas ibland ”1177” efter det telefonnummer som gäller för hela verksamheten. Den är ett uttryck för förändrade behov både hos befolkningen och hos hälso- och sjukvården och är ett svar på nya förväntningar och attityder i samhället. SVR, i det landsting där studierna genomfördes, var en separat verksamhet vid tiden för avhandlingens tre första studier med egen personal som tillhandahöll telefonrådgivning dygnet runt. Vid de två första studierna fanns fem enheter som hade byggts upp under cirka ett år. Personalen som arbetade där var ”handplockade” sjuksköterskor med flera och olika vidareutbildningar. Målet var att de tillsammans skulle bilda en bred kunskapsbas där ett flöde av information dem emellan skulle göra SVR till en gedigen kunskapskälla. Dessa fem enheter hade vid den tredje studien sammanförts till tre. Vid tidpunkten för studie IV hade SVR uppgått i den nationella SVR (”1177”), dit fler och fler i nuläget ansluter sig (Figur 2). Lokalmässigt flyttade den ena av SVR-enheterna, mellan studie II och IV, från akutmottagningen på sjukhuset till SOS alarm som låg i räddningstjänstens lokaler i området. Detta gjorde att den lokalmässiga närheten till läkarkontakter och annan sjukvårdspersonal minskade, men medförde en djupare samverkan med SOS alarms personal.

Sjuksköterskorna, som handhar denna verksamhet, har bara telefonrådgivning som sin uppgift och de har tre olika vårdnivåer att hänvisa patienterna till; egenvård,

primärvård och akut sjukhusvård. Patienten får vid samtalet till SVR besked om en tidpunkt då hon/han kommer att bli uppringd. Till sin hjälp har sjuksköterskorna ett databaserat, medicinskt kvalitetssäkrat rådgivnings- och beslutsstöd Symtom, Råd, Åtgärd (SRÅ) [23]. Detta beslutsstöd har också utvecklats under projektiden och finns i en nyare version i ”1177” .



Figur 2. Strukturell förändring av enheter i ett sjukvårdsrådgivningsområde under 2003-2008

Vid tidpunkten för studierna I och II arbetade cirka 50 sjuksköterskor hel- eller deltid vid SVR i det aktuella området. Oftast var minst två i tjänst samtidigt på varje enhet, vissa timmar på nätter och helger kunde det röra sig om ensamarbete. Under 2008 arbetade totalt 26 sjuksköterskor vid SVR, 5-6 mellan 07.00-23.00 och 1 nattetid. SVR tog år 2008 emot 481 samtal/dygn, 82 % fick svar inom 3 minuter och 89 % fick svar inom 9 minuter. Av dem som ringer är 79 % kvinnor, 52 % ringer för ett sjukt barn och 94 % ringer direkt till SVR utan att först ha ringt någon annanstans (intern statistik).

Verksamhetens mål är klart definierat, innefattande tillgänglighet dygnet runt och styrning av patientflödet på ett för patienten medicinskt säkert sätt. Tanken är också att kostnader skall reduceras genom att rådgivningen kan minska antalet icke relevanta vårdbesök till primärvård och akutmottagningar. Ett icke relevant besök kan vara ett besök som sker på en mer avancerad nivå än vad behovet kräver. Ett besök på akutmottagning, även utan att någon insats gjorts, beräknades 2003 kosta ca 2 500 kr, och ett besök i primärvården ca 1 000 kr. Den beräknade kostnaden för ett akutbesök idag (2009) är 3 500 kr (intern statistik). Egenvård innebär att patienten avstår från att söka primärvård eller akut sjukhusvård och följer de anvisningar och råd, som sjuksköterskan ger, på platsen varifrån samtalet rings. Egenvård är ett bra alternativ under förutsättning att rådet är tillförlitligt. Intern statistik för hela år 2002 från en SVR-enhet visade att 30 % av dem som ringer rekommenderades egenvård, 45 % att söka primärvård medan endast 5 % rekommenderades akutvård.

Patienter, som ringer till SVR, har mer eller mindre akuta behov. De har önskemål och förfrågningar av vitt skilda slag och de har medvetna och omedvetna förväntningar på kontakten med sjuksköterskan. I vilken utsträckning de följer de erhållna råden beror mycket på utgången av telefonkontakten med sjuksköterskan. Sjuksköterskan är den person som handhar verksamheten och hennes perspektiv på sig själv och telefonmötet med patienten är viktigt att poängtera.

Sjuksköterskeperspektiv

Sjuksköterskans roll har förändrats över tid och det är en förändring som delvis inneburit nya arbetsuppgifter [24]. Det nya i professionen speglar samhällets förändringar. Förändringarna har inneburit annorlunda och snabbt utvidgade möjligheter, men också nya krav som medfört problem med minskad tillfredsställelse med arbetet, mer frånvaro och utbrändhet. Rapporter om minskat psykiskt välbefinnande och ökad irritation har presenterats [25]. Glasberg [26] sammanfattar i sin studie två huvudorsaker till utbrändhet hos sjuksköterskor, som beskrivits ur sjuksköterskans perspektiv, dels en nedåtgående spiral av känslor av pessimism och maktlöshet och dels en känsla av otillräcklighet. Färre skall göra mer på kortare tid.

För att kunna utföra ett arbete krävs kompetens. Sandberg [27] ger begreppet kompetens fyra komponenter; förståelse, kunskap, färdighet och attityd. Enbart teoretisk kunskap räcker inte, det behövs också träning som ger färdighet till uppgiften. Det är också betydelsefullt hur innebörden i arbetet uppfattas och förstås och attityden påverkar tillsammans med de andra komponenterna kompetensen. Telefonsjuksköterskor uppfattar och förstår sitt arbete på olika sätt [28]. Några uppfattar sig som pedagoger som informerar och undervisar och några som en hjälpfunktion till patienten att själv hitta svaret och den bästa lösningen. Andra ser sig som en stödfunktion eller som en bekräftande och stärkande funktion. För några innebär uppgiften huvudsakligen att bedöma, hänvisa och ge råd. Hur sjuksköterskan uppfattar och förstår arbetets innehåll och kärna påverkar hennes sätt att hantera arbetet och bemöta patienterna.

I all vård finns ett etiskt perspektiv som genomsyrar varje arbetsuppgift och som är tänkt att vara en hjälp i det dagliga beslutsfattandet på olika nivåer i vården [29]. De fyra grundläggande etiska principerna från 1970-talet gäller än [30]; autonomiprincipen, principen att göra gott, principen att inte skada och rättvisepincipen. Det som bland annat har tillkommit på senare år är att prioriteringar av olika slag ökat i antal i vardagen. De etiska kraven på vårdpersonalen, menar många, har ökat. Detta sammanhänger med den snabba utvecklingen av biomedicinsk kunskap, en ny utvecklad teknologi där telefonrådgivning är en del och en förändrad demografi med fler äldre samtidigt

som resurserna krymper [31]. De etiska dilemman, som har definierats i SVR-sjuksköterskans vardag, är enligt Holmström [32]; att diskutera personliga och känsliga problem via telefon, otillräckliga resurser, bristande organisation och att balansera informationsbehovet med det professionella ansvaret. Det uppges också som ett problem att inte kunna veta vem uppringaren egentligen är. Sköterskan beskriver också etisk kompetens som något som är utöver att bara känna till och följa etiska regler. Varje situation är unik och den enskilda vårdgivaren måste göra egna reflektioner och bedömningar när etiskt svåra situationer uppstår.

Maktutövning är en central del i de flesta möten mellan sjuksköterskor och patienter. Telefonsjuksköterskans position är en maktposition. I telefonsamtalet avgör hon vilken information som skall ges om kropp, hälsa och ohälsa. Hon utövar makt över vilka beslut hon skall fatta, hon besitter och förmedlar också kunskapen om sjukvårdens organisation och vilka rättigheter som patienten har. Studier visar att SVR-sjuksköterskor har beskrivit sitt arbete som ”att vara en portvakt” [12, 33]. Sjuksköterskan upplever dock också själv maktlöshet gentemot den förändring i organisationen och av rollen som hon genomgår [26].

Sjuksköterskan, som arbetar genom telefonsamtal i SVR, förväntas hänvisa varje enskild patient till den optimala vårdnivå som patientens symtom kräver. Till sin hjälp har hon sin kunskap och sina erfarenheter men också övriga hjälpmedel. Ett av hjälpmedlen är beslutsstödet (speciellt dataprogram), som är framtaget för att ge sjuksköterskan bästa möjliga stöd och medicinska säkerhet i beslutsprocessen [23, 34]. Ett optimalt beslutsstöd bör innefatta såväl en medicinsk som en omvårdnadsguide, där sjuksköterskor och läkare samarbetat för att definiera det ultimata målet för rekommendationerna till patienterna. Det optimala beslutsstödet skall också relateras till den övriga sjukvårdens uppsatta mål och policy för att enighet och samstämmighet i rådgivningen skall uppnås [35]. ”Triage” är ett centralt begrepp som används bland annat i samband med telefonrådgivning och definieras som att sortera, välja och klassificera. Sjuksköterskan förväntas fatta ett beslut om vilket råd hon skall ge och denna beslutsprocess innebär en komplex blandning av observationer, kritiskt tänkande och förmåga att sortera data [34, 36]. Sjuksköterskorna lyfter ofta fram problem med att inte kunna se patienten och vårdkonsumenterna poängterar vikten av att få adekvata råd och bli vänligt bemötta [37]. Sjuksköterskans arbete innebär att möta patienter med alla olika behov och symtom som finns i alla åldrar.

Patientperspektiv

Att vara patient eller vårdsökande är en utsatt position och många bottnar kan finnas bakom beslutet att ringa till SVR. Det kan vara problem med kroppen men även brister i förmågan att hantera sin vardag, hot mot den personliga integriteten

eller från omgivande miljö [38]. Förväntningar och erfarenheter spelar roll i mötet med vårdgivaren. Service är ett begrepp som väcker känslor och som bland annat påverkas av samstämmigheten mellan egna behov och förväntningar och det erbjudna utbudet. Att ta kontakt med en vårdorganisation väcker också tankar och känslor som ofta är baserade på tidigare erfarenheter och det är värdefullt att veta hur patienter uppfattar vården som erbjuds [39]. I en studie karaktäriserade patienter och anhöriga vård av *god kvalitet* som individualiserad, patientfokuserad och relaterad till aktuellt behov. Denna goda vård erbjöds på ett humanistiskt sätt i närvaro av en vårdande relation genom att personalen demonstrerade engagemang, delaktighet och intresse (Tabell 2).

Tabell 2. Kvalitet på möte i vården*

God kvalitet	Mindre god kvalitet
<i>Vård av god kvalitet</i>	<i>Vård av mindre god kvalitet</i>
Individualiserad, patientfokuserad	Rutinbunden
Relaterad till aktuellt behov	Orelaterad till aktuella behov
Erbjuden på ett humanistiskt sätt	Erbjuden på ett opersonligt sätt
Vårdande relation och engagemang	Reserverad personal
Delaktighet	Okänd och icke involverad patient
Intresse	Avvisande
<i>Det vårdande mötet</i>	<i>Det icke vårdande mötet</i>
Personalen en outhärlig och omistlig kompanjon	Personalen ett olyckligt och beklagligt hinder för välbefinnande
Atmosfär av ömsesidigt förtroende	Atmosfär av misstro och kontaktbrist
Känsla av solidaritet, hjälp, välbefinnande och läkedom	Känsla av olust, modlöshet och nedbrutenhet

Källa*[39, 41]

Vård av *mindre god kvalitet* beskrevs som rutinbunden, icke relaterad till det aktuella behovet och erbjuden på ett opersonligt sätt av en reserverad och avvisande personal som inte kände eller involverade patienten [40].

Inom vården arbetar personal med olika utbildningar och uppgifter men ett vårdande möte mellan människor är alltid centralt. Haldorsdottir & Hamrin [41] beskriver patienters upplevelser av ”vårdande” kontra ”icke vårdande” möten med vårdpersonal. I *det vårdande mötet* beskrivs personalen som en outhärlig och omistlig kompanjon. Atmosfären präglas av ömsesidigt förtroende och effekten av mötet blir en känsla av solidaritet, hjälp, välbefinnande och läkedom. I *det icke vårdande* mötet uppfattas personalen som ett olyckligt och beklagligt hinder för välbefinnande och läkedom. Atmosfären präglas av misstro och kontaktbrist och effekten blir olustkänsla, modlöshet och nedbrutenhet (Tabell 2).

Vid vanliga vårdmöten skapas någon form av samspel, med positiva eller negativa förtecken. I en studie av Richardson [42] identifierades två typer av samspel med sjuksköterskan, samspel som intensifierade känslan av hälsa och välbefinnande i kontakten: den personliga interaktionen som ökade patientens psykiska välbefinnande och den professionella interaktionen som ökade patientens fysiska välbefinnande. Den personliga interaktionen betydde mest och uppfattades sammanhålla med en humanistisk och jämlik relation samt personlig omvårdnad. Den professionella interaktionen handlade om sjuksköterskans professionella och tekniska roll och den uppfattades mindre viktig. Vårdmötet i telefon mellan en professionell sjuksköterska och en behövande och utsatt patient är komplext. Telefonen kan utgöra en begränsning av möjligheterna till dialog och informationsutbyte. Verksamheten utgör den ram, inom vilken mötet sker och hur den är organiserad är av avgörande betydelse. Vårdmöten i telefon är nu så vanligt förekommande att det behövs mer kunskap ur både sjuksköterskans och patientens perspektiv för att bättre förstå och utveckla verksamheten.

Syfte

Avhandlingens övergripande syfte

Det övergripande syftet med denna avhandling är att belysa och fördjupa kunskapen om sjuksköterskans telefonrådgivning i primärvårdens Sjukvårdsrådgivning.

Särskilda syften för delstudie I - IV

- Att utvärdera en telefonrådgivningsmodell i primärvården, med avseende på hänvisningen av patienter till lämplig vårdnivå eller egenvård, följsamheten till givna råd och kostnadseffektiviteten. (Delstudie I).
- Att beskriva hur sjuksköterskan uppfattar sitt arbete som telefonrådgivare. (Delstudie II)
- Att beskriva hur patienten uppfattar att få råd via den telefonbaserade SVR. (Delstudie III).
- Att beskriva hur patienternas kön, ålder, utbildningsnivå och vårdnivå påverkar mötet med SVR (Delstudie IV).

Metoder

Avhandlingen består av delstudierna I - IV. Två av studierna är beskrivande och utvärderande och två är utforskande med en fenomenografisk ansats. Arbetet med studierna pågick under tiden 2002-2008.

En översikt av de olika delstudiernas metoder redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Sammanställning av metoder för delstudierna I - IV.

Delstudier	I	II	III	IV
Design	Utvärderande	Utforskande	Utforskande	Utvärderande
Urval	n= 362 samtal 150 egenvård 150 primärvård 62 akutvård	Tolv sjuksköterskor i SVR i området Ändamålsenligt urval	Tolv patienter som ringde till SVR i området Ändamålsenligt urval	n=858 systematiskt valda samtal till SVR i området
Datainsamling	Frågeformulär via telefonintervju	Enskilda intervjuer	Enskilda intervjuer	Frågeformulär
Dataanalys	Kvalitets- och kostnadsanalys	Kvalitativ analys med fenomenografisk ansats	Kvalitativ analys med fenomenografisk ansats	Deskriptiv och analytisk statistik

Delstudie I

Design

En utvärderande design med systematiskt urval av informanter användes. Telefonintervjuer genomfördes, intern statistik analyserades, journalgenomgång samt kvalitets- och kostnadsanalys gjordes.

Urval

Undersökningen genomfördes inom primärvårdens SVR i studieområdet. En telefonintervju med 362 patienter som hade ringt till SVR gjordes, vilka var konsekutivt utvalda av de sjuksköterskor som vid den tidpunkten arbetade vid enheten. Av de patienter som valdes ut hade 150 fått rådet egenvård och 150 patienter fått rådet att vända sig till primärvårdsnivå. Dessa patienter valdes genom att i vart femte samtal till respektive vårdnivå tillfråga dem om de ville delta i studien och sedan bli uppringda för en telefonintervju. Totalt under samma insamlingsperiod rekommenderades 62 patienter akutvård och av dessa ingår samtliga i studien.

Datainsamling

Data samlades in genom två telefonsamtal. Vid det första, som patienten själv ringde, samlades basala data in och sedan följdes detta upp med en telefonintervju inom 14 dagar. Varje patient tillfrågades då bland annat om medgivande att få läsa ett utdrag av deras journal om det aktuella besöket i vården.

Analys

Den medicinska kvalitén på sjuksköterskans dokumentation och val av relevant vårdnivå, utifrån patientens symtom, bedömdes av två specialister i allmänmedicin tillsammans med en sjuksköterska, som var van vid telefonrådgivning i primärvården. Bedömningen av kvalitet och relevans på akutvårdsnivån gjordes av en specialistläkare på akutvårdskliniken och av specialistläkare i allmänmedicin. De medverkande personerna läste först journalutdragen var för sig och jämförde sedan inbördes resultaten för att nå konsensus. De hade då tillgång till journalutdrag av det aktuella besöket.

Kostnadsanalys utfördes av en specialistläkare i allmänmedicin och en hälsoekonom. Analysen byggde på insamlade data om patientens tänkta vårdnivå, den rekommenderade vårdnivån och den uppsökta vårdnivån. Förändringar mättes i flödet av patienter, till de olika vårdnivåerna, efter samtalet med sjuksköterskan i SVR. Hänsyn togs därvid till de kostnader som ett besök belastade primärvård respektive akutvård med.

Delstudie II

Design

En kvalitativ metod med fenomenografisk ansats användes [43].

Urval

Av de ca 50 sjuksköterskor som arbetade hel- eller deltid i områdets SVR valdes tolv genom ett ändamålsenligt urval enligt strategin maximal variation [44]. I sjuksköterskans uppdrag ingick endast rådgivning och de använde alla det databaserade beslutsstödet, SRÅ. De flesta sjuksköterskorna hade mångårig erfarenhet av sjuksköterskeyrket och rådgivning via telefon.

Datainsamling

Insamling av data skedde via intervjuer på sjuksköterskornas arbetsplats. Urvalet gjordes utifrån kön, ålder, utbildning, arbetsplats, hel/deltid, antal år som sjuksköterska och antal år som telefonrådgivare [45]. Intervjuerna gjordes med hjälp av bandinspelning och skrevs sedan ut ordagrant. Varje intervju tog mellan 45 och 60 minuter och behandlade frågeområdena krav, ansvar och stöd. Pilotintervjun ingick i studien eftersom inga förändringar eller tillägg gjordes.

Analys

De tolv intervjuerna analyserades i enlighet med fenomenografisk ansats [46]. Fenomenet som studien beskriver är SVR och hur arbetet i telefonrådgivning uppfattas av sjuksköterskan. Analys av data gjordes i flera steg [46]. För att bli familjär med innehållet avlyssnades först bandet från varje intervju, dels för att kontrollera att utskriften stämde med bandet och dels för att skapa närhet till intervjuens innehåll. I nästa steg söktes mer ingående efter meningsbärande utsagor och utsagorna från de olika intervjuerna sammanställdes. Som steg tre förtätades utsagorna, det vill säga det centrala lyftes fram och koncentrerades. Steg fyra var grupperingen och klassificeringen av utsagorna i innebördsmässigt skilda grupper. Nästa steg var en preliminär jämförelse där målet var gränsdragning mellan grupperna. De två slutliga stegen var att namnge och kontrastjämföra för att beskriva den unika egenskapen hos varje kategori och relationer mellan kategorierna. Analysen utfördes efter metodens sju steg av författaren och en medförfattare, först var för sig och sedan tillsammans. De meningsbärande utsagorna och deras indelning i kategorier gjordes i dataprogrammet Excel, vilket underlättade hanterbarheten, överskådligheten i materialet och möjligheten för kommunikationen mellan författarna. De cirka 800 meningsbärande utsagorna som erhöles i analysen, delades in i tolv subkategorier och samlades i de tre beskrivningskategorierna och de utgör resultatet.

Delstudie III

Design

En kvalitativ metod med fenomenografisk ansats användes [43].

Urval

Patienter som ringde till områdets SVR under en dag i april 2005 ingick i studien. Denna dag ringde 319 personer till SVR och 76 av dem uppgav att de ville delta i

studien och kunde tänka sig att bli intervjuade. Av dessa gjordes ett ändamålsenligt urval enligt strategin maximal variation av 20 personer utifrån ålder, kön, symtom och råd till respektive vårdnivå. En bred variation eftersträvades. Av de utvalda 20 föll åtta bort då de inte ville intervjuas av olika skäl och tolv intervjuer ingår i analysen.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes i patienternas hem det vill säga i den miljö som de ursprungliga samtalen utgick ifrån, under en avspänd och trivsamt stämning. Varje intervjuerna spelades in på band och tog cirka 35 till 60 minuter och skrevs ut ordagrant. Pilotintervjun ingick i studien eftersom inga förändringar eller tillägg gjordes.

Analys

De tolv intervjuerna analyserades i enlighet med fenomenografisk ansats [46]. Fenomenet i denna studie är att vända sig till SVR genom att ringa ett samtal. Analys av data gjordes i flera steg [46]. För att bli familjär med innehållet avlyssnades först bandet från varje intervju, dels för att kontrollera att utskriften stämde med bandet och dels för att skapa närhet till intervjuens innehåll. I nästa steg söktes mer ingående efter meningsbärande utsagor och utsagorna från de olika intervjuerna sammanställdes. Som steg tre förtätades utsagorna, det vill säga det centrala lyftes fram och koncentrerades. Steg fyra var grupperingen och klassificeringen av utsagorna i innebördsmässigt skilda grupper. Nästa steg var en preliminär jämförelse, där målet var gränstdragning mellan grupperna. De två slutliga stegen var att namnge och kontrastjämföra för att beskriva den unika egenskapen hos varje kategori och relationer mellan kategorierna. Analysen utfördes efter metodens sju steg av författaren och en av medförfattarna, först var för sig och sedan tillsammans. De meningsbärande utsagorna och deras indelning i kategorier gjordes i dataprogrammet Excel, vilket underlättade hanterbarheten, överskådligheten i materialet och möjligheten för kommunikationen mellan författarna. De cirka 550 meningsbärande utsagorna, som erhöles i analysen, delades in i 14 subkategorier och samlades i fyra beskrivningskategorier och de utgör resultatet.

Delstudie IV

Design

Studien hade en deskriptiv och utvärderande design

Urval

Ett systematiskt urval genomfördes i samarbete med områdets SVR. Studiepopulationen utgjordes av 858 personer, som utvaldes av de 19 anställda sjuksköterskorna. Under en projektvecka i april 2008 valde varje sjuksköterska, då hon gick på sitt arbetspass, ut var tredje samtal bakåt i tiden (n=50). Samtalet registrerades med adress och telefonnummer. Personer som exkluderades var; om telefonsamtalet gällde en annan person än uppringaren själv (undantag utgjorde de föräldrar som ringde för sina barn, dessa ingick i studien), om svenska språket inte kunde förstås eller om patienten vid samtalet bedömdes som allvarligt sjuk .

Instrument och analys

Instrument utgjordes av en enkät, som hade skapats genom operationalisering av de begrepp som framkommit i den tidigare genomförda kvalitativa intervjuundersökningen om patienters uppfattning av samtal till telefonrådgivning (Studie III). Enkäten skickades till 900 utvalda personer som hade ringt till SVR. Av dessa föll 42 personer bort på grund av felaktig adress med mera. Enkäten var uppbyggd av fyra bakgrundsfrågor och 14 VAS-skalor (Tabell 4). Informanten fick beskriva hur de hade uppfattat mötet med SVR genom att sätta ett x på varje VAS-skala. I enkäten fanns även frågor om hur patienterna rangordnade de 14 variablerna, utifrån hur en bra SVR skall vara, i ett bemötande- och verksamhetsperspektiv. Resultatet finns översiktligt beskrivet under resultatdelen. Enkäterna avlästes manuellt av författaren, de kontrollerades noga mot originalen och analyserades med hjälp av SPSS. Student's t-test har använts vid analysen. Validiteten (face and content validity) testades dels genom en pilotstudie med 50 enkäter, dels genom samarbete med andra forskare inom området. En utvärderande faktoranalys [47], utfördes för att säkra konstruktionsvaliditeten (Tabell 4).

Tabell 4. Definition av variabler och tolkning av Visual Analog Scale (VAS), samt resultat av faktoranalys och Cronbach's alpha (n=517)

Faktor/variabel	Definition av variabeln	Tolkning av VAS-skalan	Communalities	Loading variance (%)	Faktor I	Faktor II	Faktor III	α
INTERAKTION								
Bekräftelse	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder mesta möjliga nöjdhet med mötet	0.81	0.34	0.87			(0.88)
Respekt	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder mesta möjliga nöjdhet med mötet	0.76		0.85			
Vänlighet	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder mesta möjliga nöjdhet med mötet	0.71		0.81			
Personligt råd	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder relevant och mest personliga rådet	0.70		0.77			
Back up	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder att SVR erbjuder bästa möjliga stöd	0.68		0.70			
Tillförlitlig	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder bästa möjliga tillförlitlighet	0.59		0.64			
Gemensam beslutsprocess	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder full delaktighet i beslutsprocessen	0.41		0.63			
Lugn	Beskriver mötet mellan sjuksköterska och patient	10 betyder mesta möjliga nöjdhet med mötet	0.50		0.60			
SERVICE								
Tillgänglig	Beskriver möjligheten att nå SVR	10 betyder att tillgängligheten är bästa möjliga	0.84	0.50		0.89		0.90
Enkel	Beskriver enkelheten i kontakten	10 betyder att komma i kontakt med SVR är mycket enkelt	0.76			0.85		
Tidsbesparande	Beskriver tidsåtgången för problemlösandet	10 betyder att kontakten med SVR sparar mycket tid	0.65			0.66		
PRODUKT								
All-around	Beskriver relevansen i användandet av SVR	10 betyder att SVR kontaktas för icke relevanta problem	0.55	0.63			0.73	
Trygghet	Beskriver SVR som källa till trygghet	10 betyder trygghet som en huvudorsak till kontakten	0.50				0.67	
Kunskap	Beskriver SVR som källa till kunskap	10 betyder kunskap som en huvudorsak till kontakten	0.42				0.60	
								0.45

Etiska överväganden

Vid upplägg och genomförande av delstudierna följdes sedvanliga etiska riktlinjer. Autonomiprincipen, som innebar respekt för individens val, tillgodosågs genom att individerna självständigt tog ställning till deltagandet i studierna. Informanterna fick muntlig och skriftlig information om frivilligheten att delta, möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande i studien samt konfidentiell behandling av data. Göra-gott-principen innebar att bättre förstå och förbättra kvaliteten på vårdmötet i telefon. Inte-skada-principen innebar tid, avskildhet och respekt vid intervjuerna, för att skapa en lugn och avspänd atmosfär. Rättvisepincipen innebar att informanternas utsagor och data gavs lika stort värde och behandlades konfidentiellt [30].

Delstudie I

Studierna godkändes av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Patientens medgivande erhöles i samband med telefonintervjun.

Delstudie II och III

Studierna godkändes av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Delstudie IV

Studien godkändes av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet. Ett dataregister upprättades innehållande enkätuppgifter, men inga personuppgifter. Varje enkät var numrerad och endast projektansvarig kände till sambandet med den enskilde. Materialet avidentifierades i direkt anslutning till avslut av studien.

Resultat

Delstudie I

Det var hög följsamhet i SVR-verksamheten och det innebar att patienten följde sjuksköterskans råd, vilket ställde ökade krav på råd av hög medicinsk kvalitet. Sjuksköterskan dokumenterade vid samtalet om det var något av vikt utöver det som redan fanns automatiskt dokumenterat i beslutsstödet statistikmodul. Utvärderingen av dokumentationen visade att den var adekvat i 99 % av fallen. Beslutsstödet var den norm som bedömning och val av vårdnivå utgick ifrån. Vårdnivån, som sjuksköterskan rekommenderade patienten att vända sig till, var adekvat i 98 % av fallen och i 2 % av fallen en mer avancerad nivå än behövt. Det var flest kvinnor som ringde till SVR. Föräldrar, som ringde för sina barn, hänvisades oftare till egenvård medan akutvård dominerades av äldre (Tabell 5). Följsamheten till givna råd var 81 % i den grupp som fått egenvårdsråd, 91 % som fått råd att söka primärvård och 100 % som fått råd att söka akutvård.

Tabell 5. Demografi över presenterade symptom från de patienter som kontaktade sjukvårdsrådgivningen och den vårdnivå de rekommenderades. Egenvård (n=150), primärvård (n=150) eller akutvård (n=62).

	Egenvård		Primärvård		Akutvård	
Ålder	n	%	n	%	n	%
≤15	78	52.0	45	30.0	7	11.3
16-24	10	6.7	9	6.0	5	8.1
25-44	32	21.3	50	33.3	17	27.4
45-64	16	10.7	28	18.7	16	25.8
≥65	14	9.3	18	12.0	17	27.4
Kön						
Män	59	39.3	52	34.7	28	45.2
Kvinnor	91	60.7	98	65.3	34	54.8
Symtom						
Öron/näsa/hals	59	39.3	51	34.0	1	1.6
Muskel/skelett	20	13.3	27	18.0	13	21.0
Mage/tarm	27	18.0	9	6.0	21	33.9
Allmänna symtom	12	8.0	19	12.7	2	3.2
Hud	12	8.0	15	10.0	1	1.6
Ögon	8	5.3	6	4.0	0	0.0
Cirkulation/lungor	1	0.7	7	4.7	13	21.0
Urinvägar	0	0.0	10	6.7	0	0.0
Olycksfall/skador	6	4.0	1	0.7	8	12.9
Övrigt	5	3.3	5	3.3	3	4.9

Reducerad kostnad för egenvårdsgruppen var €70,3/samtal, för primärvårdsgruppen €24,3/samtal och för akuttvårdsgruppen €22,2/samtal (Tabell 6). Med en standardberäkning på 0,5 samtal/år och invånare och med samma proportion av befintliga tre vårdnivåer som i studien så skulle den totala besparingen, i relation till populationen i området, bli €1M.

Tabell 6. Beräknad besparing i relation till adekvat rekommenderad vårdnivå av sjuksköterskan i sjukvårdsrådgivningen.

Lämplig vårdnivå rekommenderad av SVR N=316	Antal primärvårdsbesök Reducerat (-) Ökat (+)		Antal akuttvårdsbesök Reducerat (-)		Ökad primärvårds-kostnad (+)*	Reducerad kostnad (-) beroende på färre primärvårds- och akuttvårdsbesök**	Reducerad kostnad per telefonsamtal***
	n	%	n	%	€	€	€
Egenvård n=139	-78	-56,1	-12	-8,6	-	-10 800	-70,3
Primärvård n=123	+21	+17,1	-24	-19,5	+2100	-6 000	-24,3
Akuttvård n=54	-16	-29,6	-	-	-	-1 600	-22,2

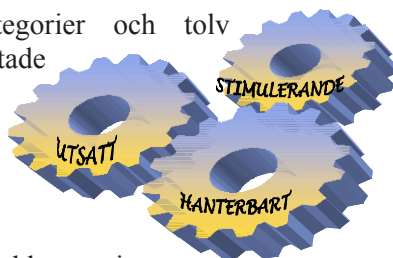
* kostnad per primärvårdsbesök baserat på standard € 100,00

** kostnad per akuttvårdsbesök baserat på standard € 250,00

*** kostnad per telefonsamtal i verksamheten € 7.40

Delstudie II

Studien resulterade i tre beskrivningskategorier och tolv subkategorier. Sjuksköterskorna som arbetade i SVR uppfattade sitt arbete som utsatt. De uppfattade sig också ha en hög grad av hanterbarhet och arbetet blev därför stimulerande.



Utsatt Utsattheten i arbetet sammanfattade fyra subkategorier, de beskrev sitt arbete som kunskapskrävande, utsatt för kritik samt som en front- och riskposition. I varje telefonsamtal hade sjuksköterskan ett ansvar dels som professionell yrkesutövare för vad hon förmedlade och dels hade hon ensam ansvar för att rådet hon gav var rätt, att det var vetenskapligt beprövat och att det ledde till god hjälp åt frågeställaren. Rådet var ”färskvara” och gällde under de förutsättningar som samtalet gav möjligheter att ta ställning till. Om förutsättningarna senare förändrades gällde inte längre råden.

Kunskapskrävande Kunskap uppfattades som en stor och mångfasetterad ingrediens i det dagliga arbetet på sjukvårdsupplysningen. Kunskapen måste vara vetenskapligt beprövad, pålitlig och aktuell.

Det ställs stora kunskapskrav på mig kan jag känna... jag behöver hela tiden "up-to-data-mig" och veta att jag får tillräckligt med utbildning... (IP7)

Utsatt för kritik Sjuksköterskorna upplevde sig utsatta för påhopp både från kollegor i vården och från frustrerade människor som tyckte det var svårt och komplicerat att ta sig fram i vårdapparaten.

...vi har varit väldigt ifrågasatta ute ifrån vårdcentralerna. Sitter däruppe (på SVR) och gör ju ingenting... (IP11)

Riskposition Sjuksköterskan var ensam ansvarig för sina råd. Vid en eventuell anmälan står ofta ord mot ord. Då är dokumentationen ett viktigt instrument för att visa samtalets innehåll.

...man har det på känn, att det här får jag skriva noga om, det kan vara några sådana där konstiga saker, och då gör man det. Då skriver jag extra för ifall det skulle bli något sedan, så vill jag ha ryggen fri... (IP10)

Frontposition Sjuksköterskorna var medvetna om att förväntningarna som ställdes på dem att kunna ge ett bra råd var stora. De beskrev denna utsatta position som viktig, ansvarsfull och svår.

...ansvaret är jättestort. Vi är ju liksom den första instansen som man ringer till, och som skall bedömas och där kan man ju känna liksom har jag missat någonting... (IP8)

Hanterbart Den enda kontakten som fanns mellan sjuksköterskan och patienten skedde via telefon. Som sjuksköterska i telefonrådgivning var man därför ensam och utsatt och för att arbetet skulle kännas hanterbart krävdes lyhördhet, prestigelöshet, beslutsamhet och självkänedom. Egenskaper har man i en del fall med sig i sin personlighet, men de kan också odlas och tränas. Sjuksköterskorna var väl medvetna om dessa viktiga egenskaper.

Lyhördhet Förmågan att "lyssna in" poängterades ofta i materialet och även det "osagda" måste uppfattas och rådet skall förankras hos patienten.

...man lär sig att bli lyhörd och lyssna igenom vad det egentligen är dom säger...man får liksom flera sinnen öppna när man lyssnar för du måste ju fånga det där lilla avvikande hela tiden...du måste lyssna på allt, minsta lilla skiftning... (IP 8)

Prestigelöshet Prestigelöshet handlade delvis om personlig mognad och trygghet hos sjuksköterskan, egenskaper som hon uttryckte att hon behövde för att hantera och bemöta alla så bra som möjligt.

...det är väldigt mycket psykologi och ödmjukhet, man får vara väldigt ödmjuk många gånger... (IP4)

Beslutsamhet Förmågan att kunna fatta beslut uttryckte informanterna som en viktig egenskap. För att kunna ge rätt råd behövde sjuksköterskan insamla relevant information genom att lyssna, styra, strukturera och fatta beslut.

...man ger den här möjligheten till dem att prata färdigt först, jag lyssnar och sedan får man börja styra lite mer, strukturera... liksom styra i den betydelsen. (IP 4)

Självkännedom Sjuksköterskorna uppfattade sig själva som det enda arbetsredskapet de hade i det dagliga arbetet. De uttryckte behovet av att lära sig hantera sitt arbete med utgångspunkt från sitt ”jag” och lära känna sig själva, sina starka och svaga sidor och sina reaktioner i olika situationer.

...man måste ju ha den här trevliga attityden och kunna bemöta folk...man kan ju inte säga vad för någonting som helst, eller vara hur sur och besvärlig som helst, även om det varit ett jättejobbigt samtal minuten innan... (IP5)

Stimulerande Det fanns en ”puls” i arbetet vilket gjorde arbetet roligt. För att kunna vara bred och aktuell i sina kunskaper behövde man använda och förnya dem och detta uppfattades som berikande även på det personliga planet. Samtalen var oftast positiva med bra kommunikation och patienterna var nöjda med råden de fått. Utvecklande, kul, självständigt och utmanande var subkategorierna i denna beskrivningskategori.

Utvecklande Sjuksköterskorna uttryckte det som en förutsättning och en förmån att få vistas i en miljö där ständigt sökande och förnyande av kunskaper sågs som en självklarhet och där det medvetet skapades förutsättningar för sådan utveckling.

En ny fas i mitt yrkesliv. Det har inte varit så tydligt, visst har man gett råd per telefon. Jag har gett väldigt mycket råd... Detta är en annan djupare dimension på sitt sätt. Det är ett nytt liv jag har påbörjat. (IP 7)

Roligt Det beskrevs tydligt i materialet att arbetet var lustbetonat och tillförde positiva känslor.

Men det är himla roligt det här jobbet... (IP 7)

Självständigt Sjuksköterskorna kände att de hade möjlighet att själva styra sitt arbete, var betrodda och att de kunde fatta självständiga beslut.

...jag vet att hon (vår chef) litar på oss, att vi är ganska starka i vår yrkesroll också, och vi har ganska mycket bredd... (IP 1)

Utmanande De som ringde ställde höga krav på sjuksköterskorna, som med stor iver antog utmaningen med målet att i alla lägen ge bästa möjliga råd och stöd. Detta uppfattades som positivt och gav arbetet en ”puls”.

... Man får använda hela sin bredd av kompetens som man har skaffat sig under årens lopp. Det är ju det som är så utmanande... (IP 8)

Delstudie III

Studien resulterade i fyra beskrivningskategorier som innehöll 14 subkategorier. Patienterna uppfattade SVR som ett lättillgängligt fundament i vardagen, rådgivningen var professionell, egenvårdsbefrämjande och tillförlitlig. Kontakten uppfattades som enkel och tidsbesparande. Om personalen var vänlig, bekräftande, respektfull och lugn i bemötandet uppfattades rådgivningen som god och om man blev delaktig i det råd som gavs gav det ökad följsamhet och acceptans. Egenvård befrämjades genom personliga råd och SVR var ett ”allt i allo”, ett bollplank för egna funderingar och känslor och dessutom en stödfunktion, uttryckt som ”back up”.



Tillgänglig En lättillgänglig, tidsbesparande och enkel SVR uppfattades som en tillgång; ett behov som fanns tillgodosågs. De flesta personer har idag en fast eller mobil telefon tillhands och eftersom det alltid fanns någon som svarade och som hade möjlighet att bistå med värdefulla råd och stöd vid SVR, så har verksamheten snabbt blivit en förenklande och positiv tillgång i vardagen.

Tidsbesparande Tidsvinsten uppfattades vara en viktig aspekt, särskilt om patienten eller ett barn/anhörig var allvarligt sjuk. Intjänande av tid beskrevs också genom att patienterna slapp resor till och väntetider på vårdinrättning.

Ja, du får en tid om när sjuksköterskan ringer upp, jag behöver inte sitta och vänta på telefonen utan samtalet kommer så småningom och då är det ju att hålla sig vid telefonen, det tycker jag är jättebra. (IP 7)

Lättillgänglig Patienterna beskrev lättillgängligheten som viktig, alltid tillhands, lätt att nå och som enda krav att man hade tillgång till en telefon. Det beskrevs som tryggt och som ett stort plus.

Om det så är mitt i natten som jag vaknar och mår konstigt så kan jag ringa och det finns någon som har tid att prata med mig en stund. Det upplever jag positivt. Jag har använt det mycket kan jag säga. (IP 7)

Enkel SVR uppskattades på grund av enkelheten att alltid kunna få kontakt oavsett avstånd, öppettider och transporter som försvårar och komplicerar för människor att ta sig till platsen där den önskade vården erbjuds.

...du behöver inte ta dig hemifrån heller om det inte är nödvändigt med ett litet barn eller en gammal människa eller någonting, när man kan göra någonting själv. Det tycker jag är positivt. (IP 7)

Professionell Alla typer av sjukvårdande verksamheter dit människor förväntas vända sig för att få råd, vård eller behandling har höga krav på sig att erbjuda god service till befolkningen. Patienterna förväntade sig att personalen uppträdde på ett vänligt och professionellt sätt. SVR ger ett rådgivande och vårdande telefonmöte och de intervjuade patienterna beskrev god service vid samtalen. Beslut som fattades i en gemensam process, gav en upplevd känsla av att ha blivit lyssnad till och vänligt bemött. Man uppfattade sig bekräftad, tagen på allvar och respektfullt behandlad. När man var rädd och upprörd blev man lugnt bemött och det uppfattades positivt. Samtalen väckte också negativa känslor och alla kände

sig inte optimalt omhändertagna i den givna situationen utifrån de förväntningar de hade.

Gemensam beslutsprocess Patienterna i studien uttryckte att det var viktigt att få vara delaktiga, inte bara vara en informationskälla utan också vara en fullvärdig part i dialogen och i beslutet. Det gällde både när det handlade om att identifiera problemet och att fatta beslut om åtgärd. Patienterna uttryckte att det inte kändes bra när det inte fungerade med samspelet.

... dom talar om hur det är och vi diskuterar oss fram till en vettig lösning där dom vet vad jag vill och jag förstår vad dom säger, så länge har dom tid med mig. (IP7)

Vänlighet Patienterna beskrev sin känsla av utsatthet då de ringde. Det var något i deras vardag som de inte helt kunde hantera på egen hand och de var kanske rädda eller oroliga. Att då bli vänligt bemött var något som de förväntade sig och så blev oftast fallet.

... de får väl säkert 100 samtal från hysteriska föräldrar, men de är ändå vänliga. (IP 11)

Bekräftelse Jätterädd, fullständigt övergiven och osäker var beskrivningar som gavs för att uttrycka de känslor som kunde finnas vid samtalet. Det var mycket viktigt att de uppfattade sig som förstådda och accepterade i sin rädsla av sjuksköterskan. Patienterna upplevde det negativt att inte bli bekräftade i sina känslor.

... känns som man blir tagen på allvar. (IP 9)
Och jag tror inte de förstod hur rädd jag var, nej. (IP 2)

Respekt Patienten hade gjort ett val att söka hjälp. De hade ringt till den instans som de förväntades söka först och ville bli respekterade för detta beslut och även respekterade som individ. Det beskrevs som upprörande att inte bli bemött med respekt.

Jag kände att jag ville strypa tanten i telefonen, för det är liksom inte hon som får hålla fast henne (barnet). (IP 11)

Lugn Patienterna påpekade att de vanligen hade bemötts av lugn när de sökte SVR och att detta hade haft en lugnande inverkan på dem själva och hjälpt dem att slappna av och ta sig samman. När oro och rädsla fanns i omgivningen behövde man någon som inte tappade fattningen, någon som man kunde luta sig emot.

... nu dör hon”, ja, då vet du att då vet jag att då var jag helt hysterisk och gapade och skrek i telefonen till den här Sjukvårdsupplysningen, men de var hur lugna som helst. (IP 11)

Tillförlitlig Det uppfattades av patienterna som en trygghet att kunna vända sig till en pålitlig verksamhet som alltid fanns tillhands, vid de tillfällen då behovet av att lösa svårhanterliga och oroande situationer i vardagen uppstod.

Informationskälla Patienterna uttryckte att de fått och förväntade sig att finna aktuell och relevant kunskap i SVR. Kunnig personal och att man kunde lita på råden angavs som ett av skälen till att verksamheten utnyttjades upprepade gånger. Det fanns dock variation i uppfattningarna och även kunskapsbrister hos personalen uppfattades vid samtal.

Det är ingenting som dom på ett ungefär bara säger, utan dom vet verkligen vad dom pratar om. (IP 6)

En trygghet Oro, befogad såväl som obefogad, beskrevs av patienterna som en baston i känslapanoramata då någon blev sjuk eller skadad. Man blev orolig för att inte få hjälp, över vad som hände i kroppen eller i omgivningen. Patienterna beskrev att både vetskapen om att SVR fanns och att själva kontakten med den, skapade trygghet i den givna situationen.

Det är ju detta att det är så tryggt att kunna ringa, att jag känner att... det jag vill ha sagt det är ju att det jag tycker är att sjukvårdsupplysningen är en väldigt bra form att få information. (IP 9)

Pålitlig Patienterna, som vände sig till SVR, var i en situation där de önskade snabb, aktuell och pålitlig information, vilket de uttryckte att de fått.

Du litar mer på det här. Ja. Då vet jag att jag pratar med någon från landstinget. Någon som har en utbildning och jag litar alltså inte på all information, jag är väldigt försiktig med information över huvudtaget. (IP 7)

Egenvårdsbefrämjande Verksamheten uppfattades som framför allt rådgivande och till SVR ringde man vanligtvis från sin vardagsmiljö till exempel från hemmet, förskolan, arbetsplatsen eller platsen för fritidssysslor. Ofta fanns också möjlighet att ta hand om många bekymmer på plats om man bara fick rådfråga en kunnig och tillgänglig person. Patienterna ville ha handfasta och konkreta råd, men även någon att ”bolla” sina tankar och känslor med och att få stöd att våga göra det man

egentligen redan själv visste att man borde göra. De ringde för att få goda och användbara råd, inte bara för att få veta vart de skulle vända sig. Många tänkte stanna hemma och vårda sig själva eller sina barn.

Personliga råd Patienterna beskrev råden som personliga, som riktade just till dem i den aktuella situationen. Detta uppfattades som värdefullt och som om att sjuksköterskan fattade sitt beslut efter patientens uttalade och aktuella behov.

Det känns ju som det (rådet) är för mig då... (IP 11)

All-around Patienterna kände att de kunde och fick ringa till SVR för alla typer av problem. Även om problemet inte var olösbart eller stort, utan mer ett behov av att få ventilerat sina tankar med en kunnig person, så kunde man ringa.

De är lite "allt iallo", inte bara när de är dö-sjuka, eller, utan även för prickar och liksom så'na, som man vet själv inte är dö-farligt... (IP 11)

Back up Patienterna uppfattade samtalen med sjuksköterskan i SVR som ett stöd i sin beslutsprocess och sitt agerande hemma. I sitt dagliga liv måste de fatta beslut om hur de skulle hantera de händelser som avlöser varandra. Ibland var besluten självklara och lätta att fatta men ibland behövdes någon som kunde vara ett stöd.

... jag tycker det är bra med sjukvårdsupplysningen, för just att man behöver prata med någon annan ibland bara, få någon att bekräfta lite att man tänker rätt och så. (IP 1)

Delstudie IV

Av 858 enkäter inkom sammanlagt 517 (60,4 %) svar. Åldersgrupperna var relativt jämt fördelade och 69 % var kvinnor i gruppen ≥ 20 år. Föräldragruppen 38 % var störst och innefattade de som ringt för sina barn (0-19 år). Drygt en tredjedel 37 % hade en högre utbildning och nästan hälften 48 % blev rekommenderade att söka primärvård för sina symtom. Könsfördelningen och åldersfördelningen i de besvarade enkäterna och i bortfallsgruppen visade ingen skillnad. De tre faktorerna, som framkom vid faktoranalysen var interaktion, service och produkt (Tabell 7).

Interaktion Faktorn beskrev mötet och interaktionen mellan patienten och sjuksköterskan under telefondialogen. Den innehöll åtta variabler som fokuserade på olika dimensioner i kommunikationen under informationsutbytet i samtalet.

Patienterna uttryckte mest nöjdhet med vänlighet och respekt.

Service Servicefaktorn som beskrev mötet med SVR, som en verksamhet inom vårdsektorn, innehöll tre variabler och fokuserade på kvalitet och effektivitet. Patienterna uttryckte mest nöjdhet med enkelheten i att lätt kunna nå SVR eftersom det nästan alltid fanns en telefon till hands.

Tabell 7. Patienternas uppfattning av kontakten med sjukvårdsrådgivningen. Visual Analog Skala (VAS) (rang: 0-10) och Student's t-test.

Faktor/ variabel	Åldersgrupp Medelvärde ± SD			p- värde	Åldersgrupp Medelvärde ± SD		p- värde	Åldersgrupp Medelvärde ± SD		p- värde
	0-∞	0-19	≥20		0-19 / ≥20	Egenvård		Primär + akut sjukhusvård	Grundskola + gymnasium	
Interaktion	7.9±1.44									
Bekräftelse	8.2±1.84	8.1±1.95	8.2±1.74	.312	8.1±1.81	8.2±1.87	.856	8.0±1.95	8.4±1.57	.011
Respekt	8.3±1.74	8.2±1.94	8.4±1.55	.009	8.2±1.85	8.3±1.66	.190	8.2±1.80	8.4±1.60	.097
Vänlighet	8.6±1.68	8.5±1.82	8.6±1.59	.105	8.5±1.80	8.6±1.62	.228	8.4±1.80	8.8±1.39	.005
Personligt råd	7.7±1.89	7.6±1.91	7.7±1.87	.692	7.6±2.07	7.7±1.78	.282	7.6±2.01	7.9±1.67	.079
Back up	7.9±1.78	7.8±1.78	7.9±1.82	.853	7.7±1.85	7.9±1.74	.885	7.7±1.90	8.1±1.62	.016
Tillförlitlig	7.7±1.80	7.5±1.79	7.8±1.82	.880	7.7±1.88	7.7±1.76	.384	7.7±1.84	7.7±1.73	.801
Gemensam besluts- process	7.2±2.32	7.1±2.37	7.2±2.35	.968	7.0±2.41	7.3±2.27	.322	7.0±2.47	7.5±2.16	.026
Lugn	7.6±2.00	7.5±2.10	7.6±1.94	.165	7.7±2.01	7.5±1.98	.574	7.5±2.11	7.6±1.83	.642
Service	8.1±1.51									
Tillgänglig	8.1±1.80	8.1±1.61	8.1±1.89	.199	8.2±1.74	8.1±1.82	.698	8.0±1.86	8.3±1.55	.013
Enkel	8.6±1.53	8.6±1.56	8.6±1.52	.374	8.6±1.60	8.6±1.50	.264	8.6±1.58	8.8±1.21	.071
Tids- besparande	7.6±2.04	7.5±2.07	7.7±2.03	.651	7.7±1.88	7.5±2.12	.217	7.5±2.07	7.9±1.82	.041
Produkt	5.4±2.03									
All-around	3.5±2.87	4.1±2.63	3.1±2.97	.023	3.7±2.71	3.4±2.94	.202	3.5±2.97	3.5±2.79	.722
Trygghet	6.2±2.82	6.3±2.54	6.0±3.00	<.0001	6.2±2.81	6.2±2.84	.641	6.3±2.84	6.0±2.84	.401
Kunskap	6.5±2.94	6.7±2.75	6.4±3.07	.052	6.5±2.99	6.6±2.91	.447	6.0±3.06	7.2±2.61	<.0001

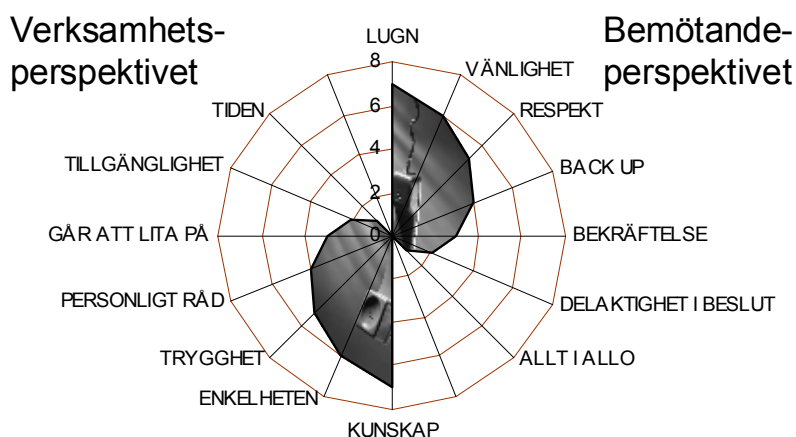
Produkt Faktorn inkluderade ”all-around, trygghet och kunskap”, och beskrev perspektiv på det som förmedlades vid samtalet, den upplevda allvarligheten i det medicinska problemet, det råd som gavs samt hur patienten uppfattade kunskap och trygghet hos sjuksköterskan. Patienterna beskrev från sitt perspektiv att de vände sig till SVR för relevanta problem. Sökandet efter trygghet och kunskap var

dock inte det primära vid kontakten.

Bakgrundsfaktorerna Män uppfattade sig mindre delaktiga i beslutsprocessen. Föräldragruppen (barn mellan 0-19 år) beskrev att de var mindre nöjda med respekten hos sjuksköterskan, men att de oftare vände sig till SVR för att få trygghet och att problemen var av mindre natur. Gruppen universitetsutbildade var mer nöjda med interaktionen, men också med tillgängligheten och tiden, samt den kunskap man möttes av (Tabell 7).

Icke tidigare publicerade resultat

I enkäten i delstudie IV besvarade patienterna frågan om sin syn på det aktuella mötet med SVR. I enkäten fanns även frågan hur de ville att en väl fungerande SVR skulle se ut ur ett bemötande- och ett verksamhetsperspektiv. Rangordning av 14 variabler gällande SVR beskrivs i figur 3. I rangordningen hur de tyckte att en bra SVR skulle vara i ett bemötandeperspektiv blev lugn viktigast, följt av vänlighet, respekt, back up, bekräftelse, delad beslutsprocess och sist all-around. Den inbördes rangordningen för variablerna i verksamhetsperspektivet var; kunskap som viktigast, följt av enkelhet, trygghet, personliga råd, tillförlitlighet, gåar att lita på, tillgänglighet, tiden och sist all-around.



Figur 3. Patienternas rangordning av 14 variabler gällande sjukvårdsrådgivningen (n=517)

Diskussion

Metoddiskussion

Avhandlingen består av två deskriptiva och två kvalitativa studier, de senare med fenomenografisk ansats. I det första arbetet beskrivs verksamheten ur ett kvalitets- och kostnadsperspektiv, därefter följer två intervjustudier med sjuksköterskor respektive patienter och slutligen beskrivs en enkät, som är en operationalisering av resultatet från patientintervjuerna i delstudie III. Sjukvården består av många dimensioner och arenor, och det finns ännu inte någon vetenskaplig metod eller teori som kan omfatta alla aspekter av vården. Det pågår dock sedan några år försök till att skapa en bredare teoretisk bas för omvårdnadsteorier [48]. Nåden och Eriksson skriver till exempel i sin artikel om vad som har hänt när sjuksköterskans arbete omformats till omvårdnadsvetenskap [49]. De framhåller ett antal kategorier i sin teorimodell som centrala; att invitera och bekräfta, själva mötet, värderingar och moralisk attityd och uppträdande, den goda viljan hos vårdgivaren och estetisk kommunikation.

Möten mellan människor utgör en central dimension i den dagliga vården. Varje individ är komplex och dialogen och samspelet mellan de individer som utformar mötet blir mycket sammansatt. Föllesdahl [50] framhåller att det finns tre huvudarenor för vetenskaplig forskning där varje arena har sina metoder. Naturvetenskapen har en hypotetiskt-deduktiv metod, medan det personliga och mänskliga oftare nyttjar en hermeneutisk metod. Den sociala vetenskapsarenan tillämpar ofta så kallade kritiska samhällsvetenskapliga metoder. SVR är en arena med människomöten i telefon, där också tekniken och strukturen i verksamheten har direkt inflytande på människorna och deras dialog [51, 52].

I sökandet efter mer kunskap om sjuksköterskan och patienten i SVR:s verksamhet är förutsättningen att personerna som möts påverkas av verksamheten som sådan [51]. Samtalet är mötesplatsen och mötet mellan sjuksköterskan och patienten blir på individnivå. Därför har verksamheten som fenomen beskrivits tidigare och även individernas medverkan på denna och deras påverkan på varandra har berörts. Den enkät som bygger på patienternas intervjuresultat (IV) ämnar bredda kunskapen om hur SVR uppfattas men kan också ge kunskap om hur patienterna vill att verksamheten skall se ut. Att söka kunskap om SVR innebär att söka den hos människor som haft erfarenhet av den. Att utesluta den gruppen skulle innebära förlust av viktig information. Det är uppfattandet av SVR som enligt fenomenografiskt perspektiv avgör hur sjuksköterskan och patienten agerar i mötet med varandra. Kunskapen (resultaten) skall ge en bild av verkligheten som läsaren kan känna igen, övertygas om och som är möjlig. Fenomenografisk ansats gör inte anspråk på att ge ett uttömmande svar på den komplexa process som

ett vårdssamtal i telefon innebär. Metoden kan dock vara en hjälp till ökad insikt genom att den beskriver verkligheten ur parternas perspektiv.

Begreppen trovärdighet och generaliserbarhet har olika innebörder inom kvantitativ och kvalitativ metod. Insamlandet av data skiljer sig åt, både vad gäller urvalet av deltagare och antalet deltagare. Syfte och analysmetoder skiljer sig också åt. I denna avhandling ingår båda metoderna och det är viktigt att beskriva vad som gjorts och hur det gått till. Med tillräcklig tydlighet skall läsaren själv kunna bedöma trovärdigheten i processen och kunna följa arbetet. Generaliserbarhet (att göra allmängiltigt) är ett centralt forskningsbegrepp, men begreppet kan diskuteras ur olika perspektiv. Kvalitativa metoder strävar inte efter generaliserbarhet på samma sätt som vid arbete med kvantitativa metoder. Den kvalitativa forskningen strävar inte heller efter att förutsäga händelser. Den vill presentera kunskap där läsaren kan se nya relationer samt få nya idéer och förståelse för problemen [53]. Resultaten i avhandlingen bidrar till att ge ytterligare beskrivning av hur SVR uppfattas av sjuksköterskorna och patienterna. I det insamlade materialet finns sannolikt ytterligare kunskap att utvinna. Ett annat tolkande perspektiv på insamlade data skulle kunna ge en djupare förståelse för det undersökta fenomenet SVR. Att utöka datainsamlingen genom att geografiskt bredda målgrupperna skulle vara av intresse. Den tidigare mer lokala SVR har nu blivit nationell och det har medfört ännu en förändring i vardagsverkligheten för sjuksköterskan. En nationell studie skulle då ge ett mer omfattande perspektiv.

Ett av målen, som berättigar forskning i vården, är att kunskapen skall återföras till vårdens vardag. En väl fungerande implementering skulle då kunna förbättra för patienter, personal och verksamhet. Fenomenografi är ett användbart val av metod, om resultatet skall användas i undervisning och utveckling, på grund av sin tydliga struktur i resultatbeskrivningen [32, 54]. Implementering av forskningsresultat i vården är dock en erkänt trög och svår process [55]. Hänsyn till olika faktorer måste tas och det kan ta lång tid innan resultat nås.

Kvantitativ metod

Utvärdering En utvärdering beskriver, värderar och förklarar befintliga förhållanden, utvecklingsinsatser, måluppfyllelser eller processer. Inom hälso- och sjukvården görs ofta utvärderande kvalitetsstudier, där mål formuleras och sedan utvärderas måluppfyllelsen. Utvärderingsprocessen innebär att på ett systematiskt och objektivt sätt fastställa vilka effekter olika åtgärder haft och vidare vilken relevans, effektivitet och genomslagskraft med avseende på de uppsatta målen som åtgärderna haft [56, 57].

VAS-skalar och ranking VAS-skalar och ranking används ofta i vårdforskning [58-60]. VAS-skalan är ett självskattningssystem och skälet till att vi valde VAS-skala [61] i delstudie IV beror på att patientens spontana känsla/erfarande av telefonmötet eftersöktes. Det var både uppfattandet av själva mötet som var i centrum och en uppfattning om en bra SVR, som verksamhet. Skalan gav patienten en möjlighet att själv uttrycka sin uppfattning om telefonmötet med sjuksköterskan i SVR [62]. Rangordningen av kategorierna i enkäten gjorde det möjligt att få en uppfattning om patienternas synpunkter på en bra SVR, både ur ett bemötandeperspektiv och ett verksamhetsperspektiv.

Urvalsprocessen Av tekniska skäl måste varje sjuksköterska själv välja sina samtal, enligt urvalsförfarandet. Detta skulle kunna ses som en ”selection bias”. Sjuksköterskorna hade dock inte i förväg blivit informerade om innebörden av studien och förväntades därför inte ha gett speciellt bemötande eller annan favör till de patienter vars samtal de sedan valde. Genom att välja var tredje samtal bakåt i tiden, från sina listor den dag de påbörjade sitt arbete under perioden, insamlades 50 samtal per sjuksköterska.

Enkäter Enkäter är ett bra sätt att få information om målet är att nå flera människor spridda över en större geografisk yta. Målet med delstudie IV var att med hjälp av operationalisering av subkategorierna i delstudie III öka förståelsen och generaliserbarheten. Validiteten påverkas av svarsfrekvensen. I denna enkätstudie var svarsfrekvensen 60,4 % och det kan ses som en svaghet i studien [63]. När det gäller bortfallet vet vi dock att åldersfördelningen och könsfördelningen var samma i bortfallet som i studiegruppen. Bortfallsanalys är av detta skäl inte genomförd.

Kostnadsanalys Kostnadsanalysen bygger på den hypotetiska frågan vart patienten skulle ha vänt sig om inte SVR hade funnits. Den enda som vet svaret är patienten själv. Patienten är den enda som kan bedöma det aktuella valet och vet hur omgivande situation såg ut vid tidpunkten för samtalet. Varje situation är unik med sina unika förutsättningar och det är en svaghet i kostnadsanalysen att den bygger på en hypotetisk fråga. Denna metod har dock använts tidigare [64, 65] och trots efterforskningar fann vi inte något bättre sätt att beräkna kostnaderna på vid tiden för studien. Det viktigaste resultatet med analysen var att SVR frigör läkartider och resurser som kan användas på ett mer adekvat sätt. Samtidigt kan detta ske med bra och säker rådgivning med god kvalitet, utan risk för patienten.

Faktoranalys Enkäten testades för validitet och reliabilitet. Den interna konsistensens reliabilitet var acceptabel för denna nykonstruerade enkät (0,86 mätt med Cronbach's α) [46]. ”Construct validity” (kumulativt värde 63 %), var också tillfredställande med detta höga värde. En svaghet innebar dock att

frågorna bestod av variabler med ordinalskalor (VAS-skolor) [58] eftersom en faktoranalys blir mer precis om variablerna har minst intervall skalor. Vi har dock valt att använda faktoranalys eftersom underlaget har varit tillräckligt stort för att en normal approximation kan vara tänkbar.

Kvalitativ metod

Valet i denna avhandling av en kvalitativ metod med fenomenografisk ansats beror på dess perspektiv och idé. SVR (fenomenet) är en verksamhet med en central händelse, ett telefonmöte mellan en sjuksköterska och en patient, där ett utbyte av information sker. Målet är att leverera respektive ta emot ett råd. Fenomenografin, som har sina rötter i pedagogiken, har som grundidé att beskriva variationer i att erfara ett fenomen. Dessa skilda sätt att erfara fenomenet är logiskt relaterade till varandra och formar tillsammans en helhet. Perspektivet är att det är en individs uppfattande av verkligheten som avgör hennes agerande. Individen tänker, gör och handlar utifrån hur vederbörande varseblir den omgivande verkligheten, vilken kan beskrivas ur första eller andra ordningens perspektiv [43, 46]. Fenomenografin beskriver ett andra ordningens perspektiv, vilket innebär att uppfattandet av verkligheten/fenomenet (i detta fall SVR) kan beskrivas i kvalitativt skilda kategorier. Fenomenografi är inte riktad mot själva fenomenet i sig utan mot variationen i människors uppfattande av fenomenet och ansatsen ger en strukturerad beskrivning av olika aspekter på SVR, telefonsjuksköterskans profession och patientens erfarenhet av kontakt. Varje individ uppfattar fenomenet på sitt sätt, men samtidigt finns det gemensamma strukturer och därigenom kan en beskrivning av fenomenet göras.

Urvalet i de två studierna är ett ändamålsenligt urval [44] som används för att maximera variationen i datainsamlingen och ett sådant urval är lämpligt för metoden. Urvalsmetoden har i artiklarna benämnts som ”purposive sampling”. En semistrukturerad intervju har använts. Det är en intervjuform med färdiga öppna frågor men där möjlighet att ställa nya frågor eller följdfrågor också finns. Frågorna behöver inte formuleras på samma sätt vid varje intervju eller ställas i precis samma ordning [66].

Telefonmötet mellan de två parterna är en dynamisk process. Sjuksköterskan och den uppringande patienten möts i telefonen och resultatet av deras möte beror på olika faktorer, bland annat hur de uppfattar och förstår sin egen och den andres verklighet, roll, uppdrag och arbete [28, 54]. Författaren är sjuksköterska och telefonrådgivare i en annan verksamhet på en klinik på ett större sjukhus. Fenomenet är således välkänt för författaren, vilket både är en fördel och en nackdel, när data insamlas och analyseras. Kännedom om området kan bidra till bättre och mer relevanta följdfrågor och djupare förståelse för kulturen i arbetet.

Nackdelen kan vara att intressanta aspekter förbises genom att fenomenet är bekant. Det har dock varit ett medvetet mål och krävt beslutsamhet att lyssna på patienterna och försöka vara i deras verklighet utan att koppla över till det egna sjuksköterskeperspektivet och tidigare egna erfarenheter. Det är de meningsbärande utsagorna som analyserats. I de två intervjustudierna har det varit god tillgång på meningsbärande utsagor, cirka 800 stycken (av sjuksköterskor) respektive cirka 600 stycken (av patienter) och de ger en bra bild av de båda parternas erfarenande av SVR. Fenomengrafisk ansats leder inte till nya teorier eller ger tolkningar utan fokus är beskrivningskategorier av fenomenet. Dock ingår alltid någon form av tolkning i en intervju och analysfas i all kvalitativ metod. Under intervjuerna användes en intervjuguide och dialogisk validering ingick som en del i varje intervju [45].

Det finns redan många aspekter och tankar om sjuksköterskans [67] profession presenterade [49, 68-70]. Att som sjuksköterska hantera vårdmöten, i stor mängd, bara via telefon är en relativt nytillkommen del av professionen. De erfarenheter, som en fenomenografisk metod i form av beskrivningskategorier ger, kan användas som underlag för, som i denna avhandling, vidare forskning, utveckling, utbildning och samtal. Resultaten kan också bidra till att verksamheten, från sin sida, skapar en bra vardagsverklighet för rådgivningsverksamheten [53]. Det finns flera forskningsmetoder att använda som till exempel etnografi eller diskursanalys och dessa skulle kunde tillföra annan typ av kunskap. Det finns till exempel brister i hur kunskaper om den ständiga förändringen i vården påverkar sjuksköterskan som individ i hennes yrke [26]. Studier om detta pågår och det kommer att behövas mer forskning framöver. Dessa kan ge ökad och djupare förståelse dels för denna förändring men också för denna nisch med telefonrådgivning i sjuksköterskans vardag.

Resultatdiskussion

Vårdsamtalet

Det sker en stor mängd av vårdmöten dagligen. Varje möte mellan människor som handlar om vård eller om en vårdande insats kan ses ur olika perspektiv. Nämnas kan till exempel maktperspektivet [17, 71-73], eller fokus och intresse på samtalet samt dialogen som sådan [74] och även etiska perspektiv är viktiga [32, 75,76]. I denna avhandling har vi valt att fokusera på verksamheten som den ter sig, mötet mellan den uppringande personen och sjuksköterskan i det dagliga arbetet i SVR. Vi är dock medvetna om att de andra perspektiven finns med som viktiga ingredienser i samspelet vid samtalet, även om de inte tagits med explicit i dessa texter.

Sjukvårdsrådgivningen

I delstudie I framkommer en stor följsamhet till sjuksköterskans råd, vilket är i likhet med vad andra studier också visat [22, 77-80]. Detta är en viktig kunskap. Det innebär att medicinsk kvalitet och säkerhet är viktigt, eftersom cirka 90 % av patienterna följer rådet de får och alltså litar på och agerar utifrån detta råd. Antalet patienter som valde egenvård ökade från 9 %, som hade tänkt egenvård om inte SVR hade funnits som alternativ, till 39 % efter samtalet med sjuksköterskan i SVR. De stannade där de befann sig och tog hand om problemet på plats [64, 81]. Denna egenvård var också enligt delstudie I adekvat ur ett medicinskt perspektiv. SVR:s sjuksköterskor hade till sin hjälp ett genomarbetat och anpassat beslutsstöd. Ett av målen med beslutstödet var att det ökade säkerheten för patienten. En säkerhetsmarginal måste finnas vilket gjorde att några rekommenderades en för avancerad vårdnivå men fördelen var att ingen hänvisades till för låg vårdnivå [79, 82, 83].

Kostnadsanalysen, enligt delstudie I, visar på en besparing både för patienten och vården. För patienterna betyder de goda råden att de kan spara både tid, pengar och besvär och för sjuksköterskan att hon kan känna sig trygg i sin roll som rådgivare. SVR innebär att resurser frigörs i form av större tillgång till läkartider och att vård kan erbjudas patienter som är i behov av sjukvårdens resurser, vilket också andra studier visat [64, 65, 78, 79].

Sjuksköterskeperspektivet

Sjuksköterskeyrket är en av samhällets äldsta professioner. Sjuksköterskor har en nyckelroll i vården, är verksamma inom alla vårdformer och har en speciell mellanposition i patientomhändertagandet [84]. Med begreppet professionell hållning avses de inre ledstjärnor och etiska principer, som vägleder vårdgivaren i arbetet med patienten [13, 85]. Professionell hållning har definierats som

...en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som, på kort eller lång sikt, gagnar den hjälpsökande, inte av de egna behoven, känslorna eller impulserna. Det innebär att visa respekt, intresse, värme, medmänsklighet, empati och ett personligt bemötande [13].

Kelly och Hartrick [86, 87] har beskrivit särskilt hur sjuksköterskans moraliska integritet byggs upp och bevaras. Den handlar om deras professionella identitet och ett steg är att revidera och införliva i sitt eget jag den image av sin person som beskrivs av omgivningen genom att vinna kontroll och bli respekterad av medarbetarna. När sjuksköterskorna själva får berätta om vad det är att vara

sjuksköterska eller vem en sjuksköterska är [88] så beskriver de sju dimensioner av professionell praktisk omvårdnad. Dessa dimensioner sträcker sig långt utöver tekniska kunskaper och är; vård som är kärnan, medlidande/medkänsla, sörja för patientens andliga behov, vardagshälsoperspektiv, att vara vittnen och erbjuda uppmuntran och stöd, att agera och handla i kriser och att göra det lilla eller stora extra för patienten. Telefonrådgivning i SVR är en speciell verksamhet inom vården. Telefonrådgivning finns i olika hög grad i all vård men i SVR är den högt specialiserad och den specifika arbetsuppgiften. I delstudie II beskriver sjuksköterskorna sitt behov av prestigelöshet och självkänedom för att kunna hantera sitt arbete. Man använder sig själv som det egentliga redskapet i varje samtal och den idé om/eller förståelsen av arbetet man har, har betydande påverkan [27, 28, 89]. Sjuksköterskorna beskriver också sitt arbete som utsatt, men genom att förmågan att hantera arbetet väl finns till hands, så blir det stimulerande och roligt. Utsattheten kan vara en fara för utbrändhet och andra hälsorisker om den inte kan hanteras [26, 90]. Kommunikation mellan människor handlar om samspel, förutom inställning och interaktion samt också till stor del om icke verbala faktorer [91, 92]. Det innebär att sjuksköterskan, i telefon, har ett begränsat ”språk” och för att kompensera förlusten av mötet ”ansikte mot ansikte” behöver utveckla andra sinnen [34, 93]. I en levande kommunikation tar båda aktiv del i utbytet av informationen och i vårdmötet i telefon är det extra viktigt att ett bra informationsutbyte sker. Det krävs förmåga att lyssna uppmärksamt och att kunna tolka det som sägs, för att rådet skall bli riktigt och kunna accepteras. Även det ”osagda” måste uppfattas och rådet skall förankras hos patienten. Sjuksköterskorna i delstudie II uttrycker detta väl i sin beskrivning av hanterbarheten i telefonrådgivningsarbetet, där de poängterar lyhördheten som en viktig faktor.

... man lär sig att bli lyhörd och lyssna igenom vad det egentligen är dom säger...man får liksom flera sinnen öppna när man lyssnar för du måste ju fånga det där lilla avvikande hela tiden...du måste lyssna på allt på minsta lilla skiftning... (IP 8)

Detta blev tydligt för författaren vid ett besök som gjordes på SVR under avhandlingens gång. Sjuksköterskornas fokuserade lyssnande var påtagligt i rummet då deras hela uppmärksamhet riktades på den aktuella patienten. Sjuksköterskorna nämnde själva inget som tyder på att de uppfattar sig vara i någon maktposition gentemot patienten [73]. Behovet att kunna fatta beslut togs däremot ofta upp. Beslutsamheten de beskriver handlar om förmågan att lotsa och styra samtalet och bestämma sig för vilket råd de skall ge. De är också medvetna om att deras tillgång till nya och aktuella medicinska kunskaper ger dem ett överläge som är stimulerande men också ett högt ställt krav från patienterna och verksamheten att de skall vara pålästa och kunniga.

Patientperspektivet

Thompson med flera belyser vilken stor betydelse det har att en god överensstämmelse råder mellan patientens förväntningar och den vård vederbörande erbjuder. Är samstämmigheten stor så blir deras nöjdhet med vårdmötet stor [94, 95]. I en studie av Giesen [96] framkom att då patienterna ringde till en vårdcentral och förväntade sig ett läkarbesök eller hembesök av läkare och i stället fick tala med en sjuksköterska på telefon så var de mindre nöjda med både tillgängligheten och kontakten. Detta stämmer med erfarenheterna från delstudie III där patienterna uttryckte vikten av att bli bekräftade i sina känslor och respekterade i sitt beslut att vända sig till SVR för hjälp. De patienter som blev ifrågasatta uppfattade detta som negativt.

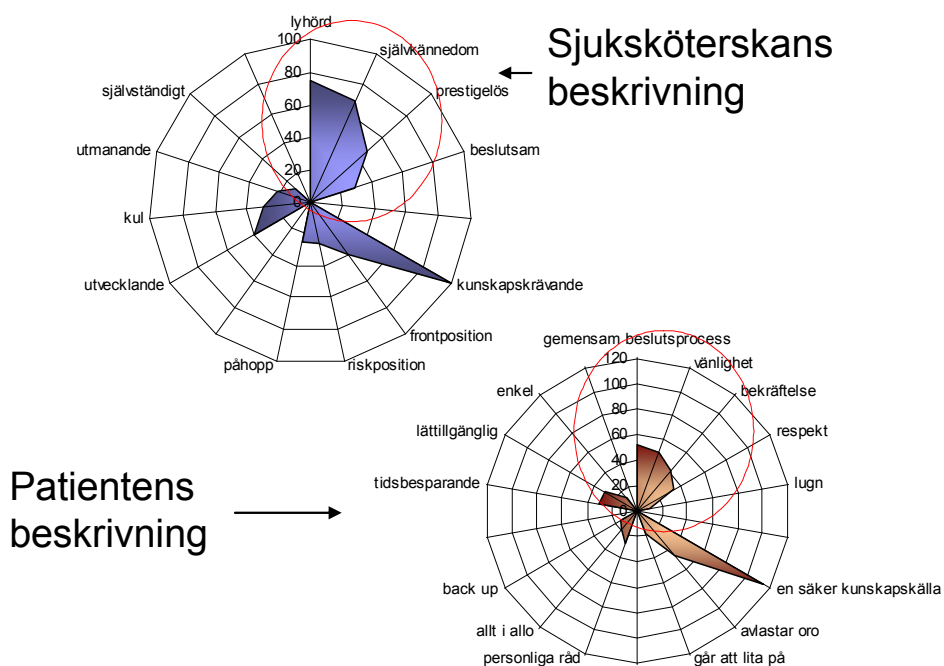
Och jag tror inte de förstod hur rädd jag var, nej. (IP3)

... man kan bli irriterad när jag söker för någonting och jag uppfattar som om jag söker i onödan eller så. (IP1)

I delstudie IV uppger sig föräldragruppen mindre nöjd med respekt och bekräftelse i bemötandet och samma mönster kan ses i beskrivningen av en god SVR (Tabell 7 och Figur 3). Föräldrar är en speciell grupp när det gäller uppfattandet av bemötandet och tillgängligheten, vilket också andra studier visat [97]. Sørlie [38] poängterar i sin studie patientens utsatthet och sårbarhet. I en anknytningsteori, som kan används i omvårdnadssammanhang, ses den komplicerade process som mötet mellan människor är. Ett möte mellan professionell vårdgivare och patient är om möjligt ännu mer komplext [98, 99]. Fossum [100] konstaterar att ur ett maktperspektiv måste ”ansvaret för en fungerande kommunikation i vården ligga på organisationen och den enskilde vårdaren, inte på patienten. Man kan inte begära att den som är sjuk, skadad eller lidande skall orka hantera de maktinslag och hinder som ligger i vägen för samtalet”. Patienterna i delstudie III och IV uttryckte samma sak, de förväntade sig och ville bli respektfullt och vänligt bemötta, de ville också vara delaktiga i beslutsprocessen. I sin rangordning placerade de lugn och kunskap som främst. Påtagligt är att resultatet kan tolkas som om att patienter har samma krav, förväntningar och upplevelser av möten i telefon som möten i vanliga vårdssammanhang (Tabell 2) och att de är barn av sin tid (Tabell 1).

Att vara professionell som sjuksköterska kan innebära olika saker beroende på vem i vården som definierar det. I delstudie III har en beskrivningskategori fått namnet professionell, där det handlar om hur patienterna uppfattade kontakten med sjuksköterskan i telefon. Beskrivningskategorin i delstudie III innehåller subkategorierna; gemensam beslutsprocess, vänlighet, bekräftelse, respekt och lugn (Figur 4). Namnet på kategorin har författarna satt, men innehållet i den

är intressant då den kan ställas i relation till sjuksköterskornas motsvarande beskrivning av hur de uppfattar mötet med patienten (Figur 4). Sjuksköterskorna beskriver att de behöver vara lyhörda och prestigelösa, att de behöver kunna fatta beslut och ha god självkänedom. Detta är egenskaper av vikt för att kunna hantera sin dagliga arbetsuppgift där de möter patienter i telefon. Sjuksköterskorna har sina egna förväntningar på sig själva, verksamhetens förväntningar och patientens förväntningar att möta. Det är intressant att se att det finns samstämmighet mellan vikten av ett bra personligt möte vid samtalet i telefonen, men också av kunskapens stora betydelse (Figur 4). Delstudie IV bekräftar denna bild att mötet i telefonen med sjuksköterskan är mycket viktigt och avgörande för nöjdheten med kontakten.



Figur 4. Sjuksköterskornas och patienternas beskrivning av telefonmötet i sjukvårdsrådgivningen. Subkategorier om mötet i samtalet mellan de två personerna (röd cirkel) är i fokus.

Slutsatser och fortsatt forskning

I **delstudie I** utvärderades SVR som verksamhet med fokus på medicinsk kvalitet i rådgivning, följsamhet och kostnadseffektivitet. Dokumentation och den medicinska bedömningen innefattande hänvisning till adekvat vårdnivå visade sig vara av hög kvalitet. Följsamheten var hög och en kostnadsbesparing kunde beskrivas. SVR befinner sig idag i en fortsatt utvecklings- och förändringsfas och det är av vikt att vidga förståelsen för verksamhetens plats och funktion i dagens sjukvård. Vidare forskning behövs ur flera perspektiv. Ökade krav från befolkningen på tillgänglighet och åtstramade ekonomiska resurser har direkt inverkan på denna verksamhet.

I **delstudie II** beskrevs hur sjuksköterskan i SVR uppfattade sitt arbete som rådgivare via telefon. Arbetet var utsatt. På grund av att det fanns reella möjligheter att hantera alla dagliga vårdmöten i telefon beskrevs arbetet även som stimulerande, utmanande och roligt. Telefonmötet i vården och dess många dimensioner behöver mer forskning, framför allt därför att det har blivit, för många sjuksköterskor, en vanlig daglig uppgift som påverkar både henne och de patienter som hon samtalar med.

I **delstudie III** beskrevs hur patienter som vänt sig till SVR för rådgivning i vårdfrågor uppfattade samtalet med sjuksköterskan och funktionen SVR. De uppfattade SVR som tillgänglig, professionell, egenvårdsbefräjande och tillförlitlig. Resultatet gav ett svar men också nya frågor. Patienternas perspektiv på all vård så och på SVR är en mycket viktig aspekt i planering och genomförande av all sjukvårdsverksamhet. Det är också betydelsefullt att de själva, med egna ord, får ge uttryck för hur de uppfattar vården. Mötet i telefon mellan sjuksköterska och patient behöver också belysas ur ett rent samtals- och dialogperspektiv.

I **delstudie IV** skapades en enkät genom operationalisering av delstudie III:s subkategorier, vilket hade som syfte att med en bredare bas utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och vårdnivå förstå hur patientens möte med SVR påverkas. Resultatet visar generellt, i studien, god nöjdhet med interaktionen med sjuksköterskan och med servicen. Den visar också att ett väl fungerande kunskapsutbyte vid samtalet är viktigt. Nöjdheten hos patienten påverkas av olika faktorer och påverkar i sin tur hur patienten sedan förhåller sig till rådet hon fått. Nöjdhet, följsamhet och säkerhet är ett samspel som behöver mer forskning. Den mycket höga följsamheten belyser vikten av en adekvat rådgivning med hög kvalitet på grund av rådets stora genomslagskraft. SVR frigör resurser i vården, vilket är av vikt med tanke på dagens åtstramade ekonomiska resurser.

Sjuksköterskan uppfattar sig som begränsad i sin patientbedömning på grund av bristen på den vanliga kontakten ("ansikte-mot-ansikte"). Dock har hon med hjälp av stor hanterbarhet och goda hjälpmedel funnit vägar att väl hantera denna brist i kommunikationen och uppfattar arbetet som väl fungerande och stimulerande. Patienterna beskriver sin kontakt med SVR med samma begrepp som det vanliga vårdmötet. Deras utsagor kan tolkas som om att de inte uppfattar någon skillnad av betydelse i telefonmötet och det vanliga mötet. Generellt är SVR som fundament i vården en verksamhet som ofta används och som man är mycket nöjd med.

Verksamheten är komplex och med olika metoder ökas förståelsen för vårdmötet i telefon. Fortsatt forskning från ett verksamhets-, sjuksköterske- och patientperspektiv är nödvändig därför att denna nisch i vården växer och utvecklas allt mer.

Tack!

Det är många människor som varit inblandade i denna avhandling. Med risk för att glömma någon måste jag ändå nämna några.

Först av allt

Tack till er sjuksköterskor i SVR och ni patienter som gav mig förmånen att en stund få dela er vardag, lyssna till era berättelser och erfarenheter, och bara sitta ner och vara med er. Det har berikat mitt liv och gett mig goda och avgörande minnen.

Så till mina handledare

Tack för att ni har funnits som ett osvikligt och erfaret stöd under processen, ibland plågsamt men alltid med målet att föra processen framåt.

Bertil Marklund, hur ska jag kunna tacka dig? Som min huvudhandledare har du, i många år, alltid funnits till hands. Alltid har du gett mig känslan av att jag kommer att klara av detta, alltid varit ärlig och trygg. Alltid lyssnat uppmärksamt på det jag har haft att säga och justerat mina tankar med van och säker hand. Alltid haft ett större perspektiv. Tack för allt du gjort men framför allt för den du är.

Bengt Mattson, tack för din stillsamma kraft. Du har varit en mjuk, men kraftfull och klok vägvisare genom avhandlingssnåren. Du har gärna delat med dig av dina erfarenheter och kunskaper till mig. Utan dig hade en dimension i mitt arbete saknats. Din plats hade stått tom, den kunde inte ersatts av någon annan. Tack för alla kloka ord.

Cathrine Hildingh, min respekt för och tillit till dig är stor. Att få dela analysernas möda och glädje med dig har varit en oförglömlig upplevelse. Du har ett så beslutsamt ”uppifrån-perspektiv”, som jag ibland känt att jag fått dela. Jag har fått sväva med dig på dina ”örnvingar” upp i det fria, upp i den blå rymden. Tack för allt ditt stöd och allt som du lärt mig.

Amir Baigi, tack för din ständiga omsorg om mig, mina siffror och diagram. Du har så mycket kunskaper och har så gärna delat med dig. Om jag inte förstått så gav du dig tid att förklara. Det har känts som om du verkligen brytt dig om att jag har förstått. Tack för all hjälp.

Övriga

Inga-Margareta Andersson och Jan Rydnert, tack för att ni stått ut alla dessa år med mitt ständiga schemakrångel, tack för att jag har fått byta tider om och om igen. Tack Inga-Margareta för ditt envisa beslut att stötta mig i alla väder. Ert stöd

har varit ovärderligt. Tack!

Marie, Katarina, Eva, Håkan, Jörgen, Eva-Carin, Helena, Susanne, Annika och tillfälliga gäster, ni underbara arbetskamrater som tillsammans skapar vår fina och kreativa arbetsmiljö på Närsjukvårdens FoU-enhet. Tack för all värme, alla goda råd, all tröst, all uppmuntran, all omtanke och alla goa skratt och ”små” interna fester där vi firat varandras små eller stora framsteg och framgångar.

Lollo Humble, mest tack för att du finns och håller ihop allting så det fungerar. Vågar inte tänka tanken hur det blivit utan dig. Tack också för att du alltid är så söt och snäll.

Gullvi Nilsson, för hjälp med översättning och språkgranskning.

Bengt Fridlund, tack för dina ofta avgörande synpunkter på mina alster. Du har varit mycket betydelsefull.

Sofie, Kaleb och Benjamin, mina underbara, kloka och alltid stöttande och hjälpsamma barn. Tack för att ni finns i mitt liv. Tack för att ni förstått mig och kramat mig och bett för mig när jag varit illa. Barn är Guds gåvor och ni är femstjärniga gudagåvor.

Landstinget Halland och Sjukvårdsrådgivningen för finansiellt stöd.

Psalm 23 i Psaltaren.

Referenser

1. Crafoord, C., *Människan är en berättelse; tankar om samtalskonst*. 1999, WSOY, Finland: Natur och Kultur.
2. Gray, J.A., *Postmodern medicine*. Lancet, 1999. **354**(9189): p. 1550-3.
3. Mah, M.W., et al., *Toward a socioethical approach to behavior change*. American Journal of Infection Control, 2006. **34**(2): p. 73-9.
4. DeSantis, L., *Making anthropology clinically relevant to nursing care*. Journal of Advanced Nursing, 1994. **20**(4): p. 707-15.
5. Harrison, M.I. and J. Calltorp., *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*. Health Policy, 2000. **50**(3): p. 219-40.
6. Brown, C., et al., *Downsizing within a hospital: cutting care or just costs?* Social Science & Medicine, 2003. **57**(9): p. 1539-46.
7. Tarnas, R., *The passion of the western mind: understanding the ideas that have shaped our world view*. 1991, New York: Ballantine Books.
8. Kareld och Petersson., *Utveckla samverkan, en bok för dig i offentlig sektor*. 2004, www.utvecklasamverkan.se: Dialog och ide', Utbildningsringen.
9. Bergstrand, M., *Hälsorådgivande samtal*. 2004, Lund: Studentlitteratur Lund Sweden.
10. Gласper, A., *Telephone triage: a step forward for nursing practice?* British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 1993. **2**(2): p. 108-9.
11. Linell, P., *The power of dialoge dynamics.*, in *The dynamics of dialoge*. 1990, Harvester Wheatsheaf New York.
12. Leppänen, V., et al., *Villkor i arbete med människor - en antologi om human servicearbete*, i *Känslor i arbete med människor*, S.J.T. Jönsson, Editor. 2006, Arbetslivsinstitutet: Stockholm. p. 77-110.
13. Ottosson, J.O., *Patient - läkarrelationen*. Vol. 144. 1999, Stockholm: SBU:s publikationsserie . Natur o Kultur.

14. Stewart, M.A., *What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes*. *Social Science & Medicine* (1982), 1984. **19**(2): p. 167-175.
15. Skoglund, P.R., D. Isacson, and K.I. Kjellgren, *Analgesic medication--communication at pharmacies*. *Patient Education and Counseling*, 2003. **51**(2): p. 155-61.
16. Holmstrom, I., et al., '*Carer and gatekeeper*' - conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002. **16**(2): p. 142-8.
17. Leppänen, V., *Structures of District Nurse-Patient Interaction*. 1998, Lund: Dept of Sociology, Lunds University.
18. Olin Lauritzen, S., *Hälsovård som rutin eller relation. Svensk mödravård möter invandrarfamiljer*. 1990, Stockholm: Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.
19. Adelswärd, V. and L. Sachs, *A nurse in preventive work--dilemmas of health information talks*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1996. **10**(1): p. 45-52.
20. Breslin Elizabeth, D.J., *The development of telephone triage: historical, professional and personal perspectives*. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 2002. **6**(4): p. 191-7.
21. Foster, J., L. Jessopp, and S. Chakraborti, *Do callers to NHS Direct follow the advice to attend an accident and emergency department?* *Emergency Medicine Journal*, 2003. **20**(3): p. 285-8.
22. Lee, T.J., et al., *Caller satisfaction with after-hours telephone advice: nurse advice service versus on-call pediatricians*. *Pediatrics*, 2002. **110**(5): p. 865-72.
23. Marklund, B., *Symtom Råd Åtgärd*. 2000, Vänersborg Sweden: CW Carlssons tryckeri AB.
24. White KR and B. JW., *Nursing entrepreneurship in an era of chaos and complexity*. *Nursing Administration Quarterly*, 1998 **22**(2): p. 40-7.

25. Greenglass, E.-R. and R.-J. Burke, *The relationship between hospital restructuring, anger, hostility and psychosomatics in nurses*. Journal of Community and Applied Social Psychology, 2000. **10**: p. 155-61.
26. Glasberg, A.-L., A. Norberg, and A. Söderberg, *Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers*. Journal of Advanced Nursing, 2007. **60**(1): p. 10-9.
27. Sandberg, J., *Understanding human competence at work: an interpretative approach*. Academy of Management Journal, 2000. **43**(1): p. 9-26.
28. Kaminsky, E., U. Rosenqvist, and I. Holmstrom, *Telenurses' understanding of work: detective or educator?* Journal of Advanced Nursing, 2009. **65**(2): p. 382-90.
29. Mamhidir, A., M. Kihlgren, and V. Sørli, *Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences*. BMC Medical Ethics, 2007. **8**: p. 3.
30. Beauchamp, T. and J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics. 5th ed.* 2001, New York: Oxford University Press.
31. Höglund, A., *No Easy Choices. On Guidelines and Ethical Competence in Priority Setting in Health Care. A Study in Empirical Ethics*. 2005, Uppsala Sweden.
32. Holmstrom, I., et al., *The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing*. Journal of Clinical Nursing, 2007. **16**(10): p. 1865-71.
33. Leppänen, V., *Callers' presentations of problems in telephone calls to Swedish primary care*. Calling for Help: Language and social interaction in telephone helplines ed. C. Baker, M. Emmison, and A. Firth. 2005, Amsterdam: John Benjamins.
34. Edwards, B., *Seeing is believing- picture building: a key component of telephone triage* Journal of Clinical Nursing, 1998. **7**: p. 51-7.
35. Grenier, S., *Telephone Triage and Risk Management*. QRC Advice, 2000. **16**: p. 9-12.

36. White, J.E., et al., *Content and process in clinical decision-making by nurse practitioners*. Image--The Journal of Nursing Scholarship, 1992. **24**(2): p. 153-8.
37. Wahlberg, A.C. and R. Wredling, *Telephone nursing: calls and caller satisfaction*. International Journal of Nursing Practice, 1999. **5**(3): p. 164-70.
38. Sørli, V., et al., *Satisfied patients are also vulnerable patients -narratives from an acute care ward*. Journal of Clinical Nursing, 2006. **15**: p. 1240-6.
39. Williams, A.M. and V.F. Irurita, *Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context*. International Journal of Nursing Studies, 2006. **43**(4): p. 405-15.
40. Attree, M., *Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care*. Journal of Advanced Nursing, 2001. **33**(4): p. 456-66.
41. Halldorsdottir, S. and E. Hamrin, *Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective*. Cancer Nursing, 1997. **20**(2): p. 120-8.
42. Richardson, J., *Health promotion in palliative care: the patients' perception of therapeutic interaction with the palliative nurse in the primary care setting*. Journal of Advanced Nursing, 2002. **40**(4): p. 432-40.
43. Marton, F., *Phenomenography - describing the conception of world around us*. Instructional Science, 1981. **10**: p. 177-200.
44. Polit, D.F. and C. Tatano Beck, *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization* 6 ed. 2006, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
45. Kvale, S., *Ten standard objections to qualitative research interviews*. Journal of Phenomenological Psychology, 1994. **25**: p. 147-73.
46. Sjostrom, B., et al., *Applying phenomenography in nursing research*. Journal of Advanced Nursing, 2002. **40**(3): p. 339-45.

47. Burns, N. and S.K. Grove, *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 3rd ed. 1997, Philadelphia: WB Saunders.
48. Salmon, P. and B. Young, *Dependence and caring in clinical communication: The relevance of attachment and other theories*. Patient Education and Counseling, 2009. **74**(3): p. 331-8.
49. Nåden, D. and K. Eriksson, *Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity*. Nursing Science Quarterly, 2004. **17**(1): p. 86-91.
50. Føllesdal, D., *Readings in the Philosophy of Social Science*, ed. M.M.a.L.C. McIntyre. 1994, London Bradford Book The MIT Press. Cambridge, Massachusetts
51. Lundstrom, T., et al., *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. American Journal of Infection Control, 2002. **30**: p. 93-106.
52. Saltman, R.B. and S.-E. Bergman, *Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective*. Journal of Health Politics, Policy & Law, 2005. **30**: p. 253-75.
53. Rolfe, G. *Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research*. Journal of Advanced Nursing, 2006. **53**(3): p. 304-10.
54. Larsson, J. and I. Holmström, *Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2007. **2**: p. 55-64.
55. Eccles, M., et al., *Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings*. Journal of Clinical Epidemiology, 2005. **58**(2): p. 107-12.
56. Olsson, H. and S. Sörensen, *Forskningsprocessen*. 2001, Falköping Sweden: Elanders Gummesson.
57. Bonita, R., R. Beaglehole, and T. Kjellström, *Basic Epidemiology*. 2006: World Health Organization.

58. Meretoja, R., et al., *Comparison of nurse competence in different hospital work environments*. Journal of Nursing Management, 2004. **12**(5): p. 329-36.
59. Bijlenga, D., et al., *When outcome is a balance: methods to measure combined utility for the choice between induction of labour and expectant management in mild risk pregnancy at term*. BMC Pregnancy & Childbirth, 2007. **7**: p. 10.
60. Warise, L., et al., *Determining perceived learning needs of newly employed pediatric oncology registered nurses*. Journal for Nurses in Staff Development, 2008. **24**(2): p. 69-74.
61. Carlsson, A.-M., *Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale*. Pain, 1983. **16**(1): p. 87-101.
62. Roos, E.M., *Outcome after anterior cruciate ligament reconstruction--a comparison of patients' and surgeons' assessments*. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 2001. **11**(5): p. 287-91.
63. Edwards, P., et al., *Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review*. British Medical Journal, 2002. **324**: p. 1183-5.
64. Greenberg, M., *Telephone nursing: evidence of client and organizational benefits*. Nursing Economics, 2000. **18**(3): p. 117-23.
65. Lattimer, V., et al., *Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial*. BMJ, 2000. **320**(7241): p. 1053-7.
66. Langemar, P., *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. 2008, Stockholm Ljubljana: Liber.
67. Croona, G. and H. Jenner., *Om makt och jämlikhet i professionella relationer*. Tidskrift för Socialpaedagogik (7), 2001.
68. Nauright, L.P., L. Moneyham, and J. Williamson., *Telephone triage and consultation: an emerging role for nurses*. Nursing Outlook, 1999. **47**(5): p. 219-26.
69. Armstrong, A.E., *Towards a strong virtue ethics for nursing practice*. Nursing Philosophy, 2006. **7**(3): p. 110-24.

70. Naef, R., *Bearing witness: a moral way of engaging in the nurse-person relationship*. Nursing Philosophy, 2006. **7**(3): p. 146-56.
71. Henderson, S., *Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care*. Journal of Clinical Nursing, 2003. **12**(4): p. 501-8.
72. Shattell, M., *Nurse-patient interaction: a review of the literature*. Journal of Clinical Nursing, 2004. **13**(6): p. 714-22.
73. Kettunen, T., M. Poskiparta, and M. Gerlander, *Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages*. Patient Education and Counseling, 2002. **47**(2): p. 101-13.
74. Aled, J., *Putting practice into teaching: an exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource*. Journal of Clinical Nursing, 2007. **16**(12): p. 2297-307.
75. Racher, F.E., *The Evolution of Ethics for Community Practice*. Journal of Community Health Nursing, 2007. **24**(1): p. 65-76.
76. McCarthy, J., *A pluralist view of nursing ethics*. Nursing Philosophy, 2006. **7**: p. 157-64.
77. Hagan, L., D. Morin, and R. Lepine, *Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings*. Public Health Nursing, 2000. **17**(4): p. 305-13.
78. Bogdan, G., et al., *Evaluating patient compliance with nurse advice-line recommendations and the impact on healthcare costs*. The American Journal of Managed Care, 2004. **10**: p. 534-42.
79. Moore, J., et al., *An analysis of patient compliance with nurse recommendations from an after-hours call center*. Academy of Management Journal, 2002. **8**: p. 343-51.
80. Dale, J., et al., *Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients*. Quality & Safety in Health Care, 2004. **13**(5): p. 363-73.

81. Fotune, T., *Telephone triage: an Irish view*. Accident and Emergency Nursing, 2001. **9**: p. 152-6.
82. Cariello FP, *Computerized telephone nurse triage. An evaluation of service quality and cost*. Journal of Ambulatory Care Management 2003. **26**: p. 127-37.
83. Robinson, D., M. Anderson, and P. Erpenbeck, *Telephone advice: new solutions for old problems*. The Nurse Practitioner 1997. **22**: p. 179-92.
84. Croona, G., *Etik och utmaning; om lärande av bemötande i professionsutbildning*, i Växjö universitet, Fakulteten för humaniora och samhällskunskap, Institutionen för pedagogik. 2003, Acta Wexionensia Nr 28/2003 Pedagogik: Växjö p. 248.
85. Holm, U., *Det räcker inte att vara snäll. Förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare*. 1995, Stockholm Sweden: Natur och Kultur.
86. Kelly, B., *Preserving moral integrity: a follow up study with new graduated nurses*. Journal of Advanced Nursing, 1998. **28**: p. 1134-45.
87. Hartrick Doane, G., *Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity*. Nursing Ethics, 2002. **9**: p. 623-35.
88. Hudacek, S.S., *Dimensions of caring: a qualitative analysis of nurses' stories*. The Journal of Nursing Education, 2008. **47**(3): p. 124-9.
89. Knowles, E., et al., *NHS Direct and nurses-opportunity or monotony?* International Journal of Nursing Studies, 2002. **39**: p. 857-66.
90. Ericson-Lidman, E., A. Norberg, and G. Strandberg, *Meanings of being a female co-worker to a person developing burnout*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2007. **21**: p. 155-62.
91. Kacperek, L., *Non-verbal communication: the importance of listening*. British Journal of Nursing, 1997. **6**(5): p. 275-9.
92. Coulter, A., *Paternalism or partnership?* British Medical Journal, 1999. **319**: p. 719-20.

93. Pettinari, C.J. and L. Jessopp, "*Your ears become your eyes*": managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 2001. **36**(5): p. 668-75.
94. McKinley, R., et al., *Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care?* *Family Practice*, 2002. **19**(4): p. 333-8.
95. Thompson, K., K. Parahoo, and B. Farrell., *An evaluation of a GP out-of-hours service: meeting patient expectations of care.* *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2004. **10**: p. 467-74.
96. Giesen, P, et al., *Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: Determinants of a negative evaluation.* *Patient Education and Counseling*, 2007. **65**(1): p. 131-6.
97. Keatinge, D. and K. Rawlings., *Outcomes of nurse-led telephone triage service in Australia.* *International Journal of Nursing Practice*, 2005. **11**(1): p. 5-12.
98. Bowlby, J., *Attachment and loss. Separation: anxiety and anger.* Vol. 2. 1973, New York: Basic Books.
99. Griffin, D.W. and K. Bartholomew., *The metaphysics of measurement: the case of adult attachment.* *Advanced Personal Relation*, 1994. **5**: p. 17-52.
100. Fossum, B., *Kommunikation Samtal och bemötande i vården.* 2007, Reálszisztéma Dabas Printing House, Hungary: Studentlitteratur.

