



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademien för hälsa, vård och välfärd

TELEFONRÅDGIVNING TILL ÄLDRE- ÄLDRE

Distriktssköterskors erfarenhet

CAROLINA LARSSON

CARINA LIND

Huvudområde: Akademin för hälsa, vård och välfärd

Nivå: Avancerad nivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Specialistutbildning inriktning distriktssköterska

Kursnamn: Examensarbete inom primärvård

Kurskod: VAE094

Handledare: Annica Lövenmark
Examinator: Inger K Holmström

Seminariedatum: 18-11-07

Betygsdatum: 18-11-12

SAMMANFATTNING;

Bakgrund: Telefonrådgivningen i primärvården är ett växande fenomen och kan vara den första kontakten för vårdsökande. I telefonrådgivningen arbetar sjuksköterskor och distriktssköterskor med att göra bedömningar och utifrån den ge stöd, information och råd samt hänvisa till rätt vårdnivå. Den äldre-äldre populationen ökar i Sverige och därmed ökar den kategorin av vårdsökande till primärvården. Distriktssköterskor i telefonrådgivningen utmanas i kommunikationen och i att hantera svårlösta situationer med äldre-äldre. Distriktssköterskor har samtalsprocessen som arbetsverktyg i telefonrådgivningen vilket är ett personcentrerat arbetssätt. Som teoretisk referensram i examensarbetet har Olanders teori om syntetisering av folkhälsouppdraget samt det individinriktade uppdraget tillämpats.

Syfte: Syftet är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre i primärvården. **Metod:** Examensarbetet har en kvalitativ beskrivande design med induktiv ansats. Fyra fokusgruppsintervjuer med distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården har genomförts. **Resultat:** Resultatet beskriver distriktssköterskors erfarenhet i huvudkategorin -Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre-äldre, vilket redovisas under de generiska kategorierna -Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre och -Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder. **Slutsats:** Slutsatsen av resultatet är att distriktssköterskors arbete i telefonrådgivningen är komplex och behöver hanteras utifrån organisationens förutsättningar med hänsyn till vårdsökandes behov och resurser. **Nyckelord:** Kommunikation, organisatoriska hinder, personcentrerad vård, telefonrådgivning, äldre.

ABSTRACT;

Background: Telephone nursing in primary care is a growing phenomenon and may be the first contact for the care seekers. In telephone work nurses and district nurses to make assessment and from it provide support information and to give advice and refer to the correct care level. The older elderly population is increasing in Sweden, thus increasing the category of care seekers to primary care. District nurses in telephone counselling are challenged in communication and to handle difficult situations with older elderly. District nurses have the call process as work tool in telephone counselling which has a person centered approach. As theoretical reference frame has Olanders theory been chosen. **Aim:** The aim of the study is to describe district nurse`s experiences of telephone counselling to older elderly in primary care. **Method:** The study has a qualitative descriptive design with an inductive approach. Four focus groups-interviews with district nurse`s and nurses in primary care has been implemented. **Results:** The results describe district nurses experiences in the main category -To handle and to fix complex situations in telephone counseling to older-elderly, which is shown in the generic category -A willingness to reach out in communication with elderly-elderly and -A willingness to meet the older elderly despite organizational barriers. **Conclusion:** The conclusion of the results is that districts nurses work in telephone counselling is complex and need to be managed based on organizations conditions with respect to care pagers needs and resources. **Keywords:** Communication, organizational barriers, older, person centered care, telephone nursing,

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Primärvården och distriktssköterskor uppdrag	1
2.2	Telefonrådgivning inom primärvård	2
2.2.1	<i>Telefonrådgivning i Sverige</i>	<i>2</i>
2.2.2	<i>Distriktssköterskors funktion i telefonrådgivningen</i>	<i>3</i>
2.3	Telefonrådgivning till äldre-äldre	4
2.3.1	<i>Äldre-äldre</i>	<i>4</i>
2.3.2	<i>Kommunikation mellan äldre-äldre och distriktssköterskor</i>	<i>5</i>
2.4	Olanders teori om syntetisering av två uppdrag	5
2.4.1	<i>Personcentrerad vård</i>	<i>6</i>
2.4.2	<i>Samtalsprocessen</i>	<i>6</i>
3	PROBLEMFÖRMULERING	7
4	SYFTE	7
5	METOD	8
5.1	Design	8
5.2	Urval och datainsamling	8
5.3	Analys	10
6	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7	RESULTAT	11
7.1	Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre	12
7.1.1	<i>Att prata tydligt och lugnt till vårdsökande med kommunikationshinder</i>	<i>12</i>
7.1.2	<i>Att ge tydlig information</i>	<i>12</i>
7.1.3	<i>Att försöka underlätta för äldre-äldre</i>	<i>13</i>
7.2	Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder	13
7.2.1	<i>Att ge äldre-äldre tillgänglighet till telefonrådgivning</i>	<i>13</i>

7.2.2	<i>Att prioritera de äldre-äldre trots begränsad tid.....</i>	14
7.2.3	<i>Att försöka möta äldre-äldres särskilda behov av sjukvård.....</i>	14
8	DISKUSSION.....	16
8.1	Metoddiskussion.....	16
8.2	Resultatdiskussion	17
8.2.1	<i>Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre- äldre.....</i>	17
8.2.2	<i>Olanders teori i primärvårdens telefonrådgivning</i>	19
8.2.3	<i>Distriktssköterskors yrkesområde.....</i>	19
8.3	Etikdiskussion.....	20
9	SLUTSATSER.....	21
10	YTTERLIGARE FORSKNING OCH UTVECKLINGSBEHOV.....	21
	REFERENSLISTA;	23

BILAGA; A- MISSIVBREV TILL VERKSAMHETSCHEFER

BILAGA; B- MISSIVBREV TILL INFORMANTER

BILAGA; C- UTDRAG I ANALYSPROCESSEN

BILAGA; D- ARTIKELMATRIS

1 INLEDNING

Ett av distriktssköterskors arbetsområde i primärvården är telefonrådgivning. Den första kontakten vårdsökande får kan vara till distriktssköterskor i telefonrådgivningen. Som distriktssköterskestudenter finns funderingar på hur distriktssköterskor erfar kontakten med äldre-äldre som vårdsökande. I samband med verksamhetsförlagd utbildning på vårdcentral och hemsjukvård samt tidigare egen erfarenhet av telefonrådgivning på vårdcentral, har det uppmärksammats att det kan vara en svårlöst situation att möta och bedöma äldre-äldre i telefonrådgivningen. Äldre-äldre kan ha svårt att förstå de knappval som ska göras när de ringer till primärvårdens telefonrådgivning, en av orsakerna kan vara nedsatt hörsel. Detta kan göra att det är en utmaning för distriktssköterskorna att nå fram i kommunikationen. I kontakten med vårdsökande gör distriktssköterskor en bedömning utifrån den vårdsökandes berättelse. Utifrån den tas beslut om vilken vårdnivå som är lämplig för det specifika behovet, mottagningsbesök, eller egenvårdsråd. Distriktssköterskornas kompetens innefattar en fördjupad kunskap i samtalsmetodik vilket kan vara användbart i telefonrådgivning. Distriktssköterskor behöver arbeta personcentrerat utifrån den vårdsökandes behov för att kunna ge en humanistisk vård och se de resurser varje individ har. Att arbeta personcentrerat kan utveckla det hälsofrämjande arbetet i primärvården. Olanders teori om syntetisering av två uppdrag kan appliceras på primärvårdens telefonrådgivning.

2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras primärvården och distriktssköterskors uppdrag, telefonrådgivning inom primärvård, telefonrådgivning till äldre-äldre och Olanders teori om syntetisering av två uppdrag. I examensarbetet används benämningen distriktssköterskor men i vetenskapliga artiklar och informanter i fokusgrupperna finns både legitimerade sjuksköterskor och distriktssköterskor.

2.1 Primärvården och distriktssköterskor uppdrag

Det finns ingen definition av primärvårdens uppdrag. Hur primärvårdens verksamhet organiseras är upp till varje landsting, men utgår från hälso-och sjukvårdslagen (Primärvårdens uppdrag, 2016). Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, 5§ beskriver primärvården som en del i öppenvården. Avgränsning av sjukdom, ålder, eller olika patientgrupper får inte förekomma. Grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad,

förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver resurser från sjukhuset eller annan kompetens ska primärvården ansvara för.

Med distriktssköterskor menas sjuksköterskor med specialistkompetens inom primärvård. En högskoleexamen på avancerad nivå innebär att distriktssköterskor har en komplex kunskap inom omvårdnad (Edberg m.fl 2013). Med komplex menas ”en svåröverskådlig sammansatt enhet” (Nationalencyklopedin, u.å.). I Kompetensbeskrivningen Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssjuksköterska (2008) framgår att titeln distriktssköterska är ett reglerat yrke inom hälso- och sjukvården och en akademisk profession med ett fördjupat ansvar att utveckla och leda omvårdnaden i primärvården oavsett huvudman. Enligt Kompetensbeskrivningen Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska (2008) grundar sig yrket i tre kvalifikationer, arbetsteknisk, yrkesteoritisk och en allmänbildande del där kunskap om att förstå och tolka sammanhang ingår. Distriktssköterskor behöver ett holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt och se hela människan så väl som fysiskt, psykiskt, socialt och i kulturella sammanhang. I uppdraget ingår att stärka hälsa och arbeta hälsofrämjande till alla människor i olika åldrar. För att upptäcka ohälsa hos befolkningen på ett tidigt stadium och förebygga ohälsa behövs kunskap om sociala sammanhang. Att inte bara se den vårdsökande utan även anhöriga och andra närstående som finns runtomkring (Kompetensbeskrivningen Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska 2008).

2.2 Telefonrådgivning inom primärvård

Telefonrådgivning inom primärvård presenteras under rubrikerna telefonrådgivning i Sverige samt distriktssköterskors mål med telefonrådgivning.

2.2.1 Telefonrådgivning i Sverige

Telefonrådgivning är ett växande fenomen i den svenska sjukvården (Röing, Rosenqvist & Holmström, 2012). Telefonrådgivning är Sveriges största vårdgivare och tar emot 5,5 miljoner samtal per år av Sveriges 9,6 miljoner invånare, samtalen inkluderar 1177 och inte bara till vårdcentralernas telefonrådgivning (Kamisky, Röing, Björkman & Holmström, 2017). I Sverige är medelåldern på de inringande 36 år och 65% var kvinnor. Mer än 60% av samtalen gäller medicinskrådgivning, 12% gäller bokning eller avbokning av tid, 8% gäller hälsorelaterad rådgivning och vaccinationer. Resterande samtal gäller receptförnyelse, provresultat, intyg eller andra administrativa åtgärder (Leppänen, 2009). Den svenska primärvården arbetar med ett system som kallas teleQ vid telefonrådgivning. Aurora innovation är företaget som tillhandahåller flexibla lösningar gällande kommunikation, däribland teleQ (Aurora innovation, 2018). Systemet bygger på att vårdsökande ringer in och knappar in sitt telefonnummer och får en uppringningstid. Aurora innovation (2018) påstår i sin marknadsföring att fördelen med teleQ är tillgängligheten, den inringande får alltid en tid och slipper sitta i telefonkö, och att teleQ kan bidra till en arbetsmiljö där stress och arbetsklimat blir hanterbart i telefonrådgivningen. En välfungerande teleQ där vårdsökande får kontakt med primärvården påstås av Aurora Innovation bidra till friskare

individer med förbättrad livskvalitet som även ger effekter på samhällsekonomin (Aurora Innovation, 2018). Några vetenskapliga studier som bekräftar Aurora innovations marknadsföring framgår inte på företagets hemsida, och har heller inte hittats under litteratursökningen.

Ett av telefonrådgivningens mål är att komma fram till en åtgärd i samråd med den våldsökande. Detta görs genom att lyssna aktivt på ett respektfullt sätt, samla information, analysera berättelsen och utifrån det göra bedömningar av våldsökandes behov (Winnerby, Flensner, Rudolfsson, 2013). I en studie av Kaminsky, Rosenqvist & Holmström (2008) visar resultatet att det finns olika sätt att förstå distriktssköterskors arbete i telefonrådgivning som kan vara att ge tillgång till sjukvård, stödja, främja, stärka samt att undervisa våldsökande. En studie av Kaminsky, m.fl (2017) beskriver att målet för distriktssköterskor i telefonrådgivningen kan vara att ta emot 6-8 samtal per timme. En studie från Australien visar att samtalen i telefonrådgivningen tar i snitt 10 minuter men kan ha ett spann på 2-55 minuter per samtal (Li m.fl 2017). Men i en studie gjord i den svenska primärvården framkommer av Leppänen (2009) att genomsnittet för ett samtal tar 3 minuter.

2.2.2 Distriktssköterskors funktion i telefonrådgivningen

Distriktssköterskor besitter en maktposition i telefonrådgivningen, makten kan ses som dold då det finns en föreställning om att distriktssköterskor är empatiska och har funktionen att vara "patientens advokat" (Leppänen, 2009,s.15). Distriktssköterskor har makt att bestämma vilka frågor som ska ställas, vilka råd som ska ges och vilken vårdnivå våldsökande kräver. Vidare beskrivs att det finns en asymmetri mellan våldsökande och primärvården som gör att distriktssköterskor med sin maktposition behöver utjämna asymmetrin i telefonrådgivningen (Leppänen, 2009). Råden kan vara korta och handfasta av distriktssköterskor i telefonrådgivningen, behövs djupgående råd bokas den våldsökande in på läkarbesök (Röing, Hederberg & Holmström, 2014). Alla vårdcentraler tillåter inte att våldsökande kommer utan att ha en tid bokad, det kan behövas en telefonkontakt där besöket först bokas in. Distriktssköterskors funktion i telefon kan uppfattas som "gatekeeper" till sjukvård och triagering till rätt vårdnivå (Leppänen, 2009). Information från uppringaren samt kvaliteten på dialogen mellan våldsökande och telefonsjuksköterskor är betydande för patientsäkerheten (Röing, Rosenqvist & Holmström, 2012). Detta bekräftas av Kaminsky, Carlsson, Holmström, Larsson & Fredrikssons (2014) studie där resultatet visar att målet med telefonrådgivning är att uppnå patientsäkerhet, skapa förtroende, bedöma, ge egenvårdsråd och hänvisa till rätt vårdnivå. Distriktssköterskors bemötande i telefonrådgivningen kan bottsna i en personlig mognad och trygghet att kunna fatta beslut (Ström, 2009). Bemöts våldsökande med nonchalans och bristande kommunikation kan det resultera i negativa effekter mellan våldsökande och distriktssköterskor, våldsökandes förtroende för sjukvården kunde brista (Nygren-Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg 2016). Vårdsökandes förtroende kan vinnas genom att distriktssköterskor visar att de bryr sig. Genom att ge råd som ges inte är allmänna utan specifikt riktade för den enskilda våldsökande. Att distriktssköterskor lyssnar och tar våldsökande på allvar poängteras av Holmström, Nokkoudenmäki, Zukancic & Sundler (2015). Inringande våldsökande kan känna sig sårbara, rädda och oroliga på grund av omständigheter i livet, de förväntar sig

vänligt bemötande i telefonrådgivningen (Ström, Marklund & Hildingh, 2009). Vårdsökande som får lugnande svar i telefonrådgivningen kan känna sig tillfredsställda och följer egenvårdsråd som ges av distriktssköterskor (Gustavsson, Martinsson, Wälivaara, Vikman, Sävenstedt, 2016). Nöjdhet hos vårdsökande kan påverkas av distriktssköterskors förmåga att kommunicera (Kaminsky m.fl 2017). När distriktssköterskor har medvetenhet om utmaningar som kan komma upp under samtal kan förmågan att agera på ett professionellt sätt öka. Hinder för att behålla professionaliteten beskrivs kunna bero på tidsbrist och stress (Nygren-Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2014). I en studie av Ernesäter, Engström, Winblad, Ramqvist & Holmström (2015) framgår att vårdsökande kan förvänta sig en högre vårdnivå än som bedöms av distriktssköterskor i telefonrådgivningen. Bedöms den vårdsökande till en vårdnivå som motsvarar behovet innebära det en kostnadseffektivitet för vårdcentralerna. Med god relation och bemötande och ett investering i tid vid telefonrådgivning kan det bidra till följsamhet hos vårdsökande vad gäller egenvårdsråd (Martinsson & Gustavsson, 2018). En utmaning för distriktssköterskor i telefonrådgivningen kan vara när släktingar eller bekanta till den vårdsökande ringer, att fatta beslut utan att ha den vårdsökande framför sig och utmaningar kan uppstå vid otillräckliga resurser (Kaminsky m.fl, 2017). Särskilt komplicerat kan det upplevas när männen ringde åt sina fruar på grund av kulturella skillnader då samtalet blir genom tredje part. Anamnesen tenderar att bli bristfällig, för att kunna göra korrekta bedömningar vill distriktssköterskor prata direkt med vårdsökande (Höglund & Holmström, 2008).

2.3 Telefonrådgivning till äldre-äldre

Telefonrådgivning till äldre-äldre presenteras under rubrikerna äldre-äldre och kommunikation mellan äldre-äldre och distriktssköterskan.

2.3.1 Äldre-äldre

WHO definierar äldre som personer som har den kronologiska åldern 65 år och äldre. Definitionen passar i Sverige då den åldern motsvarar pensionsålder. I andra länder kan pensionsåldern variera, FN:s definition av äldre är personer över 60 år (Världshälsoorganisationen [WHO], 2002). Detta arbete utgår från äldre-äldre vilket enligt Ekvall (2010) är personer som är 80 år och äldre. Medellivslängden i Sverige var 2016 82,3 år, för männen var det 80,6 och kvinnorna hade en medellivslängd på 84,1 år (Folkhälsomyndigheten u.å). I Sverige ökar den äldre populationen och därmed den kategorin av vårdsökande till primärvården då även prevalensen av sjukdom stiger med åldern (Dahlgren m.fl 2017). Av den äldre-äldre populationen hade hälften en hörselnedsättning på båda öronen som påverkade förmågan att ta in information, förstå vad som sägs och vara delaktiga i beslut (Hardin, 2012). Detta bekräftas av Holmström m.fl (2015) som beskriver att äldre kunde ha kommunikationsproblem på grund av hörsel och synnedsättningar, vilket kunde göra att äldre föredrar fysiska besök då de kände sig hämmade i telefonen.

2.3.2 Kommunikation mellan äldre-äldre och distriktssköterskor

Äldre kan känna sig osäkra på tekniken och telefonsystemet vilket kan ses som ett hinder i kommunikationen i telefonrådgivningen, knappval kan utgöra en oro att slå in fel nummer och inte bli uppringd tillbaka, systemet kan anses som opersonligt hos de äldre (Holmström m.fl, 2015). Kommunikationen mellan äldre-äldre som är vårdsökande och distriktssköterskor i telefonrådgivningen beskrivs som betydande för att samtalet skulle kännas stödande. Tillfredsställelsen hos vårdsökande kan öka vid känsla av trygghet och självsäkerhet i kontakt med vården (Holmström m.fl, 2015). I studien av Dahlgren, m.fl (2017) framgår att 533 av 1000 samtal till primärvården var från personer som var 80 år och äldre. Enligt Leppänen (2009) kom 17% av de inkomna samtalen från personer som var 65 år eller äldre. I en studie av Welzel, Stain, Hajek, Köning & Riedel-Heller (2017) framgår att personer som var 65 år och äldre som är mångsökande i primärvården kan vara otillfredsställda med den vårdnivå de bedöms till. Detta förklaras med att prevalensen av sjukdom ökar med åldern och bedömningar av multisjuka anses vara komplexa. Distriktssköterskor behöver kunna utläsa underliggande behov hos äldre-äldre för att få en helhetsbild av både medicinska och sociala behov i bedömningen. Studien visar att ohälsa hos personer över 65 år är en indikator hos mångsökare (Welzel m.fl 2017).

2.4 Olanders teori om syntetisering av två uppdrag

Olanders teori (2003) om Hälsovägledning i barnhälsovården – syntetisering av två uppdrag beskriver att distriktssköterskor i barnhälsovården kan arbeta med både ett folkhälsouppdrag och ett individinriktat uppdrag. Folkhälsouppdraget kan innebära att ge hälsouppllysning till hela befolkningen, familjehälsouppdraget bör utgå från individens enskilda behov. Olander (2003) beskriver att distriktssköterskors möte med familjer kan bestå av fyra dimensioner som bör utgå från de båda uppdragen. Den individinriktade delen innebär enskild stöttning eller befolkningsindividualisering. Genom att ge enskildstöttning kan befolkningsinriktningen vara svagare än individinriktningen. Fokus ligger på den enskilda individen eller familjen och relateras inte till det befolkningsnormala. I den befolkningsinriktade delen beskrivs befolkningsbesiktning och slentriancheckning. I befolkningsbesiktningen är befolkningsuppdraget starkt och individinriktningen svag. Fokus i befolkningsbesiktningen ligger på jämförelser med det befolkningsnormal och hälsoundersökningar utförs rutinmässigt. Slentriancheckning beskrivs som att distriktssköterskors båda uppdrag kan ha svagheter, undersökningar och bedömningar utförs men sätts inte i relation till det befolkningsnormala eller till den enskilda individens utveckling. I samtalet till familjer ges ingen allmän hälsoinformation eller individinriktad hälsovägledning (Olander, 2003). Distriktssköterskor kan pendla mellan de olika riktningarna under ett besök, olika faktorer kan påverka hur stor del varje riktning får i ett besök.

Det beskrivs av Olander (2003) att distriktssköterskor kan ha en vilja att arbeta rådgivande för individen och öka delaktigheten och samspråk till familjer samtidigt som befolkningsuppdraget bör följas vilket motsvarar ett befolkningsindividualiserat arbetssätt. Som teoretisk referensram valdes Olanders teori (2003) om Hälsovägledning i

barnhälsovården – syntetisering av två uppdrag för examensarbetet. Teorin anses av författarna till examensarbetet kunna appliceras på distriktssköterskors arbete i telefonrådgivningen i primärvården då arbetet både har ett folkhälsouppdrag och ett individinriktat uppdrag. Telefonrådgivning kan vara den första kontakten för vårdsökande och distriktssköterskor tar anamnes och beslut om vilka åtgärder som den vårdsökande behöver. Distriktssköterskors arbete i telefonrådgivningen kan förstås av de olika dimensionerna i Olanders (2003) teori. Vilket motiverar valet av teori till examensarbetet. Det befolkningsindividualiserade arbetssättet i Olanders (2003) teori tolkas av författarna till examensarbetet som att ge personcentrerad vård.

2.4.1 Personcentrerad vård

Begreppet personcentrerad vård beskrivs som en av specialistsjuksköterskors kärnkompetenser enligt Ekman & Norberg (2014). Den personcentrerade vårdens nyckelord är partnerskapet mellan den vårdsökande och distriktssköterskan. Partnerskapet bygger på en ömsesidig respekt för varandra (Ekman & Norberg, 2014). Personcentrerad vård har sin utgångspunkt där människan ses som en autonom person med fri vilja. En person utvecklas i möte med andra människor och upplevelser och erfarenheter ses som förmågor hos personen som kan förstärkas eller försvagas (Ekman & Norberg, 2013). Personcentrerad vård belyser individen som vårdsökande och utgår från den berättelse, resurser och hinder som finns. Berättelsen är central för att skapa förutsättningar att ge personcentrerad vård. Genom att formulera mål och göra vårdsökande delaktiga kan det bidra till att vården blir personcentrerad. En personcentrerad vård bygger på en förtroendefull relation vilket kan vara komplext då hänsyn till integritet beaktas samt en ömsesidig respekt mellan den vårdsökande och distriktssköterskor (Ekman & Norberg, 2013). Att arbeta personcentrerat i telefonrådgivning och få en relation till den vårdsökande bidrar till en framgångsrik bedömning där båda parter är nöjda (Eggenberger, Garrison, Hilton & Giovingo, 2013). För att arbeta personcentrerat med äldre-äldre så kan det behövas erfarenhet av arbete med äldre-äldre (Edvardsson & Innes, 2010). Personcentrerad vård har visat i studien av Ekman, Hedman, Swedberg & Wallengren (2015) att det ger valmöjligheter, reducerar den vårdsökandes oro, osäkerhet, ger smärtlindrande effekter och är kostnadssparande.

Specialistsjuksköterskor behöver ha förmåga att utveckla kommunikationen som kan krävas för en personcentrerad vård. Genom att dokumentation utgår från vårdsökandes berättelse och ger en helhetsbild av hälsotillståndet på ett personcentrerat sätt säkerställs vården. Dokumentationen blir ett kontrakt mellan vårdsökande och vårdgivare (Ekman & Norberg, 2013). Termen personcentrerad vård fokuserar på att bevara individen som person till skillnad från patientcentrerad vård där fokus ligger på diagnosen (Edvardsson & Innes, 2010). För att kunna arbeta personcentrerat i telefonrådgivningen kan samtalsprocessen tillämpas.

2.4.2 Samtalsprocessen

Samtalsprocessen kan vara ett arbetsverktyg för distriktssköterskor i telefonrådgivningen som ger samtalet struktur. Verkytet kan vara en hjälp för att kunna göra patientsäkra

bedömningar och leda till personcentrerade samtal. Samtalsprocessen har fem faser som distriktssköterskor i telefonrådgivningen behöver gå igenom för att nå fram till målet som är en överenskommelse med den vårdsökande (Vårdhandboken, u.å). Den första fasen är öppningsfasen som välkomnar den vårdsökande in i samtalet, den andra fasen är lyssnande på vårdsökandes berättelse. Analysfasen utgör en bedömning av helheten av berättelsen, motiverandefasen innebär att bedömning och åtgärd motiveras för den vårdsökande och i den avslutande fasen upprättas en överenskommelse mellan distriktssköterskan och den vårdsökande och samtalet kan därefter avslutas (Vårdhandboken, u.å, Runius, 2008). Samtalet pendlar mellan de olika faserna under samtalets gång, verktyget bör inte användas rätlinjigt (Runius, 2008).

3 PROBLEMFORMULERING

Den äldre-äldre populationen i Sverige ökar, och prevalensen för sjukdom ökar med åldern. Därmed ökar andelen äldre-äldre som kan vara multisjuka med omfattande vårdproblem som vårdsökande till primärvården. Den första kontakten med primärvården blir många gånger via primärvårdens telefonrådgivning. Telefonrådgivning kan vara en svår arbetsuppgift för distriktssköterskor i primärvården. Forskning visar att distriktssköterskor i telefonrådgivning upplever arbetet som stödjande, rådgivande och undervisande, men även att det innebär att de har makten att ta beslut om vem som ska få tillträde till vård för sina behov. Av befintlig forskning framgår inte distriktssköterskors erfarenheter av att ge råd, stöd och undervisning till äldre-äldre i telefonrådgivning i primärvården utan är generell för alla vårdsökande. Genom att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre, kan detta bidra till ökad kunskap om ett personcentrerat arbetssätt i primärvården. Hur distriktssköterskors arbete i telefonrådgivningen kan förstås genom Olanders teori som beskriver syntetisering av två uppdrag.

4 SYFTE

Syftet är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre i primärvården.

5 METOD

Avsnittet beskriver den design, urval, datainsamling och analys som valts till examensarbetet.

5.1 Design

För att besvara syftet som var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter så valdes för detta examensarbete en beskrivande design. Människors erfarenheter av verkligheten beskrivs bäst med en kvalitativ ansats som grundar sig i holistisk tradition. Verkligheten kan beskrivas på olika sätt, det finns ingen sanning och där med inget fel i erfarenheter. Den kvalitativa designen avsikt är att äga rum i fenomenets naturliga miljö. Beskrivningen blir en förståelse och insikt för det upplevda problemet (Henricsson & Billhult, 2012).

5.2 Urval och datainsamling

Som metod valdes fokusgruppsdiskussioner (FGD) som analyserats med en kvalitativ innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs (2008). FGD är lämplig metod vid studier av erfarenheter. Interaktionen i gruppen gör det möjligt att analysera utgångspunkter i samtalet hos FGD. Det ger utrymme för gruppens spontana reaktioner, deltagarnas personliga berättelser ställs i kontrast till varandra. Utrymme för deltagarnas egna frågor som inte tas med i intervjuguiden tillåts i FGD enligt Wibeck, (2012) som vidare menar att det är de oförutsedda resonemang som deltagarna tar upp som är det intressanta. Fokusgrupper ger en bredd men även ett djup i upplevelser och erfarenheter, däremot är FGD inte en lämplig metod då slutsatsen ska generaliseras till en större befolkning (Wibeck, 2012).

Med tanke på den begränsade tid som fanns att planera, genomföra och analysera resultatet begränsades arbetet genom att göra fyra FGD. Att begränsa antalet intervjuer styrks av Wibeck (2012) som menar att studenter underskattar den tid det tar med fokusgrupper som metod.

Inklusionskriterier var att vända sig till distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården med ett års erfarenhet av telefonrådgivning. Valet att ta med legitimerade sjuksköterskor motiverades genom att sjuksköterskor har samma uppdrag som distriktssköterskor i telefonrådgivningen. Detta kan ses som ett strategiskt urval då syftet är att välja personer med erfarenhet av fenomenet (Henricsson & Billhult, 2012).

Samtliga verksamhetschefer på vårdcentraler i Södermanland kontaktades via mail med bifogat missivbrev (Bilaga A). Underskrift av missivbrev av verksamhetschefer för samtliga vårdcentraler saknas då de inte var anträffbara när intervjuerna ägde rum. Godkännande att genomföra studien fanns genom de svarsmejl för förfrågan av intresse av att delta i studien som skickats ut. Information om syfte och tillvägagångssättet FGD beskrevs i mejlet. De första fyra som gav tillstånd av vårdenhetscheferna på vårdcentralerna kontaktades. Detta kan ses som bekvämlighetsurval som togs på grund av tidsbegränsning. På varje vårdcentral valdes en nyckelperson ut för samordning av att boka in tid för intervju och hjälp med att

rekrytera deltagare. En etablerad kontakt fanns till några av de anställda distriktssköterskorna på de vårdcentraler som tackat ja till medverkan. Dessa kontakter tillfrågades att vara nyckelpersoner som fick uppgiften att rekrytera deltagare samt boka lokal. Sammanlagt blev det 16 informanter jämnt fördelat på fyra FGD.

En semistrukturerad huvudfråga inom ämnet formulerades, men även uppföljningsfrågor formulerades, så kallade "probing questions" (Wibeck, 2012, s 198). Huvudfrågan blev -Vilka erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre har ni? Uppföljningsfrågorna var -Vad skulle underlätta arbetet i telefonrådgivningen till äldre-äldre? -Vilka hinder finns? -Finns det något som är svårt med telefonrådgivning till äldre-äldre?

Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplatsers konferensrum. Intervjuerna tog mellan 45-60 minuter. För att behålla trovärdigheten i resultatet har samma student varit moderator och den andra bisittare vid alla intervjuer vilket rekommenderas av Wibeck (2012). Moderatoren förklarade konfidentialitetskravet och lät deltagarna skriva under sitt samtycke i missivbrevet (Bilaga B) för informanter samt förklarade syftet och tillvägagångssättet för FGD och sitt egna tillbakadragande förhållningssätt under intervjun.

Moderatoren frågade informanterna om ålder och utbildningsnivå samt hur länge de varit verksamma som distriktssköterskor på vårdcentral. Moderatoren höll en opartisk men engagerad ställning så som Wibeck (2012) beskriver moderatorns roll och tog medvetet en placering i rummet som icke ordförandeplats vid bordet. Detta för att deltagarna skall vända sig till varandra och inte till moderatoren (Wibeck, 2012). FGD spelades in med hjälp av två mobiltelefoner och transkriberades där efter i sin helhet. Inspelat material fördes över till privata datorer med kodlås som förhindrade obehörigas tillträde. Datainsamlingen skedde mellan 21 augusti – 11 september 2018. Den första FGD var en testintervju för att se om de uppgjorda frågorna gav svar på syftet. Författarna ansågs att frågorna gav svar på syftet, därför togs den första intervjun med till datainsamlingen. Vid den fjärde FGD kände båda författarna att samma erfarenheter hos distriktssköterskorna diskuterats tagits upp i tidigare FGD då tidigare FGD analyserats och meningsbärandeenheter och koder tagits fram. När svaren i FGD känns igen från tidigare intervjuer har datamättnad uppnåtts. Att analysera materialet under pågående process rekommenderas av Elo m.fl (2014).

Tabell över informanter.

Antal deltagare	16
Kön	Kvinnor=100%
Ålder	35-71 år. Medelålder=50,5
Yrkeserfarenhet på vårdcentral	1-36 år. Medelvärde 8 år.
Utbildning	Distriktssköterskor=6. Sjuksköterskor=10

5.3 Analys

Elo och Kyngäs (2008) innehållsanalys användes i denna magisteruppsats. Insamlat data analyserades genom att de inspelade intervjuerna först transkriberades i sin helhet. Analysen började med en förberedelsefas där det insamlade materialet lästes igenom. Detta för att bekanta sig med materialet och ta beslut huruvida företeelser som skratt, tystnad och suckar skulle analyseras. I detta arbete valdes denna typ av företeelser bort för analys då det fanns svårigheter att tolka värdet och undvika missförstånd i dessa tolkningar. Materialet som bestod av fyra transkriberade fokusgruppintervjuer lästes först igenom av båda studenterna var och en för sig och sedan gemensamt. Meningsbärande enheter markerades i texten. Subkategorier från de meningsbärande enheterna togs ut för att klargöra likheter och skillnader i enheterna. Kategorierna namngavs efter hur de beskrev fenomenet för att kunna förstå och generera kunskap om ämnet. Meningsbärande enheter och subkategorier, mynnade ut i två generiska kategorier, -Att nå fram i kommunikationen till äldre-äldre och - Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder. De två generiska kategorierna ledde i sin tur till en huvudkategori -Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre-äldre. Under analysens gång har meningsbärande enheter, koder, subkategorier, generiska kategorier och slutligen huvudkategorin stämts av och justerats mot syftet i studien. Exempel på analyskedjan från meningsbärande enhet till huvudkategori: Den meningsbärande enheten ”Man undrar hur många som försöker ringa men inte kommer fram, man hoppas att dom ber om hjälp”(FGD 1). Kod: Tillgänglighet. Subkategori: Att ge äldre-äldre tillgänglighet till telefonrådgivning. Generisk kategori: Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder. Huvudkategori: Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre-äldre. Se bilaga C för utdrag ur analysprocessen.

6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vetenskapsrådet (2002) kräver inget etiskt godkännande för examensarbete på magisternivå. För att värna om autonomin och integritet hos deltagarna tillämpades de etiska principerna under alla faser i det vetenskapliga arbetet så som finns beskrivet av Kjellström (2012). De forskningsetiska principerna beskrivs av vetenskapsrådet (2002) som fyra allmänna huvudkrav vid forskning vilka är, informationskravet som innebär att deltagarna ska få information om syftet med forskningen och vilken uppgift som förväntas av deltagarna. Samtyckeskravet innebär rätten att bestämma själv om deltagande i studien. Vid studier där deltagarna är under 15 år behövs samtycke av föräldrar/vårdnadshavare. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om deltagarna inte får spridas till obehöriga, vilket har ett nära samband med sekretesslagen. Nyttjandekravet tillgodoses genom att insamlade uppgifter får endast användas till forskningens ändamål. Innan studien genomfördes kontaktades verksamhetschefer och deltagande sjuksköterskor/distriktssköterskor om syftet med studien, metod samt information om vad

som förväntades av deltagarna. Informationen gavs både muntlig och skriftlig enligt informationskravet. Informationen lämnades i god tid innan för att underlätta ställningstagande om medverkan för de tillfrågade. De medverkande hade rätt att själva bestämma huruvida de ville medverka enligt samtyckeskravet. Tillfrågade behövde inte ange orsak till att de inte ville medverka. Konfidentialitetskravet tillgodosågs då inga personuppgifter eller namn offentliggörs i studien. Uppgifterna har avidentifierats och hanterats konfidentiellt enligt Sekretesslagen (SFS 2009:400) och dataskyddsförordningen GDPR (Codex). Inspelat material raderades från mobiltelefonens inspelningsfunktion direkt efter transkribering. Material har sparats i lösenordskyddade datorer fram tills uppsatsen är godkänd för att då raderas. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att studenternas tystnadsplikt och ansvar för att uppgifter inte kommer föras vidare utan bara användas i detta examensarbete. Risk finns att medverkande deltagare känner igen egna eller medverkande i samma fokusgrupp citat trots avidentifiering.

7 RESULTAT

Resultatets huvudkategori beskrivs erfarenheter i att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre-äldre. Distriktssköterskorna behövde förhålla sig till regler och rutiner i organisationen samtidigt som de arbetade utifrån ett humanistiskt personcentrerat arbetssätt. Hinder i kommunikationen ansågs vara en bidragande orsak till att arbetet blev komplext. De två generiska kategorierna som ledde till huvudkategorin redovisas under. -Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre och -Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder.

Tabell över subkategorier, generiska kategorier och huvudkategori.

Subkategorier	Generiska kategorier	Huvudkategori
Att prata tydligt och lugnt till vårdsökande med kommunikationshinder	Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre	Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivning till äldre-
Att ge tydlig information.		
Att försöka underlätta för äldre-äldre		
Att ge äldre-äldre tillgänglighet till telefonrådgivning	Att vilja möta den unika äldre-	
Att prioritera de äldre-äldre		

trots begränsad tid	äldre trots organisatoriska hinder	äldre.
Att försöka möta äldre-äldres särskilda behov av sjukvård		

7.1 Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre

7.1.1 Att prata tydligt och lugnt till vårdsökande med kommunikationshinder

Distriktssköterskorna kunde välja att prata tydligt och lugnt till vårdsökande med kommunikationshinder, samt ställde korta frågor som kunde besvaras med ja eller nej till vårdsökande. Detta kunde göras när distriktssköterskorna upptäckte att den äldre-äldre hade hörselnedsättningar eller andra hinder i kommunikationen. Distriktssköterskorna kunde boka in vårdsökande på ett fysiskt besök när kommunikationen utgjorde ett hinder i att ta anamnes. Följande citat visar på detta "Hörseln kan vara ett stort problem, de förstår inte riktigt frågorna. Det är lättare att sitta öga mot öga och kunna rita och skriva när man förklarar" (från FGD 1).

7.1.2 Att ge tydlig information

Distriktssköterskorna försökte att ge tydlig information, de använde ord och beskrivningar som den vårdsökande skulle förstå. Erfarenheten hos distriktssköterskorna kunde vara att äldre-äldres förmåga att förstå information kunde vara nedsatt. Distriktssköterskorna kunde be de äldre-äldre att upprepa informationen för att säkerställa att de hade förstått. Genom att säkerställa att den äldre-äldre förstått informationen kunde distriktssköterskorna se att de inte behövde återkomma nästkommande dag med samma frågeställning. En annan utmaning som distriktssköterskorna beskrev var till äldre-äldre som hade kommunikationshinder, distriktssköterskorna försöka lösa detta genom att hitta ord som kunde förstås. Till sin hjälp hade de lathundar med kroppens anatomi samt medicinska termer på engelska. Distriktssköterskorna kunde behöva prata engelska vilket beskrevs som obekvämt då bristande kunskap i att uttrycka sig på engelska kunde finnas hos både distriktssköterskan och den äldre-äldre. Nedanstående citat visar på ett språkligt kommunikationshinder

Jag hade en gång en patient som stod ute på gatan och sa -vänta ett tag, då kom det någon förbi som pratade svenska och somaliska som tolkade.....det blev ingen bra anamnes men vi redde ut det tillslut, dom kände inte varandra (FGD 3).

7.1.3 Att försöka underlätta för äldre-äldre

Distriktssköterskorna kunde välja att underlätta för äldre-äldre genom att bryta sekretessen. Utmaningar i att hantera sekretessen kunde uppstå när anhöriga till vårdsökande ringde telefonrådgivningen. När distriktssköterskorna valde att bryta sekretessen gjordes detta för att underlätta för de äldre-äldre samt för att kunna få en utförlig anamnes som kunde leda till en bedömning till rätt vårdnivå. Det kunde finnas en risk att den anhöriga inte kunde svara på de frågor distriktssköterskorna ställde för att ta anamnes. De gånger sekretessen inte bröts och anamnes togs av vårdsökande med kommunikationshinder kunde det resultera i missförstånd och bedömningen blev då heller inte korrekt. Distriktssköterskorna beskrev ett sätt att hantera sekretessen genom att kunde be om lov att få ringa den vårdsökande och få bekräftat att det var tillåtet att lämna ut information till den anhörig som ringt. Ett annat sätt för distriktssköterskorna att hantera sekretessen var att begära fullmakt för att kunna fortsätta samtalet med anhöriga. Att anhöriga ringde kunde bero på att den vårdsökande själv inte kunde uttrycka sina behov. Som ett arbetsverktyg efterfrågade distriktssköterskorna vårdplaner i patientjournalen för att kunna underlätta bedömningen till äldre-äldre i telefonrådgivningen. Effekten av att ha vårdplaner skulle kunna vara att distriktssköterskorna inte bokade in vårdsökande för bedömning för tidigare redan genomgångna symtom som redan var utredda och som inte gått att åtgärda. Att använda vårdplaner som arbetsverktyg skulle underlätta för distriktssköterskorna att bedöma vårdsökande till rätt vårdnivå. En annan effekt av vårdplanen skulle kunna vara att de äldre-äldre inte behöver berätta hela sin sjukdomshistoria ytterligare en gång, och distriktssköterskorna skulle heller inte behöva hantera sekretessen i samma utsträckning i telefonrådgivningen då fullständig anamnes inte skulle behövas tas muntligt. Följande citat visar på distriktssköterskornas medvetenhet om sekretessen ”Man får inte omyndigförklara någon som är äldre. Det måste finnas en fullmakt, annars får man inte lämna ut någon information” (FGD 3).

7.2 Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder

7.2.1 Att ge äldre-äldre tillgänglighet till telefonrådgivning

Distriktssköterskorna visade på en vilja att ge äldre-äldre tillgänglighet i telefonrådgivningen och möta de äldre-äldres behov, genom att ringa upp den vårdsökande nästkommande dag för att höra hur de mådde och om det fanns ett behov att bli inbokad på ett besök. Distriktssköterskorna frångick rutinen som var att vårdsökande själv skulle ringa upp. Anledningen till att distriktssköterskorna ringde upp var att den äldre-äldre ringt telefonrådgivningen, och det då inte funnits någon ledig tid samma dag att boka in den vårdsökande på. Distriktssköterskornas erfarenhet var att äldre-äldre tyckte att det var svårt att komma fram i telefonen och få kontakt med telefonrådgivningen. Distriktssköterskorna hade en vilja att öppna en direktlinje för de äldre-äldre utan knappval där en distriktssköterska skulle kunna svara direkt. Detta skulle kunna vara ett annat sätt att underlätta tillgängligheten i telefonrådgivningen för äldre-äldre vårdsökande.

Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att äldre-äldre uttryckt en önskan om direktlinje. Diskussion om hur det praktiskt skulle fungera uppkom, svårigheter i att endast äldre-äldre får tillgång till den servicen sågs och en problematik i hur andra yngre vårdsökande skulle bemötas som använt sig av direktlinjen. Detta kan tolkas som att distriktssköterskorna hade en vilja att förbättra tillgängligheten för de äldre-äldre i telefonrådgivningen. Hur distriktssköterskorna hanterade tillgängligheten i telefonrådgivningen till äldre-äldre kunde bero på allmäntillståndet hos den vårdsökande. Distriktssköterskorna kunde ha erfarenhet av äldre-äldre över 90 år, själva kunde ta kontakt med telefonrådgivningen. Distriktssköterskorna uppfattande att det blivit vanligare att de ringde själva, och att 90 åringars allmäntillstånd generellt blivit bättre. Distriktssköterskorna gjorde individuella bedömningar vilket kunde visa sig genom att de tog tillvara på de äldre-äldres resurser. Klarade den vårdsökande att återkomma själv så fick de göra det, trots att de var äldre-äldre. Misstänktes den vårdsökande ha sämre allmäntillstånd och svårigheter att själv kontakta telefonrådgivningen kunde distriktssköterskorna ringa upp. Nedanstående citat visar äldre-äldres behov av tillgänglighet i telefonrådgivningen "Jag jobbar med hjärtviktpatienter där många är äldre-äldre och de allra flesta frågar -Har du inget direktnummer? Det är så svårt att komma fram på den vanliga linjen" (FGD 1).

7.2.2 Att prioritera de äldre-äldre trots begränsad tid

Distriktssköterskorna i telefonrådgivningen kunde välja att prioritera äldre-äldre trots begränsad tid i telefonrådgivningen. Distriktssköterskorna valde att ringa upp och återkomma till vårdsökande vid senare tillfälle, och de tog sig tid att lyssna på den vårdsökandes berättelse. Detta trots att det kunde ta mer tid än vad som var inställt i teleQ per samtal. Distriktssköterskorna avsatte extra tid på samtal när de ansågs behövas, de tittade inte på klockan för att mäta samtalstiden. Genom att avsätta tid eller att ringa upp äldre-äldre vid senare tillfälle kunde det bidra till att stress reducerades hos distriktssköterskorna och en utförligare anamnes kunde tas när samtalet genomfördes i lugn och ro. Distriktssköterskornas förutsättning att kunna bedöma vårdsökande till rätt vårdnivå kunde på så vis underlättas. Att investera i tid ansågs av distriktssköterskorna även kunna ge vinster i tid då den vårdsökande inte behövde återkomma nästkommande dag med samma problematik. När distriktssköterskorna valde att ringa upp vårdsökande vid ett senare tillfälle gjordes det utanför det planerade schemat. Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att äldre-äldre behövde tid på sig att framföra vad de sökte för och att de hade ett behov av att prata. Citat nedan visar på hur distriktssköterskorna prioriterar äldre-äldre trots begränsad tid i telefonrådgivningen

Telefonrådgivning till äldre-äldre är svårt. Får man med allt på åtta minuter. Ofta tycker jag att det är så att innan man har kommit till problemet har det gått tio minuter. Ibland ber jag om att få ringa upp senare när jag har bättre med tid (FGD 2).

7.2.3 Att försöka möta äldre-äldres särskilda behov av sjukvård

Distriktssköterskorna försökte möta de äldre-äldres särskilda behov av sjukvård genom att de gjorde individuella bedömningar utifrån den vårdsökandes berättelse. Distriktssköterskorna

kunde ändra sitt schema och skapade tider för att boka in vårdsökande när de ansåg att det fanns ett behov av sjukvård. De kunde även utöka besökstider och göra dem längre, men det förekom även att distriktssköterskorna bokade in äldre-äldre på distriktssköterskebesök när läkartiderna var slut. Hur distriktssköterskorna hanterade att äldre-äldre hade ett behov av sjukvård när besökstider inte fanns kunde bero på hur arbetsklimatet var på arbetsplatsen. En del arbetsplatser hade ett tillåtande arbetsklimat där det tilläts att gå utanför regler och rutiner. Andra arbetsplatser kunde ha ett arbetsklimat där rutiner följdes striktare. Hur distriktssköterskor bedömde och hanterade komplexa situationer kunde bero på tidigare erfarenheter av liknande situationer. Erfarenheten hos distriktssköterskorna var att äldre-äldre kunde ha särskilda behov av sjukvård, att äldre-äldres livserfarenheten gjorde att de kunde ha provat egenvård innan de ringde telefonrådgivningen. På grund av deras ålder kunde det finnas anledning till ett fysiskt besök. Distriktssköterskorna kunde känna att det var bättre att boka in ett besök för mycket än ett för lite vid oklarheter i bedömningen i den vårdsökandes anamnes, detta för att reducera risken för felbedömningar. Bristen på resurser och svårigheter att boka in vårdsökande inom en rimlig tidsaspekt gjorde att arbetet kunde anses komplext. Erfarenheten var att distriktssköterskorna kunde behöva avsätta mer tid på äldre-äldre för att kunna ta en utförligare anamnes utan stress. En orsak till att det fanns behov av att ändra sitt schema var att äldre-äldre kunde behöva samordna med anhöriga, färdtjänst eller hemtjänst för att kunna ta sig till ett besök. Distriktssköterskorna kunde behöva anpassa sig utifrån de äldre-äldres situation och möjligheter att kunna komma till besöket. Citatet nedan beskriver variationer av hur distriktssköterskorna hanterar vårdsökandes behov av sjukvård

Jag hade en äldre-äldre i telefon som hade symtom på urinvägsinfektion. Hon hade besvär med smärta och täta trängningar. Hon hade bara haft det någon dag. Läkartiderna var slut, men då bokade jag in henne till en distriktssköterska samma dag hon ringde. Men enligt rådgivningsstödet skulle hon ha väntat några dagar (FGD 4).

Distriktssköterskorna kunde ha utsett en distriktssköterska på arbetsplatsen som ringde upp ensamma och oroliga äldre-äldre som var kända mångsökare till vården. Detta för att försöka möta äldre-äldres särskilda behov. Distriktssköterskorna ringde dagligen för att höra hur de mådde. Det fanns en vilja att visa medmänsklighet hos distriktssköterskorna, de ringde upp dessa äldre-äldre trots att det inte fanns några medicinska orsaker. Detta gjordes utanför den ordinarie telefontiden i telefonrådgivningen och utanför uppdragets rutiner. Effekten av att ringa upp de ensamma och oroliga äldre-äldre blev att distriktssköterskorna kunde bidra till en kontinuitet där en förtroendefull relation kunde byggas upp och onödiga besök kunde undvikas. Distriktssköterskorna kunde lindra oron samt bidra till social kontakt genom att ringa upp.

8 DISKUSSION

Diskussionen delas upp i en resultatdiskussion där resultatets fynd diskuteras, metoddiskussionen tar upp svagheter och styrkor i den valda metoden, i etikdiskussionen diskuteras etiska överväganden.

8.1 Metoddiskussion

Båda författarna har tidigare erfarenheter av telefonrådgivning på vårdcentral. Innan insamling av data diskuterades förståelsen av erfarenheten av telefonrådgivning till äldre-äldre. Detta för att klargöra förförståelsen och medvetandegöra vilken betydelse erfarenheten har för resultatet så som beskrivs i av Henricson och Billhult (2012).

Den valda metoden fokusgruppsintervju svarade upp mot syftet som var att beskriva erfarenheter. Induktiv analys kändes självklart då det rekommenderas av Elo och Kyngäs (2008) vid studier där det saknas tidigare forskning om fenomenet. Den kvalitativa metodens trovärdighet bedöms utifrån tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet enligt Elo m.fl (2014).

Tillförlitlighet: Urvalet ligger till grund för hur sanningen i resultatet bedöms. Urvalet att vända sig till distriktssköterskor med ett års erfarenhet av telefonrådgivning kan ses som ett strategiskt urval för att kunna beskriva fenomenet. Distriktssköterskornas olika åldrar och yrkeserfarenhet gjorde att det fanns en bredd av erfarenhet. Informanterna var alla kvinnor och huruvida svaren hade fått fler nyanser om manliga distriktssköterskor varit med i studien, tros inte ha påverkat resultatet. Då erfarenheten hos män kunde ha varit den samma som hos de kvinnliga distriktssköterskorna, men kan inte med säkerhet sägas. Det blev av slumpen fyra vårdcentraler med olika typer av upptagningsområden. Områdena skilde sig åt genom sociala och kulturella olikheter i närområdet samt geografiska skillnader i att några låg utanför stadskärnan och andra mitt i centrum. Valet att inte tillfråga distriktssköterskor i hemsjukvård som också har erfarenhet av telefonrådgivning till äldre-äldre gjordes då det av författarna ansågs vara svårare att få ihop fokusgrupper av praktiska skäl. Då hemsjukvårdens distriktssköterskor kan vara ute på fältet och arbeta och kan ha en annan typ av telefonrådgivning då de tar emot samtal och ger råd till exempelvis hemtjänstens personal. Fyra fokusgrupper ansågs ge ett tillräckligt stort material för att ge ett trovärdigt resultat, då det sammanlagt blev 16 informanter och alla deltagare kom till tals i ungefär samma utsträckning och det även ledde till en datamättnad.

Giltighet: Nyckelpersonerna hade avsatt gott om tid för informanterna för intervjuerna som skedde dagtid på deras arbetsplats. Detta ökar tillförlitligheten då informanterna inte behövde känna av någon tidspress, det fanns gott om tid att fundera och formulera sig. Efter varje intervju satt informanterna kvar och fortsatte diskutera sådant som inte rörde frågeställningen i examensarbetet, vilket tyder på att de inte kände stress till att återgå till väntande arbetsuppgifter. Att intervjuerna genomfördes på informanternas arena ses som en styrka i tillförlitligheten då det förutsätts att de kände sig trygga i miljön och med varandra, så som beskrivs av Wibeck (2012). Huruvida diskussionerna påverkades av moderatorn som ställde frågorna anses som låga, då moderatorn efter huvudfrågan inte behövde ställa

följdfrågor eller be informanterna att utveckla svaren. Samtalet flöt fritt mellan informanterna och ingen inblandning av moderatorn kunde ha manipulerat deltagarnas svar. Citat från intervjuerna användes i resultatet för att tydliggöra tolkningar av materialet. En beskrivning av analysprocessen finns beskriven i resultatdelen samt att bilaga C tydliggör processen från meningsbärande enheter till en huvudkategori vilket påvisar tillförlitligheten som beskrivs som en styrka av Elo m.fl (2014). Resultatet har kunnat kopplas till en vetenskaplig teori vilket styrker kvaliteten på examensarbetet så som beskrivs av Henricsson (2012).

Överförbarheten bedöms utifrån hur trovärdighet och giltigheten går att generalisera och överföra till andra områden (Henricsson, 2014). Överförbarheten ses som möjlig till andra grupper inom telefonrådgivningen som anses ha hinder i kommunikationen och där komplexa situationer kan uppstå tillexempel funktionshindrade som kan ha samma utmaning i att behöva hjälp från anhöriga i tillgången till vård. Överföringen kan även ses som möjlig utanför primärvården som tillexempel slutenvården, tandvården och andra inrättningar som nyttjas av äldre-äldre.

Genomförandet av examensarbetet har fördelats så att alla artiklar har lästs igenom av båda författarna var och en för sig. Båda författarna deltog under samtliga FGD, en författare valdes ut som moderator till samtliga FGD, den andra var bisittare och ansvarade för inspelning av FGD. Transkribering av FGD har delats upp mellan författarna rättvist. Analysen har delvis genomförts var och en för sig då meningsbärande enheter och koder togs ut, vidare gjordes analysen tillsammans. All skriven text har formulerats tillsammans av författarna.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet är att beskriva distriktssköterskornas erfarenhet av telefonrådgivning till äldre-äldre i primärvården. Huvudfyndet diskuteras i förhållande till personcentrerad vård och tidigare forskning, en teoretisk koppling till Olanders teori om syntetisering av två uppdrag diskuteras samt distriktssköterskornas yrkesområde i förhållande till huvudfyndet.

8.2.1 Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivningen till äldre-äldre

Huvudfyndet i examensarbetet visar att distriktssköterskorna i telefonrådgivningen ställs inför komplexa situationer som grundar sig i kommunikationen till den vårdsökande men även av organisationens begränsningar. Det framkom att distriktssköterskorna upplevde äldre-äldre som en utsatt grupp på grund av de kunde ha olika hinder som gjorde att det kunde vara svårt att få kontakt med telefonrådgivningen. Distriktssköterskornas vilja att nå fram till äldre-äldre kan tolkas vara ett befolkningsindividualiserat arbetssätt så som beskrivs i Olanders (2003) teori. Detta genom att distriktssköterskorna tog hänsyn till individens resurser och hinder och anpassade sig efter dem. Distriktssköterskorna behövde förhålla sig

till de regler och rutiner som fanns i organisationen samtidigt som det humanistiska personcentrerade arbetssättet behövde beaktas. Detta poängteras av Edvardsson & Innes (2010) som beskriver att det kan behövas erfarenhet av att arbeta med äldre-äldre för att kunna arbeta personcentrerat. Faktorer som regler och rutiner samt det personcentrerade arbetssättet kunde stå i konflikt med varandra när inte organisationen kunde möta upp med resurser som vårdsökande var i behov av. Konflikten kunde göra distriktssköterskornas arbete komplext samt att distriktssköterskorna kunde känna sig otillräckliga.

Det tolkades att distriktssköterskorna använder sig av samtalsprocessen som arbetsverktyg i telefonrådgivning. Distriktssköterskorna i FGD nämnde inte samtalsprocessen med ord men beskrev de olika stegen i processen. Vårdsökande fick tid att framföra sin berättelse, bedömningen utgick från berättelsen och slutligen ombads den vårdsökande att återberätta överenskommelsen som gjorts, vilket finns beskrivet i resultatet och som finns beskrivet av Vårdhandboken (u.å), och Runius (2008) om samtalsprocessen. Distriktssköterskorna i telefonrådgivningen arbetar personcentrerat när samtalsprocessen används då den utgår från ett personcentrerat förhållningssätt enligt Vårdhandboken, (u.å). Distriktssköterskorna tog sig tid i samtalet med äldre-äldre trots att det fanns begränsningar i tid, vilket enligt Eggenberger m.fl (2013) bidrar till ett förtroende mellan den vårdsökande och distriktssköterskan och vidare en framgångsrik bedömning där båda parter är nöjda, och samtalet blir personcentrerat. Detta bekräftas även av Kaminsky m.fl (2017) som beskriver att sjuksköterskors förmåga att kommunicera kunde påverka nöjdheten hos vårdsökande. För distriktssköterskorna kunde en utmaning ses i att verkställa den överenskommelsen som samtalet med den vårdsökande lett till, organisationen kunde ha bristande resurser att möta upp vårdsökandes behov. Författarna till examensarbetet förvånades över att samtalsprocessen inte nämndes med ord i FGD. En spekulation kan vara att det fanns sjuksköterskor i telefonrådgivningen utan specialistkompetens som inte har kunskap om samtalsprocessen och har heller inte fått den introducerad på sin arbetsplats.

En annan komplex situation för distriktssköterskorna var att hantera sekretessen. Distriktssköterskorna var medvetna om sekretessens innebörd, det beskrevs som ett etiskt problem då frågor huruvida om det var rätt eller fel uppkom. När distriktssköterskorna valde att ta anamnes av anhöriga upplevdes att den kunde bli bristfällig. Detta bekräftas av Höglund & Holmström (2008) som menar att telefonsjuksköterskor vill prata med vårdsökande direkt för att kunna göra korrekta bedömningar. Författarna till examensarbetet tänker att det är av betydelse att diskutera etiska frågor i arbetsgruppen gällande sekretess för att få stöd och handledning från kollegor vid utmanande situationer. Handledning och tid för diskussioner kan ses som ett organisatoriskt ansvar.

Distriktssköterskorna beskrev att de begränsades av tiden både i telefonrådgivningen men även brist på tider för att kunna boka in besök. Resultatet visar hur distriktssköterskorna kunde lösa organisatoriska hinder för att minska stressen. Enligt Nygren m.fl (2014) behöver distriktssköterskor tillräckligt med tid, för att förhindra känslan av stress. Organisationen har en utmaning i att se till att bemanningen i telefonrådgivningen och att mottagningen möter upp behovet av vård för att bibehålla kvaliteten i distriktssköterskors professionalitet. Röing m.fl (2012) beskriver telefonrådgivningen som en växande aktör vilket kan tolkas ställa kravet att bemanningen i telefonrådgivningen bör växa i samma takt. Möter

organisationen upp behovet så behöver inte distriktssköterskor gå ifrån regler och rutiner vilket skulle kunna resultera i en känsla av trygghet för distriktssköterskorna. Det tolkas av författarna till examensarbetet att brist på tid i telefonrådgivning och besökstider kan vara ett hot för distriktssköterskornas professionalitet vilket kan leda till slentriancheckning eller befolkningsbesiktning vilket beskrivs av Olander (2003) teori.

8.2.2 Olanders teori i primärvårdens telefonrådgivning

Olanders (2003) teori kan appliceras på examensarbetets resultat. Olanders teori anses kunna överföras till primärvårdens telefonrådgivning där författarna tolkar att distriktssköterskornas vilja är att arbeta individriktat samtidigt som befolkningsuppdraget med dess regler och rutiner bör följas, vilket författarna till examensarbetet anser framgå i resultatet. Den första som vårdsökande får kontakt med i primärvården kan vara en distriktssköterska i telefonrådgivningen. Anamnesen som distriktssköterskan tar kan vara mer eller mindre utförlig och hur informationen värderas och åtgärdas kan förstås av Olanders (2003) teori genom de olika dimensionerna. När distriktssköterskorna arbetar personcentrerat kan det innebära effekter på individnivå för den unika äldre-äldre men även på befolkningen som helhet. På individnivå kan den enskilda äldre-äldre känna delaktighet och ges valmöjligheter som i sin tur kan minska oro enligt Ekman m.fl (2015). Resultatet visar att distriktssköterskorna brydde sig om den vårdsökande genom sitt personcentrerade arbetssätt, att ge tillgänglighet i telefonen, att ge tid och att försöka möta den äldre-äldres behov av sjukvård visar särskilt på ett individriktat arbetssätt. Råd som är specifika för den enskilda vårdsökande och att distriktssköterskorna lyssnar och tar vårdsökande på allvar vinner vårdsökandes förtroende enligt Holmström m.fl (2015). Vilket också kan ses som att de arbetar befolkningsindividualiserat utifrån Olanders teori (2003). För befolkningen som helhet kunde det innebära att om vårdsökande bedöms till rätt vårdnivå och att omotiverade besök inte tar resurser från någon annan behövande vårdsökande. Detta skulle kunna leda till en kostnadseffektivitet inom vården och samhällsliga ekonomiska vinster. Detta bekräftas av en studie av Ernesäter m.fl (2016) som beskriver att när vårdsökande blir bedömda till rätt vårdnivå innebär det kostnadseffektivisering för vårdgivaren. Befolkningsuppdraget i primärvården kan tolkas vara hälsoförbyggande, ge grundläggande behandling och rehabilitering enligt Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763, 5§. Inget ur FGD tolkades som slentriancheckning eller befolkningsbesiktning. Samtidigt finns en förståelse av författarna att det kan vara känsligt att berätta om hur det enskilda arbetet som distriktssköterska kan bedrivas genom slentriancheckning eller befolkningsbesiktning. Som Olander (2003) beskriver kan distriktssköterskor pendla mellan de olika riktningarna och arbetar inte statistiskt i en riktning hela tiden. Olanders teori anses av författarna vara personcentrerad när distriktssköterskor arbetar befolkningsindividualiserat.

8.2.3 Distriktssköterskors yrkesområde

Resultatet tolkas spegla distriktssköterskors yrkesområde som beskrivs i Kompetensbeskrivningen Legitimerad sjuksköterska med specialistexamen distriktssköterska (2008). Den ligger till grund för hur distriktssköterskor bör arbeta, men organisatoriska hinder bidrar till att yrket kan bli komplext då hänsyn bör tas till båda

delarna det vill säga distriktssköterskans yrkesområde och organisationen. Distriktssköterskorna gjorde individuella bedömningar utifrån den vårdsökandes resurser, men kunde även använda anhöriga som resurser i telefonrådgivningen. Enligt Kompetensbeskrivningen bör distriktssköterskan ta hänsyn till vårdsökandes resurser. Hur distriktssköterskorna hanterade komplexa situationer kunde bero på om den äldre-äldre ansågs ha egna resurser att själv återkomma till telefonrådgivningen när det inte fanns tillgängliga tider samma dag, fanns inte resurserna fanns en vilja hos distriktssköterskan att kontakta den vårdsökande nästa dag. Anhöriga kunde användas som resurs vid kognitiva eller språkliga hinder. Detta kan tolkas som att distriktssköterskorna arbetade individinriktat så som beskrivs i Olanders (2003) teori. Distriktssköterskor bör agera på förändringar i utvecklingsnivån enligt Kompetensbeskrivningen (2008). Det kan tolkas att distriktssköterskorna gjorde det när de uppmärksammade äldre-äldre med hörselnedsättningar och kognitiva hinder, genom att prata tydligt och lugnt samt att be den vårdsökande repetera informationen. Att förhålla sig till den vårdsökandes utvecklingsnivå kan även tolkas som att distriktssköterskorna utjämnar den asymmetri som finns, vilket beskrivs av Leppänen (2009) som att den asymmetriska maktpositionen i telefonrådgivningen behöver utjämnas mellan vårdsökande och distriktssköterskor. Det kan tolkas att distriktssköterskorna kunde ha ett personcentrerat arbetssätt då de utgick från resurser och hinder hos den vårdsökande så som beskrivs av Ekman & Norman (2013). Det kan även tolkas som att distriktssköterskorna arbetade individinriktat vilket beskrivs av Olander (2003). Distriktssköterskorna kunde även boka in den vårdsökande på ett besök då hörselnedsättningen var ett hinder i att kunna ta en utförlig anamnes. Enligt Hardin (2012) kan hälften av den äldre populationen ha hörselnedsättning på båda öronen som påverkar förmågan att ta in information samt vara delaktig i beslut. Holmström m.fl (2015) bekräftar att äldre kan föredra fysiska besök vid hörsel och synnedsättningar. Detta kan problematiseras med de resursbrister som distriktssköterskorna beskriver i primärvården, med vinsten av att ett fysiskt möte med den äldre-äldre. Vidare i Kompetensbeskrivningen (2008) framgår att distriktssköterskor bör förstå sociala sammanhang och ha kunskap om hälsans bestämningsfaktorer vilket tolkas framgå i resultatet genom att distriktssköterskorna ringde upp ensamma, osäkra, oroliga och kända mångsökare till vården för att ge social kontakt. Det tolkas som att distriktssköterskorna hade en helhetssyn vilket är grunden i den personcentrerade vården. Welzel m.fl (2017) bekräftar att distriktssköterskor behöver utläsa underliggande sociala behov då ohälsa kan vara orsaken hos mångsökare över 65 år. Vidare bekräftar Ekman m.fl (2015) att personcentrerad vård reducerar den vårdsökandes oro och osäkerhet. Kompetensbeskrivningen för hur distriktssköterskor bör arbeta kan tolkas stämma med Kaminskys m.fl (2008) studie som beskriver att arbetet kan förstås på olika sätt så som att ge tillgång till vård, stödja, främja samt att undervisa vårdsökande.

8.3 Etikdiskussion

De forskningsetiska principerna enligt Vetenskapsrådet (2002) har tillämpats och författarna har inte stött på några hinder i att följa dem under arbetets gång. Däremot har reflektioner gjorts angående metod. En risk med fokusgruppsintervju kan vara att deltagarna inte berättar sanningsenligt om känsliga ämnen samt att deltagarna kan sprida ut information om

vad som sagts under intervjun trots att de lovat varandra att inte göra det (Wibeck 2012). Frågorna i examensarbetet ansågs inte beröra något känsligt ämne, men det kom upp situationer som kan anses som känsliga vilket författarna gjort en etisk reflektion över. Identiteterna har skyddats genom att inte redovisa information om enskilda informanter. En risk fanns att deltagare känt sig tvingade att medverka då det fanns en personlig relation till nyckelpersonerna och författarna, detta trots att frivilligheten poängterades innan intervjuerna startade. Trots etiska risker i arbetet bedöms nyttan övervägande för examensarbetet.

9 SLUTSATSER

Slutsatsen av resultatet är att distriktssköterskors situation i telefonrådgivningen är komplex och behöver hanteras utifrån organisationens förutsättningar med hänsyn till vårdökandes behov och resurser. Ett fysiskt möte kan ibland behöva ersätta den rådgivning och bedömning som annars skulle ha genomförts via telefon. Resurser i form av fler bokningsbara tider skulle behövas för att praktiskt lösa problemet.

10 YTTERLIGARE FORSKNING OCH UTVECKLINGSBEHOV

Under FGD framkom ingenting om hur distriktssköterskornas erfarenhet av att använda rådgivningsstödet ser ut. Detta förvånade författarna som undrar om det var ett självklart verktyg som används och täcker distriktssköterskors behov av stöd i telefonrådgivningen och därför inte nämndes. Därför tycker vi att det vore intressant med ytterligare forskning om hur rådgivningsstödet används av primärvårdens telefonrådgivning.

Under artikelsökning av personcentrerad vård framkom att det saknas forskning hur distriktssköterskor arbetar personcentrerat i primärvården vilket skulle vara ett förslag till framtida forskning

Det tolkas finnas ett behov av att utveckla tillgängligheten för äldre-äldre genom att införa en direktlinje där de når en distriktssköterska direkt utan knappval eller väntan att bli uppringd. Det skulle innebära omfördelningar av resurser. En distriktssköterska skulle då behöva ha schemalagd tid för att ta emot samtalen som då skulle kunna ha en längre samtalstid än de 6-8 minuter som vanligtvis är inställt i teleQ. Men vinsten i den ordinarie telefonrådgivningen skulle då vara att de äldre-äldre som har ett behov av längre samtalstid reduceras och därmed att uppringningstiderna blir försenade. Samordningssköterskor på vårdcentralerna fångar upp flertalet av de äldre-äldre men det finns fortfarande ett mörkertal. Man vet inte

hur många av de äldre-äldre som inte kommer fram i telefonrådgivningen på grund av kognitiva hinder och tekniska bristande kunskaper.

REFERENSLISTA;

- Aurora Innovation (2018). *Vården sparar både tid och pengar med Aurora teleQ*. Hämtad 27 september 2018 från: <https://aurorainnovation.com/sv/kundcase/aurora-teleq-varden/>
- Codex : *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 181008 från: <http://www.codex.vr.se/manniska3.shtml>
- Dahlgren, K., Holtzmann, M.J., Carlsson, C., Wändell, P., Hasselström, J., & Ruge, T. (2017). The use of a Swedish telephone medical advice service by elderly - a population-based study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 35, NO. 1, 98-104, doi:10.1080/02813432.2017.1288816
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* (2008). Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/distriktsskoterska.kompbeskr.webb.pdf>
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A. Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (2013). Introduktion. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L Wallin, H Wijk, J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (ss.15-27) Lund; Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Innes, A. (2010). Measureing Person-centered Care: A Critical Comperative Reviw of publish Tools. *The Gerontologist*, Volume 50 Issue 6, Pages 834-846. Doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1039/geront/gnq047
- Eggenberger, T., Garrison, H., Hilton, N., & Giovengo, K. (2013). Discharge phone calls: using person-centred communication to improve outcomes. *Journal of nursing Management* 21, 733-739 doi:10.1111/jonm.12100
- Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K., & Wallengren, C. (2015). *Commentary: Swedish initiative on person centred care*. Doktorsavhandling, Institute of Health and Care Sciences. University of Gothenburg Sweden.
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: Teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L Wallin, H Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå -kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (ss.29-61) Lund; Studentlitteratur.
- Ekvall, A. (2010). *Äldres hälsa och ohälsa: en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kungäs, H (2014). Qualitative Content Analysis: A Fokus on Trustworthiness. *SAGE Open*. 4(1). doi:10.1177/2158244014522633
- Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., Ramqvist, M., & Holmström, I-K. (2016). Telephone nurses` communication and respons to callers` concern- a mixed methods study. *Applied Nursing Research*. 29(2016)116-121. doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.012
- Folkhälsomyndigheten (u.å). *Folkhälsorapportering-statistik*. Hämtad 27 September 2018 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/medellivslangd/>
- Gustavsson, S., Martinsson, J., Wälivaara, B-M., Vikman, I., & Sävenstedt, S. (2016). Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare utilization. *Journal of Advanced Nursing* 72(8),1789-1799. doi: 10.1111-jan12950
- Harding, S-R. (2012). Hearing loss in older critical care patients. *Critical Care Nurse*. Vol 32, No. 6. doi: dx.doi.org/10.4037/cnn20012225
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod; från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 129-137). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod; från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Holmström, I K., Nokkoudenmäki, M-B., Zukancic, S., & Sundler, A-J (2015). It is important that they care – older persons´ experiences of telephone advice nursing. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 25, Issue 11-12, Pages 1644-1653. doi.org/11/jocn.13173
- Höglund, T-A., & Holmström, I K (2008). It´s easier to talk to a woman. Aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 17, Issue 22, Pages 2979-2986. doi.org/10.11/j.365-2702.2008.02345.x
- Kaminsky, E., Carlsson, M., Holmström, I K., Larsson, J., & Fredriksson, M. (2014). Goals of telephone nursing work – the managers´ perspectives: a qualitative study on Swedish healthcare direct. *BMC health Service Research*. Pages 1-9. doi.org/10.1186/1472-6963-14-188
- Kaminsky, E., Rosenqvist, U., & Holmström, I-K (2008). Telenurses understanding of work: detective or educator? *Journal of advanced nursing*. 65(2), 382-390. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04877.x
- Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A., & Holmström, I K. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative review. *Nursing and Health Sciences*. 19, 279-286. doi:10.1111/nhs.12349

- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod; från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen, V. (2009). Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry* 2010;17(1):15-26.
- Li, L., Lake, R., Raban, M-Z., Byrne, M., Robinsson, M., Westbrook, J., & Baysari, M-T. (2017). Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in australia: a retrospective cohort study. *BMC health Services Research* (2017) 17:197 doi: 101186/s12913-07-2135-1
- Martinsson, J., & Gustavsson, S. (2018). Modelling the effects of telephone nursing on healthcare utilization. *International Journal of Medical Informatics*. Vol 113. Pages 98-105. doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.02.004
- Nationalencyklopedin. (u.å) *Komplex*. Hämtad 180522 från <http://www.ne.se.ep.bib.mdh.se/s%c3%b6k/?t=uppslagsverk&q=komplex>
- Nygren-Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2014). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015;29;418-425 doi:101111/scs.12146
- Nygren-Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M. & Söderberg, S. (2016). Being in togetherness: meaning of encounters within primary healthcare settings for patients living with long term illness. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 25, Issue 19-20, Pages 2854-2862. doi.org/10.11/jocn.13333
- Olander, E. (2003). *Hälsövägledning i barnhälsovården: Syntetisering av två uppdrag* Doktorsavhandling, Malmö högskola, Malmö studies in educational sciences, 8. Hämtat från https://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/7940/ewy_olander.pdf?sequence=1&i
- Primärvårdens uppdrag. *En kartläggning av hur landstingens uppdrag är formulerade*. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>
- Runius, L. (2008). Sjukvårdsrådgivning – det goda samtalet. I I K. Holmström (Red.), *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. (ss.63-78). Lund: Studentlitteratur.
- Röing, M., Hedenberg, M., & Holmström, I K. (2014). (Tele) health promotion in primary healthcare centers – an exploratory study. *Vård i Norden* 3/2014. Publ No 113 vol. 34 PP 33-37.
- Röing, M., Rosenkvist, U., & Holmström, I K. (2012) Threats to patient safety in telenursing as revealed in Swedish telenurses reflections on their dialogues. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27;969-976. DOI:10.1111/scs.12016

- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 5 juli 2018 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Ström, M. (2009). *Telefonrådgivning en verksamhet i tiden. Studier ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv*. Doktorsavhandling, Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/enheten för allmänmedicin Sahlgrenska akademi. Göteborgsuniveritet
- Ström, M., Marklund, B., & Hildingh, C. (2009). Callers' perceptions of receiving advice via medical care help line. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009; 23; 682-690 doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00661.x
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Vårdhandboken (u.å) *Samtalsprocessen*. Hämtad 10 oktober 2018 från: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Telefonradgivning/Samtalsprocessen/>
- Welzel, D-F., Stein, J., Hajek, A., Köning, H-H., & Riedel-Heller, S-G. (2017). Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Family Practice* (2017) 18:104 doi:101186/s12875-017-0700-7
- Wibeck, V (2012). Fokusgrupper (Red.), *Vetenskaplig teori och metod; från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 193-214). Lund: Studentlitteratur.
- Winneby, E., Flensner, G., & Rudolfsson, G. (2013). Feeling rejected or invited: Experiences of person seeking care advice at the Swedish Healthcare Direct organization. *Japan Journal of Nursing Science* 11(2);87-93. doi:10.1111/jjns.12007
- WHO hämtat 180506 från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

BILAGA; A

Tillfrågan om distriktssköterskor och sjuksköterskor deltagande i fokusgruppsintervjuer om erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre vårdcentral

Vi heter Carolina och Carina och är studenter i magisterprogrammet för distriktssköterskor vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår att skriva en magisteruppsats. Syftet med vår uppsats är att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre. Detta kommer att ske genom fokusgruppsintervjuer med 5-6 distriktssköterskor/sjuksköterskor i varje grupp.

Vi ber därför dig som enhetschef/verksamhetschef om tillåtelse att få kontakta distriktssköterskorna och sjuksköterskorna på din enhet och att genomföra fokusgruppsintervjuer med dem under arbetstid. Varje intervju som spelas in beräknas ta max en timme i anspråk. Efter intervjun kommer den skrivas ut och analyseras. Distriktssköterskorna och sjuksköterskornas medverkan i intervjuerna är frivilligt och de kan dra sig ur när som helst utan att ange orsak. Intervjuerna, utskrifter och det färdiga resultatet kommer oidentifieras och hanteras konfidentiellt enligt Sekretesslagen (SFS 2009:400) och Dataskyddsförordningen (GDPR).

En fördel med studien är att distriktssköterskorna och sjuksköterskorna får dela med sig av sina erfarenheter om telefonrådgivning till äldre-äldre. Detta kan bidra till kunskapsutveckling inom området.

Resultaten kommer publiceras som en magisteruppsats vid Mälardalens högskola och eventuellt också som en artikel. Du kan, om du önskar, få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av mig eller min handledare.

Ditt namn

Handledares namn

Tel:

Titel

Mejl:

Mejl

Samtycke till att distriktssköterskor och sjuksköterskor kontaktas och deltar i fokusgruppsintervju om deras erfarenheter av telefonrådgivning till äldre-äldre.

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella magisteruppsatsen och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa genom informationen och att ställa frågor.

Jag ger därför min tillåtelse att distriktssköterskor och sjuksköterskor på min enhet kontaktas och deltar i intervjuer:

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

BILAGA; B

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Mälardalens högskola
Västerås 2018-xx-xx

TILLFRÅGAN OM DELTAGANDE I FOKUSGRUPPSINTERVJU OM DINA ERFARENHETER AV TELEFONRÅDGIVNING MED ÄLDRE PÅ VÅRDcentral

Vi heter Carolina och Carina och är studenter på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, Västerås. I utbildningen ingår det att skriva en magisteruppsats. Syftet med uppsats är att beskriva Distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning av äldre på vårdcentral.

Vår fråga till dig är om du vill delta i en fokusgruppsintervju för denna magisteruppsats. Det innebär att du beskriver dina erfarenheter av telefonrådgivning med äldre på vårdcentral. Intervjun som beräknas ta ca 1 timme spelas in och genomförs på din arbetsplats.

Du kan närsomhelst avbryta din medverkan i intervjun utan att du behöver ange orsak. Det är endast jag och min handledare som kommer ha tillgång till det utskrivna materialet. De inspelade intervjuerna kommer förvaras på våra mobiltelefoner och raderas när uppsatsen är examinerad och godkänd. Intervjuerna, utskrifterna och det färdiga resultatet kommer aidentifieras och hanteras konfidentiellt enligt Sekretesslagen (SFS 2009:400) och Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Med din medverkan får du möjlighet att bidra med dina kunskaper och erfarenheter gällande rådgivning till äldre-äldre Din medverkan kan därmed bidra till kunskapsutveckling inom området. Resultaten kommer publiceras som en magisteruppsats vid Mälardalens högskola. Ni kan, om ni önskar, få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare.

Student: Carolina Larsson
Tel: 070-2268606
Mejl:cln16010@student.mdh.se

Student: Carina Lind
Tel: 070-2585335
Mejl:cld16001@student.mdh.se

Samtycke till att delta i fokusgruppsintervjuer om distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning med äldre på vårdcentral.

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella magisteruppsatsen och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag får också en kopia på den skriftliga informationen om uppsatsen och på detta samtyckesformulär.

Jag är medveten om att deltagandet är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange orsak, kan avbryta mitt deltagande i studien.

- JA**, jag vill delta i intervjuer om Distriktssköterskors erfarenheter av telefonrådgivning med äldre på vårdcentral och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnar behandlas på det sätt som beskrivits i informationsbrevet.

Datum

BILAGA C; UTDRAK UR ANALYSPROCESSEN

Meningsbärande enheter	Koder	Subkategorier	Generisk kategori	Huvudkategori
"Jag som träffar många äldre har lättare när jag sitter öga mot öga. Då kan jag rita och skriva och förklara" (FGD 1).	Att kommunicera	Att prata tydligt och lugnt till vårdsökande med kommunikationshinder	Att vilja nå fram i kommunikationen till äldre-äldre	Att hantera och åtgärda komplexa situationer i telefonrådgivning till äldre-äldre
"Märker jag att de inte hör eller förstår ber jag om att få ringa en son eller dotter" (FGD 3)	Att underlätta	Att ge tydlig information		
"Man undrar hur många som försöker ringa men inte kommer fram. Man hoppas att dom ber om hjälp" (FGD1).	Att ge tillgänglighet	Att ge äldre-äldre tillgänglighet till telefonrådgivning	Att vilja möta den unika äldre-äldre trots organisatoriska hinder	
"Ofta pratar dom om andra saker än problemet innan dom kommer till problemet som tar tid. Det blir en stress" (FGD 2).	Att prioritera	Att prioritera de äldre-äldre trots begränsad tid		

BILAGA; D

Artikelreferens	Syfte	Metod	Resultat
Gustavsson, S. Martinsson, J. Wälivaara, B-M. Vikman, I. Sävenstedt. Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare utilization (2016).	Att utforska influenser av sköterskeledd egenvårdsråd i hälsovården och patienters tillfredställelse med telefonsjuksköterskan.	Tvärsnittsstudie. Enkätstudie. 500 uppringare till 1177	Yngre personer som rekommenderades att avvakta var mindre tillfredställda med vården. 66% Upplevde att de fick lägre vårdnivå än vad de förväntat sig.
Ernesäter, Engström, Winblad, Rahmqvist, Holmström. Telephone nurses communication and response to callers concern- a mixed method study (2015)	Att beskriva telefonsjuksköterskors och inringarens kommunikation, undersöka relationen och telefonsjuksköterskors direkta svar till inringarens svar på uttryck av oro.	Mixad metod. RIAS och innehållsanalys. 25 samtal analyserades.	Telefonsjuksköterskor frågar ofta slutna frågor. Oron besvarades med ogillande, och det gavs slutna medicinska frågor. Oron utforskades sparsamt.
Holmström, I. Nokkoudenmäki, M-B. Zukancic, S. Sundeler, Annelie. It is important that they care- older persons experiences of telephone advice nursing(2015).	Utforska äldres upplevelser av telefonrådgivningssköterska på vårdcentral.	Kvalitativ intervjustudie, innehållsanalys. 10 personer deltog	Äldres upplevelser beskrevs i två termer: om telefonsjuksköterskan upplevdes patientvänlig eller inte.
Dahlgren, K. Holtzmann, M.J. Carlsson, C. Wändell, P.	Att beskriva kontakten med äldre i Sveriges hälsorådgivning 1177.	Kvalitativ observationsstudie av patienter över 80 år. 7477 samtal	Telefonrådgivningen var väl utnyttjad av äldre. Mycket frågor relaterade till

Hasselström, J Ruge, T. The use of a Swedish telefon medical advice service by the elderly - a population-based study (2017).		analyserades	läkemedel. Kvinnor ringde oftare än män.
Zotterman Nygren, Anna. Skär, Lisa. Olsson, Malin. Söderberg, Siv. District nurses views on quality of primary healthcare encounters (2014).	Studien beskriver distriktssköterskors synpunkter på kvaliteten på mötena i primärvården.	Kvalitativ metod med fokusgrupper. 27 distriktsskötersko r deltog fördelat på 5 fokusgrupper.	Resultatet belyser vikten av en första god kontakt med patienterna i hopp om att patienterna ska känna sig bra bemötta och välkomnande till vårdcentralen.
Röing, M. Rosenqvist, U. Holmström, I. Threats to patient safty in telenursing as revealed in Swedish telenurses reflections on their dialogues (2012).	Att identifiera problemsom kan hota patienters säkerhet i dialogen mellan uppringaren och telefonsjuksköterskor.	Beskrivande kvalitativ studie. 12 telefonsjuksköters kor deltog.	Kategorier: Relaterat organisationen, relaterat till sjuksköterskan, relaterat till uppringaren
Winnerby, Eva. Flensner, Gullewi. Rudolfsson, Inger. Feeling rejected or invited: experiences of persons seeking care advice at the Swedish healthcare direct organization. (2013)	Belysa vårdgivarens situation och erfarenheter av vården som ges av telefonsjuksköterskor vid telefonrådgivning i Sverige.	Kvalitativ intervjustudie. 8 sjuksköterskor deltog.	Tre teman uppstod: Känner sig fast, orespekterad och inbjuden.
Leppänen, V. Power in telephone-advice nursing. (2009)	Att analysera makten i telefonrådgivning i Sveriges primärvård	Empirisk beskrivning av kvalitativa intervjuer. 18	Jobbar med känslor som oro och smärta. Strategier för sina egna

		sjuusköteterskor intervjuades.	känslor.
Kaminsky, Elenor. Rosenqvist, Urban. Holmström, Inger. Telenurses understanding of work: detective or educator (2008).	Telefonsjuuskötterskans förståelse av arbete: detektiv eller pedagog.	En kvalitativ intervjustudie. 12 telefonsjuusköteters kor intervjuades, men 5 av dem intervjuades 2 gångar så sammanlagt blev det 17 intervjuer.	Fem olika kategorier identifierades: Bedö ma, referera och ge råd till den som ringer, ge stöd, stärka, undervisa uppringaren.
Röing, M. Hederberg, M. Holmström, I. (Tele)health promotion in primary healthcare centers - an explatory study (2014).	Att beskriva hur sjuuskötterskor som arbetar med telefonrådgivning i Sveriges primärvård aktivt arbetar med hälsofrämjande, deras uppfattning av faktorer som hindrar och/eller främjar deras arbete.	Explorativ kvalitativ intervjustudie. 8 sjuuskötterskor, var av 6 hade en specialist utbildning.	Tre kategorier: I vilken utsträckning görs hälsofrämjande insatser vid telefonrådgivning, faktorer som hindrar hälsofrämjande insatser, faktorer som främjar hälsofrämjande insatser
Höglund, A. Holmström, I. Its easier to talk to a woman. Aspects of gender in swedish telnursing (2008).	Att beskriva och utforska genusaspekter i telefonrådgivning av Svenska telefonsjuuskötterskor.	Induktiv kvalitativa metod. 12 kvinnliga telefonsjuusköteters kor deltog. Intervjuades 2 gångar under 2004-2005.	Fem teman: kvinnlig underordnad i familjen. respektlöshet i dialogen med kvinnliga sjuuskötterskor. Misstro mot faders kompetens. Motvilliga manliga uppringare. Kvinna till kvinna samspel.
Ström, Majvor. Telefonrådgivning,	Belysa och fördjupa kunskapen om	Kvalitativ metod, två av studierna är	Det sker en stor mängd av

<p>en verksamhet i tiden. Studier ur ett patient och sjuksköterskeperspektiv (2009).</p>	<p>sjuksköterskor i telefonrådgivning i primärvården.</p>	<p>beskrivande och två är utforskande enligt fenomenologisk ansats. I delstudie 1 genomfördes 362 telefonintervjuer med patienter. I delstudie 2 intervjuades 12 sjuksköterskor. I delstudie 3 deltog 12 patienter som blev intervjuade. I delstudie 4 deltog 517 patienter och svarade på enkäten.</p>	<p>vårdmöten dagligen. Varje möte mellan människor som handlar om vård eller om en vårdande insats kan ses ur olika perspektiv. Nämnas kan till exempel maktperspektivet, eller fokus och intresse på samtalet samt dialogen som sådan och även etiska perspektiv är viktiga. Denna avhandling fokusera på verksamheten som den ter sig, mötet mellan den uppringande personen och sjuksköterskan i det dagliga arbetet i Sverige</p>
<p>Kaminsky, Carlsson, Holmström, Larsson, Fredriksson. Goals of telephone nursing work-the managers perspectives: a qualitative studie on Swedish healthcare direct (2014).</p>	<p>Att utforska och beskriva hur Svenska hälso- och sjukvårds upplysningens chefer uppfattar målen med telefonsjuksköterskans arbete och hur cheferna ser på hälsoförebyggande och impementering av en rättvis hälsovård med</p>	<p>Kvalitativ utforskande beskrivande design. Deduktiv analys. 23 chefer intervjuades</p>	<p>4 mål hos telefonsjuksköterskor som rekommenderades av cheferna. -Ska känsla av tillit. Uppnä patientsäkerhet. - Bedömma, hänvis & ge råd. -Undervisa patienten.</p>

	till exempel könsfrågor.		
Welzel, Stein, Hejek, Köning, Riedel-Heller. Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European(2017).	Att ge en systematisk granskning av mångsökandes närvaro av äldre i primärvården	Kvalitativ litteraturstudie. 106 studier var av 10 artiklar analyserades i detalj.	Fysiska sjukdommar, läkemedelsfrågor, socialt stöd
Nygren-Zotterman, A. Skär, L. Olsson, M. Söderberg, S. Being in togetherness: meaning of encounters within primary healthcare setting for patients living with long-term illness (2016).	klarlägga meningen av mötena med långtidssjuka patienter inom primärvården	Narrativa intervjuer med fenomenologisk hermeneutisk metod. 10 patienter intervjuades.	Patienterna beskrev ett stort behov av att bli bekräftade och mötta med respekt av sjukvårdspersonalen. Information och uppföljningar avseende behovet av vård var väsentliga.
Li, Lake, Byrrene, Robinson, Westbrooke, Baysari Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: a retrospective cohort study (2017).	Att undersöka medicinrelaterade samtal till triage och rådgivning i telefonen.	Retrospektive kohortstudie. 675,774 samtal under 2014 analyserades.	Råden gavs mest till i smärtstillande och febernedsättande och i antiinflammatoriskt syfte några vidare till ambulans och akutsjukvård
Ström, Marklund, Hilding. Callers perceptions of receiving advice via a medical care helpline (2009).	Att beskriva patientens uppfattning av att ta emot råd via telefonrådgivning.	Kvalitativ fenomenografisk metod. 12 patienter intervjuades.	Råden följs i större utsträckning när sjuksköterskan uppfattas som lugn, vänlig och bekräftar patienten och visar respekt.

Edvardsson, Innes. Measuring person-centered care: A critical comervative review of publish tools (2010).	Att kritiskt presentera jämförbara studier av mätinstrument för personcentrerad vård av äldre människor.	Litteraturstudie. Sökningar i PubMed och Cinahl 50 artiklar granskades	Tolv redskap identifierades. Åtta var utvärderade på långsikt, tre var inriktade för sjukhusvård och en för hemsjukvård.
Martinsson, Gustavsson. Modelling the effects of telephone nursing on healthcare utilization (2018).	Att optimera prestandan i hälso-sjukvårdssystemet genom support och guida patienten till rätt vårdnivå och minska mängden onödiga besök.	Kvalitativ enkätstudie. 225 vårdsökande svarade på enkäten både män och kvinnor.	Modell minskar risken för att patienten inte följer sjuksköterskans råd.
Ekman, Hedman, Swedberg & Wallengren. Commentary: Swedisch iniative on person centered care. (2015).	Att implementera personcentrerad vård i Sverige	Journalgranskningar under 2011 Framkommer ej hur många som granskats	Personcentrerad vård är kostnadseffektiv, minskar värk, oro,
Eggenberger, Garrison, Hilton & Giovengo. Discharge phone calls: using person-centered communication to improve outcomes. (2013).	Att använda personcentrerad vård för att nå fram till bedömning i telefonrådgivning.	Deskriptiv dataanalys. 190 chefer för telefonsjuksköterskor intervjuades.	Personcentrerad vård ökar sannolikheten till bra bedömning för båda parter.
Kaminsky, Röing, Björkman, Holmström. Telephone nursing in Sweden: A narrative literatur review (2017)	Syftet är att få en övergripande förståelse av telefonrådgivning. Vilket återspeglar forskning av svenska och nationella förhållanden.	Litteraturstudie. 24 artiklar inkluderades i studien.	Resultatet diskuterar den svenska telefonrådgivningen mot den internationella.



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se