



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT SAMTALA MED PERSONER SOM HAR ORO OCH ÅNGEST

Telefonrådgivning inom primärvård

Sanna Andersson

Josephine Schubertsson-Larsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
Program och/eller kurs:	distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Hanna Falk

Titel (svensk):	Att samtala med personer som har oro och ångest – telefonrådgivning inom primärvård
Titel (engelsk):	Talking to persons who are worried and have anxiety – telephone counseling in primary care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot
Program och/eller kurs:	distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Ulrika Bengtsson
Examinator:	Hanna Falk
Nyckelord:	Distriktssköterska, erfarenheter, oro, primärvård, telefonrådgivning, vårdande samtal, ångest

Sammanfattning:

Bakgrund: Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och allt fler vård sökande inom primärvården besväras av oro och ångest. Den första vårdkontakten sker i många fall med distriktssköterskor i telefonrådgivning. Att arbeta med telefonrådgivning har beskrivits som utmanande och komplext till följd av avsaknad av visuell kontakt mellan den vård sökande och distriktssköterskan. I forskning beskrivs en tids-, kunskaps- och resursbrist inom primärvården i relation till samtal med personer som har oro och ångest, i telefonrådgivning.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning inom primärvården.

Metod: Kvalitativ, semistrukturerad intervju metod med en induktiv ansats användes. Tio distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet av telefonrådgivning inom primärvård, från åtta olika vårdcentraler, intervjuades. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera datamaterialet.

Resultat: I analysen framkom fyra kategorier med åtta tillhörande subkategorier. Kategorierna som framkom var: *Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning, Att skapa ett bra samtal: en utmaning, Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet samt Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt.*

Slutsats: Avsaknad av visuell kontakt upplevdes vara det största hindret vid samtal med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning. Det var viktigt att distriktssköterskan hade en god kommunikationsförmåga för att skapa en ömsesidig dialog. Det krävdes även att distriktssköterskan tog sig tid, lyssnade aktivt och var fullt fokuserade på den vård sökande för att möjliggöra skapandet av ett vårdande samtal.

Nyckelord: Distriktssköterska, erfarenheter, oro, primärvård, telefonrådgivning, vårdande samtal, ångest

Abstract

Background: Mental illness is a growing public health problem in Sweden, and an increasing number of primary care patients are suffering from worry and anxiety. The first contact with healthcare is in many cases with a district nurse, through telephone counseling. To work with telephone counseling has been described as challenging and complex due to the lack of visual contact between health seekers and district nurses. Previous research has described a time, knowledge and resource shortage in primary care in relation to conversations with persons who are worried and have anxiety, in telephone counseling.

Aim: The aim of the study was to describe district nurse's experiences of talking to persons who are worried and have anxiety in telephone counseling, in a primary care setting.

Method: Qualitative, semistructured interviewing method with an inductive approach was used. Ten district nurses with more than one year's experience in telephone counseling, from eight different health care centers in primary care, were interviewed. Qualitative content analysis was used to analyze the data.

Result: The analysis revealed four categories with eight related sub-categories. The categories which emerged were: *Today's society contributes to a complex telephone consultation, Creating a good conversation: a challenge, Taking help by support: a security* and *Interaction and responsiveness: The good conversation is possible.*

Conclusion: The lack of visual contact was the main obstacle in conversations with persons who are worried and have anxiety in telephone counseling. It was important that the district nurse had a good communication ability to create a mutual dialogue. It was also required that the district nurse took time, listened actively, and was fully focused on the health seeker to enable a caring conversation.

Keywords: Anxiety, caring conversation, district nurse, experiences, primary care, telephone counseling, worry

Förord

Vi vill tacka vår handledare Ulrika Bengtsson för goda råd och stöttning under arbetets gång.

Vi vill även tacka de distriktssköterskor som medverkat i studien.



Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Psykisk ohälsa.....	1
Oro och ångest	2
Primärvården – första linjens psykiatri.....	2
Telefonrådgivning inom primärvården.....	3
Distriktssköterskans roll i telefonrådgivning.....	3
Att ge telefonrådgivning	4
Teoretisk utgångspunkt.....	5
Det vårdande samtalet.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Studiens kontext	7
Urval och rekrytering.....	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	10
Resultat	11
Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning.....	12
Samhällsklimatet speglar samtalen	12
Internet och sociala medier kan skapa oro	13
Stress och ensamhet skapar oro	13
Att skapa ett bra samtal: en utmaning	13
Tiden och rummet som stressfaktor	13
Brist på utbildning.....	14
Att inte kunna se varandra	14
Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet	15

Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt.....	15
En trygg samtalsmiljö	15
Att se någon utan att se: dialog och aktivt lyssnande	15
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Slutsats.....	21
Implikationer för praxis	22
Framtida forskning	22
Referenslista	23
Bilagor	26
Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 3 Intervjuguide	

Inledning

Psykisk ohälsa har ökat i Sveriges befolkning och är ett växande folkhälsoproblem. Primärvården är första linjens psykiatri och den instans som personer med lätta till måttliga psykiska besvär förväntas kontakta i första hand. Allt fler vårdsökande besväras av oro och ångest, uttryckt som fysiska såväl som psykiska åkommor. I primärvården sker de första vårdkontaktarna i många fall med sjuksköterskor och distriktssköterskor som sitter i telefonrådgivning. Användning av telefonrådgivning inom primärvården har ökat de senaste decennierna på grund av att man varit tvungen att arbeta mer tids- och kostnadseffektivt, till följd av ett ökat vårdbehov. Genom att genomföra medicinska bedömningar, undervisa, ge egenvårdsråd och hänvisa vårdsökande till rätt vårdnivå har mottagningsbesöken inom primärvården minskats. Telefonrådgivning kan vara en utmanande och komplex uppgift, då det innebär att under tidspress göra kvalificerade bedömningar utifrån olika åldersgrupper och sjukdomstillstånd, utan den naturliga interaktion som uppstår i ett fysiskt möte. I forskning har en tids-, resurs- och kunskapsbrist inom primärvården i relation till samtal med personer som har psykisk ohälsa beskrivits. I linje med denna beskrivning har bedömning av vårdbehov hos personer med psykisk ohälsa över telefon av sjuksköterskor beskrivits som särskilt svårt.

Bakgrund

Psykisk ohälsa

I motsats till en folkhälsa som övergripande har utvecklats i en positiv riktning de senaste decennierna, står den psykiska ohälsan för ett växande folkhälsoproblem i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2017b). Det saknas en klar definition för psykisk ohälsa som begrepp, varför psykisk ohälsa får ses i förhållande till begreppet psykisk hälsa.

World Health Organization Europé (2001) definierar psykisk hälsa enligt följande:

Mental health is a state of well-being in which an individual can realize his or her own potential, cope with the normal stresses of life, work productively and make a contribution to the community.

Enligt Folkhälsomyndigheten (2017a) innebär psykisk ohälsa att personer på olika sätt är i psykisk obalans. Psykisk ohälsa är en övergripande benämning och innefattar både lindriga besvär och svårare former av psykiatriska sjukdomar. Symtom som är förknippade med psykisk ohälsa är till exempel nedstämdhet, oro eller ångest.

Ökningen av den psykiska ohälsan i Sverige har framförallt skett bland unga vuxna mellan 16–29 år samt i den kvinnliga befolkningen. De främsta rapporterade besvären är nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, utbrändhet samt känslor av ångslan, oro och ångest

(Folkhälsomyndigheten, 2017c). Enligt Socialstyrelsen (2007) söker allt fler hjälp inom primärvården och den psykiska ohälsan har bidragit till att sjukskrivningsantalet ökat. Idag utgör psykisk ohälsa cirka 30 procent av vårdkontaktarna inom primärvården. De vanligaste sökorsakerna är lindriga till måttliga tillstånd av depression och ångest.

Trots att den psykiska ohälsan är ett uppmärksammat folkhälsoproblem och ett prioriterat område finns det stora kunskap- och resursbrister vad gäller personal, bemötande samt psykologisk behandling inom hälso- och sjukvården. För att kunna tillgodose det ökade vårdbehovet hos befolkningen behövs inte enbart fler kuratorer och psykologer inom primärvården, utan även vidareutbildning bland de övriga yrkesprofessionerna. Det skulle innebära att även sjuksköterskor och distriktssköterskor får möjlighet till vidareutbildning inom t.e.x kognitiv beteendeterapi, för att kunna bedriva evidensbaserad samtalsbehandling (Socialstyrelsen, 2007; 2017).

Oro och ångest

Ångest kan förklaras som en fysisk och psykisk stressreaktion som ofta är förknippad med kraftig anspänning och oroskänsla, men även känslor som är förknippade med att vara utsatt för fara. Vid ångest upplevs så kraftiga besvär av oro och rädsla, att en begränsning i förmågan att leva ett vardagligt liv till fullo kan bli följd. Oro beskrivs som en mildare variant av ångest (Socialstyrelsen, 2016). Oro såväl som ångest ingår i vårt normala känsloliv men kan också orsaka svårt lidande vid kraftiga besvär. Upplevelserna av oro och ångest kan graderas som lättare eller svårare besvär, men kan inte alltid diagnostiseras som ett ångestsyndrom. (Folkhälsomyndigheten, 2017b).

I föreliggande studie definieras oro och ångest som en generell känsla av oro och ångest, hos de personer som ringer in till telefonrådgivning.

Primärvården – första linjens psykiatri

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) definieras primärvården som en del av öppenvården och skall ansvara för vård och rehabilitering som inte kräver sjukhusvård eller annan specialistkompetens. Primärvårdens målsättning är att ha ett helhetsperspektiv, där den enskilda patientens behov skall vara i fokus (Socialstyrelsen, 2006).

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2012) är primärvården den instans som personer med lätta till måttliga psykiska besvär förväntas kontakta i första hand och ses idag som första linjens psykiatri. Det är primärvårdens ansvar att upptäcka, bedöma och behandla psykiska besvär hos vårdsökande och vid behov konsultera eller remittera vidare vårdsökande till specialistpsykiatri (Västra Götalandsregionen, 2012). I primärvården sker de första vårdkontaktarna i många fall med sjuksköterskorna och distriktssköterskorna som sitter i telefonrådgivningen.

Telefonrådgivning inom primärvården

Telefonrådgivning innebär att bedöma personers vårdbehov, undervisa i egenvård, ge stöd och hänvisa till passande vårdnivå (Wahlberg, 2004). Sedan 1970-talet har primärvården använt sig av telefonrådgivning och dess användning har ökat successivt för att kunna tillgodose befolkningens behov av sjukvårdsrådgivning. Den ökade användningen av telefonrådgivning har även berott, och beror, på ett behov av att arbeta tids- och kostnadseffektivt på vårdcentralerna, till följd av otillräckliga ekonomiska resurser och brist på läkare. På så vis har befolkningens behov av medicinskbedömning och utbildning i egenvård kunnat tillgodoses utan besök på vårdcentralen, i en allt högre utsträckning (Wahlberg, 2007).

I en rapport från Socialstyrelsen (2009) framkom det att samhällets krav har ökat på hälso- och sjukvården delvis till följd av att en stor del av befolkningen har högre utbildning, arbetar mer och kan ta del av mer lättillgänglig information på internet. Även i en studie av Holmström och Dall'Alba (2002) påpekades det att kraven ökat på hälso- och sjukvården på grund av att allt fler vårdsökande ville få tillgång till vård även kvällar, helger och nätter, då de inte hade tid att stanna hemma och vara sjuka.

Enligt SKL (2016) mottog primärvården i Sverige nästan fyra miljoner telefonsamtal under år 2016 och statistik visar att antal telefonsamtal har ökat för varje år, vilket medfört att allt fler vårdmöten sker utan personlig kontakt. I en studie av Pettinari och Jessop (2001) påpekades det att vårdmöten utan personlig kontakt ställde högre krav på telefonsjuksköterskornas kommunikationsförmåga för att lyckas bygga upp förtroende och genomföra en korrekt vårdbedömning. Enligt Socialstyrelsen (2009) kunde bristande kommunikationsförmåga inom vården leda till onödiga återbesök och bli kostsamt för hälso- och sjukvården.

Distriktssköterskans roll i telefonrådgivning

Telefonrådgivning inom primärvården bemannas av sjuksköterskor och distriktssköterskor (Wahlberg, 2004). Distriktssköterskor är specialistutbildade sjuksköterskor vars grundläggande syfte är att främja människors hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). I en studie av Wahlberg, Cedersund och Wredling (2003) beskrevs att vårdsökande tar kontakt med primärvården via telefon för rådgivning, att få information och för tidsbokning till läkare eller distriktssköterska. I telefonrådgivningen ställs distriktssköterskor inför många olika vårdmöten, vilket kräver en bred yrkeskunskap. Med sin självständiga yrkesroll har distriktssköterskor kompetens att genomföra egna bedömningar, undervisa i egenvård, ge och utvärdera behandling samt förskriva läkemedel och hjälpmedel, vilket är till stor hjälp i telefonrådgivning (Ström, Marklund & Hildingh, 2006). Enligt Distriktssköterskeföreningen (2008) skall distriktssköterskor arbeta evidensbaserat, följa aktuella riktlinjer och författningar i sitt hälsofrämjande och förebyggande omvårdnadsarbete. För att underlätta bedömningar vid telefonrådgivning, samt säkerställa evidensbaserat omvårdnadsarbete, har det tagits fram ett

rådgivningsstöd som innehåller rekommenderade behandlingsriktlinjer utifrån den vårdsökandes symtom och besvär (Sandelowski, 2002). Eftersom telefonrådgivning innebär att distriktssköterskorna möter vårdsökande med olika omvårdnadsbehov och kulturella bakgrunder är det viktigt att omvårdnadsarbetet präglas av ett personcentrerat, mångkulturellt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningsätt (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Att ge telefonrådgivning

I studien av Ström et al. (2006) beskrevs telefonrådgivning av telefonsjuksköterskor som en komplex arbetsuppgift, bland annat på grund av att det upplevdes svårt att förbereda sig inför samtalen då de inte vet vem som ringer, eller vad den vårdsökande behövde hjälp med. För att kunna bemöta olika individer och ge evidensbaserade råd krävdes konstant uppdatering av telefonsjuksköterskornas kunskaper, vilket kunde upplevas positivt och stimulerande för yrkesutveckling men även som en negativ stressfaktor. Även i studien av Holmström och Dall'alba (2002) framkom det att telefonsjuksköterskorna upplevde det givande att kunna hjälpa vårdsökande genom att lyssna, ge råd och ta självständiga beslut.

Holmström och Dall'Alba (2006) beskrev vidare att telefonsjuksköterskor ibland upplevde telefonrådgivning som ett stressfyllt arbetsmoment på grund av långa telefonköer och den begränsade tiden per samtal. Många gånger blev vårdsökande irriterade och tog ut sin irritation över telefonsjuksköterskorna när de fått vänta länge i telefonkön, eller när de inte kunde få tid till läkare. När vårdsökande blev agiterade i telefonen upplevdes det som en obekvämt och utsatt situation. Det medförde känslor av frustration och hjälplöshet hos telefonsjuksköterskorna som kunde känna sig splittrade av att både vara en hjälpande hand till den vårdsökande men samtidigt en beskyddande roll över hälso- och sjukvårdens resurser.

I tidigare forskning beskrev många telefonsjuksköterskor att de upplevde att vårdbedömningar i telefonrådgivning försvårades på grund av avsaknad av visuell kontakt (Holmström & Höglund, 2007; Pettinari & Jessop, 2001). I studien av Wahlberg et al. (2003) framkom att till följd av att vårdmötet inte sker ansikte mot ansikte, var telefonsjuksköterskorna tvungna att förlita sig på att informationen från den vårdsökande var sanningsenlig, samtidigt som de skulle vara uppmärksamma på det som inte sagts. I studien av Pettinari och Jessop (2001) uttrycktes en rädsla för att göra en felaktig bedömning och att missförstå patientens beskrivning, vilket kunde resultera i att patienten hänvisades till fel vårdnivå, just på grund av avsaknad av visuell kontakt. Därför ansågs det viktigt att som sjuksköterska i telefonrådgivning ha en god kommunikationsförmåga och vara närvarande i samtalet, samt att vara lyhörd och kunna lyssna in bakgrundsljud, för att få en helhetsbild av situationen.

Enligt Ström et al. (2006) krävdes en dialog där båda parterna är lika delaktiga för att kunna skapa ett fungerande samtal i samband med telefonrådgivning. Telefonsjuksköterskorna i studien av Pettinari och Jessop (2001) upplevde att det var svårare att skapa ett förtroende i samtalet, eftersom vårdmötet inte skedde ansikte mot ansikte. Det gjorde att man kunde missa betydande information gällande personens kroppsspråk och ansiktsuttryck. Å andra sidan

framkom det även i samma studie att det ibland var lättare för vårdsökande att anförtro sig angående känsliga ämnen via telefon, just på grund av den ökade känslan av anonymitet och trygghet vid utebliven ögonkontakt.

Wahlberg et al. (2003) beskrev hur telefonsamtal med personer som lider av psykisk ohälsa kunde vara tidskrävande, då den vårdsökande ofta var i behov av att samtala med någon, vilket kunde vara svårt att tillgodose på grund av begränsad samtalstid. Till följd av den tids-, kunskaps- och resursbrist som rådde, och råder, inom hälso- och sjukvården var personer med psykisk ohälsa en svår patientkategori att möta i telefonrådgivning. Det har därför uttryckts vara av stor vikt att distriktssköterskor har tillräckliga kunskaper för att kunna bemöta och bedöma vårdbehov hos personer med psykisk ohälsa.

Teoretisk utgångspunkt

Det vårdande samtalet

För att kunna lindra lidande, främja välbefinnande och stärka individers hälsoprocesser menade Eriksson (1998), att det är viktigt med en mellanmänsklig kontakt mellan vårdgivaren och den vårdsökande. Vidare beskrev Eriksson (1998) att syftet med vårdande är att stödja och stärka individers hälsoprocesser, ett syfte som för att realiseras i sin tur är i behov av att vårdande relationer, möten och samtal skapas och utvecklas.

I en avhandling av Fredriksson (2003) beskrevs att det krävs en dialog mellan två individer för att kunna skapa ett vårdande samtal. Det är distriktssköterskans ansvar att det vårdande samtalet utvecklas, men för att samtalet skall gestaltas krävs det att båda parterna är delaktiga och bidrar. För att kunna ta del av individens livsvärld är det viktigt att det vårdande samtalet kännetecknas av följsamhet och öppenhet. Det kräver att distriktssköterskan är närvarande och lyssnar in för att kunna ta del av patientens berättelse som ligger till grund för den vårdande relationen. Vidare beskrev Dahlberg och Segesten (2010) att det är viktigt att individens uttalade, men även outtalade, behov av vård och information tillgodoses. Distriktssköterskans bemötande vid det vårdande samtalet är av stor betydelse och kan vara avgörande för hur individen upplever sin hälsa och vården som ges. Det är även betydelsefullt att distriktssköterskan får tillräckligt med tid och inte jäktar när det vårdande samtalet berör komplexa områden.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) finns det svårigheter inom primärvården med att skapa ett vårdande samtal i telefonrådgivning. Primärvården styrs ofta av strikta rutiner och riktlinjer, vilket medför en ökad risk för att distriktssköterskan får en envägskommunikation istället för att skapa en dialog med den vårdsökande. Björk Brämberg (2008) lyfter ytterligare en annan problematik som försvårar utformningen av ett vårdande samtal, vilket är när parterna inte pratar samma språk. Med detta i åtanke beskrev Kasén (2002) att det är viktigt att poängtera att kommunikation kan vara ordlös. I många fall kan det vara lättare för individen att förmedla och uttrycka ett budskap eller en känsla genom att göra en gest med sitt

kroppsspråk eller ansiktsuttryck, vilket kompliceras när vårdmötet sker i samband med telefonrådgivning.

Då allt fler vårdmöten inom primärvården sker via telefonrådgivning utgör samtalet grunden för etableringen av vårdrelationen mellan distriktssköterskor och personer som har oro och ångest. Därför är det betydelsefullt att studera distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest med utgångspunkt i begreppet det vårdande samtalet.

Problemformulering

Primärvården är första linjens vård där befolkningen söker för både fysiska och psykiska besvär. Inom primärvården är telefonrådgivning en vanligt förekommande arbetsuppgift för distriktssköterskor som i många fall upplevs komplex och som kräver en bred kompetens. Den psykiska ohälsan ökar i Sveriges befolkning och en stor del av densamma består av problematik i relation till oro och ångest. Att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning kan vara svårt och tidskrävande, vilket resulterar i att deras vårdbehov inte alltid kan tillgodoses. Tidigare forskning har främst undersökt upplevelser av telefonrådgivning hos sjuksköterskor som arbetar på sjukvårdsupplysningar, till exempel 1177, vars kontext skiljer sig från sjuksköterskors och distriktssköterskors arbete i primärvården. Utöver brist på forskning som studerat distriktssköterskors erfarenheter av att arbeta med telefonrådgivning inom primärvården saknas det även studier som beskriver distriktssköterskors upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest. Det blir därmed relevant att söka kunskap som kan bidra till en förståelse för hur distriktssköterskor upplever samtalet med personer som har oro och ångest i samband med telefonrådgivning inom primärvården.

Syfte

Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning inom primärvården.

Metod

Design

För att skapa kunskap om distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning valdes kvalitativ forskningsansats, där data insamlades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Syftet med kvalitativ

forskningsansats är att beskriva sammanhang eller fenomen i en människas livsvärld. Kvalitativ forskningsansats innebär därmed att ha fokus på det unika och att presentera personers erfarenheter av ett fenomen genom deras berättelser (Polit & Beck, 2016).

Studiens kontext

Studien genomfördes på vårdcentraler belägna på landsbygden, i småstadsmiljö och i en storstadsförort. Distriktssköterskorna som deltog i studien arbetade med telefonrådgivning dagligen. På samtliga arbetsplatser användes datoriserade telefonsystem där patienterna lämnar person- eller telefonnummer och blir uppringda av sjuksköterskor eller distriktssköterskor. Samtalslängden är begränsad och ett samtal bör inte överstiga sex minuter.

Urval och rekrytering

Enligt Polit och Beck (2016) kan storleken på urvalet i kvalitativa studier variera. Det som styr antalet deltagare till en kvalitativ studie är studiens syfte, urvalsstrategi och kvalitén på det insamlade datamaterialet. Bekvämlighetsurval tillämpades på grund av studiens begränsade tidsram och var kriteriebaserat, vilket innebar att informanterna valdes utifrån studiens inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriteriet i studien var distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet av telefonrådgivning inom primärvård. Bekvämlighetsurval innebär att deltagare väljs genom att de motsvarar studiens inklusionskriterier och är lättillgängliga, vilket kan användas vid studier med kort tidsram (Polit & Beck, 2016).

Kontakt togs med totalt 28 verksamhetschefer på olika vårdcentraler inom Region Halland, Västra Götalandsregionen och Region Jönköping. Både offentliga och privata vårdcentraler tillfrågades. Första kontakten med verksamhetscheferna togs via mail, där de erhöll informationsbrev om studien samt forskningspersonsinformation bifogades, se bilaga 1 och 2. Vid uteblivet svar från verksamhetscheferna skickades en påminnelse via mail, alternativt togs kontakt via telefon. Först efter verksamhetschefernas godkännande, kontaktades distriktssköterskor på de olika vårdcentralerna via mail, där de erhöll forskningspersonsinformationen. Kontaktuppgifter till distriktssköterskorna erhöles antingen av verksamhetschefen via mail eller genom att verksamhetschefen vidarebefordrade författarnas (J.S-L & S.A) kontaktuppgifter. Totalt gav tio verksamhetschefer sitt godkännande för genomförande av intervju med en eller flera av deras anställda distriktssköterskor, 11 verksamhetschefer tackade nej och svar uteblev från sju verksamhetschefer. Av 39 stycken tillfrågade distriktssköterskor tackade tio stycken ja till deltagande i studien från åtta olika vårdcentraler och samtliga fullföljde intervjun. Av de tio deltagande distriktssköterskorna var samtliga kvinnor och de hade arbetat inom primärvården mellan 1 – 31 år, se tabell 1.

Tabell 1. Informanternas yrkeslivserfarenhet inom primärvården

Antal informanter	År inom primärvården
6 st	1-10 år
2 st	10-20 år
2 st	20-31 år

Datainsamling

För att få detaljrika och utförliga beskrivningar av distriktssköterskornas erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning användes kvalitativ, semistrukturerad intervju som datainsamlingsmetod. Enligt Polit och Beck (2016) används semistrukturerade intervjuer för att garantera att ämnesområdet vid den aktuella studien besvaras, samtidigt som det möjliggör för deltagaren att berätta fritt om sina upplevelser utifrån förutbestämda frågeområden. Datainsamlingsmetoden kan anpassas allteftersom ny information uppkommer under intervjun, vilket både ger – och kräver – en flexibilitet under intervjun. Bandinspelning av kvalitativa intervjuer är att föredra för att kunna säkerställa att inget material går förlorat.

Tio stycken distriktssköterskor intervjuades. Intervjuerna genomfördes enskilt med varje informant tillsammans med en av författarna (J.S-L & S.A), som genomförde sex respektive fyra intervjuer var. Informanterna valde tid och plats för intervjun. Alla informanter valde att genomföra intervjun på sin arbetsplats. Vid intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor som utformats utifrån studien syfte av författarna (J.S-L & S.A), se bilaga 3. För att få fördjupade svar ställdes även följdfrågor vid behov. Intervjuerna spelades in med bandspelare. Samtalslängden på intervjuerna varierade mellan 20–30 minuter.

Dataanalys

För att bearbeta och analysera textmaterialet användes kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats, vilket innebär att analysen görs utan en föreliggande teori eller modell. Kvalitativ innehållsanalys är lämpligt att använda vid analys av data som rör individers upplevelser eller erfarenheter av ett fenomen. Det centrala i kvalitativ innehållsanalys är att hitta likheter eller skillnader i en text och utifrån dessa skapa kategorier och teman (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2016).

Vid en analys av en text kan man identifiera både manifest och latent innehåll. I studien användes manifest analys som innebär att man analyserar enbart det som står i själva texten och inte textens underliggande budskap. Vid en manifest innehållsanalys bryts texten ner till meningsbärande enheter som kan vara ord eller meningar med samma innebörd. De meningsbärande enheterna blir till koder som representerar en sammanfattning av innehållet. Flera liknande koder bildar tillslut olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Det inspelade datamaterialet transkriberades i direkt anslutning till varje intervju. Allt datamaterial avidentifierades och förseddes med koder 1-10 inför analysprocessen. För att skapa en helhetsbild lästes det insamlade datamaterialet upprepande gånger först enskilt och sedan tillsammans, vilket styrks i Graneheim och Lundman (2004). Författarna (J.S-L & S.A) skrev ut det transkriberade materialet och markerade var för sig det textinnehåll som motsvarade studiens syfte, därefter jämfördes markeringarna och diskuterades. Datamaterialet bröts ner till mindre texter för att göra materialet mer lätthanterlig. Texterna sorterades och bildade stycken med liknande innehåll. Meningsbärande enheter identifierades och abstraherades till koder. Koderna bildade tillslut fyra kategorier med åtta tillhörande subkategorier. För exempel på hur analysprocessen gick till, se tabell 2.

Tabell 2. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Bilden som målas upp i sociala medier av att allt ska vara perfekt och att allt annat är avvikande skapar oro och ångest...att söka information om sjukdomar på nätet gör att patienterna tror att lindriga symtom är tecken på allvarlig sjukdom.	Att söka information om sjukdomar på internet och de upplevda samhällskraven av att vara perfekt skapar oro och ångest	Ökade samhällskrav och vårdsökandes kunskap- och informationssökande skapar oro	Internet och sociala medier kan skapa oro	Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning
Har inte fått tillräckligt med utbildning i telefonrådgivning eller att bemöta psykisk ohälsa, finns kurser men ej fått möjlighet att gå...Man blir aldrig fullärd. Det kommer alltid nya saker... kunskapen är erfarenhetsbaserad som jag fått efter åren som distriktssköterska	Har inte fått tillräckligt med utbildning i telefonrådgivning och psykisk ohälsa. Kunskapen är baserad på distriktssköterskornas erfarenheter	Otillräcklig utbildning i telefonrådgivning och psykisk ohälsa	Brist på utbildning	Att skapa ett bra samtal: en utmaning

Fortsättning av tabell 2. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Jag brukar rådfråga kollegor och så hur de har handskats med det tidigare... man kan ta hjälp utifrån vad kollegorna skrivit tidigare i journalen...Det finns ett rådgivningsstöd på 1177 som jag använder i min bedömning för att se vart de ska vända sig	Finner stöd i samtalen genom att rådfråga sina kollegor eller använda sig av rådgivningsstödet för att få hjälp med vårdbedömningen	Kollegor och datoriserat rådgivningsstöd skapar en trygghet vid vårdbedömning		Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet
Man måste ta sig tid även om det inte finns tid, så går det inte att skynda på samtalen med personer med oro och ångest...Det är viktigt att ha ett vänligt bemötande och att skapa en lugn och trygg samtalsmiljö	Samtal med personer med oro och ångest tar tid och måste få ta tid för att kunna bekräfta patienten och bygga upp ett förtroende och skapa trygghet	Genom att ta sig tid skapas en lugn och trygg samtalsmiljö	En trygg samtalsmiljö	Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt

Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för humanistisk- och samhällsvetenskapliga områden måste individskyddskravet uppfyllas. Individskyddskravet utgörs av fyra krav som säkerställer deltagarnas integritet och välbefinnande. De består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet innebär att deltagarna måste få både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, tillvägagångsätt, eventuella risker och vad som förväntas av dem. Informationen måste vara begriplig och lättförståelig. Samtyckeskravet innebär att deltagarna skall informeras om att deltagandet är helt frivilligt och att de kan avbryta sin medverkan när som helst utan att behöva ange skäl (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet och

Samtyckeskravet uppfylldes genom att distriktssköterskorna som tillfrågades fick både muntlig och skriftlig information om studien. Forskningspersonsinformationsbrevet utformades efter Etikprövningsnämndens mall, se bilaga 2 (Etikprövningsnämnden, 2017). Muntligt samtycke erhöles av distriktssköterskorna som deltog i studien och de informerades om att deltagandet var frivilligt och deras rätt att avbryta sitt deltagande.

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarnas anonymitet och integritet alltid skall bevaras. Det insamlade datamaterialet måste behandlas konfidentiellt och förvaras så att inte obehöriga kan ta del av det (Vetenskapsrådet, 2002). Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att allt insamlat datamaterial avidentifierades. Datamaterialet och kodningslistan förvarades inlåst och utom räckhåll så att inte obehöriga kunde ta del av det enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Allt insamlat datamaterial och kodningslistan förstördes efter att studien avslutats.

Nyttjandekravet innebär att all forskning skall vara till nytta och bidra till utveckling antingen för deltagarna, övriga individer i liknande situationer eller samhället i stort. Att bedriva forskning med människor innebär alltid en risk att deltagarna utsätts för skada eller upplever obehag. Forskarna har därför ett ansvar att undvika, förebygga eller minimera riskerna för att skada uppstår. Det insamlade datamaterialet får enbart användas till forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Nyttjandekravet uppfylldes genom att en risk-nytta-analys genomfördes för att identifiera eventuella risker med studien. Det framkom att det inte fanns några etiska risker då frågorna som ställdes i studien inte var av känslig karaktär utan enbart berörde distriktssköterskornas profession. Det kan däremot innebära en ökad stress för de deltagande distriktssköterskorna som behöver avvara arbetstid i sitt redan pressade arbetsschema. För att underlätta för informanterna fick de välja tid och plats för intervjun.

Resultat

Analys av data resulterade i fyra kategorier; *Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning, Att skapa ett bra samtal: en utmaning, Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet* och *Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt*, med åtta tillhörande subkategorier (Tabell 3). Resultatet presenteras nedan i löpande text med illustrativa citat.

Tabell 3. Översikt av kategorier och subkategorier

Subkategori	Kategori
Samhällsklimatet speglar samtalen	Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning
Internet och sociala medier kan skapa oro	
Stress och ensamhet skapar oro	
Tiden och rummet som stressfaktor	Att skapa ett bra samtal: en utmaning
Brist på utbildning	
Att inte kunna se varandra	

Fortsättning av Tabell 3. Översikt av kategorier och subkategorier

Subkategori	Kategori
	Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet
En trygg samtalsmiljö	Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt
Att se någon utan att se: dialog och aktivt lyssnande	

Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning

Samhällsklimatet speglar samtalen

Informanterna i studien upplevde att det i dagens samhälle finns en generellt ökad oro och ångest i samband med såväl fysiska som psykiska besvär och att det avspeglas i telefonrådgivningen. Flera av informanterna beskrev vidare att de upplevde att den psykiska ohälsan hos både unga vuxna och vuxna har ökat succesivt, men främst hos de unga vuxna och hos kvinnor. En del av informanterna upplevde att unga vuxna idag inte har samma tolerans och copingstrategier jämfört med tidigare generationer, när de utsätts för normalt stressande situationer, exempelvis i samband med studier eller att ett förhållande tar slut.

*Den yngre gruppen som också får psykisk ohälsa för att det är så mycket, de är stressade och man lär sig inte hantera normala reaktioner på rätt sätt.
(Informant 2)*

Detta i sin tur, gjorde att många sjukdomsklassar sina ångestkänslor och ringer in för att få hjälp med fysiska åkommor. Informanterna uttryckte att kontakt tas med primärvården på grund av att många mår dåligt över hur de förändrade samhällskraven ökar pressen på den enskilda individen. Vårdsökande ringer också och är oroliga på grund av misstanke om sjukdom, i väntan på provsvar eller besked från läkare. Informanterna upplevde att telefonrådgivningen har blivit allt mer komplex till följd av den ökade oron och ångesten bland vårdsökande.

En del av informanterna upplevde att det är allt fler i dagens samhälle som kräver att få sin vilja fram och blir agiterade när de inte får det. Att arbeta med telefonrådgivningen kunde också upplevas som en utsatt position när vårdsökande blev aggressiva och inte ville lyssna. Det kunde till exempel inträffa när en person med oro och ångest ringer och har en förbestämd åsikt om vad de önskar.

Internet och sociala medier kan skapa oro

Flertalet informanter uppmärksammade att den ökade tillgången av information på internet skapade oro hos unga vårdsökande. De unga vårdsökande är i många fall mer upplysta och söker information på internet när de upplever besvär. Såväl som det kan vara en fördel så kan också bristande medicinsk kunskap leda till att det är svårt att förstå sammanhanget. Många gånger skapade det en onödig oro för allvarlig sjukdom, trots att symtomen var helt normala kroppsliga reaktioner på stressfyllda situationer eller enklare sjukdomstillstånd som kan behandlas.

Informanterna uttryckte också att de upplevde att sociala medier förmedlar en bild om att allting ska vara perfekt, och att det som avviker är onormalt.

Att allt ska vara perfekt och allt annat är inte godkänt. Allt som inte är den 100 % fixade, glada och friska personen är jättesjuk och då blir man orolig. (Informant 9)

Stress och ensamhet skapar oro

Att få ihop det så kallade livspusslet med arbete, familj och hälsosam livsstil beskrevs som stor bidragande faktor till att många vuxna har oro och ångest. En del av informanterna beskrev att det var svårt att bemöta oroliga föräldrar som ringde för sina barn eller tonåringar dels för att det var svårt att göra vårdbedömningen via tredje part, men även på grund av att föräldrarna ofta var stressade över att barnet var sjukt.

Enligt flertalet informanter märktes även en ökande oro och ångest hos de äldre vårdsökande. Det var inte ovanligt att äldre vårdsökande hade en ökad sjukdomsoro till följd av att de tar flera olika mediciner för olika sjukdomstillstånd. Informanterna upplevde att mycket av de äldres oro och ångest berodde på känslan av ensamhet och en rädsla för döden. Det framkom också att tidigare livshändelser påverkade äldres psykiska hälsa och att många äldre har oro och ångest till följd av att de har varit med om tragiska händelser i livet.

Att skapa ett bra samtal: en utmaning

Tiden och rummet som stressfaktor

Samtliga informanter beskrev telefonrådgivning som ett stressfyllt arbetsmoment. Den begränsade samtalstiden och de långa telefonköerna var de främsta anledningarna. De flesta ansåg att personaltätheten i telefonrådgivningen inte motsvarade mängden inkommande samtal till primärvården. Till följd av bristen på personal upplevde en del av informanterna att det var svårt att ta sig den extra tiden som behövdes för att kunna bemöta personer som har

oro och ångest på rätt sätt för att det ska bli ett bra samtal. När de behövde skynda på samtalen och vara tydliga kunde de uppfattas som avvisande och de vårdsökande blev stressade, särskilt äldre med oro och ångest.

Tidsaspekten är en viktig faktor som gör det svårt, jag vet att jag har en lång radda med andra samtal och dom här samtalen som berör oro och ångest tar ju ofta lång tid. (Informant 4)

Tidsbristen kunde i vissa fall leda till att en del av informanterna upplevde att personer med oro och ångest hänvisades till fel vårdnivå då det inte funnits möjlighet att ta en grundlig anamnes. En del av informanterna uttryckte att det hade känts tryggt om de haft möjligheten att ringa upp oroliga eller ångestfyllda patienter för att stämna av hur de mår efter att samtalet avslutats, men på grund av tidsbrist och de långa telefonköerna fanns det inte alltid utrymme för det.

Ett par av informanterna berättade att de satt flera i samma rum och hade telefonrådgivning, vilket kunde upplevas som distraherande och störande när man samtalade med personer som har oro och ångest.

Brist på utbildning

Majoriteten av informanterna upplevde att de inte hade tillräckligt med utbildning vare sig i telefonrådgivning eller för att bemöta personer som har oro och ångest inom primärvården. Däremot kände de sig tryggare i telefonrådgivningen desto mer de arbetat med det.

Sen är man aldrig fullärd, utan det kommer alltid nya saker och det är väl det man lärt sig efter hand. Ju mer man har jobbat, ju mer inser man att man faktiskt inte har kunskaper om allting. (Informant 1)

Att inte kunna se varandra

Det som samtliga informanter beskrev som svårast i samtalet med personer som har oro och ångest i telefonrådgivningen, var avsaknaden av ögonkontakt. De upplevde att vårdbedömningen blir svårare då man inte kan se personens kroppsspråk eller ansiktsuttryck. Informanterna poängterade vikten av att alltid utgå ifrån att det som personen med oro och ångest berättar är sanningsenligt, men samtidigt vara medveten om att det finns en risk att personen överdriver eller förminskar sina symtom. Att inte kunna se vårdsökande som har oro och ångest medförde ibland en rädsla hos informanterna för att göra en felaktig vårdbedömning och missa suicidrisk. Därför upplevdes det som en trygghet för en del av informanterna att ha möjlighet att kunna boka in patienter till sin egen mottagning, för att kunna göra vårdbedömningen ansikte mot ansikte.

Några informanter ansåg att det var svårare att få samma kontakt och göra en korrekt vårdbedömning per telefon av personer med oro och ångest som har ett annat modersmål. Vid språkförbristningar rekommenderade informanterna att träffas på vårdcentralen så att de lättare kunde kommunicera med hjälp av kroppsspråk.

Att ta hjälp av stöd vid bedömning: en trygghet

Samtal med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning upplevdes svåra och komplexa, därför brukade en del av informanterna rådfråga sina kollegor för att få hjälp i sin vårdbedömning. Informanterna kände att de kunde få stöd och stöttning i hur de skulle hantera oroliga och ångestfyllda personer då kollegorna i många fall hade kännedom om personen i fråga.

Jag brukar fråga kollegor och så hur de har handskats med det tidigare och att vi försöker stötta varandra, fråga varandra. (Informant 10)

Informanterna upplevde även en trygghet genom att kunna ta del av tidigare journalanteckningar för få en bättre bild av personen. Genom att ha tillgång till journalen så upplevde en del av informanterna att de kunde lugna vissa personers oro genom att förmedla provsvar exempelvis.

Majoriteten av informanterna upplevde att de fick hjälp i sina bedömningar av personer som har oro och ångest när de använde sig av ett datoriserat rådgivningsstöd. De ansåg då att det var lättare att ställa rätt frågor och hitta passande vårdnivå för personens behov.

Samspel och bemötande: det goda samtalet är möjligt

En trygg samtalsmiljö

Majoriteten av informanterna uppmärksammade vikten av skapa en lugn och trygg samtalsmiljö genom att ha ett öppet och vänligt bemötande i telefonrådgivningen. Informanterna påpekade att trots att samtalen med personer som har oro och ångest var tidskrävande, så var det viktigt att den vårdsökande upplevde att distriktssköterskan hade tid att lyssna och lust att hjälpa. Genom att ta sig den tid som behövdes kunde informanterna bygga upp ett förtroende och nå fram fram till personen som har oro och ångest.

Några minuter extra så har man en patient med förtroende och då mår den patienten mycket bättre. (Informant 9)

Att se någon utan att se: dialog och aktivt lyssnande

Informanterna beskrev att inom primärvården var det ofta återkommande vårdsökande i telefonrådgivningen, särskilt de som besvärades av oro och ångest. Informanterna upplevde

att vårdsökande blev glada och kände sig sedda och bekräftade när de blev igenkända. I samband med telefonrådgivning sker vårdmötet utan personlig kontakt, därför uppmärksammade informanterna vikten av att ha fullt fokus på personen med oro och ångest genom att lyssna aktivt och vara lyhörd. Det innebär att ställa öppna frågor, bekräfta det personen säger och lyssna även på det som inte sägs i ett samtal.

*Man måste ju vara oerhört lyhörd för att fånga upp de där signalerna. Att man har tentaklerna ute och lyssnar på det som sägs mellan raderna.
(Informant 7)*

Genom att låta personen som har oro och ångest få möjligheten att prata fritt utan att bli avbruten kunde informanterna få tillgång till patientberättelsen. Efter det upplevdes det lättare att ställa de rätta frågorna och på så vis bekräfta att de förstår den vårdsökandes upplevelser. För att kunna genomföra en korrekt vårdbedömning beskrev samtliga informanter att det var viktigt med en ömsesidig dialog där både den vårdsökande och informanterna kunde få svar på sina frågor.

Sammanfattningsvis upplevde majoriteten av informanterna att det var svårare att få samma kontakt med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning än vid ett mottagningsbesök, men att det absolut var möjligt att skapa ett bra samtal om de hade de rätta förutsättningarna som tidigare beskrivits. Ett bra samtal i telefonrådgivning kännetecknades av att informanterna nådde fram och lyckades lindra personens oro och ångest.

Diskussion

Diskussionen kommer att delas in i metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen kommer studiens tillvägagångssätt och analysmetod diskuteras. I resultatdiskussionen kommer studiens huvudfynd lyftas fram och diskuteras.

Metoddiskussion

Vid kvalitativ forskning är det viktigt att bedöma forskningens trovärdighet. För att kunna bedöma trovärdigheten i kvalitativa studier granskas giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Polit & Beck, 2016).

Då studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser var valet av kvalitativa intervjuer som granskats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys en passande forskningsmetod att tillämpa. Förhoppningen vid urvalsprocessen var att få en bred spridning gällande informanternas erfarenhet, geografiska områden och kön, men på grund av begränsad tidsram för studien och en låg svarsfrekvens från både verksamhetschefer och tillfrågade distriktssköterskor inkluderades samtliga distriktssköterskor som tackade ja. Av de 28 tillfrågade verksamhetscheferna gav tio stycken sitt godkännande för att få tillfråga distriktssköterskor på vårdcentralen. Elva verksamhetschefer tackade nej på grund av

omorganisering av verksamheten eller att de inte kunde avvara någon distriktssköterska på grund av tidsbrist. Svar uteblev från sju verksamhetschefer trots påminnelse via mail. Av de 39 tillfrågade distriktssköterskorna var de tio som tackade ja till att delta i studien, sju tackade nej på grund av tidsbrist och svar uteblev från 22 stycken. Det hade varit intressant att veta orsaken till varför svar uteblev, både från de sju verksamhetscheferna och de 22 tillfrågade distriktssköterskorna som inte besvarade förfrågan. Att använda bekvämlighetsurval kan anses som en svaghet då det finns en ökad risk att urvalet inte är representativt, samtidigt som resultatets giltighet och överförbart kan påverkas (Polit & Beck, 2016). Att samtliga informanter var av samma kön kan ses som en svaghet, men den stora variationen i yrkeslivserfarenhet kan ses som en styrka då det kan spegla deras olika kunskaper och uppfattningar av det studerade ämnet.

Vid kvalitativ forskning är forskarna delaktiga då de är medskapare av resultatet både vid datainsamlingen och vid dataanalysen. Det är viktigt att forskarna ska hålla sig neutrala och inte låta sin förförståelse påverka resultatet i någon riktning (Polit & Beck, 2016). Inför genomförandet av studien diskuterade därför författarna (J.S-L & S.A) sin förförståelse inom ämnet då båda har erfarenheter av att arbeta med telefonrådgivning antingen inom primärvården eller i hemsjukvården för att höja studiens trovärdighet.

Om ett resultat vid kvalitativ forskning beskriver det som är avsett att beskriva, har en studie hög giltighet (Polit & Beck, 2016). Författarna (J.S-L & S.A) var medvetna om att deras begränsade erfarenhet av att genomföra kvalitativa intervjuer kan ha påverkat det insamlade datamaterialets giltighet. Intervjutekniken kan ha varit bristfällig till följd av den begränsade erfarenheten, vilket kan ha lett till att relevant information kan ha missats. Genom att författarna (J.S-L & S.A) utgick ifrån en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor kunde studiens syfte besvaras och då ledande följdfrågor undveks ökade studiens trovärdighet. Att samtliga intervjuer genomfördes individuellt med en av författarna (J.S-L & S.A) på vald tid och plats av informanterna kan förutsättningarna öka för att de ska känna sig avslappnade och på så vis kunna ge mer uttömmande svar. När det är mer än en intervjuare i samma studie finns det risk att intervjuerna genomförs på olika sätt och att deltagarna får olika följdfrågor, men det kan även innebära möjligheter för en större variation i datamaterialet (Polit & Beck, 2016). Samtliga intervjuer avslutades med att informanterna fick frågan om det var något mer de ville tillägga i ämnet, vilket skapade möjligheten för ytterligare reflektioner som inte framkommit under intervjun.

Enligt Polit och Beck (2016) beror resultatets överförbarhet på om det kan ha relevans för andra grupper eller situationer. Det är upp till varje läsare att själv bedöma överförbarheten, men för att underlätta bör studiens metod och kontext beskrivas noggrant. Författarna (J.S-L & S.A) har försökt underlätta bedömningen genom att stegvis beskriva tillvägagångssätt vid urval, datainsamling och dataanalysen. Då studien enbart inkluderade tio distriktssköterskor från åtta olika vårdcentraler begränsar det resultatets överförbarhet. Däremot framkom mönster och likheter i deras erfarenheter och upplevelser av att samtala med personer som har

oro och ångest trots skillnader i distriktssköterskornas yrkeslivserfarenhet vilket stärker studiens trovärdighet.

Att intervjuerna spelades in och att det insamlade datamaterialet transkriberades i nära anslutning till intervjun av den intervjuande författaren (J.S-L & S.A), minskar risken för att betydelsefull information förloras. Genom att författarna (J.S-L & S.A) läste igenom det insamlade datamaterialet upprepade gånger var för sig, strök under materialet som motsvarade studiens syfte och därefter fortsatte analysprocessen gemensamt kan stärka resultatets tillförlitlighet. För att få en hög tillförlitlighet krävs en noggrann beskrivning av analysprocessen (Polit & Beck, 2016). För att stärka studiens tillförlitlighet och giltighet beskrevs analysprocessen noggrant och exempel redovisas i tabell 2. Citat från studiens informanter presenteras även i resultatet, vilket styrks av Graneheim och Lundman (2004).

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis beskrev informanterna att dagens samhällsklimat bidragit till att allt fler vård sökare besväras av oro och ångest, vilket avspeglades i telefonrådgivning inom primärvården. Flertalet informanter betonade vikten av ett vänligt bemötande och en lugn trygg miljö för att skapa ett bra samtal i telefonrådgivning. Dock upplevdes det som en utmaning att skapa ett bra samtal med personer som har oro och ångest på grund av avsaknaden av visuella kontakten och den begränsade samtalstiden. Trots detta kunde informanterna genom att använda olika stöd, ta sig tid och lyssna aktivt bekräfta den vård sökandes upplevelser av oro och ångest och på så vis öppna för en ömsesidig dialog som möjliggör skapandet av ett bra samtal.

Dagens samhälle bidrar till en komplex telefonrådgivning

Informanterna i studien beskrev att många av de unga vård sökande inte klarade av att hantera normala kroppsliga reaktioner som uppstår vid stressande situationer och därför sjukdomsklassade besvären. De upplevde även att unga vuxna söker information på internet när de får besvär, men då de ofta saknar medicinsk kunskap skapade det onödig oro. Laakso och Niemi (2013) kunde påvisa att patienter med oro ofta blev lugnade och nöjda efter att ha fått en förklaring till sina upplevda besvär, medan deras oro förvärrades om de fick ett dåligt bemötande, eller inte kunde få en förklaring till symtomen. Ställt i relation till dagens informationssamhälle, som informanterna i föreliggande studie beskrev skapa oro hos framför allt unga vård sökande, och Laakso och Niemis resultat (2013) blir det av vikt för distriktssköterskan i telefonrådgivning att lyssna på den vård sökande, även då hen vet att besvären som den vård sökande söker för är ofarliga. Oron måste tas på allvar och inte nonchaleras då det kan skada den vård sökandes förtroende till hälso- och sjukvården. Samtidigt kan det vara lämpligt att inte sjukdomsklassa besvär som är normala kroppsliga reaktioner på stressfyllda situationer, då det inte stärker personens copingstrategier, utan istället ge stöd till den vård sökande med hjälp av sin medicinska kunskap. Enligt Dahlberg

och Segesten (2010) är vårdpersonalens bemötande en avgörande faktor för hur den vårdsökande upplever sin vård och fortsatta hälsa. Hur vårdsökande bemöts i telefonrådgivningen är därför av betydelse vid skapandet av ett vårdande samtal. Distriktssköterskorna behöver ha ett bra bemötande som upplevs välkomnande och på vis ökar möjligheterna för att de vårdsökande som har oro och ångest ska känna ett förtroende och vara villiga att berätta om sina besvär.

I resultatet framkom det även att personer som har oro och ångest ibland var krävande och aggressiva i telefonen till följd av frustrationen av att ha behövt vänta länge i telefonkön eller när de inte fått den hjälp som de önskade. Informanterna kunde känna sig utsatta i samtalet när en vårdsökande blev aggressiv, vilket även tidigare beskrivits av Holmström och Dall'Alba (2002). När man möter agiterade vårdsökande i telefonrådgivningen blir det svårt att skapa ett bra samtal då man inte alltid kan nå ömsesidig förståelse. Däremot är det viktigt att man som distriktssköterska försöker se förbi personens aggressivitet och inte själv bli upprörd då det försvårar skapandet av det vårdande samtalet. Inom primärvården är det som tidigare nämnts i många fall återkommande patienter och om det första samtalet inte blivit bra så är det svårt att bygga upp ett förtroende i fortsättningen.

Brist på utbildning

Informanterna i föreliggande studie beskrev en upplevelse av att de saknade utbildning i hur de skulle bemöta personer som har oro och ångest i telefonrådgivningen, och att det var svårt att bedöma den vårdsökandes vårdbehov till följd av den upplevda kunskapsbristen. Studien av Wahlberg et al. (2003) visade på en liknande bild; i många fall saknades kunskap och utbildning i att omhänderta vårdsökande med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Att uppleva en kunskapsbrist skulle kunna innebära en risk att djupgående frågor undviks i telefonrådgivningen, på grund av en till situationen relaterad obekväma känsla, och på grund av en ovisshet i hur den information som patienten lämnar, ska hanteras. Det kan försvåra skapandet av det vårdande samtalet, då delar av patientberättelsen riskerar att inte komma fram. Det finns dessutom en risk för att vårdbedömningen som helhet blir felaktig, och att den vårdsökande med oro och ångest hänvisas till fel instans.

Att ta sig tid - en kamp mot klockan

I en studie av Ernesäter, Holmström och Engström (2009) framkom det att telefonsjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning upplevde att den begränsade tiden per samtal var en stressfaktor. Även informanterna i föreliggande studie beskrev telefonrådgivning som ett stressfyllt arbetsmoment till följd av den begränsade samtalstiden och långa telefonköer, vilket blev än mer påtagligt vid samtal med personer som har oro och ångest. Det finns anledning att anta att när distriktssköterskor i telefonrådgivning inte kan ta sig den tid som behövs för varje samtal kommer patienter att ta kontakt med vården på nytt,

då deras vårdbehov inte kunnat tillgodoses – något som i sin tur leder till ytterligare ökad belastning i telefonrådgivningen.

Hos informanterna fanns en rädsla för att göra en felaktig vårdbedömning av personer som har oro och ångest, till följd av att de var stressade. I studien av Wahlberg et al. (2003), gjorde tidsbegränsningen i telefonrådgivningen att sjuksköterskorna i studien inte alltid hade tid att ta en grundlig anamnes. Det kunde leda till att viktig information missades och bidrog till att personer med oro och ångest hänvisades till fel instans. Otillräckligt eller felaktigt omhändertagande av personer med oro och ångest kan medföra onödigt vårdlidande. Samtidigt kan det leda till en ökad kostnad för samhället då det blir allt fler som blir sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa, och en ökad belastning på hälso- och sjukvården då resurser används på fel sätt.

Att ha tillräckligt med tid beskrevs av Fredriksson (2003) som väsentligt för att lyckas skapa ett vårdande samtal. Dels för att patienten skall få möjlighet att berätta sin berättelse men även för att vårdaren ska kunna vara närvarande i samtalet och lyssna aktivt, och på så vis förmedla att hen finns till patientens förfogande. Kasén (2002) anser att det vårdande samtalet blir lidande om vårdgivaren är stressad eller oengagerad. Samtal med personer som har oro och ångest beskrevs av informanterna som tidskrävande och komplexa eftersom det inte alltid fanns en enkel lösning till personens besvär. När informanterna var tvungna att skynda på samtalen upplevde de att kontakten med den vårdsökande försämrades. Därför betonade de vikten av att få tillräckligt med tid för att kunna skapa en lugn och trygg samtalsmiljö för att ett samtal med personer som har oro och ångest skulle bli bra. Som det ser ut inom primärvården i dagsläget finns det inte alltid möjlighet att ge den tiden som behövs till varje vårdsökande i telefonrådgivningen till följd av den begränsade samtalstiden och den otillräckliga personaltätheten. Denna problematik gör att distriktssköterskor som arbetar med telefonrådgivning hamnar i ett etiskt dilemma vid samtal med personer som har oro och ångest. Det etiska dilemmat kommer till uttryck i konflikten mellan att som professionell känna ett behov av att ta sig extra tid för att kunna skapa ett bra samtal, och den begränsade tid per samtal de är ålagda att följa, för att inte komma efter i arbetet.

Avsaknad av visuell kontakt – Att se någon utan att se

Informanterna beskrev att inte kunna se personen som har oro och ångest som den största svårigheten i telefonrådgivning. Samtidigt upplevde de att de inte fick samma kontakt med den vårdsökande och att de inte kunde veta om vårdbedömningen blev korrekt. De flesta ansåg att det var lättare att etablera ett förtroende när de träffade den vårdsökande med oro och ångest på mottagningen. Denna problematik har även beskrivits i tidigare forskning, då avsaknaden av den visuella kontakten försvårar vårdbedömningar och att förtroendet mellan den vårdsökande och telefonsjuksköterskorna kan påverkas negativt när man inte möts ansikte mot ansikte (Pettinari & Jessop, 2001; Ström et al., 2006). Det innebär att när samtalet sker utan visuell kontakt ställs det högre krav på distriktssköterskans kommunikationsförmåga för

att lyckas etablera en dialog. Det krävs också att den vårdsökande har förmågan att uttrycka sina behov på ett sätt så att distriktssköterskan förstår vad den vårdsökande menar för att vårdbedömningen ska bli korrekt.

Enligt Kasen (2002) kräver bra vårdande samtal möten ansikte mot ansikte, samt att man ser patientens kroppsspråk och mimik, vilket kompliceras när mötet sker i telefonrådgivningen. Trots avsaknaden av den visuella kontakten ansåg informanterna att det var möjligt att skapa ett bra samtal med personer som har oro och ångest, så länge de var koncentrerade och hade fullt fokus på den vårdsökande. För att möjliggöra ett bra samtal betonade informanterna vikten av att vara lyhörd och lyssna aktivt på personens berättelse utan att avbryta. Att lyssna är enligt Fredriksson (2003) något mer än att höra då lyssnandet är ömsesidigt och innebär att man även uppmärksammar det som inte sägs. Detta är en av de viktigaste grunder för att kunna skapa ett vårdande samtal.

Informanterna beskrev att de kunde nå fram till personerna med oro och ångest med hjälp av ett öppet och vänligt bemötande. Informanterna upplevde att personen med oro och ångest bekräftades och bidrog i dialogen när deras frågor anpassades efter den vårdsökandes berättelse. Fredriksson (2003) har beskrivit vikten av en dialog, där båda parterna är lika delaktiga, för att kunna skapa ett vårdande samtal. Vårdgivaren har till följd av sin maktposition och kompetens det grundläggande ansvaret för skapandet av en ömsesidig dialog, och för att samtalet ska bli vårdande (Kasén 2002). Att ansluta sig till Fredrikssons (2003) och Kaséns (2002) beskrivning av det vårdande samtalet innebär således att anamma att distriktssköterskan kan skapa ett vårdande samtal i telefonrådgivning, med personer som har oro och ångest, genom att ha ett bra bemötande, lyssna till patientberättelsen samt visa sitt medlidande genom att ställa bekräftande frågor.

Avslutande reflektion

Den psykiska ohälsan som växande folkhälsoproblem har bidragit till en ökning av oro och ångest hos vårdsökande inom primärvården. Samtidigt upplevs det som att primärvården inte hunnit följa med och lyckats bemöta det ökade vårdbehovet. Ökningen av oro och ångest har gjort telefonrådgivning som arbetsmoment än mer komplext och utmanande. Det har ställt högre krav på distriktssköterskornas kommunikationsförmåga och deras förmåga att utföra komplicerade vårdbedömningar under tidspress, utan att se den vårdsökande. Distriktssköterskorna i telefonrådgivningen slits mellan att arbeta tids- och kostnadseffektivt och att ta sig den extra tid som behövs för att lyckas skapa ett bra samtal med personer som har oro och ångest.

Slutsats

Studien visar att det kan vara stressande att samtala med personer som har oro och ångest, då samtalen i många fall är tidskrävande och vårdbehovet svårt att tillgodose. Avsaknad av visuell kontakt är det som upplevdes vara det största hindret, för att kunna skapa ett förtroende i samtalet, och bidrog även till osäkerhet vid vårdbedömningar. Det är viktigt att

distriktssköterskan besitter en god kommunikationsförmåga för att möjliggöra en ömsesidig dialog och bemöta personer som har oro och ångest i telefonrådgivningen. För att skapa ett bra samtal med personer som har oro och ångest krävs det att distriktssköterskor tar sig tid, har ett bra bemötande, lyssnar aktivt och är fullt fokuserade på den vårdsökande.

Implikationer för praxis

Studiens resultat kan användas för att skapa en djupare förståelse för hur distriktssköterskor i primärvården upplever att samtala med personer som har oro och ångest i telefonrådgivningen. Det kan även utgöra ett underlag för fortsatt diskussion inom primärvården och på så vis bidra till en förbättrad arbetsmiljö i telefonrådgivningen. För att kunna skapa vårdande samtal med personer som har oro och ångest i telefonrådgivning behöver den begränsade samtalstiden justeras, samtidigt som hälso- och sjukvården behöver satsa mer resurser på utbildning i psykisk ohälsa inom primärvården.

Framtida forskning

Studien visar att avsaknaden av den visuella kontakten försvårade skapandet av ett vårdande samtal. Eftersom vården blir allt mer digitaliserad och allt fler vårdmöten sker utan personlig kontakt, blir det därför av intresse att med forskning undersöka hur skapandet av det vårdande samtalet påverkas av den allt mer digitaliserade vården. Det skulle kunna bidra till vidare utveckling av distriktssköterskors samtalsteknik och kommunikationsförmåga i samband med telefonrådgivning eller andra digitala medel. Tidigare forskning som berört telefonrådgivning har främst beskrivit vårdgivarens perspektiv. Få studier har beskrivit vårdsökandes erfarenheter av samtal i telefonrådgivning. Det kan därför vara betydelsefullt att undersöka hur de vårdsökande som har oro och ångest upplever samtalen i telefonrådgivning. Det skulle kunna bidra till en ökad förståelse för vilka förutsättningar som behövs för att kunna bemöta personer som har oro och ångest på ett bra sätt och bidra till en mer jämlik vård.

Referenslista

- Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige: Ett individorienterat perspektiv*. Acta Wexionensia, 2008.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis* (1. utg., ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2017-09-11 från <http://distriktsskoterska.com/dokument/kompetensbeskrivning-distriktsskoterska-2/>
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen* (4. uppl., ed., Vårdserie). Stockholm: Norstedt.
- Ernesäter, A., Holmström, I., & Engström, M. (2009). Telenurses' experiences of working with computerized decision support: Supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1074-83.
- Etikprövningsnämnden. (2017). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2017-10-02 från <http://www.epn.se/start/ansoekan/forskningspersonsinformation/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017a). *Begrepp psykisk hälsa*. Hämtad 2017-09-22 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017b). *Folkhälsan utveckling – Årsrapport 2017*. Hämtad 2017-09-11 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017/>
- Folkhälsomyndigheten. (2017c). *Ängslan, oro eller ångest*. Hämtad 2017-10-18 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/angslan-oro-eller-angest/>
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Graneheim, & Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Holmström, I., & Dall'Alba, G. (2002). 'Carer and gatekeeper' -- conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 16(2), 142-148.
- Holmström, I., & Höglund, A. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1865-1871.
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo: Åbo akademi.

- Laakso, V., & Niemi, P. (2013). Primary health-care patients' reasons for complaint-related worry and relief. *Primary Health Care Research & Development*, 14(2), 151-163.
- Pettinari, C., & Jessop, 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. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sandelowski, M. (2002). Visible Humans, Vanishing Bodies, and Virtual Nursing: Complications of Life, Presence, Place, and Identity. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 58-70.
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2006). *Hälso-och sjukvård - Lägesrapport 2006*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-131-13>
- Socialstyrelsen. (2007). *Psykosocial kompetens i primärvården*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-107-22>
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>
- Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-6>
- Socialstyrelsen. (2017). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2017*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-3-1>
- Ström, M., Marklund, Bertil., & Hildingh, C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*, 15(20), 1119-1125.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etika kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2017-10-18 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Långsiktig handlingsplan för psykisk hälsa inom Sveriges Kommuner och Landsting 2012-2016*. Hämtad 2017-10-18 från <https://skl.se/tjanster/omwebbplatsen/sok.23.html?q=Långsiktig+handlingsplan+för+psykisk+hälsa+inom+Sveriges+Kommuner+och+Landsting+2012-2016+&submitButton.x=0&submitButton.y=0>

- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Kontakt med primärvården – Telefontillgänglighet*. Hämtad 2017-10-18 från <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardTelefon/>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-10-02 från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Västra Götalandsregionen. (2012). *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. Hämtad 2017-10-03 från <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/regionala-medicinska-riktlinjer/amnesomraden/psykiatri/>
- Wahlberg, A.C. (2004). Telephone advise nursing. Callers' perceptions, nurses' experience of problems and basis for assessments. Diss. Karolinska Institutet. Stockholm.
- Wahlberg, A-C. (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm: Liber.
- Wahlberg, A-C., Cedersund, E., Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 37-45.
- World Health Organization Europe. (2001). *Key terms and definitions in mental health*. Hämtad 2017-09-11 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health>

Bilagor

Bilaga 1 Informationsbrev till verksamhetschef

Information till verksamhetschef vid vårdcentral

Hej,

Vi heter Josephine Schubertsson-Larsson och Sanna Andersson och läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Distriktssköterska på Göteborgs Universitet. I höst skriver vi en magisteruppsats inom omvårdnad. Telefonrådgivning är en vanligt förekommande arbetsuppgift för distriktssköterskor på vårdcentraler. Enligt tidigare forskning upplevs telefonrådgivning som en utmanande och komplex arbetsuppgift. Att möta personer med psykisk ohälsa i telefonrådgivning kan upplevas svårhanterligt och stressande då tiden man har för varje samtal är begränsad samtidigt som man vill tillgodose den enskildes vårdbehov. Vi har därför valt att fördjupa oss kring distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa i samband med telefonrådgivning inom primärvård.

Studien utförs genom individuella intervjuer som tar ca 45–60 minuter och önskemålet är att få genomföra intervjuerna under v. 38–39. Vi är intresserade av att komma i kontakt med distriktssköterskor på din vårdcentral som har minst ett års erfarenhet av att arbeta med telefonrådgivning. Deltagandet är helt frivilligt och deltagarna kan avbryta sin medverkan när som helst utan att ange skäl. För att få tillfråga berörda distriktssköterskor på din verksamhet krävs ett skriftligt samtycke från dig via mail. Oavsett om du godkänner eller inte vore vi tacksamma för svar. Bifogat finner du också det informationsbrev som kommer skickas till dem som deltar i studien.

Vid frågor är du varmt välkommen att ta kontakt med oss.

Med vänliga hälsningar

Josephine Schubertsson-Larsson
Sanna Andersson

Ansvariga för studien

Josephine Schubertsson- Larsson
Leg. Sjuksköterska
Institution för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs Universitet
0704-393533
gusjosec@student.gu.se

Sanna Andersson
Leg. Sjuksköterska
Institution för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs Universitet
0707-380909
gusandsacy@student.gu.se

Handledare:

Ulrika Bengtsson, universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
ulrika.bengtsson@gu.se

Bilaga 2 Forskningspersonsinformation

Studie om distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer med ångest i telefonrådgivning inom primärvård.

Vi läser Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Distriktssköterska vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet. Som en del i utbildningen skriver vi ett examensarbete med syfte att få fördjupade kunskaper inom distriktssköterskans profession.

Bakgrund Telefonrådgivning är en vanligt förekommande arbetsuppgift för distriktssköterskor på vårdcentraler. Enligt tidigare forskning upplevs telefonrådgivning som en utmanande och komplex arbetsuppgift. Att möta personer med psykisk ohälsa i telefonrådgivning kan upplevas svårhanterligt och stressande då tiden man har för varje samtal är begränsad samtidigt som man vill tillgodose den enskildes vårdbehov. Vi har därför valt att fördjupa oss kring distriktssköterskors erfarenheter av att möta personer med psykisk ohälsa i samband med telefonrådgivning inom primärvård. Vår förhoppning med studien är att kunna bidra till en djupare förståelse av distriktssköterskors upplevelser i mötet med personer med psykisk ohälsa för att kunna bidra till fortsatt kunskapsutveckling och god vård.

Förfrågan om deltagande Vi har via din verksamhetschef fått dina kontaktuppgifter. Det här brevet är därmed en förfrågan till dig som Distriktssköterska med minst ett års erfarenhet av att arbeta med telefonrådgivning, om Du vill medverka i vår studie. Väljer du att delta kommer vi att intervjua dig på din arbetsplats, eller enligt överenskommelse. Intervjun sker lämpligtvis under vecka 38 eller 39 och tar cirka 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. Analysen av samtliga intervjuer i studien sker först efter att texten har avidentifierats (ingen kan se att det är dina svar). Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem enligt SFS 1998:204. Ansvarig för dina uppgifter är Göteborgs Universitet. Allt inspelat datamaterial förstörs efter avslutad studie.

Eventuella risker med deltagandet Vi är medvetna om att arbetsbelastningen på vårdcentral kan vara hög och att deltagande i studien kan komma att ta tid från ditt ordinarie arbete. För att underlätta kan du välja tid på dagen, samt plats för intervjun.

Eventuella fördelar med deltagandet Att delta innebär möjligheten att få reflektera över frågan och hur du/ni arbetar med den på din arbetsplats. Vår förhoppning är att deltagandet kan hjälpa till att lyfta frågan och i slutändan eventuellt bidrar till diskussion och förbättringsarbete på din arbetsplats. Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst, utan att ange skäl. Om du vill delta i studien önskar vi få kontakt med dig för att kunna bestämma tid och plats för intervjun, när de passar dig. Muntligt samtycke tas vid deltagande i studien.

Vid frågor om studien eller vid önskemål om studiens resultat hänvisas till författarna nedan.

Med vänliga hälsningar

Josephine Schubertsson-Larsson
Sanna Andersson

Ansvariga för studien

Josephine Schubertsson- Larsson
Leg. Sjuksköterska
Institution för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs Universitet
0704-393533
gusjosec@student.gu.se

Sanna Andersson
Leg. Sjuksköterska
Institution för vårdvetenskap och hälsa
Göteborgs Universitet
0707-380909
gusandsacy@student.gu.se

Handledare:

Ulrika Bengtsson, universitetslektor
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
ulrika.bengtsson@gu.se

Bilaga 3 Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur många år har du arbetat som distriktsköterska inom primärvården?
- Kön?

Intervjufrågor

Vad har du för erfarenheter av att arbeta med telefonrådgivning?

Känner du att du har tillräcklig utbildning och kunskaper för att arbeta med telefonrådgivning?

Hur påverkas den vårdande relationen när vårdkontakten sker via telefon istället för direkt på mottagningen?

Vad är en fungerande vårdrelation i samband telefonrådgivning?

- Går det att uppnå en fungerande vårdrelation i telefonrådgivningen som det ser ut idag?

Vilka är dina erfarenheter av att möta personer med oro och ångest i samband med telefonrådgivning?

- Vad ser du för svårigheter i samtalet med personer med oro och ångest i telefonrådgivning?
- Vad ser du för möjligheter i samtalet med personer med oro och ångest i telefonrådgivning?

Vilken är den vanligaste patientgruppen som besväras av oro och ångest?

Vilken är den vanligaste orsaken till att patienterna är oroliga och ångestfyllda?

Vilken patientgrupp i förhållande till oro och ångest är svårast att bemöta i samband med telefonrådgivning?

Hur går du tillväga för att göra en bedömning av vårdbehovet hos personer med oro och ångest?

- Vad har du för strategier när en person med oro och ångest ringer till vårdcentralen?
- Vad finns det för riktlinjer för handläggning av personer med oro och ångest på arbetsplatsen?

Vad behövs för att skapa ett bra samtal med personer med oro och ångest i telefonrådgivning?

- Går det att uppnå ett sådant samtal i telefon?

Avslutningsfråga: Finns det något mer som du vill tilläga?

Följdfrågor: Kan du utveckla mer? Vill du beskriva närmare? Förstår jag dig rätt?