

Sjuksköterskors arbetsmiljö i telefonrådgivningen på vårdcentral - En pilotstudie

FÖRFATTARE
PROGRAM/KURS/
KURSKOD

Linda Börjesson
Examensarbete för magister i
omvårdnad/Fristående kurs/
OM5130
VT 2011

OMFATTNING
HANDLEDARE
EXAMINATOR

15 högskolepoäng
Eva Lidén
Helena Lindgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Jag vill tacka alla som gjort det möjligt för mig att genomföra min magisterexamen.

Framförallt vill jag tacka de sjuksköterskor som varit föremål för min studie. Jag är mycket tacksam över att jag fick ta del av era tankar och erfarenheter.

Jag vill också tacka kurskamrater och lärare för nyttiga tips. Sen vill jag tacka min handledare, Eva Lidén, som kommit med värdefulla funderingar och tips till mitt arbete.

Till slut vill jag tacka min familj, för att ni stått ut med min frånvarande närvaro på kvällarna och helgerna de sista veckorna.

Titel (svensk):	Sjuksköterskors arbetsmiljö i telefonrådgivningen på vårdcentral. En pilotstudie.
Titel (engelsk):	Nurses' work environment in the telephone counseling at healthcare center. A pilot study.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs:	Examensarbete för magister i omvårdnad/Fristående kurs
Kurskod:	OM5130
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Linda Börjesson
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Helena Lindgren

SAMMANFATTNING

Introduktion:

I början av 2000-talet blev telefonrådgivning en starkt växande metod för patientkontakt dit människor kunde ringa för råd och stöd. Flera studier belyser olika faktorer i den kliniska arbetsmiljön eller omgivningen, som kan påverka sjuksköterskors beslut om vård, samt resultat av den vård som ges. I de flesta av de beskrivna arbetsmiljöerna möter sjuksköterskan den vårdsökande ansikte mot ansikte. Få studier belyser telefonsjuksköterskors arbetsmiljö i telefonrådgivningen på vårdcentral, samt hur arbetsmiljön påverkar sjuksköterskors kommunikation med den vårdsökande och besluten som tas.

Syfte:

Syftet med arbetet är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av arbetsmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral. Syftet är dessutom att beskriva sjuksköterskors uppfattning om huruvida miljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande.

Metod:

I arbetet användes en kvalitativ metod. Urvalet bestod av sjuksköterskor med olika lång erfarenhet från telefonrådgivning på vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Semistrukturerad intervju användes som datainsamlingsmetod. Datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Materialet bearbetades med syfte att hitta koder och kategorier. För att pröva metoden genomfördes därför en pilotstudie.

Resultat:

Analysen resulterade i två kategorier, med därtill hörande underkategorier. De två kategorierna som framkom var; Sjuksköterskornas beskrivning av den fysiska arbetsmiljön (t.ex. för litet rum, dålig ljudisolering och tillgång till rådgivningsstöd); Den subjektiva arbetsmiljöns belastning och resurser (t.ex. ljudnivå, ventilation, människor som stör och tillgång till kollegor).

Diskussion:

Sjuksköterskorna belyser fysiska och subjektiva faktorer i arbetsmiljön. Faktorerna kan vara en belastning, men även fungera som resurs. Sjuksköterskorna upplevde att arbetsmiljöns olika faktorer påverkar samtalen med den vårdsökande, men inte att råden som ges eller det slutgiltiga beslutet som tas påverkas.

ABSTRACT

Introduction:

In the early 2000s hot line became a fast-growing method of patient contact to which people could call for advice and support. Several studies highlight the various factors in the clinical work environment or surroundings, which may influence nurses' decisions about care, and the results of the care provided. In most of the described work environment the nurse meets care seekers face to face. Few studies highlight the telephone nurses' work environment in telephone counseling at healthcare center, and whether the environment affects nurses' communication with the care seekers and decisions taken.

Purpose:

The purpose of this work is to describe nurses' experience of working in the telephone counseling at healthcare center. The aim is also to describe nurses' perception of whether the work environment affects communication with the care seekers.

Method:

The work used a qualitative approach. The sample consisted of nurses with different lengths of experience in telephone counseling at healthcare centers in the region of Västra Götaland. Semi-structured interview was used as a data collection method. The data material was analyzed using qualitative content analysis. The material was processed in order to find codes and categories. To test the method was therefore a pilot study.

Results:

The analysis resulted in two categories, with associated sub-categories. The two categories that emerged were; Nurses' description of the physical work environment (e.g. small room, poor sound insulation and the availability of counseling support); The subjective work environment loud and resources (e.g. noise, ventilation, people who disrupt and access to colleagues).

Discussion:

The nurses highlights the physical and subjective factors in the work environment. The factors can be loading, but also serve as a resource. The nurses felt that the factors in the work environment affecting the conversation with the care seekers, but they did not felt that the factors affect the advice given, or the final decision to be.

Keywords: work environment, communication, person-centered care, telephone counseling, healthcare services.

"Evnen til å sette den andre i fokus vil si evnen til å gi den andre udelt oppmerksomhet, å være fullt og helt "til stede", psykisk såvel som fysisk, å være lydhør og mottagende for kommunikasjonen fra den andre, og så langt det er mulig å eliminere alt som kan distrahere og gripe inn i kommunikasjonsprosessen." (Joyce Travelbee, citat översatt till norska av Kari Marie Thorbjörnsen, 2003)

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	7
BAKGRUND	7
TRE OLIKA PERSPEKTIV	8
SJUKSKÖTERS KANS ROLL	8
DE VÅRDSÖKANDES SAMTAL TILL EN VÅRDCENTRAL	10
KOMMUNIKATION	12
SJUKSKÖTERS KANS ARBETSMILJÖ	13
TEORETISK REFERENS RAM	15
Personcentrerad omvårdnad	15
Mellanmänsklig process	15
PROBLEMFÖRMULERING	17
SYFTE	17
METOD	17
DELTAGARE OCH URVAL	18
DATAINSAMLING	19
DATAANALYS	19
PILOTSTUDIEN	20
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	21
RESULTAT	22
SJUKSKÖTERSKORNAS BESKRIVNING AV DEN FYSISKA	
ARBETSMILJÖN	23
DEN SUBJEKTIVA ARBETSMILJÖNS BELASTNING OCH	
RESURSER	24
DISKUSSION	26
METODDISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION	28
Slutsats	30
REFERENSER	31
BILAGOR	
1 INFORMATION TILL FORSKNINGSPERSONER	
2 SAMTYCKE TILL ATT DELTA I STUDIEN	
3 INTERVJUGUIDE	

INLEDNING

En växande och allt vanligare del i sjuksköterskans yrkesroll i dag är vårdmöten i telefon, vilket är en ny del i vår profession. I det rådgivande mötet per telefon förväntas sjuksköterskan ge säkra, goda och evidensbaserade råd till personen som ringer (Ström, 2009, s.8).

Som distriktssköterska sen snart ett år tillbaka har jag fått en viss uppfattning av hur det är att arbeta i telefonrådgivning på vårdcentral. Jag har endast erfarenhet av telefonrådgivning från en arbetsplats. Telefonrådgivningen är en allt större del av arbetet för sjuksköterskor, men fortfarande ett relativt nytt och till viss del utforskat område. Jag är intresserad av att undersöka hur arbetsmiljön i telefonrådgivningen påverkar kommunikationen mellan sjuksköterska och den vårdsökande och de beslut som tas.

Delar av bakgrundsmaterialet i denna studie har använts tidigare i en forskningsplan. Forskningsplanen var ett slutarbete på distriktssköterskeutbildningen och blev skrivet tillsammans med Kerstin Lund Bjerhem. Min ambition var sedan att göra ett examensarbete för magister inom omvårdnad och mitt önskemål var att få fortsätta med studien. Sen dess har syftet förändrats, datainsamlingsmetod och analys har ändrats och även delar i bakgrunden. Delar har också lagts till i bakgrunden.

BAKGRUND

Sjuksköterskor i telefonrådgivning är en relativt ny form av vård, men under 1930-talet kunde man i Stockholm ringa till Sjukhuscentralen för att komma i kontakt med sjukvården. På slutet av 1960-talet öppnades en sjukvårdsupplysning i Stockholm. På flera ställen i Sverige öppnades liknande verksamheter. Det skedde en expansion av primärvården på 1970-talet samtidigt som det blev brist på läkare. Familjstrukturen hade under 1900-talet ändrats till färre generationer i samma hushåll, samt flera ensamstående som blev utan stöd från förälder och syskon. Kravet om sjukvård på lika villkor ökade från befolkningen, så telefonrådgivning var en möjlighet att öka tillgängligheten och kvalitén för den hjälpsökande, så att han/hon kunde nå rätt vårdnivå, samtidigt som man sparade resurser då antalet läkarbesök kunde reduceras (Leppänen, 2008, s.20-21). I Storbritannien har det i decennier funnits hjälplinjer dit människor kunnat ringa för råd och stöd av andra medmänniskor som där arbetat på frivillig basis. Telefonrådgivning av sjuksköterskor är byggd kring samma principer och var i början på 2000-talet en ny, men starkt växande metod för patientkontakt (Breslin & Dennison, 2002).

Telefonrådgivning som begrepp innebär enligt Nationalencyklopedin (2005, citerad i Wahlberg, 2007, s.11) ”en organiserad verksamhet för att ge allmänheten medicinsk information, rådgivning och hänvisningar beträffande hälso- och sjukvårdsfrågor; även central där sådan information ges”. Detta innebär att de vårdsökande kan ringa till en central eller en organiserad verksamhet för information, rådgivning eller bli hänvisade vidare. I denna studie innebär en central eller organiserad verksamhet en vårdcentral.

TRE OLIKA PERSPEKTIV

Enligt Wahlberg (2007, s.10-11) kan man beskriva hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon utifrån tre perspektiv; sjuksköterskans, den vårdsökande och organisationens perspektiv.

Sjuksköterskans perspektiv:

- ”bedöma akut vårdbehov
- ge råd, stöd och undervisning
- bistå med hälso- och sjukvårdsinformation
- hänvisa till lämplig vårdnivå
- samordna vård- och omsorgsresurser.” (Wahlberg, 2007, s.10)

Hälso- och sjukvårdsrådgivningens mål utifrån den vårdsökandes perspektiv:

- ”öka patientens trygghet i vardagen
- öka patientens tillgänglighet
- stödja patientens egenvård
- hjälpa patienten till rätt vård.” (Wahlberg, 2007, s.11)

Hälso- och sjukvårdsrådgivningens effekter utifrån organisationens perspektiv:

- ”vård på lika villkor för hela befolkningen
- minskat antal besök till akutmottagningar och primärvård
- effektivare resursutnyttjande
- öka tillgänglighet för vården” (Wahlberg, 2007, s.11)

SJUKSKÖTERSKANS ROLL

Sjuksköterskor i telefonrådgivande roller har beskrivit sitt arbete som kunskapskrävande och kritisk utsatt. Sjuksköterskan har i varje telefonsamtal ett ansvar som dels professionell yrkesutövare, dels ett ensamt ansvar för att råden hon förmedlar är rätt, vetenskapligt beprövat och leder till hjälp för den som ringer. Att arbeta med telefonrådgivning innebär en ensam och utsatt position. För att arbetet skall kännas hanterbart krävs beslutsamhet, lyhördhet, prestigelöshet och självkänedom (Ström, 2009, s.8). Sjuksköterskan bör även vara entusiastisk över sitt arbete, kunskapssökande och väl medveten om både möjligheterna, men också riskerna, som finns vid rådgivning per telefon. Utbildning och träning är en mycket viktig del för personalen som sitter i telefonrådgivande roller (Breslin & Dennison, 2002).

I en studie från 2007 (Giesen, Ferwerda, Tijssen, Mokkink, Drijver, van den Bosch & Grol, 2007) fann man att telefonrådgivning av sjuksköterskor var effektiv, men kanske inte alltid helt säker för patienten. Sjuksköterskor som var utbildade och kunniga i att använda riktlinjer för telefonrådgivning i sina bedömningar hade en lägre frekvens av "underbedömning" av behovet av akutvård. Rekommendationerna i den studien var ett utbildningsprogram för sjuksköterskor i telefonrådgivning, samt en andra säkerhetskontroll av alla bedömningar av en läkare för att säkerställa säkerheten.

Sjuksköterskorna som sitter och svarar i telefonen har en stor makt gentemot de som ringer. När man som allmänhet behöver medicinsk hjälp och bedömning får man under

dagtid ringa vårdcentralen och under kvällstid en jourmottagning. Konsekvensen för patienten är att inte själv direkt kunna vända sig till den vårdgivare man önskar, sjuksköterskan fungerar som "dörrvakt" och beslutar vilket råd som skall ges och vem som får tid till läkare. Rådgivningen kan även bli fördröjd av köbildning, oftast på morgonen och på många vårdcentraler måste kontakt med sjuksköterska först tas innan ett ev. besök, det finns inga "öppna" tider att komma på (Leppänen, 2010). Dock så visar det sig att patienterna generellt är mycket nöjda med kontakten med sjuksköterskorna på telefonrådgivningen. De upplevdes artiga, tillmötesgående och förstod problemställningarna väl. Språket sjuksköterskorna använde och råden de gav var lätt att förstå. Av de tillfrågade i studien uppgav 50 % att de hade sökt läkare på akuten om inte telefonrådgivningen hade funnits. Råden som sjuksköterskorna gav över telefon kunde klassificeras i två kategorier, dels hänvisning/kontakt till annan mer kunnig vårdgivare, eller hjälp till självhjälp. Detta betyder för sjuksköterskan att bedöma, lösa eller stabilisera problemen (Hagan, Morin & Lépine, 2000).

På många arbetsplatser inom primärvården har den sjuksköterska som svarat i telefon suttit själv i ett kontorsrum, isolerad från sina arbetskamrater. Samtalen har inte bandats eller dokumenterats och det har inte heller funnits tillgång till bedömningsguider. Många av sjuksköterskorna har ej heller haft någon utbildning inom telefonrådgivning. Under senare år har säkerheten i rådgivningen diskuterats. Numera finns det kurser på högskolenivå i telefonrådgivning. Samtalen bandas, både ur säkerhets- och utbildningssyfte. Databaserade supportprogram introduceras och samtalen dokumenteras numera i högre grad än tidigare (Leppänen, 2010).

I en studie av Ström, Marklund och Hildingh (2006) visade resultatet att sjuksköterskorna upplevde sitt jobb som stimulerande, personligt utvecklande, utmanande och roligt. Men arbetet var också utsatt för kritik p.g.a. den frontposition de hade i vårdkedjan. Det stimulerande och utmanande i arbetet bestod i att arbetet var självständigt och att varje nytt samtal innebar en kontakt med en okänd människa med okända behov. De flesta samtalen upplevdes som positiva, med god kommunikation och en person nöjd med de råd som givits.

Kaminsky, Rosenqvist och Holmström (2009) kom i en studie fram till att svenska telefonsjuksköterskors förståelse av sitt arbete i grovt handlade om att bestämma, hänvisa och ge råd. Vidare handlade det om att stötta, stärka och undervisa den vårdsökande, samt underlätta den vårdsökandes inläring. Tillsammans kunde detta fungera som arbetskarta för telefonsjuksköterskan.

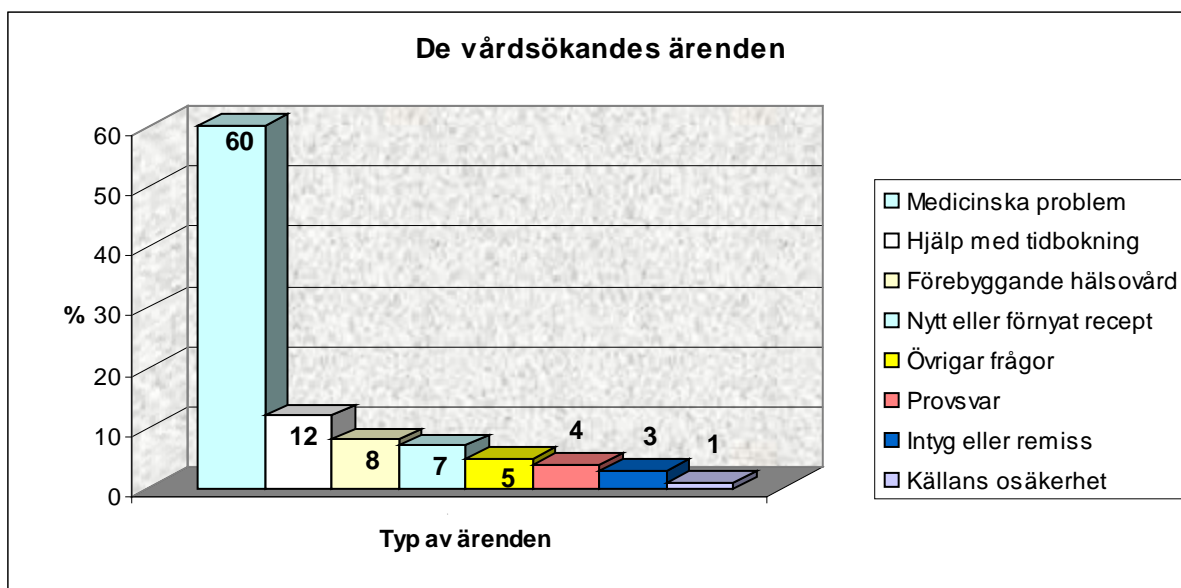
Inom litteraturen används ofta telefonsjuksköterska som begrepp om sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning. Jag använder därför telefonsjuksköterska på vissa ställen i arbetet.

DE VÅRDSÖKANDES SAMTAL TILL EN VÅRDcentral

Undersökningar har visat att en tredjedel av alla samtal från vårdsökande sker på måndagar till vårdcentralerna. Övriga dagar var fördelningen av telefonsamtal jämn. Det fanns olika orsaker till detta, bl.a. att den vårdsökande väntade med att ringa tills efter helgen, då vårdcentralen öppnade, samt att sjukskrivningar ofta avslutades på söndagar. Drygt 60 % av dem som ringde till vårdcentralen tyckte att det var lätt att komma fram på telefon, 16 % tyckte varken/eller och 19 % tyckte att det var svårt. Studier har visat olika angående samtalens längd till vårdcentralen, men ca 3 minuter verkade vara en genomsnittlig längd på telefonsamtalen. Om man ser till könsfördelningen så var 65 % kvinnor och 35 % män av de som ringde till en vårdcentral. Detta berodde på att kvinnor oftare än män ringde för någon annan. Antalet hjälpsökande var 53 % kvinnor och 47 % män. Undersökningar visade att 66 % av de vårdsökande själva ringer till vårdcentralerna, medan 34 % ringde för den vårdsökande. Genomsnittlig ålder på den som sökte vård var drygt 36 år. Det var fler samtal som handlade om barn 12 år och yngre (drygt 27 %) än om 65 år och äldre (17 %). Trolig orsak är att hemsjukvården i stor utsträckning tar hand om många av de äldre (Leppänen, 2008, s.28-30).

De vårdsökandes ärenden visas i tabell 1.

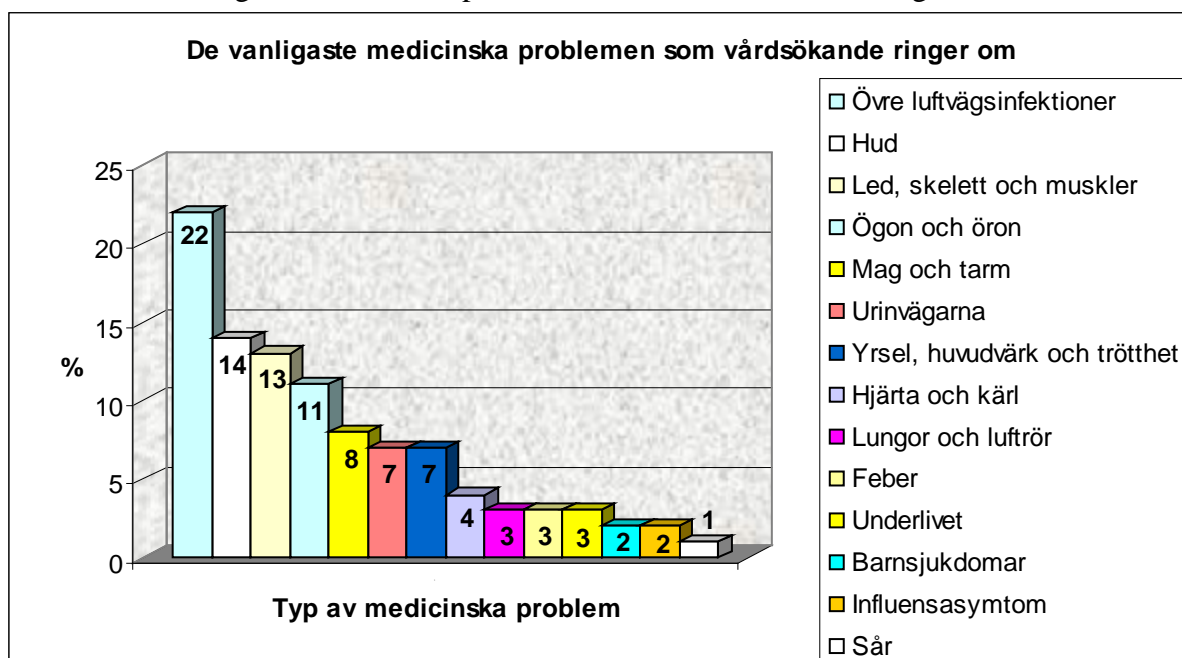
Tabell 1. De vårdsökandes ärenden



(Leppänen, 2008, s.31)

De vanligaste medicinska problemen som de vårdsökande ringer om visas i tabell 2.

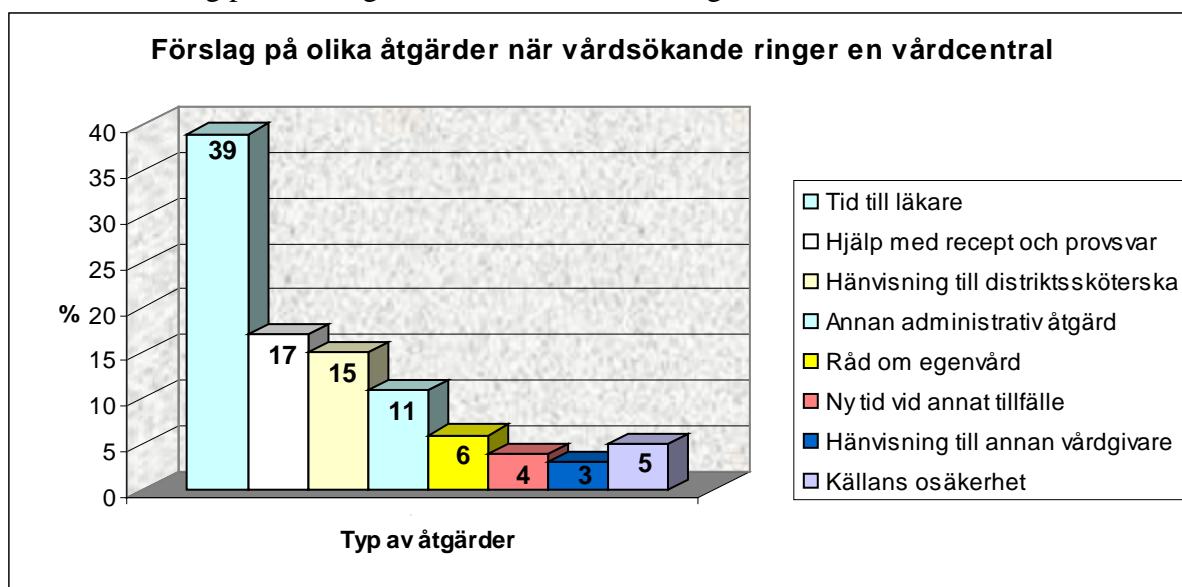
Tabell 2. De vanligaste medicinska problemen som de vårdsökande ringer om



(Leppänen, 2008, s.31)

Åtgärder som föreslås när en vårdsökande ringer till vårdcentral visas i tabell 3.

Tabell 3. Förslag på olika åtgärder när vårdsökande ringer en vårdcentral



(Leppänen, 2008, s.32)

En undersökning från 2007 visade att 86 % av de vårdsökande till vårdcentral fick den hjälp de behövde, medan 11 % inte tyckte att de fick den hjälpen de var i behov av. En

annan undersökning från 2007 visade att 81 % följde de egenvårdsråd de fick, att de som fick råd att söka vårdcentral följde rådet i 91 % av fallen och alla som fick råd att söka till en akutmottagning gjorde detta (Leppänen, 2008, s. 33-34).

KOMMUNIKATION

Enligt Nationalencyklopedin (2010) innebär kommunikation ”överföring av information mellan människor, djur, växter eller apparater”.

Kommunikation handlar om det som sägs med ord (verbal) och det som förmedlas medvetet eller omedvetet utan ord (non-verbal) (Wahlberg, 2007, s.65).

”Målsättningen med dialogen är; Rätt råd till nöjd patient! Den första uppgiften är att skapa en relation, sedan att lösa ett medicinskt problem.” (Marklund, 2008, s.9).

Lena Runius (2008, s.71) har genom sitt arbete som telefonsjuksköterska, med hjälp av litteratur och andra sjuksköterskor kommit fram till ett verktyg i samtalen med vårdsökande, d.v.s. samtalsprocessen. Samtalsprocessen skall även synliggöra telefonsjuksköterskornas arbete, samt styra mot målet, som enligt Runius bl.a. innebär det goda samtalet. Samtalsprocessen delas in i fem faser;

- Öppningsfasen (sjuksköterskan försöker att skapa förutsättningen för en bra kommunikation med att inleda samtalet på ett tillfredsställande sätt och uppmuntra den vårdsökande till att berätta utförligt. Röstens tonfall, röstläge och hastighet är viktig.)
- Lyssnandefasen (att sjuksköterskan lyssnar aktivt; att använda hörseln för att höra det verbala, samt tolka det icke-verbala som förmedlas, att ställa frågor, men inte för tidigt, samt bekräfta genom hummande eller komma med uppmuntrande fraser. Sjuksköterskan skall även sammanfatta för att ge och få bekräftelse på det som sagts. På det viset blir även den vårdsökande hörd och förstådd.)
- Analys- och bedömningsfasen (att sjuksköterskan utreder relevanta frågor, samt medicinska och mänskliga frågor, både öppna och slutna. Man försöker att hitta rätt balans mellan frågor och lyssnande. Den vårdsökande har en egen bild av föreställningar, farhågor och förväntningar, som också gör den vårdsökande i ett visst sinnestillstånd. Sjuksköterskan bör kunna hantera detta och skapa samförstånd och en gemensam bild av problemet.)
- Motivation- och åtgärdsfasen (sjuksköterskan övertyger och motiverar sitt beslut/bedömning. Man tar reda på och använder den vårdsökandes kunskap. Råd och information förmedlas så att den vårdsökande förstår och man söker bekräftelse på att den vårdsökande förstått.)
- Avslutningsfasen (att sjuksköterskan gör en gardering genom att beskriva symtom den vårdsökande skall vara observant på, att man gör en överenskommelse, samt avslutar samtalet på ett tillfredsställande sätt.) (Runius, 2008, s.71-76).

Tidigare har det utgått från att traditionellt möte mellan patient och sjuksköterska, ansikte mot ansikte, var direkt överförbart till vårdmötet i telefonen och att den som ringde hörde, förstod och gav medhåll till det råd som gavs. Dock har det visat sig att missförstånd i kommunikationen kan uppstå mellan sjuksköterskan och den som ringer, samt en möjlighet att den vårdsökande inte förstår det råd som ges. Det har visat sig att det finns en skillnad mellan vad den som ringde uppgav sig ha fått för råd och vad sjuksköterskan hade

dokumenterat för åtgärd (Leclerc, Dunnigan, Côté, Zunzunegui, Hagan & Morin, 2003). I en studie av Pettinari och Jessopp (2001) upplevde sjuksköterskorna att det behövdes en mer noggrann och detaljerad utfrågning i telefon än vad som annars var nödvändigt. I mötet ansikte mot ansikte kunde man observera signaler och symtom från patienten som t.ex. hudfärg eller andningsmönster, medan i telefon måste en utfrågning till för att få samma information.

I mitten på 1990-talet uttalades misstankar om att telefonrådgivning var för tidskrävande och att man förlorade de non-verbala uttrycken, och det positiva värdet av att möta patienten ansikte mot ansikte påpekades (Breslin et al., 2002). Wahlberg (2007, s.66) beklagade den vanliga uppfattningen att kommunikation via telefon hade mindre substans än kommunikation mellan parter i samma rum, där kroppsspråket kunde ge information. Bristen på synliga tecken gjorde att sjuksköterskorna måste förlita sig på vad de hörde, t.ex kunde andningsbesvär inte bara beskrivas med ord av patienten utan även höras av sjuksköterskan. En färdighet för sjuksköterskor i telefonrådgivning att utveckla var en känsla för ljud. Bakgrundsljud kunde hjälpa till att bedöma sammanhanget och allvaret i samtalet och leda frågorna vidare (Pettinari & Jessopp, 2001).

Då sjuksköterskor i telefonrådgivning endast får upplysningar begränsat till ljud, kan de därför inte undersöka den vårdsökande visuellt, t.ex. vid bedömning av hudförändringar, samt hur olika problem påverkar den vårdsökande, t.ex. hur yrsel påverkar den vårdsökandes kroppsrörelser. Sjuksköterskorna kan inte se hur den vårdsökande bor eller dennes sociala nätverk. Detta gör det svårt att individanpassa de råd som ges, samt bedöma individens problem. Sjuksköterskor i telefonrådgivning får därför förlita sig till tolkade versioner av problem som presenteras (Leppänen, 2008, s.23-24). En studie gjord av Edwards (1998) visade att telefonsjuksköterskor kompenserade frånvaron av ansikte mot ansikte kontakten med att skapa en mental bild av den som ringde och dennes situation. Genom erfarenhet kunde telefonsjuksköterskan, genom att visualisera både patologi och person, uppfatta (visualisera) graden av brådska och vilka råd som behövde ges (Edwards, 1998). När uppgifter ges i andra hand, t.ex när en anhörig ringer, kunde ytterligare svårigheter uppstå. Information från en person i andra hand kunde i sin tur vara tolkning av den hjälpsökandes problem (Leppänen, 2008, s.23-24). Sjuksköterskorna hade ofta svårare att göra en bedömning där informationen gavs av en annan person än den vårdsökande (Wahlberg, 2007, s.66). Dessutom kunde det ge upphov till etiska dilemman, t.ex. vid känsliga problem att prata med en tredje part (Holmström & Höglund, 2007).

Diskussioner i telefon kräver att båda parterna är aktiva i utbytet av information. Det måste vara en tvåvägskommunikation för att få ut mesta möjliga information, samt för att kunna ge ett korrekt råd som kan accepteras av den som ringer. För att kunna ge korrekt rådgivning måste sjuksköterskan samla in relevant information genom att lyssna, strukturera, guida och ta beslut (Ström et al., 2006).

SJUJSKÖTERSANS ARBETSMILJÖ

Arbetsmiljölagen (1977:1160) är en generell lag som bl.a. handlar om hur man förebygger ohälsa och olycksfall i arbetet, vilka som är ansvariga mm. Arbetsmiljön omfattar alla faktorer och förhållanden i arbetet; arbetets innehåll, samt de tekniska, fysiska, arbetsorganisatoriska och sociala faktorer (Arbetsmiljöverket, 2010).

I föreskriften AFS 1980:14 om psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket, 1980, s. 4) står att "Förhållandena i arbetet har betydelse för den arbetande människans uppfattning av sig själv. Den bild hon formar av sig själv baseras bl.a. på den roll hon har i arbetslivet och de upplevelser hon får där." En människas upplevelse av arbetsmiljön påverkas även av "buller, ljus, rummets storlek, färg, form, den tekniska utrustningen, den verksamhet som pågår, människornas behov, känslor, tidigare erfarenheter, kunskap, intressen o s v." (Arbetsmiljöverket, 1980, s.5).

Enligt Helle Wijk (2010, s 76-77, 83) kan miljö delas in i objektiva och subjektiva miljön. Den objektiva miljön handlar om miljön runt omkring och hur den ser ut, medan den subjektiva miljön handlar om den enskilde människans sinnesintryck och upplevelsen av miljön omkring. Människor har olika bakgrund, kunskaper och erfarenheter från miljöer vilket påverkar upplevelsen av att vistas i en viss miljö. Istället för objektiv och subjektiv miljö, skriver Svensk sjuksköterskeförening (2010) om den fysiska och psykosociale miljön. Svensk sjuksköterskeförening beskriver den fysiska miljön (rummet) utifrån hur rummet ser ut, som rummets storlek, avstånd, temperatur, ljus, färgsättning, möbler och textilier. Den psykosociala miljön innebär upplevelsen av att vara i olika miljöer, samt hur olika lokaler och rum upplevs att vara i, d.v.s. den subjektiva upplevelsen. Denna kan skilja sig från person till person. Enligt McCormack & McCance (2006) fokuserar man på kontexten/sammanhanget där vård bedrivs och inkluderar en blandning av olika faktorer; System som underlättar beslutstagandet, förhållandet mellan personalen, stöttande organisatoriska system, maktfördelning, möjligheten till nytänkande och risktagande.

Enligt Wahlberg (2007, s 92) har man som sjuksköterska i telefonrådgivningen ofta fler personer att förhålla sig till, d.v.s. en eller flera personer i samma rum, samt den personen sjuksköterskan samtalar med i telefonen. Missförstånd kan därför lätt uppstå med en eller flera personer då man måste förhålla sig till alla på något sätt. Detta kan också innebära svårigheter att ge den personen som ringer full uppmärksamhet. Arbetsmiljön i telefonrådgivningen kan se ut såhär på många arbetsplatser, dessutom kan vissa sitta i telefonrådgivning på en expedition eller reception där annan personal vistas, men även datorer, faxar mm. Dock är närheten till andra sjuksköterskor eller kollegor positivt då man behöver fråga om råd. Enligt Wahlberg bör därför all hälso- och sjukvårdsrådgivning ske i lokaler och med en teknik som är ändamålsenligt utformad.

Hedberg och Sätterlund Larsson (2003) har i sin studie kommit fram till olika faktorer i miljön som kan påverka sjuksköterskans beslutsprocess. Faktorerna kan både hämma eller underlätta beslutsprocessen. I studien framkom faktorer som innebär avbrytande/störningar av personer eller teknisk utrustning, fördelningen av arbete, tidspress och att finnas till hands. Studien var en observationsstudie i en kontext där sjuksköterskan träffade den vårdsökande ansikte mot ansikte. Enligt Wahlberg (2007, s 94-95) kan för många väntande telefonsamtal, eller krav om att sjuksköterskan i telefonrådgivningen skall hantera alltför många samtal, leda till felbedömningar. För många samtal kan också leda till att fler vårdsökande inte får de råden de behöver utan hänvisas vidare till någon annan som får göra en bedömning, samt ta över ansvaret.

TEORETISK REFERENSRAM

Utifrån tidigare forskning kan det inom området vara lämpligt att nedanstående begrepp utgör referensramen för studien. Båda begreppen handlar om att ha fokus på människan/personen, som i studien är den vårdsökande.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är en vårdfilosofi, men också ett begrepp, som vuxit fram de sista åren. Filosofin används främst inom äldre- och demensvården, men kan även användas inom vården generellt, då det handlar om att sätta personen i centrum. Socialstyrelsen (2010) beskriver i nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom om personcentrerad omvårdnad och att fokus skall vara på personen och dennes upplevelser och inte sjukdomen i sig. Inom personcentrerad omvårdnad utgår man från en humanistisk grund och omvårdnaden är god och etisk riktig (Edvardsson, 2010, s 35). Det finns ingen tydlig definition av begreppet personcentrerad omvårdnad, men enligt Edvardsson handlar det om att se och bekräfta en persons upplevelse av sjukdom, utgå från personens perspektiv, samt göra personen delaktig i alla aspekter av vården.

Personcentrerad omvårdnad kan motverkas av faktorer som bristande tid och valmöjligheter, motstånd till förändring på personalens arbetsplats, samt starkt fokus på rutiner. För att kunna sätta en individ i fokus måste bemanning, schemaläggning och beslutsprocesser utformas efter den vårdsökandes/den som vårdas behov (Edvardsson, 2010, s 33). För att en person skall vara aktiv och delaktig i sin egen vård måste en relation finnas mellan person och vårdare. Relationen är en förutsättning för kommunikationen (Willman, 2010, s 108).

Mellanmänsklig process

Enligt Joyce Travelbee är sjukvård en mellanmänsklig process. Kari Marie Thorbjørnsen har översatt Joyce Travelbees bok *Interpersonal Aspects in Nursing*, senast utgiven 1971, till norska. Travelbees (2003, s.29) definition av sjukvård lyder: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper en individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”

Med den mellanmänskliga processen menas att det alltid handlar om människor, direkt eller indirekt. Att sjukvård är en process innebär erfarenhet, en/flera händelser som sker mellan en sjuksköterska och en eller flera individer som har behov för den hjälp som en sjuksköterska kan ge. Processen är dynamisk, dvs att den alltid är under utveckling. I alla situationer mellan en sjuksköterska och en individ ingår även begreppet förändring, vilket innebär att sjuksköterskan hjälper individen till en förändring på något sätt (Travelbee, 2003, s.29-30).

I telefonrådgivningen är det en mellanmänsklig process, i form av samtal, mellan sjuksköterskan och den vårdsökande. Att hjälpa en individ till förändring kan i en telefonrådgivningssituation t.ex. handla om att råden som ges kan hjälpa en individ att må bättre.

För att kunna hjälpa en individ menar Travelbee att sjuksköterskan måste använda sig själv terapeutisk. Med detta menas att sjuksköterskan medvetet använder sin egen personlighet och kunskap för att få till en förändring hos en individ (den som är sjuk). Att sjuksköterskan använder sig själv terapeutisk är en konst och vetenskap, det kräver disciplin, självinsikt, förnuft, empati, medkänsla och logik (Travelbee, 2003, s.44-45). Travelbee förkastar begreppet patient, då detta innebär att man sätter en märkeslapp på en individ och att individen kategoriseras, t.ex. att människan uppfattas som en sjukdom eller en arbetsuppgift. Travelbee tycker att begreppet människa är bättre då hon menar att varje människa är unik och oersättlig (Travelbee, 2003, s.61-70).

Precis som Travelbee, vill man inom personcentrerad omvårdnad frångå objektifiering av patienten (Wijk, 2010, s 75). I detta arbetet används därför begreppet ”den vårdsökande” om personen som söker vård eller råd istället för patient.

Det kommer alltid finnas kommunikation mellan en sjuksköterska och den individ hon har omsorg för, både vid samtal och tystnad. Kommunikation är en kontinuerlig process. Genom verbala och non-verbala uttryck sker en överföring av meningar och budskap. Verbal kommunikation innebär muntlig eller skriftlig överföring av budskap eller mening, medan non-verbal innebär kommunikation utan ord, d.v.s. med gester, ansiktsuttryck och kroppsrörelser, men även ljud som t.ex. gråt eller skrik (Travelbee, 2003, s.135, 138).

Genom observation kan sjuksköterskan komma fram till en individs problem eller behov. När en sjuksköterska observerar samlar hon in data via sina sinnesorgan. De rådata sjuksköterskan samlar in ligger till grund för sjuksköterskans tolkning av problemet eller behovet. Tolkningen måste bekräftas av individen det handlar om innan hon vet om tolkningen är rätt. Observation ingår i sjuksköterskans beslutsprocess och innebär observation, tolkning (baserat på tidigare kunskap) och beslut (att ta beslut eller inte). Sen gör sjuksköterskan en utvärdering av kvaliteten eller effektiviteten av sina handlingar (Travelbee, 2003, s.142-146).

Kommunikationen mellan den vårdsökande och sjuksköterskan i en telefonrådgivningssituation, samt beslutsprocessen är därför en känslig process.

För att en sjuksköterska skall lyckas i kommunikationen med en person som är i behov av hjälp krävs vissa specifika färdigheter, dvs att kunna observera eller tolka observationer, att kunna tillrättalägga och styra en interaktion för att nå vissa mål, att kunna känna av om kommunikationen når fram och förstå vad som överförs, att förstå när man kan tala eller skall vara tyst, att kunna vänta, samt att kunna evaluera sin egna delaktighet i interaktionen med den vårdsökande. En sjuksköterska kan alltid lära sig nya färdigheter inom kommunikation. En förutsättning är att sjuksköterskan kan sätta en annan individ i fokus. Detta innebär att ge en annan individ full uppmärksamhet, samt eliminera det som kan distrahera denna kommunikationsprocess (Travelbee, 2003, s.149-153).

Att, som Travelbee beskriver, sätta en annan individ i fokus, kan liknas vid personcentrerad omvårdnad.

En sjuksköterska kan använda kommunikationsteknik i kommunikationen, vilket innebär olika hjälpmedel för att få fram det den vårdsökande söker för, t.ex öppna fraser eller frågor, upprepning i frågeform, att dela sinnesintryck med den andre (t.ex att en sjuksköterska kommenterar ett visst ljud i en telefonrådgivningssituation) eller medvetet bruk av klichéer (Travelbee, 2003, s.153-158).

Det finns även olika orsaker till att kommunikationen brister; Att den sjuke/vårdsökande inte upplever sig som en individ (t.ex. om sjuksköterskan har förutfattade meningar om ex män, kvinnor, grupper etc.), att sjuksköterskan inte uppfattar saker av olika betydelse för olika individer (t.ex. att någon som har ganska ont säger att det går bra med smärtan och att sjuksköterskan inte fångar upp detta), att sjuksköterskan inte lyssnar (d.v.s. fokuserar inte och är inte uppmärksam på individen), att sjuksköterskan reflekterar överdrivet positivt till något en individ sagt, men som individen själv inte tycker är positivt, klichéer och automatiska reaktioner (t.ex. att sjuksköterskan säger att hon vet precis hur individen känner sig), att sjuksköterskan anklagar, skuldbelägger eller retar den sjuke (t.ex. säga att individen själv har orsakat sin sjukdom), samt att sjuksköterskan inte avbryter under samtalet för att ge bekräftelse (Travelbee, 2003, s.158-167).

PROBLEMFÖRMULERING

Det har under de senaste decennierna skett en förändring inom sjuksköterskeyrket. Dels har sjuksköterskorna fått nya arbetsuppgifter, som vårdmöten i telefon, och dels har kravet på sjuksköterskorna ökat. Telefonsjuksköterskans uppfattning och förståelse av arbetets innehåll och kärna kommer att påverka hur hon hanterar sitt arbete och bemöter de vårdsökande. Det finns en del kunskap om personcentrerad omvårdnad och kommunikation i olika sammanhang. Det finns lite studier om telefonrådgivningssjuksköterskors erfarenheter eller faktorer som underlättar eller hämmar deras beslutsprocess, men det finns färre studier som belyser telefonsjuksköterskors arbetsmiljö på vårdcentral, samt hur arbetsmiljön påverkar sjuksköterskornas kommunikation med den vårdsökande och deras beslut. Då många sjuksköterskor sitter i telefonrådgivning på vårdcentral, i en arbetsmiljö som kanske inte är optimal för kommunikationen med den vårdsökande, är det av betydelse att beskriva sjuksköterskors fysiska och subjektiva upplevelse av arbetsmiljön i telefonrådgivningen för att få en uppfattning om huruvida arbetsmiljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande.

SYFTE

Syftet med arbetet är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av arbetsmiljön vid telefonrådgivningen på vårdcentral. Syftet är dessutom att beskriva sjuksköterskors uppfattning om huruvida miljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande.

METOD

Inom kvalitativ metod används systematiserad kunskap för att beskriva hur något är beskaffat eller vilka egenskaper det har. Inom kvantitativ metod strävar man efter att precisera mätningar av det fenomen man är intresserad av. Inom kvalitativ forskning används språket för att ta del av någons inre värld, d.v.s. man har ett inifrånperspektiv. Hjälpmålet är forskarens värderingar och förförståelse och det ligger till grund för tolkningen av informationen forskaren får. Texten är det centrala inom kvalitativ metod. Inom kvantitativa metoder är siffror arbetsmaterialet. Inom kvantitativ forskning vill man beskriva och förklara mätningsresultat. Man har ett utifrånperspektiv och informationen hämtas in så objektivt som möjligt (Olsson & Sörensen, 2007, s 15-16).

Inom kvalitativ forskning är kontakten med forskningspersonen ofta långvarig. Kvalitativ forskning är flexibel, frågeställningar fördjupas efterhand och fenomenet växer fram, d.v.s. upptäcks och tydliggörs. Antalet forskningspersoner är litet och variablerna många. Man har ofta heterogena och ej slumpmässiga urval. Resultaten går på djupet och handlar om specifika fenomen i specifika kontexter. En kvalitativ studie är holistisk (man utgår från helheten) (Olsson & Sörensen, 2007, s.13, 17, 63).

För att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelser av arbetsmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral, och sjuksköterskors uppfattning om huruvida miljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande, kommer därför en kvalitativ metod att användas.

DELTAGARE OCH URVAL

I kvalitativa studier finns det olika sätt att välja deltagare på. Ett sätt är att välja deltagare utifrån vem som bäst kan besvara studiens syfte. (Polit & Beck, 2008, s 355). De som bäst kan besvara syftet i studien är sjuksköterskor med erfarenhet av telefonrådgivning på vårdcentral. Urvalet kommer därför att göras bland sjuksköterskor som arbetar på vårdcentral och har erfarenhet av telefonrådgivning. Jag kommer att göra urvalet på vårdcentraler i Västra Götalandsregionen då det har med min närhet till intervjupersonerna att göra. Det är min förhoppning att få olika syn och infallsvinklar på mina frågor och därför väljer jag att ta med sjuksköterskor med olika lång erfarenhet både som sjuksköterska, samt från telefonrådgivning. Utifrån min förförståelse kan arbetsmiljön i telefonrådgivningen på olika vårdcentraler se olika ut. För att kunna få så rikt datamaterial som möjligt kommer jag därför att intervjua två sjuksköterskor på varje vårdcentral.

Enligt Polit och Beck (2008, s 357) finns det inga regler för hur många deltagare man behöver ha med i en kvalitativ studie. Antalet deltagare är beroende av syftet med studien, kvalitén på intervjupersonerna, samt vilken datainsamlingsmetod som används. En gyllene regel är att man slutar med sin datainsamling när man når en mättnad. Med detta menas att man avslutar med sin datainsamling, i det här fallet, fler intervjuer, när man inte införskaffar ny information eller när man får ett överskott av information. Om data som samlas är av bra kvalitet, samt om intervjupersonerna är bra på att kommunicera, samt reflektera över egna erfarenheter, kan man uppnå en mättnad med ett mindre antal intervjupersoner. I den planerade studien kommer därför 12-16 sjuksköterskor att tillfrågas om deltagande i studien. Det slutliga antalet kommer att bero på om mer information tillförs.

Jag kommer att ringa till verksamhetscheferna på olika, slumpmässigt, utvalda vårdcentraler i Västra Götalandsregionen, informera muntligt om studien, samt fråga om jag får intervjua sjuksköterskor med olika erfarenhet från telefonrådgivningen. Om verksamhetschefen för respektive vårdcentral är positiv till att jag får intervjua två sjuksköterskor, kommer han/hon att få brevet "Information till forskningspersoner" (se bilaga 1). För att inte verksamhetschefen själv skall välja ut två sjuksköterskor som han/hon tycker är lämpliga för studien, kommer jag att fråga om jag får komma på ett sjuksköterskemöte för att prata med sjuksköterskorna. Jag känner inte till sjuksköterskorna på de olika vårdcentralerna och vill med detta troligtvis kunna öka studiens trovärdighet. Två intresserade kommer sen att väljas ut efter muntlig information om studien. Sjuksköterskorna kommer sedan att också få brevet om "Information till forskningspersoner", samt brevet om "Samtycke till att delta i studien" (bilaga 2)

DATAINSAMLINGSMETOD

Studien kommer att ha intervju som strategi för datainsamling. I en forskningsintervju är man som forskare själv instrumentet. Syftet med en intervju är att fånga intervjupersonens beskrivning av den livssituation hon eller han befinner sig i (Dalland, 2007, s 130-132). I den kvalitativa forskningsintervjun samtalar två personer om ett ämne som båda har intresse av. Ämnet är intervjupersonens livsvärld och hans eller hennes relation till denna. En människas livsvärld innebär dennes inre värld, samt hur han/hon erfar och uppfattar omvärlden. Forskarens syfte är att förstå meningen i de centrala teman som intervjupersonen upplever, samt beskriva dessa (Olsson & Sörensen, 2007, s 81).

Intervjun kommer att vara semistrukturerad då jag utifrån min förförståelse och på bakgrund av litteratur önskar få svar på olika teman. Jag kommer att använda mig av en intervjuguide (bilaga 3) med olika frågor jag önskar besvarade. Intervjuguiden innehåller öppna frågor så att intervjupersonen kan tala så fritt som möjligt. Jag kommer även att använda några uppföljande frågor (Polit & Beck, 2008, s 394). Jag kommer att dela in frågorna i tre olika delar; Uppvärmningsfrågor, reflektionsfrågor och avslutande frågor. Uppvärmningsfrågorna innebär frågor om t.ex ålder och utbildning. Reflektionsfrågorna bildar kärnan i en intervju och kan gärna börja med "Kan du beskriva?". Uppföljningsfrågor kan behövas. Slutligen används avslutningsfrågor där syftet är att runda av intervjun (Tjora, 2010, s 96-97). I denna studie vill avrundningsfrågan lyda som följande; "Är det något jag borde fråga om, eller som du tycker är viktigt, som jag inte har frågat om?"

Enligt Polit & Beck (2008, s 399) är det lämpligt att intervjuerna genomförs på ett avskilt ställe där man får tala ostört, samt där inspelning av intervjun går att genomföra. Jag kommer att genomföra intervjuerna i ett avskilt rum på vårdcentralerna för att inte bli störd under själva intervjun.

DATAANALYS

Datamaterialet kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s 159-162) så fokuserar kvalitativ innehållsanalys på tolkning av texter. Inom omvårdnadsforskning används metoden för att granska och tolka texter, t.ex. utskrift av bandade intervjuer. Som metodologisk ansats valdes den induktiva, vilket innebär en förutsättningslös analys av texter från människors berättelser om deras upplevelser. Med innehållsanalys kan man beskriva variationer genom att ta reda på likheter och skillnader i det utskrivna datamaterialet. Centrala begrepp vid innehållsanalys är: "Analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema (Lundman & Hällgren Graneheim (2008, s 162).

Informationsmaterialet, d.v.s. det som sägs under intervjuerna, skall alltid transkriberas, samt bör även spelas in (Olsson och Sörensen, 2007, s.80; Polit & Beck, 2008, s.530). De inspelade intervjuerna kommer att transkriberas ordagrant och sedan läses igenom flera gånger.

En intervju betraktas som en analysenhet. En domän är delar av texten som handlar om ett specifikt område. Man kan hitta domänen med liten grad av tolkning. En meningsenhet innebär ord, meningar eller stycken av text som hör ihop. En meningsenhet bör vara lagom

stor då de för stora kan innehålla flera betydelser och de för små kan göra resultatet sönderdelat. Under analysprocessen skall meningsenheterna kondenseras och abstraheras. Kondensering gör texten kortare och mer lätthanterlig utan att ta bort det centrala innehållet. Vid kodning sätts en etikett på meningsenheten som kort beskriver innehållet. På så vis abstraheras den kondenserade meningsenheten. Sedan skapas kategorier och underkategorier. En kategori består av flera koder med liknande innehåll. Data får inte hamna mellan olika kategorier eller passa in i flera kategorier. Detta kan vara svårt vid analyserande av människors upplevelser då upplevelser kan vara komplexa och lätt kan passa in i flera kategorier. En kategori skall vidare kunna svara på frågan ”Vad?”. Ett tema svarar på frågan ”Hur?” och innebär den röda tråden av mening genom flera kategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s 162-164).

Datamaterialet kommer att analyseras enligt ovan beskrivna metod.

PILOTSTUDIEN

I syfte att pröva metoden har en pilotstudie genomförts. Intervjupersonerna i pilotstudien utgjordes av 3 sjuksköterskor. Jag kontaktade verksamhetscheferna vid två olika vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. De fick muntlig, ganska kort, information om studien, samt fick brevet om ”Information till forskningsperson” (bilaga 1). Verksamhetschefen vid den ena vårdcentralen frågade själv två sjuksköterskor som var intresserade att vara med efter de läst informationsbrevet. Jag ringde sedan till en av sjuksköterskorna på arbetet för att stämma av tid och plats för intervju. Verksamhetschefen vid den andra vårdcentralen var mycket upptagen och svår att få tag på, men han fick en kort muntlig information om studien, samt att han godkände intervju. Ett brev om ”Information till forskningspersoner” skickades även till denna verksamhetschef. Sjuksköterskorna fick ge skriftligt samtycke till att delta i studien, se bilaga 2. I informationsbrevet (bilaga 1) framgick en kort beskrivning av studien och dess syfte, beskrivning av studiens upplägg, samt vem som var ansvariga för studien. Information gavs, både skriftligen och muntligen om att deltagandet var frivilligt och att de när som kunde välja att avsluta.

Datainsamlingen skedde under en eftermiddag i ett avskilt rum på vårdcentralerna, där var inga störningar som påverkade intervjun. Det gick lätt att banda intervjuerna. Planen var först att använda en äldre diktafon. Vid test innan intervjuerna upptäcktes att den hade en mycket dålig ljudkvalité. För inspelning användes därför en digitalkamera med skyddet på så att man endast kunde spela in ljudet. Detta gav en mycket bättre ljudkvalitet. Frågorna ställdes enligt intervjuguiden (bilaga 3) dock inte helt efter ordningen i guiden då vissa frågor besvarades tidigare i intervjun.

Intervjun transkriberades ordagrant. Det utskrivna materialet kodades så att deltagarna inte kan identifieras av obehöriga. Ljudinspelningarna och det utskrivna materialet kommer att förvaras i ett låst skåp. Bearbetning av materialet har utförts på lösenordskyddad dator.

Det utskrivna materialet har analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys, som tidigare beskrivits. Exempel från analysprocessen ses i tabell 4

Tabell 4. Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
IP2: Lokalen för telefonrådgivningen är ej optimal, utan vi är tre stycken som ska sitta på en ganska liten yta.	Lokalen är ej optimal. Tre stycken ska sitta på liten yta.	Tre personer i för liten lokal	Liten yta Delat utrymme	Sjuksköterskornas beskrivning av den fysiska arbetsmiljön.
...belastningen på telefon den påverkar ju, tyvärr ganska mycket, hur samtalen utvecklas.	Belastningen på telefonen påverkar hur samtalen utvecklas.	Belastningen påverkar samtalen	Arbetsbelastning och tidspress	Den subjektiva arbetsmiljöns belastning och resurser.

Beskrivningen av sjuksköterskornas arbetsmiljö framkommer i resultatet. Dock framkommer inte vad teleQ innebär. TeleQ är ett webbaserat sätt att låta den vårdsökande komma i kontakt med vården utan att stå i telefonkö. Min erfarenhet av teleQ är att den vårdsökande ringer till vårdcentralen. Den vårdsökande lämnar sitt telefonnummer och får en tid där en sjuksköterska ringer upp. Med teleQ kan man även se statistik över samtalen.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien kommer att planeras och genomföras enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden enligt nedan:

Omvårdnadsforskning vägleds av fyra etiska principer:

1. Principen om autonomi: Att respektera människans självbestämmande, frivillighet, skydd av privatliv, informerat samtycke och rätten att dra sig ur ett forskningsprojekt utan att meddela varför, tystnadsplikt och konfidentialitet.
2. Principen om att göra gott: Innebär att forskningen skall vara till nytta för omvårdnaden av den eller de forskningen avser. Att deltagare får möjlighet att dra nytta av resultaten. Att inom omvårdnadsforskning inhämta referenskunskap från friska deltagare för att bidra med ny kunskap.
3. Principen om att inte skada: Att forskningen inte får ha skadlig inverkan på de personer som deltar. Risk-/nytta analys måste genomföras för att garantera deltagarnas säkerhet. Deltagarna skall informeras om möjliga skadeverkningar.
4. Principen om rättvisa: Alla individer skall behandlas lika. Värna om svaga grupper så att de inte utnyttjas i forskningen.

Forskningsetiska krav som forskaren måste uppfylla:

1. Informationskravet: Forskaren skall ge saklig och tydlig information till deltagaren om den övergripande planen, syftet med forskningen, metoder som kommer att användas, risker som forskningen kan medföra, vem som är forskningshuvudman, vem som kan kontaktas, samt att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbryta sin medverkan. Informationen skall ges muntligt och skriftligt. (Se bilaga 1)

2. Krav på samtycke: Forskaren måste inhämta informerat samtycke, helst skriftligen, från deltagarna i forskningsprojektet. Deltagare har alltid rätt att avstå eller avbryta sin medverkan utan att ange själ och utan att det får negativa följder. (Se bilaga 2)
3. Krav på konfidentialitet: Forskaren skall garantera full konfidentialitet angående upplysningar som lämnats och som används i forskningsprojektet. Informationen och datamaterial skall förvaras oåtkomligt för obehöriga.
4. Krav på deltagarens säkerhet: Att forskaren vid behov skjuter upp eller avbryter forskningen om en deltagare upplever oförutsedda biverkningar eller obehag.

Svensk författningssamling, Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 1 § innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor, samt bestämmelser om samtycke till sådan forskning. Syftet med denna lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. I 2 § står:

”I denna lag avses med forskning: vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.”

Detta innebär att denna studie inte behöver etikprövning från etisk kommitté. Enligt 16 § skall forskningspersonen ges information om studien innan forskningen påbörjas. Information till forskningspersoner är utformad enligt Etiska Prövnings Nämndens riktlinjer, se bilaga 1. Dessutom skall forskningspersonen enligt 17 § ge sitt samtycke till att vara med i studien och samtycket skall dokumenteras.

Jag bedömer att denna studie inte kommer att innebära något negativt för forskningspersonerna. Studien kommer heller inte att innebära några fördelar för forskningspersonerna, men deras deltagande kan däremot bidra till ökad kunskap om sjuksköterskors upplevelse av hur vårdmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral påverkar kommunikationen med den vårdsökande.

RESULTAT

Utifrån syftet med studien framkom i analysen två kategorier, med därtill hörande underkategorier; Sjuksköterskornas beskrivning av den fysiska arbetsmiljön i telefonrådgivningen och den subjektiva arbetsmiljöns belastning och resurser. Sjuksköterskorna belyser belastande faktorer, men även resurser, som kan påverka samtalen med den vårdsökande. De upplevde dock inte att arbetsmiljön påverkade råden som gavs eller det slutliga beslutet som togs.

Analysen redovisas med citat från intervjupersonerna för att åskådliggöra resultatet. Citaten är märkta med en kod för vem som säger vad. Sjuksköterskorna betecknas IP1, IP2 och IP3, där IP i denna studie menas med intervjuperson.

SJUKSKÖTERS KORNAS BESKRIVNING AV DEN FYSISKA ARBETSMILJÖN

Sjuksköterskorna fick beskriva upplevelsen av den fysiska arbetsmiljön på vårdcentralen där de arbetar. De fick även följdfrågor som att beskriva deras positiva och negativa upplevelser med den fysiska arbetsmiljön (se bilaga 3).

Rummets storlek

Det framkom i intervjuerna att storleken på rummet där telefonsjuksköterskorna sitter i inte är optimal.

IP3: *"Lokalen för telefonrådgivningen är inte optimal, utan vi är tre stycken som ska sitta på en ganska liten yta."*

En av sjuksköterskorna bemärkte att det är en viss skillnad bland personalen när det gäller rummets storlek och att prioriteringen av telefonrådgivnings fysiska miljö inte var högst på prioriteringslistan.

IP3: *"Andra sitter med stora rum, en person och så sitter vi där och knör."*

Sjuksköterskorna berättade även att de fick flytta runt en del till andra rum. En av sjuksköterskorna satt för tillfället i ett rum som inte var helt klart ännu. Väggarna var kala och vita och hon önskade att det var lite mer ombonat, men hon upplevde inte att det påverkade henne så mycket.

Ventilationen

Sjuksköterskorna på en av vårdcentralerna upplever att ventilationen är bristfällig. Ibland kunde de sitta tre sjuksköterskor i samma rum och då upplevdes det som om luften tog slut snabbare.

IP1: *"Det e ju alldeles för litet rum för tre personer, det e ju för två personer luften, så där blir man väldigt trött i huvet då."*

Dämpning mot ljud

Alla sjuksköterskorna upplevde att skiljeväggarna i rummet inte tog upp ljud särskilt bra.

IP3: *"...dom tar ju inte upp ljud kan man tycka, utan det hörs, hörs rätt mycket ändå, eller det hörs ju jättemycket."*

Ergonomi

En sjuksköterska berättade om att de hade det ergonomisk bra i telefonrådgivningen. Man kunde höja och sänka stolarna, datorerna var bra och musen till datorn inbyggt i tangentbordet som en såkallad rullmus, vilket minskar belastningen på handleder och underarm.

IP1: *"...med höj och sänkbara å, bra dator å, vi har sån där rullmus, så det e ju rätt så bra, själva fysiskt, tycker jag."*

Teknisk utrustning och rådgivningsstöd

I vissa rum saknades automatisk uppringningsfunktion. Ibland saknades även informationsblad över aktuella telefonnummer till olika instanser som den vårdsökande önskade hjälp med.

En av sjuksköterskorna var mycket positiv till teleQ. Hur schemat var lagt, samt hur dagen organiserades kunde påverka.

IP1: *”Det e ju egentligen att vi har teleQ systemet, de e ju jättebra, för du styr ju själv, det e jättebra, men det måste ju bemannas och lägga upp schema kring det.”*

En annan sjuksköterska hade erfarenhet sen tidigare av teleQ, men var inte lika nöjd med det systemet. På vårdcentralen hon arbetar nu ringer de vårdsökande in och sjuksköterskorna svarar så snart de kan, beroende av köbildning. Samtalen är inte reglerat efter en viss tid.

IP2: *”...då var det värre med teleQ där man hade sex minuter... Man kunde ju ställa in det på olika sätt, men jag hade ju sex minuter per samtal, annars ramlade man ju efter i kön. ...där var ändå lite mer tidspress än vad det e när, ja, här är ju inte reglerat på nåt sätt hur länge man ska prata.”*

Sjuksköterskan upplevde dock att man kunde hjälpa varandra med avlastning, t.ex. om den andra i telefonrådgivningen hade flera samtal som tog kortare tid.

Utan att ställa frågan pratade alla sjuksköterskorna om hur bra det är med rådgivningsstöd. En sjuksköterska tyckte inte att det hade varit någon bra arbetsmiljö utan rådgivningsstödet då det är en bra hjälp vid osäkerhet i bedömningsituation. Alla tyckte att det många gånger underlättar bedömningarna.

IP3: *”...men det e klart att det underlättar bedömningarna många gånger, framför allt det här när man känner att man e trött och kanske inte, så kan man ju gå där å titta liksom och bara, ehh, få lite hum om man faktisk gjort en bra bedömning...medans du har patienten i telefonen då.”*

DEN SUBJEKTIVA ARBETSMILJÖNS BELASTNING OCH RESURSER

Sjuksköterskorna fick även berätta om upplevelsen av den subjektiva arbetsmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentralen de arbetar. Många faktorer berördes.

Arbetsbelastning och tidspress

En sjuksköterska upplever att belastningen på telefonen påverkar ganska mycket hur samtalet med den vårdsökande utvecklar sig. Alla sjuksköterskorna upplever att arbetsbelastningen i telefonen ofta är stor, särskilt på måndagar.

IP3: *”Måndagar då det e hög belastning då känner man ibland att, vad sa patienten egentligen?”*

Skulle någon bli sjuk, särskilt en måndag, är det extra skört. Tidspressen vill då öka och har man då teleQ med inställning på t.ex 6 minuter per samtal, får man ändra på

inställningen för att klara av fler samtal i loppet av en dag. Då man inte använder sig av teleQ kan en köbildning skapa tidspress.

IP2: *"...likadant om det e många i kö. ...det är en sak som påverkar en under samtalet, det e ju om man ser att det står tolv stycken och väntar...likadant om man ser att meddelandelampan blinkar, att det e folk som väntar på att bli uppringda. Det påverkar ju också."*

När inte tider finns att erbjuda till läkare kan det också bidra till ökad tidspress. En av sjuksköterskorna uppgav att detta kunde vara svårt.

IP2: *"...det e ju väldig skillnad å försöka sitta och ge råd till nån som egentligen inte vill ha råd utan bara vill komma å bli, bli sedd...det e stört omöjligt nästan."*

Stress

Många samtal kan även leda till stress.

IP1: *"E det många samtal så blir ju stress och då så kanske inte den får det mötet som den egentligen skulle haft. Man kanske blir stressad och måste skynda på med den på samtalet, de e ju inte bra."*

Sjuksköterskorna upplever att akuttelefonen kan öka stressen. Den är fränkopplad från det övriga telefonsystemet och kan ringa när som under dagen.

Ljudnivå i arbetsmiljön

Alla sjuksköterskorna upplever en otillfredsställande ljudnivå i telefonrådgivningen. Ofta sitter man två sjuksköterskor i samma rum och ingen av rummen har någon skiljevägg som dämpar ljuden. De upplever att de lätt kan påverkas av den andras röst i samma rum, men ingen av intervjupersonerna upplever att de vanligtvis störs så mycket av den andra sjuksköterskan. Oftast kan de koppla bort den andra sjuksköterskans röst, men de upplever dock att vissa sjuksköterskor kan ha svårigheter med detta.

IP2: *"...dom gångerna man sitter två i samma rum, fast man har en vägg emellan, för att ibland så störs man utav...andra samtal och man kan inte låta bli ibland å lyssna eller liksom man hör ett halvt öra, ehh, i ett annat samtal..."*

Två av sjuksköterskorna uppger att de vinkar lite med ena handen om de störs av sin kollega under ett telefonsamtal. Alla sjuksköterskorna upplever även många andra störande ljud då de sitter i telefonrådgivningen. Det kan vara kolleger som tittar in för att få hjälp med olika saker, t.ex att läkare vill ha hjälp med avbokningar. Vissa kolleger har tio minuter över och kommer in för lite allmänt prat. Dörren till rummet går upp och igen pga kollegor som kommer in, ibland med ett smällande ljud. Sjuksköterskorna uppger att det finns olika typer av förvaring i rummet, bl.a förvaringsfack, där kollegor kommer för att hämta sina papper. Sen finns det kollegor som är extra högljudda.

IP3: *"...det finns ju dom som, hoo, som kommer in med stor dramatik, för då kan man nästan haja till lite liksom, och då kan man faktisk tappa och då får man ju, men då får man ju säga, som jag sa innan då att: Ursäkta, jag blir störd här."*

Tillgång till kollegor för råd

Alla sjuksköterskorna upplever att de har bra tillgång till kollegor för råd. De belyser värdet av att ha nära till läkarna.

IP1: ”...*gärna tillgång till lätt att rådfråga läkare så inte det blir omständligt, får man ringa upp flera gånger och så här...om det e något man är osäker på.*”

Alla intervjupersonerna tycker ibland det är en fördel att sitta två sjuksköterskor i samma rum vid telefonrådgivning. Fördelarna är att de kan coacha varandra, samt att det är lämpligt där en är ny sjuksköterska och behöver extra stöd.

Lång dag i telefon

Alla intervjupersonerna upplever att det att sitta heldag i telefonrådgivningen påverkar de negativt. De uppger att de blir väldig trötta i huvudet och att de lättare tappar fokus efter många timmar.

IP1: ”...*att man sitter där bara halvdag i taget, ja det känns lättare å, ja fokusera, ja man blir ju liksom trött i huvet annars.*”

Sjuksköterskorna berättar även att det kan vara bra med pauser från telefonrådgivningen om man sitter heldag, t.ex. för att få röra på sig eller göra andra arbetsuppgifter en stund så att man återhämtar skärpan för att ställa rätt frågor och få med sig nyanser under samtalet med den vårdsökande. De upplever att sjuksköterskekollegorna ställer upp för varandra så att sådana pauser tillåts.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

För att kunna beskriva sjuksköterskors upplevelse av den fysiska och subjektiva arbetsmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral, samt om huruvida miljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande, valdes en kvalitativ metod med innehållsanalys. Man önskar med kvalitativ metod inhämta data som beskriver ett fenomen, t.ex. en människas livsvärld (Olsson & Sörensen, 2007, s 65). Metoden passade därför bra utifrån syftet.

Jag gjorde ett strategiskt urval av intervjupersoner för att bäst få svar på mina intervjufrågor (Tjora, 2010, s 128). Utifrån studiens syfte var det naturligt att tillfråga sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning på en vårdcentral, då de bäst kan beskriva upplevelser om ämnet.

Enligt Polit & Beck (2008, s 399) är det lämpligt att intervjuerna genomförs på ett avskilt ställe där man får tala ostört, samt där inspelning av intervjun går att genomföra. Tjora (2010, s 104) anser att det är lämpligt att intervjua personer där de kan känna sig trygga, t.ex. på intervjupersonens arbetsplats om en undersökning handlar om intervjupersonens arbete. Jag valde delvis därför att intervjua sjuksköterskorna på deras arbetsplats. Det föll sig naturligt, efter samtal med verksamhetscheferna, att intervjuerna kunde genomföras där. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt rum på vårdcentralerna för att inte bli störd

under själva intervjun. Jag blev inte avbruten under någon av intervjuerna och intervjuerna kunde spelas in på band med bra ljudkvalité. Inspelning på band användes för att så exakt som möjligt registrera vad som blev sagt. Jag upplevde inte att bandinspelningen var ett störande moment under intervjun. Jag behövde inte göra några skriftliga noteringar.

I denna studie valdes intervju som datainsamlingsmetod. Ett annat sätt att samla data är med hjälp av fokusgrupper där personer som är involverade i samma situation ingår. Man kan med fokusgrupper t.ex. få fram större variationer i diskussionen. Det kräver dock två personer under datainsamlingen, d.v.s. en projektledare som leder diskussionen, samt en medhjälpare som observerar deltagarna och för anteckningar (Olsson & Sörensen, 2007, s 82-83). En semistrukturerad intervju valdes där en intervjuguide låg som grund för mina frågor. Detta för att utifrån min förförståelse och på bakgrund av litteratur kunna strukturera upp mina frågor, så att jag på bästa sätt kunde få svar på mina frågor och för att inte glömma bort frågor. Under intervjuerna användes intervjuguiden för att få med alla frågor, men ordningen på frågorna varierade eftersom de jag intervjuade kom in på frågor som kom senare i intervjuguiden. Det kunde därför hoppa både fram och tillbaka något under intervjuernas gång. Jag fick även använda en del följdfrågor då vissa av frågorna var för öppna. Jag som forskare har inte utfört liknande intervjuer tidigare. Min oerfarenhet kan därför ha påverkat sättet att intervju och hur frågorna ställdes. Jag tycker ändå att jag fått ett bra datamaterial och kan urskilja likheter och olikheter mellan arbetsmiljön på de två vårdcentralerna jag intervjuat på, men en fullskalig studie med fler deltagare från olika vårdcentraler behövs för att få en bredare uppfattning av hur arbetsmiljön kan påverka kommunikationen mellan sjuksköterskan och den vårdsökande. Innan man gör en fullskalig studie behöver därför fler frågor kring sjuksköterskornas kommunikation med den vårdsökande, samt frågor om hur mycket sjuksköterskorna själva känner att de kan påverka sitt arbete och sin arbetsmiljö i telefonrådgivningen, formuleras i intervjuguiden.

I studien har kvalitativ innehållsanalys valts som metod för dataanalys. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s 159-162) så fokuserar kvalitativ innehållsanalys på tolkning av texter. Inom omvårdnadsforskning används metoden för att granska och tolka texter, t.ex. utskrifter av bandade intervjuer. Fördelen med kvalitativ innehållsanalys är att analysmetoden kan anpassas till olika syften, till datamaterial av olika kvalité, samt till forskarens erfarenhet och kunskap. Bra kvalité på datamaterial och stor erfarenhet hos forskaren ger ett bättre resultat. Analysmetoden passade därför denna studie.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s 169-171) kan en forskares förförståelse och erfarenhet sätta sin prägel på analysen. Jag har som forskare arbetat ¾ år på en vårdcentral, då även i telefonrådgivning, efter jag var färdig distriktssköterska. Redan som distriktssköterskestudent väcktes mitt intresse för arbetsmiljöns eventuella påverkan på kommunikationen mellan en sjuksköterska och vårdsökande i telefonrådgivningen på vårdcentral. Min erfarenhet från telefonrådgivningens arbetsmiljö, dock endast från en vårdcentral, är att man utsätts för många störande moment under en dag i telefonrådgivningen. Min förförståelse kan därför påverka valet av meningsenheter i analysen och därmed tolkningen av resultatet. Användande av analysmetoden är ny för mig, men jag har en del kunskap om ämnet, dels från utbildning, dels från arbete och efter genomgång av litteratur. Detta kan göra tolkningen mer trovärdig. En noggrann beskrivning av urval och analysmetod, samt presentation av citat, gör det lättare för läsaren att bedöma giltigheten i tolkningarna. Därför har urval och analysmetod beskrivits noggrant, samt citat används. Exempel på analysprocessen presenteras i beskrivningen av pilotstudien. Mer kan dock tilläggas i en fullskalig studie.

I arbetets bilaga 1 (information till forskningsperson) och 3 (intervjuguide) används information och frågor om vårdmiljön och inte arbetsmiljön. I arbetet i övrigt används arbetsmiljö som begrepp. Orsaken till detta är att jag först använde begreppet vårdmiljö, men under arbetets gång har begreppet bytts ut till arbetsmiljö. Intervjuerna var då redan gjorda. Jag upptäckte under intervjuerna att vårdmiljö var svårt för sjuksköterskorna att förstå. Jag fick därför under intervjuerna ändra begreppet vårdmiljö till arbetsmiljö. Definitionen/betydelsen av begreppen vill dock i denna studie vara likvärdig och påverkar inte det resultat som redan framkommit just för att begreppet arbetsmiljö blev använt under intervjuerna. Inför en fullskalig studie kommer begreppet vårdmiljö att ändras till begreppet arbetsmiljö i bilaga 1 och 3.

RESULTATDISKUSSION

Under analysprocessens gång blev det lämpligt att använda den fysiska och den subjektiva arbetsmiljön som indelning av miljön när kategorier skulle bildas.

I resultatet framkom att sjuksköterskorna sitter i för små rum. Två av sjuksköterskorna berättade även om dålig ventilation i telefonrådgivningsrummet och att det påverkar fokus på den vårdsökande. Dessutom upplevde alla att de påverkas av ljudnivån, dels p.g.a. dåligt ljudisolerade väggar mellan sjuksköterskorna i telefonrådgivningsrummet. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift (AFS 1980:14) påverkar alla dessa faktorer en persons upplevelse av arbetsmiljön. Detta stämmer även överens med vad Purc-Stephenson och Thrasher (2010) kom fram till i sin studie där telefonsjuksköterskor tyckte att de hade en för liten arbetsplats. En fullskalig studie kan ge en bättre bild av hur rummets fysiska miljö ser ut på flera vårdcentraler.

McCormack och McCance (2006) beskriver kort i sin studie om underlättande och hämmande faktorer i miljön. Alla de intervjuade sjuksköterskorna tyckte att rådgivningsstödet underlättade besluten som togs och kan därför fungera som en underlättande faktor. Beslutsstöd (rådgivningsstöd) har utvecklats för att stödja telefonsjuksköterskan i hans/hennes bedömning då kommunikationen mellan den vårdsökande och sjuksköterskan är reducerad i vårdmöten per telefon (Wahlberg, 2007, s 45).

Teknisk utrustning kan både hämma och underlätta i arbetsmiljön enligt Hedberg och Sätterlund Larsson (2003). I studien framkom att vissa rum saknade automatisk uppringningsfunktion, men även översikt över aktuella telefonnummer till olika instanser. Det rådde olika uppfattningar om teleQ. Beroende av schemaläggning och organisering av dagen kunde det påverka olika. Långa samtal, som pågick utöver den inställda tiden kunde ställa till det med köbildning och öka tidspressen. Oftast kunde de dock hjälpa varandra med avlastning, t.ex. om den ena hade flera korta samtal och låg före i tiden med sina samtal.

Alla sjuksköterskorna tyckte t.ex. att belastningen ofta var hög på måndagar. Enligt Leppänen (2008, s 28-30) har man i studier sett att en tredjedel av veckans samtal sker på måndagar. Det fanns olika orsaker till detta, bl.a. att den vårdsökande väntade med att ringa tills efter helgen, då vårdcentralen öppnade, samt att sjukskrivningar ofta avslutades på söndagar. Inga orsaker till varför framkom dock i studien, men just måndagar framkom som en dag då det var extra skört om någon utav personalen skulle vara sjuk. Det framkom

i studien att en av sjuksköterskorna upplevde att belastningen på telefonen påverkar samtalet med den vårdsökande ganska mycket och hur samtalet utvecklar sig. Likaså kunde många samtal öka stressen bland sjuksköterskorna. En sjuksköterska berättade att stressen påverkar samtalet genom att man måste skynda sig, och att den vårdsökande då inte får det mötet den skulle haft. I studien av Pettinari och Jessopp (2001) upplevde sjuksköterskorna att det behövdes en mer noggrann och detaljerad utfrågning i telefon än vad som annars var nödvändigt. Med hjälp av samtalsprocessen (Runius, 2008, s 71-76) kan sjuksköterskan göra en noggrann och detaljerad utfrågning i telefon, men att skynda på samtalet kan medföra risk för att någon del i samtalsprocessen förkortas eller utesluts så att viktig information från den vårdsökande inte framkommer.

Det framkom i studien att ljudnivån i arbetsmiljön upplevdes som otillfredsställande av alla sjuksköterskorna i studien. Två sjuksköterskor i samma rum kunde störa varandra p.g.a. dålig ljudisolerande väggar. Ljudnivån påverkades även av kollegor som kom in i rummet av olika orsaker. Hedberg och Sätterlund Larsson (2003) kan störningar i arbetsmiljön, t.ex. av andra personer hämma beslutsprocessen.

Tillgång till kollegor för råd framkom i studien som viktigt. I första hand handlade det om tillgång till läkare, men även det positiva med att sitta två sjuksköterskor i samma rum, just för närheten att kunna rådfråga varandra. De ansåg att det underlättade samtalen, t.ex. genom att man snabbt kunde få hjälp eller råd av kollega så att man inte behövde ringa upp den vårdsökande flera gånger. Enligt McCormack och McCance (2006) spelar förhållandet med personalen en viktig roll för miljön.

Att sitta heldag i telefonen, särskilt på måndagar, hade negativ inverkan på kommunikationen. Sjuksköterskorna uppgav att de blev trötta i huvudet och lättare tappade fokus efter många timmar i telefonrådgivningen. Enligt Purc-Stephenson och Thrasher (2010) så tyckte telefonsjuksköterskor i några studier att tiden framför datorn blev för lång.

Trots alla faktorer som enligt ovan verkar påverka samtalen/kommunikationen med den vårdsökande upplevde ingen av sjuksköterskorna att arbetsmiljön påverkar det slutliga beslutet eller råden som ges. En av sjuksköterskorna gör alltid en kort sammanfattning i slutet av samtalet för att förvissa sig om att hon och den vårdsökande förstått varandra. Enligt Travelbee (2003, s.142-146) och Runius (2008, s 71-76) söker man bekräftelse och gör en utvärdering på att man förstått det den vårdsökande önskade hjälp med. Det är en viktig del av samtalsprocessen. En annan sjuksköterska tyckte det var svårt att ge råd när man inte hade tider att erbjuda.

Travelbee (2003, s 149-153) menar att förutsättningen för att kunna sätta en annan individ i fokus är att man ger en annan individ full uppmärksamhet, samt eliminerar det som kan distrahera denna kommunikationsprocess. Resultatet visar på många faktorer i arbetsmiljön som kan störa, men även underlätta, kommunikationen med den vårdsökande. Enligt Travelbee innebär detta att sjuksköterskor i telefonrådgivningen ofta inte kan sätta individen i fokus. Personcentrerad omvårdnad handlar just om samma sak (Edvardsson, 2010, s 29). Travelbee (2003, s 149-153) menar även att en sjuksköterska alltid kan lära sig nya färdigheter inom kommunikation. För att en sjuksköterska skall lyckas i kommunikationen med en person som är i behov av hjälp krävs vissa specifika färdigheter, d.v.s. att kunna observera eller tolka observationer, att kunna tillrättalägga och styra en interaktion för att nå vissa mål, att kunna känna av om kommunikationen når fram och förstå vad som överförs, att förstå när man kan tala eller skall vara tyst, att kunna vänta, samt att kunna evaluera sin egen delaktighet i interaktionen med den vårdsökande. I

studien framkom att man som ny sjuksköterska oftare behöver fråga en kollega om hjälp och råd, dessutom framkom att vissa sjuksköterskor lärt sig ignorera störande ljud så att de mer kan rikta fokus på den vårdsökande. Det är kanske just sådana färdigheter man som van sjuksköterska i telefonrådgivningen har utvecklat, så att hon lättare kan fokusera och jobba personcentrerad i mötet med den vårdsökande per telefon?

Vid en fullskalig studie kan man få ett bredare perspektiv på sjuksköterskors upplevelse av hur arbetsmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral påverkar kommunikationen med den vårdsökande. Ytterligare frågor behöver ställas för att fånga fler faktorer. Kunskap och synliggörning inom området kan vara med att påverka hur sjuksköterskors arbetsmiljö i telefonrådgivningen helst bör vara och att en förändring kanske kan ske till det bättre både för sjuksköterskan och den vårdsökande.

Slutsats

Sjuksköterskor belyser både fysiska och subjektiva faktorer i arbetsmiljön på vårdcentral som kan påverka samtalen med den vårdsökande. De belyser faktorer som medför belastning, men belyser även resurser. Flera gånger dagligen sker avbrytelser under samtalets gång, samt olika faktorer påverkar även sjuksköterskans fokus på den vårdsökande. Sjuksköterskorna löser det ofta genom att fråga den vårdsökande igen. I slutändan upplever sjuksköterskorna dock att de kommer fram till ett gemensamt beslut med den vårdsökande. Utifrån bakgrundslitteraturen kan man misstänka att belastande faktorer i arbetsmiljön påverkar kommunikationen mellan sjuksköterskan och den vårdsökande så att viss information tappas bort under samtalets gång. Detta är dock svårt att synliggöra utan fler studier inom området.

Referenser

Arbetsmiljöverket (1980) *AFS 1980:14 Psykiska och sociala aspekter på arbetsmiljön*. Hämtad 12 maj, 2010, från Arbetsmiljöverket, http://www.av.se/lagochratt/afs/afs1980_14.aspx

Arbetsmiljöverket (2010) *Arbetsmiljölagen*. Hämtad 12 maj, 2010, från Arbetsmiljöverket, <http://www.av.se/lagochratt/aml/>

Breslin, E. Dennison, J.(2002) The development of telephone triage:historical, professional and personal perspectives. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6(4),191-197.

Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg) Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS

Edwards, B. (1998) Seeing is believing-picture building: a key component of telephone triage. *Journal of Clinical Nursing* 7, 51-57.

Edvardsson, D (2010) *Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. Kapitel i boken Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. Hämtad 15 maj, 2010, från Sykepleien <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R, van den Bosch, W. & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality of Safety in Health Care* 16(3),181-184.

Hagan, L., Morin, D. Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing* 17(4), 305-313.

Hedberg, B. & Sätterlund Larsson, U. (2004) Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 13, 316-324

Holmström, I & Höglund, A.T (2008) The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1865-1871.

Kaminsky, E. Rosenqvist, U. & Holmstöm, I. (2009) Telenurses' understanding of work: detective or educator? *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 382-390.

Leclerc, B-S., Dunnigan, L., Côte, H., Zunzunegui, M-V., Hagan, L. & Morin, D. (2003) Callers' Ability to Understand Advice Received from a Telephone Health-Line Service: Comparison of Self-reported and Registered Data. *Health Services Report* 38(2), 697-710.

Leppänen, V. (2008) *Inledning. Kapitel i boken Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Leppänen,V.(2010) Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry* 17(1), 15-26.

Marklund, B. (2008) *Symtom Råd Åtgärd.Handledning vid patientrådgivning*. (9:e uppl) Lund: Studentlitteratur

McCormack, B & McCance, T.V. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472-479.

Nationalencyklopedin. *Kommunikation*. Hämtad 15 maj, 2011, från www.ne.se/kommunikation

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007) *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (2.uppl) Stockholm: Liber AB

Pettinari, C.J. & Jessopp, L. (2001) Your ears become your eyes':managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing* 36(5), 668-675.

Polit, D. & Beck, C. (2008) *Nursing Research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Purc-Stephenson, R. J. & Thrasher, C. (2010) Nurses`experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 482-494.

Runius, L. (2008) *Sjukvårdsrådgivning - det goda samtalet. Kapitel i boken Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

SFS, 2003:460. *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 5 april, 2010, från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 20 juni, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Starrin, B & Svensson, P-G (1994) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur

Ström, M. (2009) *Telefonrådgivning, en verksamhet i tiden*. Avhandling. Göteborgs Universitet, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska akademien. Hämtad 5 april, 2010 från http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/21197/1/gupea_2077_21197_1.pdf

Ström, M., Marklund, B. & Hildingh, C. (2006) Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British journal of Nursing* 15(20), 1119-1125.

Svensk sjuksköterskeförening (2010) *Vårdmiljöns betydelse*. Hämtad 15 maj, 2011, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/8749/OM%20vardmiljo.pdf>

Tjora, A (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS

Travelbee, J (2003) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (3. uppl) Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS

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

Wijk, h. (2010) *Personcentrerad miljö. Kapitel i boken Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A. (2010) *Evidens och personcentrerad omvårdnad. Kapitel i boken Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

INFORMATION TILL FORSKNINGSPERSONER

SJUKSKÖTERSANS VÅRDMILJÖ I TELEFONRÅDGIVNINGEN PÅ VÅRDCENTRAL.

BAKGRUND OCH SYFTE MED STUDIEN

I början av 2000-talet blev telefonrådgivning en starkt växande metod för patientkontakt dit människor kunde ringa för råd och stöd.

Flera studier belyser olika faktorer i den kliniska vårdmiljön eller omgivningen, som kan påverka sjuksköterskans beslut om vård samt resultatet av den vård som ges. De flesta av dessa studier handlar om vårdmiljöer där sjuksköterskan träffar patienten ansikte mot ansikte. Det finns däremot få studier som belyser telefonsjuksköterskans vårdmiljö i telefonrådgivningen, samt hur vårdmiljön påverkar sjuksköterskans kommunikation med den vårdsökande och deras beslut. Därför är syftet med studien att beskriva hur vårdmiljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande vid telefonrådgivning.

STUDIENS UPPLÄGG

Jag har varit i kontakt med Din verksamhetschef, som har gett sin tillåtelse att genomföra studien på vårdcentralen där Du arbetar. Jag har fått Ditt namn av Din verksamhetschef och därför tillfrågas Du nu som sjuksköterska om Du kan tänka Dig att delta i denna studie.

Studien är en intervjustudie där samtalet kommer att spelas in på bandspelare. Intervjun beräknas ta 0,5-1 timme. Du får själv välja tid och plats för intervjun. Under intervjun kommer frågor att ställas om hur Du upplever vårdmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentralen där Du arbetar.

Studien kommer förhoppningsvis inte att innebära något negativt för Dig. Några fördelar för dig finns inte heller, men ditt deltagande kan däremot bidra till ökad kunskap om hur vårdmiljön i telefonrådgivningen på vårdcentral kan påverka kommunikationen med den vårdsökande.

Efter intervjun kommer intervjun att skrivas ut till en text och innehållet kommer att analyseras. Datamaterialet kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av det och inga individer kommer att identifieras. Kassetbanden och det utskrivna materialet kommer att förvaras i ett låst skåp. Personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan att du behöver ange varför. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet kommer att presenteras i en rapport vid Göteborgs universitet som Du kan ta del av genom kontakt med nedan angivna personer;

ANSVARIGA FÖR STUDIEN

Linda Börjesson, Distriktssköterska
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Tel: 0709-188134
gusbekli@student.gu.se

Handledare
Eva Lidén Universitetslektor
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
eva.liden@gu.se

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, box 457, 405 30 Göteborg

SAMTYCKE TILL ATT DELTA I STUDIEN

**SJUKSKÖTERSKANS ARBETSMILJÖ I TELEFONRÅDGIVNINGEN PÅ
VÅRDCENTRAL**

Jag har muntligt informerats om studien och tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dessa besvarade. Jag samtycker till att delta i studien och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

.....
Datum

.....
Forskningspersonens underskrift

.....
Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Uppvärmningsfrågor:

- Ålder
- Utbildning
- Hur lång erfarenhet har du som ssk, dsk, samt från telefonrådgivning?

Reflektionsfrågor:

- Kan du beskriva den fysiska vårdmiljön i telefonrådgivningen på din arbetsplats här på VCT?
- Hur är din upplevelse av vårdmiljön i telefonrådgivningen?
 - positiva upplevelser?
 - negativa upplevelser?
- Upplever du att vårdmiljön påverkar kommunikationen med den vårdsökande på något sätt? :
 - på vilket sätt påverkar vårdmiljön kommunikationen?
 - känner du att du under telefonsamtalet har möjlighet att fokusera på det den vårdsökande söker för?
 - möjligheten att lyssna till/efter bakgrundsljud och symtomljud?
- Upplever du att vårdmiljön påverkar råden som ges eller besluten som tas?
- Hur ser den optimala vårdmiljön i telefonrådgivningen ut för dig som ssk?

Avslutningsfrågor:

- Är det något jag borde fråga om, eller som du tycker är viktigt, som jag inte har frågat om?