



EXAMENSARBETE
Hösten 2014
Sektionen för hälsa och samhälle
DS8153

Att möta motstånd vid egenvårdsråd i
telefonrådgivning

en kvalitativ intervjustudie

Författare
Åsa Krizsan

Handledare
Liselotte Jakobsson

Examinator
Agneta Berg

Att möta motstånd vid egenvårdsråd i telefonrådgivning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Åsa Krizsan

Handledare: Liselotte Jakobsson

Empirisk studie

Datum 2014-09-24

Sammanfattning

Bakgrund: Att ge egenvårdsråd är en del av distriktssköterskans/sjuksköterskans omvårdnadsarbete i telefonrådgivning på vårdcentral. Att arbeta med telefonrådgivning upplevs självständigt och stimulerande men också svårt då DSK/SSK känner sig utlämnade pga. det ansvar och den kompetens som krävs. DSK/SSK stöter ibland på motstånd när de förmedlar egenvårdsråd. Patienterna vill inte alltid ta emot råd som ges vilket kan utgöra en belastning för DSK/SSK. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva DSK/SSK erfarenheter av motstånd mot egenvårdsråd i samband med telefonrådgivning. **Metod:** Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Tolv DSK/SSK som arbetade på vårdcentraler i nordvästra Skåne intervjuades. Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) **Resultat:** Resultatet visade att DSK erfarenheter av motstånd mot egenvårdsråd var att deras yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. Motståndet fick dem att tvivla på sin kompetens och de upplevde frustration när de försökte ge råd. DSK/SSK hanterade situationen genom att försöka förstå patienten, hantera sina känslor och sträva efter att finna en lösning. **Slutsats:** Det ställs stora krav på DSK/SSK yrkeskompetens och förmåga att hantera sina känslor. De strävade efter att hantera situationen professionellt men det finns behov av mer stöd och utbildning för att ge DSK/SSK de bästa förutsättningarna att nå fram till patienten.

Nyckelord: Egenvårdsråd, telefonrådgivning, motstånd, distriktssköterska, sjuksköterska

Facing resistance when providing self care advice in telephone nursing

A qualitative interview study

Author: Åsa Krizsan

Supervisor: Liselotte Jakobsson

Empirical study

Date: 2014-09-24

Abstract

Background: Nurses may face resistance when trying to give self-care advice in telephone in primary care. Patients are not always willing to accept self-care advice. Providing advice is a part of nurses' work in telephone nursing and, nurses most often experience their work as independent and stimulating but also difficult due to the responsibility and competence that is required. **Objective:** The aim of the study was to describe nurses experiences of facing resistance when providing self care advice in telephone nursing at primary care units. **Methods:** Qualitative approach was used to conduct the study. Twelve nurses working at primary care units in the north west of Skåne were interviewed. The analysis was conducted with qualitative content analysis according to Graneheim and Lundman (2004). **Results:** The analysis revealed that nurses were challenged due to their competence being questioned. They started to doubt their competence and felt frustrated trying to give patients self care advice. They handled the situation by trying to understand the patient, striving to handle their emotions and striving to find a solution. **Conclusion:** There are high demands on nurses nursing skills and ability to handle their emotions when they face resistance trying to provide self care advice. They strive to face the challenge in a professional way but they need more support and education in order to give them the best opportunities to meet patients' needs.

Keywords: Self care advice, telephone nursing, resistance, district nurse, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Kontext.....	8
Tillvägagångssätt.....	9
Urval.....	9
Datainsamlingsmetod.....	10
Etiska överväganden.....	12
Förförståelse.....	13
RESULTAT	13
Tvivel.....	14
Frustration.....	15
Söka en orsak.....	16
Hantera sina känslor.....	18
Finna en lösning.....	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats.....	26
REFERENSER	27
Bilaga I Förmedlande av deltagare i intervjustudie	
Bilaga II Förfrågan om att delta i intervjustudie	
Bilaga III Informerat samtycke	
Bilaga IV Intervjuguide	

BAKGRUND

Distriktssköterskor/sjuksköterskor (DSK/SSK) som arbetar med telefonrådgivning stöter ibland på motstånd när de ska ge egenvårdsråd. Patienterna vill inte alltid lyssna på de egenvårdsråd som ges (Holmström & Alba 2002). Forskning har visat att patienter föredrar att söka vård på en högre vårdnivå än nödvändigt (Marklund, Ström, Månsson, Borgquist, Baigi & Fridlund 2007; O'Connell, Towles, Yin & Malakar 2002). Att ge egenvårdsråd ingår i DSK/SSK omvårdnadsarbete i telefonrådgivning på vårdcentral och är en viktig arbetsuppgift som DSK/SSK både vill och förväntas göra (Holmström & Alba 2002; Kaminsky, Rosenqvist & Holmström 2008). Egenvård är ett begrepp som är väl förankrat i samhället (Marklund et al. 2007) och beskrivs av socialstyrelsen som hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra (Socialstyrelsen 2009).

Telefonrådgivning innebär bl. a. att bedöma akut vårdbehov och hänvisa patienten till lämplig vårdnivå men även att ge råd, stöd och undervisning. Den utförs alltid av legitimerad SSK men kan även vara DSK. Det centrala i arbetet är att bedöma patientens tillstånd. (Wahlberg 2008). Att sitta i telefonrådgivning innebär ett ensamt ansvar för de råd och bedömningar som görs (Ström 2009). Studier har visat att DSK och SSK som sitter i telefonrådgivning upplever sitt arbete som stimulerande, självständigt och utmanande (Holmström & Alba 2002; Ström, Marklund & Hildingh 2006; Pettinari & Jessopp 2001) men de upplever också svårigheter då de känner sig utlämnade på grund av det ansvar och den kompetens som krävs och den kritik de kan utsättas för då de befinner sig i en frontposition (Holmström & Alba 2002; O'Cathain, Sampson, Munro, Thomas & Nicholl 2004; Ström, Marklund & Hildingh 2006). Studierna beskriver DSK och SSK erfarenheter av telefonrådgivning i allmänhet och om detta kan överföras till DSK/SSK med telefonrådgivning på vårdcentral beskrivs inte.

Telefonrådgivning är en växande verksamhet i Sverige (Marklund & Jansson 2008; Wahlberg 2004) beroende på att hälso- och sjukvården i allt större utsträckning flyttats från sjukhusen till primärvården där vårdcentralerna ingår (Socialstyrelsen 2010). Telefonrådgivning som bl a innefattar egenvårdsråd är ett sätt att hantera begränsade ekonomiska resurser inom hälso- och sjukvården mer effektivt (Marklund et al. 2007). Primärvården ska ansvara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande behandling och rehabilitering oavsett ålder

som inte kräver sjukhusens resurser, enligt en definition utifrån 5§ HSL (Socialstyrelsen 2010). Vårdcentralerna ska erbjuda vård med hög tillgänglighet (Socialstyrelsen 2010). Enligt Marklund m. fl. (2007) har egenvårdsråd i telefonrådgivning visat sig minska läkarbesöken och därmed frigjort läkartider till de som verkligen behöver dem. Följden av detta skulle kunna vara att fler patienter söker sig till primärvården istället för akutmottagningar, vilket kan öka tillgängligheten till vården på alla nivåer inom sjukvården. Det är troligt att egenvårdsråd kommer att behöva ges i ännu större utsträckning framöver. Det är därför av vikt att beskriva DSK/SSK erfarenheter av telefonrådgivning på vårdcentral när mottagaren av råden är ovillig att ta emot dem.

Telefonrådgivning upplevs svårt då DSK och SSK inte kan se patienten de talar med (Holmström & Alba 2002; Holmström & Höglund 2007; Pettinari & Jessopp 2001; Wahlberg, Cederlund & Wredling 2003) och risken att missuppfatta patienter och göra felbedömningar är ständigt närvarande tankar hos DSK/SSK i telefonrådgivning (Holmström & Alba 2002). Att inte kunna se patienten ställer krav på DSK/SSK kommunikationsförmåga (Purc-Stephenson & Thrasher 2012) och kräver i många fall mer detaljerade frågor än vid ett personligt möte (O'Cathain et al. 2004; Pettinari & Jessopp 2001). De måste således göra sin bedömning med hjälp av vad patienten säger och patientens röst (Holmström & Höglund 2007) tonläge, ordval och om orden hänger samman med sinnesstämningen hos patienten (Holmström & Alba 2002; Pettinari & Jessopp 2001). Det är viktigt att uppfatta det som inte sägs och kunna läsa mellan raderna vilket kan vara en utmaning när de samtidigt arbetar under tidspress då telefonkön kan vara lång (Holmström & Alba 2002; Wahlberg, Cederlund & Wredling 2003). Det är inte ovanligt att uppringaren ringer för någon annans räkning och DSK/SSK får då förlita sig på andrahandsinformation (Holmström & Höglund 2007). DSK/SSK upplever att de fungerar som en service till patienterna och att de har förmågan att erbjuda de bästa tänkbara möjligheterna för att hjälpa dem (Holmström & Alba 2002; Ström, Marklund & Hildingh 2006). Att i förväg aldrig veta vad samtalet kommer att handla om, vilka egenvårdsråd som kan bli aktuella att förmedla och hur patienten reagerar på råden, är något DSK/SSK som sitter i telefonrådgivning måste ha kompetens att kunna hantera. Att inte vara förberedd på om ett egenvårdsråd kan komma att tas emot negativt av patienten kan vara en belastning för DSK/SSK och motiverar till att närmare undersöka DSK/SSK erfarenheter av att möta motstånd vid egenvårdsråd.

Risken att bli anmäld till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är DSK/SSK ständigt medveten

om när de utövar sitt arbete i telefonrådgivning. En felbedömning kan resultera i en anmälan och leda till indragen legitimation (Holmström & Alba 2002). En fjärdedel av anmälningarna till IVO, både lex Maria och klagomålsärenden gäller brister i primärvården och den största orsaken är brister i kommunikation och information enligt tillsynsrapporten 2013. Det är viktigt att patienten upplever att sjukvårdspersonalen har möjlighet att lyssna och fånga upp de problem som är angelägna för patienten. (Inspektionen för vård och omsorg 2014) Denna aspekt är viktig att ha i beaktande vid telefonrådgivning pga. de försvårande omständigheterna det är att inte kunna se personen de talar med.

Att ge egenvårdsråd ingår i kompetensbeskrivningen för DSK, i vilken det beskrivs att DSK ska ha fördjupad förmåga att stödja patientens egenvårdsförmåga och delaktighet i vården. Vidare beskrivs att DSK ska ha förmåga att ge information, råd och undervisning till patienter via telefon, på mottagning eller i hemmet (Distriktsköterskeföreningen 2008). Att ge egenvårdsråd förekommer i stor utsträckning i telefonrådgivning. I en svensk studie av Wahlberg och Wredling (1999) gavs råd om egenvård i nästan hälften av samtalen. Det finns flera fördelar för patienten med att få egenvårdsråd. I en internationell studie av Hagan, Morin och Lépine (2000) presenterades fördelar som snabb tillgång till hälso- och sjukvård och minskade resekostnader för patienten. Dessa fördelar kan även gälla för svenska förhållanden då liknande resultat framkommit i svenska studier bl.a. av Marklund m. fl. (2007) och Ström, Marklund och Hildingh (2009). Marklund m. fl. (2007) påpekar även mindre frånvaro från arbetet och lägre kostnader för patienten som fördelar med att få egenvårdsråd. Hagan, Morin och Lépine (2000) menar att egenvårdsråd i telefonrådgivning kan möjliggöra för patienten att verifiera sin kunskap, utveckla sin egenvårdsförmåga och erhålla tillräckligt med ny kunskap för att kunna lösa liknande problem i framtiden. Detta överensstämmer med den egenvårdsstödjande och rådgivande funktionen DSK ska ha gentemot patienten i telefonrådgivning enligt kompetensbeskrivningen för DSK (2008). Trots de beskrivna fördelarna har studier visat att det förekommer ett missnöje med att få egenvårdsråd vilket gör det angeläget att undersöka detta vidare.

Forskning har visat att det finns ett motstånd mot egenvårdsråd. Många av rådgivningssamtalen handlar om att de som ringer, istället för rådgivning, vill ha en läkartid (Leppänen 2002). Det kan leda till att uppringarna blir aggressiva och otrevliga i telefonen (Holmström & Alba 2002; Höglund & Holmström 2008; Wahlberg, Cederlund & Wredling 2003), ifrågasätter varför de ska ta emot råd

från DSK/SSK och varför de inte får träffa en läkare (Wahlberg, Cederlund & Wredling 2003). Studier av Holmström och Alba (2002), Höglund och Holmström (2008), Kaminsky, Rosenqvist och Holmström (2008) och Wahlberg, Cederlund och Wredling (2003) visar att DSK/SSK kan uppleva svårigheter när de möts av motstånd vid egenvårdsråd. Då studierna fokuserade DSK och SSK erfarenheter av att arbeta med telefonrådgivning i allmänhet och inte närmare beskrev deras erfarenheter av att möta motstånd när de försöker förmedla egenvårdsråd framstår vikten av att undersöka detta.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva DSK/SSK erfarenheter av motstånd mot egenvårdsråd i samband med telefonrådgivning.

METOD

I studien benämns i fortsättningen både distriktssköterskor och sjuksköterskor distriktssköterskor (DSK) då båda yrkeskategorier utförde telefonrådgivning.

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ deskriptiv intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativ intervjustudie ansågs vara en lämplig metod för att svara på forskningsfrågan då den syftar till att belysa människors upplevelser, erfarenheter och tankar om ett specifikt ämne (Polit & Beck 2012).

Kontext

Studien genomfördes i nordvästra Skåne. För att få ett varierat intervjumaterial valdes vårdcentraler både inom och utanför tätbebyggt område. Vårdcentralerna var belägna i fyra kommuner som hade mellan 14800-40000 invånare. DSK arbetade på vårdcentraler som bedrivs i privat regi och inom Region Skåne. På en vårdcentral ansvarar DSK för mottagningsarbete i form av sedvanlig distriktssköterskemottagning men även speciella mottagningar såsom astma-KOL-mottagning, livsstilmottagning och diabetesmottagning. Dessutom ansvarar DSK för telefonrådgivning och triagering. DSK arbetar med telefonrådgivning från ett par timmar i sträck upp till en hel dag med

en kort paus på förmiddagen och eftermiddagen samt lunch. På vissa arbetsplatser sitter DSK ensam medan de på andra arbetsplatser delar rum med andra som sitter i telefonrådgivning. De DSK som arbetar i telefonrådgivning kan t.ex. ta emot mellan 160-200 inkommande telefonsamtal under en dag. Då är det oftast två DSK som samtidigt delar ansvaret för att besvara samtalen. Exemplet ovan är hämtat från en vårdcentral med ca 11000 listade patienter (muntlig kommunikation 130706, verksamhetschef I. Ahlström).

Tillvägagångssätt

Verksamhetschefer för sex olika vårdcentraler i nordvästra Skåne kontaktades via mail med information om studiens syfte och erbjudande om deltagande i studien (Bil. I).

Verksamhetscheferna ombads förmedla mailadresser till alla DSK som arbetade på respektive vårdcentral och uppfyllde urvalskriterierna. Då författaren inte erhöll något svar från verksamhetscheferna kontaktades de även per telefon. Verksamhetschefer från fyra vårdcentraler accepterade deltagande i studien och författaren erhöll kontaktuppgifter till de DSK som uppfyllde urvalskriterierna. Två verksamhetschefer avböjde medverkan pga tidsbrist då det vid den aktuella tidpunkten infördes ett nytt journalsystem på vårdcentralerna. När författaren erhållit kontaktuppgifter kontaktades DSK via mail med information om studien, erbjudande om deltagande (Bil. II) och en bifogad blankett för informerat samtycke (Bil. III). Tid och plats avtalades via mail med de DSK som accepterade deltagande i studien.

Urval

Valet av DSK gjordes genom ett ändamålsenligt urval då detta anses lämpligt för att rekrytera deltagare som bäst kan svara på studiens syfte (Polit & Beck 2012; Henricson 2012). DSK som arbetade med telefonrådgivning på vårdcentral valdes således ut som deltagare i studien.

Inklusionskriterierna var att de skulle ha minst ett års erfarenhet av telefonrådgivning och arbeta 25 % eller mer av sin arbetstid med telefonrådgivning. 17 DSK fick erbjudande om att delta i studien. Totalt deltog tolv DSK i studien. Samtliga informanter var kvinnor och i åldern 34-65 år. De hade arbetat mellan 3-37 år som DSK och arbetat med telefonrådgivning på vårdcentral mellan 1-29 år (Tabell 1).

Tabell 1 Information om informanterna avseende ålder och yrkeserfarenhet (n=12)

Ålder	antal
30-40 år	4
41-50 år	5
51-60 år	1
61-65 år	2
Yrkeskategori	
DSK	5
SSK	7
Arbetar på landsbygd	
Arbetar i tätort	4
Arbetat som DSK/SSK	
1-10 år	6
11-20 år	2
20-30 år	3
30-40 år	1
Arbetat med telefonrådgivning	
1-10 år	9
11-20 år	2
21-30 år	1

Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer användes som metod för datainsamling. Enligt Polit och Beck (2012) är det lämpligt att använda semistrukturerade intervjuer när forskaren vet vilket ämne som ska behandlas och vilka frågor forskaren vill ha besvarade. Intervjuerna genomfördes under hösten 2013 med hjälp av en intervjuguide (Bil IV). Inför studiens genomförande gjordes en pilotintervju för att kontrollera frågorna i intervjuguiden i förhållande till syftet (Polit & Beck 2012). Pilotintervjun inkluderades i studien eftersom den bedömdes vara av god kvalitet och motsvarade syftet.

Informanterna erbjöds att välja tidpunkt för intervjuerna. Intervjuerna genomfördes i ett avskilt mottagningsrum på informanternas arbetsplats förutom två intervjuer som genomfördes i informanternas hem efter önskemål. Avsikten med detta är att skapa möjlighet för informanterna att tala ostört och tryggt kunna delge sina erfarenheter samt för att det ska vara möjligt att genomföra

inspelning av intervjuerna (Polit & Beck 2012; Dahlberg 1997). Före respektive intervju inhämtades samtyckesblanketten.

Inledningsvis gav författaren återigen skriftlig och muntlig information om studien och gav informanterna möjlighet att ställa frågor. Intervjuerna inleddes med allmänna frågor såsom ålder, antal år som DSK och antal års erfarenhet av telefonrådgivning (Bil. IV). Författarens mål var att skapa god kontakt med informanterna och strävade efter att visa intresse för informanternas beskrivningar av sina erfarenheter genom att vara stöttande, lyhörd och lyssnande utan att bli känslomässigt engagerad. Inom kvalitativ forskning är det av särskild betydelse att som intervjuare vinna och behålla informanternas förtroende (Polit & Beck 2012), vilket var författarens ambition. Efter de allmänna frågorna leddes informanterna in på ämnet telefonrådgivning och studiens syfte. Författaren uppmuntrade informanterna att tala fritt om ämnena i intervjuguiden. Uppföljningsfrågor till varje ämne ställdes för att erhålla mer detaljerad information. Exempel på uppföljningsfrågor var ”Hur menar du?”, ”Vad kände du?”. Avsikten med följdfrågor är att få deltagarna att utveckla sina svar (Polit & Beck 2012; Dahlberg 1997). Intervjuerna bandades och varade mellan 30-45 minuter.

Dataanalysmetod

Dataanalysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys för att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i intervjumaterialet (Graneheim & Lundman 2004).

Analysprocessen genomfördes på manifest nivå. Det innebar att det synliga och uppenbara innehållet i intervjumaterialet sammanställdes utan att någon djupare, latent tolkning av intervjumaterialet gjordes. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan manifest innehållsanalys vara lämplig när den som analyserar har begränsad erfarenhet av att analysera texter.

Intervjuerna transkriberades i nära anslutning till varje intervju. Efter varje transkribering genomlyssnades intervjuerna ytterligare en gång samtidigt som texten lästes för att säkerställa att transkriberingen utförts korrekt. Intervjumaterialet lästes sedan flertalet gånger för att få en helhetsbild över innehållet. Därefter identifierades meningsbärande enheter, vilka var stycken, delar av stycken, meningar eller ord som var relevanta för syftet. Dessa utgjorde grunden för analysen. De meningsbärande enheterna kondenserades vilket innebar att de kortades ner samtidigt som kärnan i innehållet bevarades. Den kondenserade enheten abstraherades och förseddes med en kod

som motsvarade den kondenserade enheten beskriven på en mera abstrakt nivå. Koder med liknande innehåll grupperades och bildade kategorier. Kategorierna utgjorde den manifesta tolkningen av intervjumaterialet (Graneheim & Lundman 2004; Granskär & Höglund-Nielsen 2012). Exempel på analysprocessen presenteras i Figur 1.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori
"När de inte vill ta emot mina råd, alltså så skapar det en osäkerhet hos mig, faktiskt gör det det. - "Alltså kan du ta ansvar för detta" (säger patienten) och jag känner ju att jag kan inte ta ansvar för nånting"	skapar osäkerhet hos mig, kan inte ta ansvar	skapar en osäkerhet	Tvivel

Figur 1 Exempel på analysprocessen

Etiska överväganden

Studien utformades enligt de fyra forskningsetiska riktlinjerna från vetenskapsrådet; informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Codex 2011). De forskningsetiska riktlinjerna tillgodosågs i denna studie genom att informanterna fick information om studien, förstod informationen och fick möjlighet att tacka ja eller nej till medverkan samt att de informerades om att de hade rätt att när som helst avbryta deltagandet utan konsekvenser eller att behöva ange en förklaring. De fick även möjlighet att ställa frågor om studien och få dessa besvarade. (Polit & Beck 2012) Intervjumaterialet aidentifierades så att ingen information kunde komma att härledas till någon enskild individ eller vårdcentral och förvarades oåtkomligt för obehöriga. Vidare informerades de om att det insamlade intervjumaterialet enbart skulle komma att användas i denna studie. Ansökan om etikprövning för studerande godkändes vid Högskolan Kristianstad.

I studien ombads informanterna berätta om sina erfarenheter av att möta motstånd vid egenvårdsråd i telefonrådgivning. Intervjuerna skulle kanske kunna väcka tankar och känslor hos informanterna om att de har svårigheter att hantera sitt arbete i telefonrådgivning när de pratar med en patient som inte vill ta emot egenvårdsråd. Riskerna var att det skulle kunna orsaka obehag och stress då intervjuerna i stor utsträckning genomfördes på informanternas arbetsplats och skulle kunna leda till att de inte ville berätta helt öppet om sina erfarenheter. Det kan dock kännas befriande för dem att få sätta ord på sina tankar och känslor och dela med sig av dem till någon annan. För att minimera

riskan för obehag och att informanterna inte skulle vilja berätta helt öppet om sina erfarenheter genomfördes intervjuerna i avskildhet och med ambition om att skapa en lugn och förtroendeingivande miljö vid intervjutillfällena. Bedömningen att nyttan övervägde riskerna gjordes då intervjufrågorna inte ansågs vara av den karaktär att det skulle kunna medföra obehag för informanterna och att utformningen av intervjuerna gjordes med avseende att minska eventuellt obehag för informanterna. Under intervjuerna riktades uppmärksamhet mot informanterna för att identifiera eventuella tecken på om någon verkade 'må dåligt' eller känna obehag i samband med att de berättade om sina erfarenheter. Om författaren uppmärksammat några sådana tecken skulle bandspelaren pausas och informanterna ges möjlighet att berätta hur de kände och eventuellt avbryta alternativt skjuta upp intervjun till ett annat tillfälle beroende på informanternas önskemål. Efter varje intervju fick informanterna berätta om hur de upplevde att bli intervjuade. Inga negativa aspekter framkom.

Förförståelse

Författaren har arbetat med telefonrådgivning på vårdcentral i drygt ett år. Förförståelsen kring egenvårdsråd i telefonrådgivning var att många av de patienter som ringer, egentligen inte alls vill tala med DSK utan enbart vill ha en tid till läkare. Vid kvalitativa studier är det av vikt att under hela studien vara medveten om den förförståelse som förekommer då den kan påverka både datainsamlingen och analysförfarandet och därmed även studiens trovärdighet. (Polit & Beck 2012; Granskär & Höglund-Nielsen 2012; Malterud 2001)

Författaren reflekterade över sin förförståelse vid återkommande tillfällen under datainsamlingen och analysprocessen, dels genom att diskutera den med handledaren och dels genom att skriva ner förförståelsen och de tankar som väcktes under studiens genomförande.

RESULTAT

Resultatet presenteras i form av fem kategorier som identifierades vid analysen: *tvivel*, *frustration*, *söka en orsak*, *hantera sina känslor* och *finna en lösning*. Resultatet visade att DSK erfarenheter av motstånd mot egenvårdsråd i telefonrådgivning kan delas in i två delar. De två första kategorierna; *tvivel* och *frustration* skildrar DSK reaktioner när de möter motstånd från patienterna. De övriga tre kategorierna; *söka en orsak*, *hantera sina känslor* och *finna en lösning* skildrar DSK hantering av att möta motstånd.

Resultatet visade att DSK erfarenheter av motstånd mot egenvårdsråd i telefonrådgivning var att deras yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. Detta ledde till att DSK upplevde tvivel och frustration. Resultatet visade också DSK uppfattning om orsakerna till att deras yrkeskompetens ifrågasattes. Denna uppfattning låg till grund för hur de bemötte patienterna för att försöka komma förbi motståndet. Vidare framkom i resultatet hur DSK hanterade sina egna känslor och att de erbjöd patienterna alternativ.

Tvivel

DSK yrkesroll ifrågasattes när de mötte motstånd vid förmedling av egenvårdsråd. De befann sig i en utsatt situation och började tvivla på sin kompetens eftersom de ständigt blev misstrodda av patienterna. Resultatet visade att det fanns en bristande tilltro till DSK kompetens och yrkeskategori när det gällde telefonrådgivning. Bristen på tilltro yttrade sig i form av en motsträvighet hos patienterna, vilka inte accepterade att få råd utan istället försökte hitta motargument och krävde att få en läkartid. Att ifrågasättas av patienterna utgjorde en utmaning för DSK i telefonrådgivning. Det framkom att den kompetens DSK initialt använde i rådgivningssituationen inte var tillräcklig för att nå fram till patienterna. Patienterna var påstridiga och använde sig t.o.m av hot mot DSK när de försökte ge egenvårdsråd.

"...en del kan bli arga och en del kan bli aggressiva och de kommer med hot i telefonen att "det här ska jag anmäla dig för och får inte jag komma till doktorn nu så tänker jag anmäla dig" liksom..." (DSK 7)

DSK upplevde en osäkerhet och ett underläge gentemot patienten trots att de visste att de egentligen hade rätt.

"...alltså det skapar en osäkerhet hos mig, faktiskt gör det det..." (DSK 1)

DSK tvivel fick dem att bli osäkra på vilka råd de skulle ge, hur de skulle förmedla dem, om egenvårdsråd verkligen var rätt att ge i den specifika situationen och hur långt deras ansvar för patienten sträckte sig. Det tog kraft från DSK att tvivla på sin kompetens vilket kunde påverka dem hela dagen. Trots att de hade många samtal som var positiva tyngdes de ner av de samtal de haft

med patienter som uttryckte motstånd och ifrågasättande mot egenvårdsråd. De kände sig misslyckade i sin roll som DSK och började tvivla på om de behärskade sin arbetsuppgift. Ofta tog de på sig ansvaret för att det uppstod en situation där patienten inte accepterade de råd DSK försökte förmedla. De reflekterade över sin egen förmåga att förmedla råd och fungerade över vad de kunde ha gjort annorlunda.

”... ja mitt budskap har inte gått hem. Har jag sagt fel saker, har jag frågat fel saker eller har jag inte låtit trovärdig i min röst eller i min övertygelse...” (DSK 11)

Frustration

Resultatet visade att motståndet från patienterna ledde till frustration för DSK. Det var frustrerande att bli ifrågasatt och att försöka samtala och ge råd till någon som inte lyssnade. Det fick DSK att känna sig nedvärderade. DSK kände sig nedvärderade när patienterna hellre ville ha en läkartid än att få egenvårdsråd av DSK. Enbart det faktum att råden kom från en DSK och inte en läkare var ett skäl till att bli ifrågasatt, vilket skapade stor frustration hos DSK. DSK upplevde sig vara mindre värda och att de inte ansågs tillräckligt kompetenta att ge råd utan istället sågs som ett hinder från att komma till läkaren.

”...att de inte riktigt tror på det jag säger. Hade jag varit en läkare och sagt samma sak så hade kanske responsen blivit annorlunda ...” (DSK 9)

”...Jag känner mig förbannad plus att jag känner nedvärdering av mitt arbete...och av min yrkeskategori faktiskt...” (DSK 9)

”...Oftast är det att patienten vill komma till läkare. Är inte alls intresserad av att prata med bara sjuksköterskan...” (DSK 10)

Det var frustrerande att inte få utnyttja sin kompetens fullt ut. Att veta att de kunde hjälpa patienterna att må bättre genom egenvårdsråd men att hindras från att förmedla denna hjälp orsakade stor ilska och irritation. Frustrationen berodde också på att de visste att tillgången på läkartider var begränsad och att de behövde spara läkartider till de som verkligen behövde dem.

”...det känns jobbigt. För det är ju som sagt var många som inte vill, som inte ger med sig eh och ja då kan man känna sig frustrerad och då kan man känna det tråkigt för man får inte göra det fullt ut...” (DSK 1)

Frustrationen ökade när telefonkön var lång och DSK visste att nästa patient inte skulle vara nöjd med att ha behövt vänta länge i kö. Då upplevde DSK stress och stressen hindrade dem i samtalen.

Det var en utmaning för DSK att upprätthålla ett professionellt bemötande gentemot patienterna i telefonrådgivningen, särskilt när patienterna var otrevliga och arga. DSK upplevde ett behov av att ge uttryck för de känslor som väcktes inom dem när de samtalade med en patient som inte ville ta emot egenvårdsråd. Det krävdes stor ansträngning från DSK att hålla sig lugna och vara trevliga mot patienterna i telefonen när de i själva verket var frustrerade.

”...Alltså vi ska ju behålla ett proffsigt bemötande i telefonen men det finns ju många patienter som kan köra över en totalt i telefonen som är otrevliga, förargliga och ... jättehemska skulle jag vilja säga. Och då blir man ju lite ledsen och frustrerad alltså för att man kanske skulle vilja bara höja rösten och säga. ”alltså, hallå du lägg av”...” (DSK 1)

”...man kan bli irriterad klart. Jag tycker ändå att man försöker att vara trevlig men ibland så det är klart att det kan rinna över...” (DSK 8)

Söka en orsak

I resultatet framkom att DSK ofta hade en uppfattning om varför deras yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. DSK inställning var att försöka sätta sig in i patienternas situation och de försvarade ofta patienternas agerande genom att söka en orsak till motståndet. De strävade efter att övertyga patienterna till egenvård och använde sin kompetens för att försöka nå fram till patienterna genom att identifiera orsaken till motståndet. Genom att visa en öppenhet inför patientens egen uppfattning om sitt problem var det lättare för DSK att få patienterna att acceptera egenvårdsråd. Dessa samtal tog ofta längre tid men DSK ansåg att det var värdefullt att ta sig den tiden för att visa för

patienterna att de var villiga att lyssna samtidigt som de fick möjlighet att identifiera orsaken till att patienterna inte ville acceptera egenvårdsråd.

”...det gäller ju att försöka förstå att varför blir den här patienten eller den här personen så upphetsad och vad kan jag göra åt det och så får man åtgärda det...”
(DSK 5)

DSK strävade efter att anpassa råden och sitt sätt att samtala i varje enskilt samtal utifrån sin uppfattning om vad som orsakade ifrågasättandet. Resultatet visade att motståndet mot egenvårdsråd ansågs ha olika orsaker. DSK upplevde att det ofta var en oro och osäkerhet hos patienterna som låg till grund för att de ifrågasatte DSK.

”...vi kan ta ett exempel en nybliven mamma kanske förstagångsmamma är ju kanske mer orolig många gånger för sitt barn...och vill väldigt gärna träffa en doktor...” (DSK 3)

DSK erfarenheter av orsaker till motståndet mot egenvårdsråd var också att det fanns en oro för allvarlig sjukdom vilket upplevdes komma från att patienterna bl a läst på internet om olika sjukdomar och inte riktigt visste hur de skulle tolka all information. DSK ansåg att det var viktigt att förmedla trygghet för att nå fram till dessa patienter. Trygghet förmedlades genom att vara lugn i samtalet, att lyssna, låta patienterna berätta färdigt innan de började ställa frågor samt att bekräfta patienternas rädsla. De ansåg det viktigt att vara tydlig med att ge information om att patienterna alltid kunde ringa tillbaka om de undrade något eller om tillståndet förvärrades.

Att DSK ifrågasattes kunde också bero på okunskap hos patienterna. Okunskapen gällde i många fall antibiotika. DSK upplevde att patienterna trodde att antibiotika hjälpte mot en vanlig förkylning och då hade de svårt att nå fram till patienten med egenvårdsråd. Genom att ge information om antibiotika, både hur den verkade, vilka biverkningar patienten kunde få och om resistensutveckling kunde DSK övertyga patienten om att prova egenvårdsråd. Det ansågs viktigt att förmedla enkla och konkreta råd till patienterna.

DSK upplevde en kulturkrock i samtalet med patienterna när de skulle ge egenvårdsråd. Kulturella

skillnader utgjorde svårigheter när det gällde att förmedla egenvårdsråd till patienterna. DSK erfarenheter var att människor från andra kulturer inte var vana vid egenvård och därför ifrågasatte DSK yrkeskompetens. Andra kulturella skillnader som kunde bidra till motståndet var att en enklare sjukdom, som i Sverige behandlades med hjälp av egenvård, kunde få allvarliga konsekvenser i deras hemländer. Även i dessa situationer använde DSK sin förmåga att lyssna och vara lugn i samtalet samt att bekräfta patienterna samtidigt som de gav information om egenvård och vad patienterna skulle vara uppmärksamma på.

”...det är inget som de kanske är vana vid utan de är mer vana vid att är man sjuk så kommer man till doktorn och får kanske medicin och sen blir man bra och ska man då vänta eller göra saker själv...ja det blir kanske lite kulturkrock...” (DSK 12)

Stress bidrog till att det förekom ett motstånd mot egenvårdsråd. DSK upplevde att patienterna var stressade och inte hade tid att vara sjuka och hemma från arbetet eller skolan. DSK uppfattade att egenvård ansågs ta tid för patienterna att utföra för att bli frisk och patienterna ville istället få snabb behandling för att kunna återgå till arbetet. DSK bemötte dessa patienter med information och råd om hur de själva kunde göra för att ta hand om sig och vikten av att lyssna på sin kropp.

Hantera sina känslor

För att orka fortsätta ge ett bra bemötande i telefonen strävade DSK efter att hantera de känslor som väcktes. Hur DSK hanterade sina känslor varierade. Att få stöd av kollegor var viktigt för att få bekräftelse för sina känslor. Det var betydelsefullt att få tala om hur man kände sig för någon som förstod. Resultatet visade att DSK var medvetna om att patienterna inte var otrevliga mot dem som person men det kändes ändå bra att få prata av sig. Familjen kunde också fungera som stöd i form av att DSK fick prata av sig men stödet från kollegorna värderades högre då de var i samma situation och således kunde förstå på ett annat sätt.

”...jag får dela med mig av mina känslor till någon annan som kanske också förstår liksom...det kan vara fruktansvärt otrevliga personer och då kan man bli lite så ”vad har jag gjort för att förtjäna detta” liksom...det känns bra att någon annan vet...” (DSK 1)

DSK avreagerade sig på olika sätt för att kunna hantera sina känslor. De avreagerade sig genom att svära en ramsa efter att de hade lagt på luren eller att låta trevlig i telefonen samtidigt som kroppsspråket visade något annat. Att avreagera sig var viktigt för att bli av med den frustration de kunde känna när deras yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. Genom att göra så kunde de ta emot nästa samtal och klara av att bemöta patienten professionellt.

”...sen får man lägga på luren och säga ”idiot” men det säger man inte till dem och bara bakom lykt dörr och man säger det inte egentligen för att den personen är så mycket mer idiot än någon annan utan man säger det för att bli av med sin upparbetade frustration i det här samtalet, så får man ut det och sen kan man gå på nästa...” (DSK 5)

Att bara låta det rinna av var också ett sätt att hantera de känslor som uppstod. Det kunde göras genom att ta små pauser i arbetet och andas ett par djupa andetag innan de tog nästa telefonsamtal. Att låta telefonen ringa en extra gång för att sträcka på benen och ta ett glas vatten ansågs värdefullt och bidrog till att DSK kunde fokusera på att ta emot nästa samtal och bemöta patienten professionellt. De tog ansvar för att ta en extra paus och få lite distans till sina känslor för att sedan orka arbeta vidare. Vidare kunde det underlätta att hantera sina känslor med hjälp av den syn de hade på sitt arbete. De ansåg att de hade ett serviceyrke och ville därför vara trevliga och vänliga i telefonen oavsatt hur de själva bemöttes.

”...man får ju tänka att man sitter där för patienterna att man är professionell i sitt yrke också...” (DSK 1)

Finna en lösning

DSK strävade efter att i varje enskilt samtal finna en lösning på den situation som uppstod då de skulle ge egenvårdsråd till en patient som inte ville ta emot det. De hanterade situationen genom att finna vägar att komma förbi motståndet och därmed nå fram till patienten. På så sätt kunde de lösa situationen på ett sätt som patienten kunde känna sig nöjd med. DSK erbjöd i stor utsträckning ett alternativ till egenvårdsråd i telefonrådgivning. Istället för att ge patienten en läkartid när det inte ansågs nödvändigt eller att argumentera med patienten i telefonen så erbjöd de patienten en tid till en DSK eller SSK för ett bedömningsbesök. De erbjöd även besök till sjukgymnast. De tog sig tid

att förklara för patienten varför det var lämpligt att i första hand besöka en sjukgymnast innan de eventuellt träffade läkare. DSK var medvetna om att det underlättade att träffa patienten i ett personligt möte. Bedömningen av patienten, kommunikationen och förmågan att ge egenvårdsråd som patienten var nöjd med underlättades genom att träffas i ett personligt möte.

”...vi sätter ner dem i triaget och de får träffa nån och då är de ofta nöjda. Det måste nog inte alltid vara en doktor, att de träffar nån och man pratar med dem...”

(DSK 6)

Genom att informera och förklara varför de gav de specifika råden och varför det var lämpligt att exempelvis träffa sjukgymnast istället lyckades de i många fall motivera patienten till att acceptera situationen. Det fanns dock situationer då det inte gick att få patienterna att acceptera egenvårdsråd. I dessa fall bokades tid till läkare trots att DSK inte ansåg det nödvändigt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie med DSK i telefonrådgivning på vårdcentral genomfördes för att svara på studiens syfte. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bidrar en rik variation i intervjumaterialet till att öka studiers trovärdighet. Deltagare i studien var DSK som arbetade både inom och utanför tättbebyggt område, samt inom Region Skåne och i privat regi. Därmed ansågs en rik variation i intervjumaterialet kunna tillgodoses. Att alla informanter var kvinnor skulle däremot kunna ha begränsat variationen i intervjumaterialet, vilket kan ses som en svaghet i studien (Polit & Beck 2012). Dock ansågs spridningen i ålder och arbetserfarenhet av telefonrådgivning kunna bidra till variation i intervjumaterialet och därmed öka studiens trovärdighet.

Då inte alla DSK som erbjudits deltagande i studien hörde av sig, erhöles ett lägre antal informanter än författaren önskade. Möjligen kunde deltagarantalet blivit större om de kontakats igen med en påminnelse om studien. Intervjumaterialet visade dock samstämmighet vilket författaren tolkade som att en mättnad uppstod. Därmed ansåg författaren att antalet informanter inte behövde utökas.

Intervjuerna bandades vilket författaren ansåg vara en förutsättning för att kunna fokusera på informanternas berättelse och kroppsspråk utan att behöva anteckna. Detta bidrog till att skapa ett bra intervjuklimat (Polit & Beck 2012). Att intervjuerna bandades skulle dock kunna ha hindrat informanterna från att tala helt fritt då det fanns en risk att de skulle känna sig nervösa eftersom de visste att de skulle bli inspelade. Bandspelarens placering under intervjuerna gjordes därför med avseende att informanterna inte skulle bli hämmade av den. Att informanterna var nervösa märktes dock endast i början av intervjuerna. Då intervjuerna handlade om svårigheter DSK kunde uppleva och hur de hanterade dessa fanns det en risk att de inte var helt öppna och ärliga. Dock upplevdes det aldrig att informanterna undanhöll någon information.

Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide, vilket underlättade för författaren att hålla fast vid studiens syfte. Att författaren använde en intervjuguide stärkte studiens tillförlitlighet då alla informanter fick samma frågor (Polit & Beck 2012; Graneheim & Lundman 2004). Djupet i intervjuerna kan dock ha påverkats då författaren hade begränsad erfarenhet av att intervjua. Detta kan ha bidragit till ett begränsat material att arbeta med i analysen, vilket kan ses som en svaghet i studien. Efterhand som intervjuerna genomfördes ökade författarens förmåga att ställa följdfrågor vilket bidrog till att få mer uttömmande svar.

Analysen av intervjumaterialet genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Då denna analysmetod syftar till att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i ett textmaterial ansågs metoden lämplig utifrån studiens syfte. Författaren var ovan att analysera texter, vilket medförde en risk att intervjumaterialet kunde komma att över- eller undertolkas samt färgas av författarens förförståelse (Granskär & Höglund-Nielsen 2012). För att säkerställa att kategorierna inkluderade relevant data och att ingen relevant data oavsiktligt exkluderades, diskuterades analysprocessens steg regelbundet med handledaren (Granskär & Höglund-Nielsen 2012; Graneheim & Lundman 2004). Analysen genomfördes på manifest nivå vilket ansågs lämpligt med tanke på författarens begränsade erfarenhet av att analysera texter. Tolkning av det underliggande budskapet i texten gjordes således inte. Genom att noga beskriva urval och analysförfarande i metoden kan studiers trovärdighet styrkas (Graneheim & Lundman 2004 ; Granskär & Höglund-Nielsen 2012; Polit & Beck 2012) Exempel på analysprocessen redovisades därför i Figur 1 och citat användes i relation till resultatet.

Studiens överförbarhet till andra kontexter inom telefonrådgivning på vårdcentraler i Sverige är begränsad p.g.a. det låga antalet informanter.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att motståndet mot egenvårdsråd var att DSK yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. Detta ledde till att DSK upplevde tvivel och frustration. Kategorin *Tvivel* visade att motståndet DSK mötte fick dem att tvivla på sin kompetens. De upplevde en osäkerhet när de ifrågasattes av patienterna. Detta utgjorde en utmaning för DSK då ifrågasättandet samtidigt ledde till ökade krav på DSK förmåga att använda sin kompetens för att finna andra sätt att nå fram till patienten. En studie av Ström, Marklund och Hildingh (2009) har visat att även patienter i vissa fall upplevde en brist på kompetens hos DSK. Om DSK tvivel på sin egen kompetens avspeglade sig i samtalet med patienten är i denna studie inte bekräftat. DSK tvivel kan bero på en brist på självförtroende vilket ställs på sin spets då de blir ifrågasatta. Den utsatta position och det ansvar DSK har med bl. a risk för anmälningar kan bidra till att DSK känner tvivel. Brist på tilltro till sin kompetens utgör en utmaning för DSK att hantera sin arbetsuppgift i telefonrådgivning i synnerhet när de ifrågasätts av patienterna. En studie av Wahlberg m. fl. (2003) bekräftar resultatet att DSK kan känna tvivel till sin kompetens och att DSK ofta har höga krav på sig själva. Att DSK tvivel utgör en utmaning i arbetet med telefonrådgivning visas även i studien av Wahlberg m. fl. (2003) då den belyser vikten av att ha en positiv självbild och tilltro till sin kompetens för att kunna genomföra ett framgångsrikt rådgivningssamtal.

Orsaken till att DSK ifrågasätts kan vara att patienterna kräver mer av sjukvården idag. Införandet av vårdval enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) (Socialstyrelsen 2010) kan ha bidragit till att patienterna ställer högre krav på sjukvården och är mer medvetna om sina rättigheter. Likaså finns det numera större möjligheter att själv söka information och kunskap t. ex. via internet (SOU 1997:154), något som kan bidra till att DSK i telefonrådgivningen ifrågasätts. Leppänen (2010) styrker påståendet att DSK upplever att deras kompetens ifrågasätts då DSK ibland ses som sekreterare som enbart ska boka läkartider, varför patienter inte ens vill prata med dem om sina problem. Liknande resultat har visats i en studie av Höglund och Holmström (2008), i vilken det framkommit att DSK upplever patienterna otrevliga i telefonen och att de inte vill berätta för DSK

vad de söker för utan kräver läkartid istället. Att DSK ifrågasätts och anses enbart ha arbetsuppgifter av administrativ karaktär i telefonen kan tolkas som att befolkningen saknar kunskap om DSK kompetens. Detta belyser vikten av att vårdcentraler sprider information till allmänheten om vilken hjälp och vilket stöd de kan få av DSK för att på bästa sätt utnyttja de resurser som finns inom vården för att patienten ska få bästa möjliga vård med hög tillgänglighet.

I kategorin *Frustration* framkom att frustration var en vanligt förekommande känsla när DSK mötte motstånd vid förmedling av egenvårdsråd. När DSK ifrågasattes av patienterna väcktes frustration eftersom DSK blev provocerade av patienternas beteende i telefonen. Enligt ICN:s etiska kod har DSK ett "...personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket..." och ska "...alltid uppträda på ett sätt som bidrar till yrkets anseende och främjar allmänhetens tillit" (Swenurse 2007 s.5). Detta utmanade DSK då de slets mellan lusten att uttrycka sina känslor för patienterna och kravet på att upprätthålla ett professionellt bemötande, såsom att t. ex vara trevlig och engagerad i samtalet med patienten.

Resultatet visade hur DSK i telefonrådgivning hanterade att bli ifrågasatta av patienterna. I kategorin *Hantera sina känslor* beskrevs hur DSK hade utvecklat olika strategier för att hantera de känslor som väcktes inom dem för att kunna fortsätta bemöta patienterna professionellt. DSK strävade efter att kunna tillgodose patientens behov och arbeta i enlighet med ICN:s etiska kod. För att orka arbeta vidare i telefonrådgivningen krävdes att DSK hade förmåga att hantera de känslor som väcktes inom dem. Det gjordes på olika sätt såsom att söka stöd från kollegor, avreagera sig verbalt, ta små pauser och bara låta det rinna av. Liknande resultat har framkommit i en studie av Leppänen (2008) som visar hur hemsjukvårdspersonal hanterar sina känslor när de möter patienter som är otrevliga, våldsamma och inte vill ta emot råd. Vikten av att kunna hantera känslor och reaktioner i sin yrkesroll styrks av en studie av Sheldon, Barret och Ellington (2006) som beskriver svårigheter med kommunikation inom omvårdnad. Studien visar att DSK kan uppleva hjälplöshet, hopplöshet och ledsamhet i samband med att en patient är svårt sjuk och att dessa negativa känslor komplicerar kommunikationen med patienten.

Förmågan att hantera sina känslor är också viktigt ur en annan aspekt. Det har visat sig att DSK arbetsförmåga påverkas när de utsätts för hot och aggression. Det kan leda till stress, minskad yrkesstolthet, ineffektivitet och utbrändhet (Gascon, Leiter, Andres, Santed, Pereira, Cunha,

Montero-Marin, Garcia-Campayo, & Martinez-Jarreta 2012; Lejon & Svensson 2008). Genom att kunna hantera sina känslor var det lättare för DSK att bemöta det motstånd de mötte och fortsätta vara professionella när de samtalade med patienter som inte ville ta emot egenvårdsråd.

Resultatet i kategorin *Söka en orsak* visade att DSK strävade efter att försöka förstå patienterna genom att söka en orsak till att DSK yrkeskompetens ifrågasattes. DSK hade ofta en uppfattning om varför deras yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna. Trots de negativa känslor DSK upplevde visade de en vilja att sätta sig in i patienternas situation för att på så sätt kunna tillgodose patienternas behov och därmed nå fram med egenvårdsråden. Att identifiera och tillgodose patientens behov är enligt Greenberg (2009) det övergripande målet för telefonrådgivningen. Resultatet visade att DSK arbetade i enlighet med telefonrådgivningens övergripande mål. Ett gott bemötande i telefon i form av att ta sig tid och vara lyhörd visade sig öka möjligheterna att nå fram till patienten. En studie av Ström m. fl. (2009) som belyser patienters perspektiv av telefonrådgivning, visar vikten av att DSK har förmåga att förstå och bekräfta. Studien beskrev patienternas situation i telefonrådgivningen som utsatt och de upplevde ofta rädsla. Patientens rädsla kan utgöra ett hinder för att ta emot egenvårdsråd. Om patienternas rädsla då blir bekräftad av DSK kan det vara lättare att som DSK nå fram till patienterna med de råd som ska ges. Detta resonemang styrks i en studie av Kaminsky m. fl. (2009) som menar att DSK strävar efter att förstå hur patienten tänker för att försöka skapa en god relation. En god relation är grunden till att förmedla egenvårdsråd och få patienten att acceptera det, vilket även Jakobsson menar då ett gott bemötande bidrar till att stärka patienten och inger trygghet att utföra egenvård (2007).

Att samtalet sker i telefon försvårade att skapa en relation, vilket även framkommit i en studie av Pettinari och Jessopp (2001) som beskriver att DSK och patienten inte ser varandra, vilket hindrar patienten från att vilja ta emot egenvårdsråd. Det visade sig i resultatet att DSK tog hänsyn till detta då de ibland erbjöd patienterna ett personligt möte som ett alternativ till egenvårdsråd i telefonrådgivning.

Resultatet kan förstås ur omvårdnadsteoretikern Barbara Dossey's integrala omvårdnadsmodell. Modellen innefattar fyra olika perspektiv att tolka verkligheten ur. Perspektiven är *det individuella inre (jag)*, *det individuella yttre (det)*, *det kollektiva inre (vi)* och *det kollektiva yttre (omgivningen)*. När samtliga perspektiv används i omvårdnad uppnås en helhet dvs integrerad omvårdnad (Dossey

2008).

De känslor och tankar som väcktes inom DSK när de möttes av motstånd från patienten ingår i det första perspektivet i Dossey's modell, den subjektiva upplevelsen. Att vara medveten om sina känslor och reaktioner är en viktig del av helhet i omvårdnaden. Inom detta perspektiv finns de värderingar DSK har. Det kan uttryckas som DSK strävan efter att vara professionell i sin yrkesroll, då de t. ex sökte orsaker till motståndet från patienten. Förmågan att vara lyhörd och lyssna aktivt på patienten är en förutsättning för att förstå patientens bakomliggande orsak till det motstånd som sätts upp. Lyhördhet är ännu mer viktig då DSK inte kan se patienten.

Att DSK besitter kompetens att ge egenvårdsråd till patienter i telefonrådgivning ingår som en del i *det individuella yttre (det)*. Det kan innebära den kunskap om vilka råd som var mest lämpliga till den patient de talade med i en specifik situation. DSK anpassade råden och informationen i varje enskilt samtal utifrån deras uppfattning om patientens behov och förmåga att ta emot råd. DSK hade kunskap för att kunna ge konkreta råd om bl. a. antibiotika. DSK hade också kunskap om kommunikation vilket visade sig i resultatet bl.a. i form av att DSK ibland valde att låta patienten komma till vårdcentralen för ett personligt möte istället för att försöka övertyga dem i telefonen. Kulturen i arbetsgruppen ingår i *det individuella yttre (vi)*. Det framkom i resultatet att DSK sökte stöd hos kollegor som ett sätt att hantera sina känslor. Det var värdefullt att få delge sina tankar och känslor och få bekräftelse för att kunna orka arbeta vidare och ha ett professionellt förhållningssätt. Det sista perspektivet; *det kollektiva yttre (omgivningen)* är de yttre ramar som styr DSK arbete t. ex. kompetensbeskrivningen för DSK och ICN:s etiska kod vilka DSK arbetar efter. Resultatet visade att DSK tankesätt och arbete genomsyras av dessa riktlinjer.

Studiens resultat kan ses ur alla fyra perspektiven i varierande grad. DSK är professionella när de hanterar den svåra uppgift att ge egenvårdsråd till en patient som motsätter sig det. Dock visade resultatet att det är en påfrestande arbetsuppgift för DSK och ställer höga krav på DSK kompetens både när det gäller yrkeskunnande och professionellt bemötande. Vid tolkningen utifrån Dossey's modell (2008) framkom att endast ett av de sätt (stöd av kollegor) DSK använde sig av för att hantera sina känslor ryms inom *det kollektiva inre (vi)*, de andra fanns inom *det individuella inre (jag)*. Detta visar att en så viktig aspekt som att hantera sina känslor framför allt görs individuellt utan stöd utifrån. Genom att erbjuda professionellt stöd till DSK i form av t.ex mentorskap och att

avsätta arbetstid för reflektion i grupp skulle DSK få ytterligare redskap för att hantera sina känslor vilket skulle kunna leda till att arbetssituationen underlättades.

Slutsats

Studien har visat att DSK ställs inför en svår situation när de möter motstånd mot egenvårdsråd i telefonrådgivning. Motståndet de möts av leder till ökade krav på DSK yrkeskompetens och på deras förmåga att hantera sina känslor. Resultatet visade att DSK yrkeskompetens ifrågasattes av patienterna, vilket fick DSK att känna tvivel och frustration. Då DSK i telefonrådgivning ofta är patientens första kontakt med primärvården är det av vikt att ge DSK förutsättningar för att genomföra samtal som präglas av trygghet och bra bemötande.

Resultatet kan ligga till grund för att öka förståelsen för hur DSK kan uppleva arbetssituationen i telefonrådgivningen när de möter patienter som inte accepterar egenvårdsråd. Resultatet visade att DSK strävade efter att hantera situationen för att vara professionell i kontakten med patienten. Då DSK har en svår situation att hantera samtidigt som de arbetar under tidspress är det angeläget att ge DSK stöd för att underlätta arbetssituationen. Det finns även behov av utbildning inom området då det krävs mer kunskap om att motivera patienter till egenvård.

Förslag på vidare forskning

Det finns begränsad kunskap om DSK erfarenheter av att möta motstånd vid förmedling av egenvårdsråd i telefonrådgivning. Resultatet i studien visade svårigheter DSK ställdes inför när de mötte motstånd och hur de hanterade dessa svårigheter. Vidare forskning inom området är angeläget för att få mer kunskap om DSK erfarenheter och om vilket stöd DSK skulle kunna erbjudas för att underlätta arbetssituationen. Då egenvårdsråd kan komma att behöva ges i större utsträckning framöver för att upprätthålla god tillgänglighet till hälso- och sjukvård är det även angeläget att genom vidare forskning belysa hur DSK kan göra för att motivera patienter till egenvård.

REFERENSER

Codex (2011). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*, <http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf> [2014-02-17]

Dahlberg, K.. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Distriktssköterskeföreningen (2008). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1 [2014-02-02]

Dossey, B. (2008). Theory of Integral Nursing. *Advances in Nursing Science*, 31(1), ss. 52-73.

Gascon, S., Leiter, M., Andres, E., Santed, M., Pereira, J., Cunha, A., Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J. & Martinez-Jarreta, B. (2012). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of bournout. *Journal of Clinical Nursing*, 22, ss. 3120-3129.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur.

Greenberg, E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), ss. 2621-2629.

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

Henricson, M. (red). (2012). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur.

Holmström, I. & Alba, G.D. (2002). "Carer and gatekeeper" – conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, ss. 142-148.

Holmström, I. & Höglund, A.T. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16, ss. 1865-1871.

Höglund, A.T. & Holmström, I. (2008). "It's easier to talk to a woman". Aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, ss. 2979-2986.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, (2014). *Kommunikation ett förbättringsområde – Klagomål och anmälningar enligt Lex Maria inom primärvården och äldrevården*.
<http://www.ivo.se/publiceratmaterial/rapporter/Documents/kommunikation-ett-forbattringsomrade.pdf> [2014-03-20]

Jacobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 84(6), 541-548.

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

Lejon, O. & Svensson, M. (2008). *Hot och våld inom vård och omsorg*.
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20infomaterial/Hot%20och%20v%c3%a5ld%20inom%20v%c3%a5rd%20och%20omsorg.pdf> [2014-03-05]

Leppänen, V. (2002). *Telefonsamtal till Primärvården. Problem Utforskning Åtgärd*.
Lund: Studentlitteratur

Leppänen, V. (2008). Coping with troublesome Clients in Home Care. *Qualitative Health Research*, 18(9), ss. 1195-1205.

Leppänen, V. (2010). Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), ss. 14-25.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358, ss. 483-488.

Marklund, B. & Jansson, G. (2008.) *Medicinskt kunskaps- och beslutsstöd för telefonrådgivning. Ingår i I. Holmström (red) Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*, Lund: Studentlitteratur.

Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgquist, L., Baigi, A. & Fridlund, B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of Nursing Management*, 15, ss. 180–187.

O’Cathain, A., Sampson, F., Munro, J., Thomas, K., & Nicholl, J. (2004). Nurses’ views of using computerized decision support software in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), ss. 280-286.

O’Connell, J., Towles, W., Yin, M. & Malakar, L. (2002). Patient decision making: use of and adherence to telephone-based nurse triage recommendations. *Medical Decision Making*, 22, ss. 309–317.

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), ss. 668-675.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Lippincott: Williams & Wilkins.

Purc-Stephenson, R. & Thrasher, C. (2012). Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review. *Patient education and counseling*, 87, ss. 135-142.

Sheldon, L., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). Difficult Communicating in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), ss. 141-147.

SOU 1997:154 *Patienten har rätt*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen, (2010). *Införandet av vårdval i primärvården*.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-2-10/Documents/2010-2-10.pdf>

[2014-02-27]

Socialstyrelsen, (2009). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och*

sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6/ [2013-03-17]

Ström, M. (2009) *Telefonrådgivning, en verksamhet i tiden*.

http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/21197/1/gupea_2077_21197_1.pdf [2014-03-20]

Ström, M., Marklund, B. & Hildingh, C. (2009). Callers' perceptions of receiving advice via a medical care help line. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, ss. 682-690.

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

Swenurse (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* .

<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

[2014-03-03]

Wahlberg, A.C (2008). *Individperspektivet i hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon*. Ingår i

Holmström, I. (red) Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård, Lund: Studentlitteratur

Wahlberg, A.C. (2004). *Telephone Advice Nursing: Callers' perceptions, nurses experience of problems and basis for assessments*.

<http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38386/1/thesis.pdf> [2014-03-04]

Wahlberg, A.C., Cederlund, E. & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12, ss. 37-45.

Wahlberg, A.C. & Wredling, R. (1999). Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 5, ss. 164-170.

Bilaga I

Förmedlande av deltagare i intervjustudie

Telefonrådgivning är en stor del av distriktssköterskans/sjuksköterskans arbete på vårdcentral och en del av detta innefattar förmedling av egenvårdsråd. Forskning har visat att sjuksköterskor i telefonrådgivning upplever sitt arbete som stimulerande, självständigt och utmanande men känner sig även utlämnade på grund av att det krävs utvidgad kunskap och det förekommer en risk att bli kritiserade då de är i en frontposition. Telefonrådgivning är svårt då distriktssköterskorna/sjuksköterskorna inte kan se personen de talar med. Det krävs i många fall mer detaljerade frågor än vid ett personligt möte.

Alla patienter är inte nöjda med att få egenvårdsråd. Forskning har visat att uppringarna kan vara aggressiva och otrevliga i telefonen, inte lyssna på informationen som ges, ifrågasätta varför de ska ta emot råd från distriktssköterskan/sjuksköterskan och varför de inte får träffa en läkare. Detta kan skapa stress hos distriktssköterskan/sjuksköterskan.

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans/sjuksköterskans upplevelse av att möta motstånd när hon ger egenvårdsråd i telefonrådgivning på vårdcentral.

Jag vill med detta informationsbrev fråga om intresse finns av att delta i studien och i så fall om förmedlande av deltagare. Jag söker mailadresser till alla distriktssköterskor/sjuksköterskor som arbetat med telefonrådgivning i minst ett år och som har minst 25 % av sin arbetstid inom telefonrådgivning. Studien kommer att genomföras på sex vårdcentraler med 15 distriktssköterskor/sjuksköterskor. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna som ingår i studien kommer utifrån mailadresserna slumpmässigt att väljas ut. Intervjun kommer att ta 30-60 minuter, spelas in på band och genomförs på deltagarens arbetsplats under hösten 2013.

Intervjumaterialet kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Det kommer att avidentifieras så att ingen information kan härledas till någon enskild individ eller vårdcentral. Efter studien kommer intervjumaterialet att förstöras. Deltagandet är frivilligt och kan när som helt avbrytas utan att några skäl behöver anges.

Om du vill ställa frågor angående studien är du välkommen att ringa 070-405 44 46 eller maila asa.krizsan0001@stud.hkr.se.

Studien genomförs inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan Kristianstad.

Handledare: Liselotte Jakobsson universitetslektor i omvårdnad

Författare: Åsa Krizsan

Bilaga II

Förfrågan om att delta i intervjustudie

Telefonrådgivning är en stor del av distriktssköterskans/sjuksköterskans arbete på vårdcentral och en del av detta innefattar förmedling av egenvårdsråd. Forskning har visat att sjuksköterskor i telefonrådgivning upplever sitt arbete som stimulerande, självständigt och utmanande men känner sig även utlämnade på grund av att det krävs utvidgad kunskap och det förekommer en risk att bli kritiserade då de är i en frontposition. Telefonrådgivning är svårt då distriktssköterskorna/sjuksköterskorna inte kan se personen de talar med. Det krävs i många fall mer detaljerade frågor än vid ett personligt möte.

Alla patienter är inte nöjda med att få egenvårdsråd. Forskning har visat att uppringarna kan vara aggressiva och otrevliga i telefonen, inte lyssna på informationen som ges, ifrågasätta varför de ska ta emot råd från distriktssköterskan/sjuksköterskan och varför de inte får träffa en läkare. Detta kan skapa stress hos distriktssköterskan/sjuksköterskan.

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskans/sjuksköterskans upplevelse av att möta motstånd när hon ger egenvårdsråd i telefonrådgivning på vårdcentral.

Studien vänder sig till distriktssköterskor och/eller sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning sedan minst ett år tillbaka och har minst 25 % av sin arbetstid förlagd till telefonrådgivning. Du tillfrågas om att delta i denna studie då du uppfyller dessa urvalskriterier. Din verksamhetschef har gett mig ditt namn och kontaktuppgifter.

Studien genomförs med hjälp av intervjuer med distriktssköterskor/sjuksköterskor. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter och kommer att ske på din arbetsplats under hösten 2013.

Intervjun kommer att spelas in på band och sedan skrivas ner ordagrant. Materialet kommer att avidentifieras så att ingen information kan härledas till någon enskild individ eller vårdcentral. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Efter studien kommer intervjumaterialet att förstöras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta utan att några skäl behöver anges. Om du vill ställa frågor om studien är du välkommen att ringa 070-405 44 46 eller maila asa.krizsan0001@stud.hkr.se

Om du vill delta i studien ber jag dig läsa igenom brevet ”informerat samtycke” samt maila tillbaka till mig med telefonnummer där jag kan nå dig. Därefter kontaktar jag dig via telefon för att ge muntlig information och för att bestämma tid för intervjun.

Studien genomförs inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska vid Högskolan Kristianstad.

Handledare: Liselotte Jakobsson universitetslektor i omvårdnad

Författare: Åsa Krizsan

Bilaga III

Informerat samtycke

Jag har tagit del av den skriftliga informationen angående studien och även fått muntlig information. Jag är medveten om att jag deltar frivilligt och att mitt deltagande kan avbrytas när som helst utan att jag behöver ange något skäl. Jag har fått möjlighet att ställa frågor om studien och få svar på dessa. Jag har erhållit information om att de uppgifter som samlas in kommer att avidentifieras så att ingen information kan härledas till någon enskild individ eller vårdcentral. Jag har erhållit information om att mina svar och resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem.

Ort

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Telefonnummer

E-postadress

Bilaga IV

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Í Hur gammal är du?
- Í Hur länge har du arbetat som distriktssköterska/sjuksköterska?
- Í Hur länge har du arbetat med telefonrådgivning på vårdcentral?

Inledande frågor

Då syftet är att beskriva distriktssköterskans/sjuksköterskans erfarenheter av att möta motstånd när hon ger egenvårdsråd i telefonrådgivning handlar frågorna om både vad hon känner och hur hon gör i dessa situationer.

- Vilka är dina erfarenheter av att samtala med patienten i telefon i förhållande till ett personligt möte?
- Vilket motstånd eller vilka svårigheter möts du av när du ska ge egenvårdsråd i telefonrådgivning?
- Hur känner du när du möts av dessa motstånd eller svårigheter?
- Hur gör du för att minska/komma igenom det motstånd du möts av? Kan du ge exempel?
- Hur gör du för att motivera patienten till egenvård?
- Hur gör du för att kompensera för den begränsning det är att ge egenvårdsråd i telefon gentemot att träffa patienten?
- Kan du beskriva när känner du dig nöjd med ett samtal?
- Kan du beskriva när känner du dig mindre nöjd med ett samtal?

Exempel på följdfrågor

- Í Hur menar du?
- Í Hur tänkte du?