

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2015:75

Förutsättningar för vårdmöten via telefon på jourtid
En observationsstudie av distriktssköterskors kommunikation

Ann Holgersson

Maria Nytomt



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Förutsättningar för vårdmöten via telefon på jourtid.
En observationsstudie av distriktssköterskors kommunikation.

Författare: Ann Holgersson, Maria Nytomt

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Distriktssköterskeutbildning

Handledare: Lise-Lotte Jonasson

Examinator: Birgitta Wireklint Sundström

Sammanfattning

Distriktssköterskans arbete under kvällar och helger i kommunal hemsjukvård beskrivs inte ofta i vetenskapliga artiklar. Stor del av arbetet på jourtid sköts via telefon och från bilen där distriktssköterskan inte har tillgång till några journaler eller annan information om patienterna hon ansvarar för. Att ge råd, handleda och svara på frågor är huvudsakliga arbetsuppgifter och de som ringer är främst hemtjänstpersonal men samtalen kommer också ifrån andra sjukvårdsinrättningar och andra kollegor. Krav på tillgänglighet präglar arbetet. Vår fråga inför denna studie var hur rustade distriktssköterskorna är i sin uppgift och om de kan hantera detta arbetssätt. Syftet med denna studie var att studera de förutsättningar som påverkar distriktssköterskans vårdmöten via telefon på jourtid. Studien har genomförts som en observationsstudie. Under arbetspass jourtid har sju distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård i två västsvenska kommuner blivit observerade i sin yrkesutövning. Utifrån en kvalitativ innehållsanalys analyserades sedan datamaterialet. Fem kategorier trädde fram i analys av materialet. Dessa beskriver förutsättningar som påverkar distriktssköterskans kommunikation i telefonmötet. Tillgänglighetskrav, professionalitet, kommunicerbarhet, säkert förhållningssätt och inställning och förutsättning till teknik. Studien visar att distriktssköterskor prioriterar tillgänglighet före säkerhet och att de så gott som alltid väljer att svara i telefonen när det ringer. Det förefaller som att de är korrekta och professionella med god förmåga att kommunicera oberoende av yttre omständigheter. Distriktssköterskornas inställning till teknik varierar. Krav på tillgänglighet påverkar säkerhetsaspekter i yrkesutövandet. I studiens diskussionsdel diskuteras resultatets huvudfynd relaterade till tidigare forskning.

Nyckelord: *Distriktssköterska, Observationsstudie, Kommunal hemsjukvård, Tillgänglighet, Kommunikation, Säkerhet, Profession*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Distriktssköterska inom kommunal hemsjukvård	2
Distriktssköterskans kommunikation och bemötande i vården.	4
Distriktssköterskans rådgivande funktion	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Deltagare.....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys	11
Etiska överväganden.....	12
Författarnas förståelse.....	12
RESULTAT.....	14
Tillgänglighetskrav	14
Alltid nåbar och ständigt avbruten i arbetet.	14
Att ständigt vara tillgänglig	15
Professionalitet	16
Kompetens och ansvar.....	16
Professionsetik.....	16
Att visa respekt och skapa relationer.	17
Att ge råd	17
Kommunicerbarhet	18
Att lyssna, förklara, undervisa och ge råd.	18
Inställning och attityd	18
Vilja till samarbete.....	18
Säkert förhållningssätt	19
Delegering, tillit och samarbete.....	19
Säkerhet	19
Inställning och förutsättningar till teknik	20
Teknikintresse och attityd till teknik	20
DISKUSSION	20
Metoddiskussion.....	20
Resultatdiskussion	21

Slutsats och kliniska implikationer.....	23
REFERENSER.....	25
Bilaga 1.....	29
Bilaga 2.....	31
Bilaga 3.....	33
Bilaga 4.....	34

INLEDNING

Distriktssköterskan, DSK, inom den kommunala hemsjukvården arbetar ofta med en telefon vid sin sida och förväntas alltid svara. Tillgänglighet är bra och en förutsättning då DSK har en roll som ansvarig för patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård samt som konsult och rådgivare för omvårdnadspersonal, patient och deras anhörig i olika vårdsituationer. Inom vårdvetenskapen kan flera olika perspektiv belysas, och grunden för disciplinen står på fyra konsensusbegrepp; hälsa, miljö, patient och vårdande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 23). I denna uppsats kommer vi att ha fokus på kommunikationen i telefonmötet, samtal som DSK har under jourtid, samtal som till stor del kan vara mellan olika personal och personalkategorier. Denna kommunikation är ett viktigt moment i vårdandet. Samtal kan ha olika karaktär men har i de allra flesta fall en direkt koppling till patientens hälsa, miljö och vårdande. Hur kommunikationen och samspelet mellan parterna i ett samtal blir kan vara avgörande för vilket resultat som uppnås. Att studera dessa samtal ser vi vara intressant då vi inte finner att tidigare studier fokuserat på ämnet. DSK skall på ett professionellt sätt möta den som ringer och inhämta fakta för att kunna göra en bedömning för vidare handhavande och detta under kort tid. Det finns troligen många faktorer som påverkar denna kommunikation. Inom den kommunala hemsjukvården arbetar både distriktssköterskor och sjuksköterskor, vi har i detta arbete valt att kalla alla i dessa yrkeskategorier för distriktssköterska, DSK. Vi väljer att benämna alla personer som är inskrivna i hemsjukvården för patienter. Vi har också valt att använda ordet jourtid och med det menar vi i denna uppsats, arbetstid på kvällar, helger eller nätter. Under denna tid är vanligen personaltätheten inom vården mindre än på dagtid och arbetet struktureras på annat sätt, vilket medför större ansvarsområden och andra arbetsuppgifter.

BAKGRUND

Få artiklar beskriver hur distriktssköterskan i hemsjukvården via telefon arbetar med att stödja och ge råd till omvårdnadspersonal i vården med patienterna. Det kan även handla om kommunikation mellan olika vårdgivare som sjukhus och primärvård. Samtalet kan ofta leda till medicinska ordinationer, råd om läkemedel, förslag om tillvägagångssätt och support. DSK har en unik rollkombination av omvårdnad och medicinskt ansvar. DSK har telefonen som ett arbetsredskap och en förutsättning för att klara sitt uppdrag (Osborn & Townsend 1997, s. 53,55). Telefonmötet är oftast kort och det är viktigt att direkt skapa en god relation och förtroendefull kontakt. Aktivt lyssnande är en förutsättning. För att klara detta behöver DSK vara trevlig, sympatisk, ge goda råd och bra vägledning. Distriktssköterskans röst ska förmedla intresse och trygghet men det ställs även stora krav på distriktssköterskans kompetens och det är viktigt med ett bra samspel så uppringaren känner sig betrodd och lyssnad till (Ledin, Olsen & Josefsson 2011). Distriktssköterskan kan genom ett avvisande bemötande ge intryck av en överlägsen inställning. Samarbete och respekt från båda parter är viktigt. Innan samtalet är avslutat bör DSK binda ihop, repetera det som sagts och erbjuda sig att återkomma om problem fortfarande kvarstår (Bonander & Snellman 2007).

Distriktssköterska inom kommunal hemsjukvård

Distriktssköterska, DSK, är ett reglerat yrke, en akademisk profession med skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården. Yrket ställer stora krav på förmåga till självständigt arbete, professionellt ansvar, vetenskapligt förhållningssätt och mångkulturellt kunnande. Distriktssköterskeföreningen (2008) har tagit fram en kompetensbeskrivning som är specifik för distriktssköterskor och som kan användas för vägledning eller en övergripande beskrivning av vad som ligger i yrkestiteln. DSK ska inte trygghet, besitta mod, ha en adekvat självkänsla och självuppfattning. Dessa personliga egenskaper uppges vara av stor betydelse. DSK verkar inom många olika verksamheter inom kommuner, landsting och privata verksamheter och innehar en kompetens som omfattar ett hälsofrämjande arbetssätt. Grunden i arbetet är mötet med människor i olika åldrar och hälsotillstånd. Handlingsberedskap, flexibilitet, reflektion, att kunna omsätta sina kunskaper i olika situationer på ett säkert sätt som stödjer, hjälper, vårdar och förebygger ohälsa för individen och hans/hennes familj i livets alla skeden (Distriktssköterskeföreningen 2008). Den kommunala hemsjukvården är en växande vårdform och vårdtagarna blir allt äldre. Det finns olika anledningar till detta men bidragande orsaker är att antalet vårdplatser i slutenvården minskat och likaså platserna inom särskilda boenden (Socialstyrelsen 2008).

För att arbeta som distriktssköterska i kommunal hemsjukvård krävs både utbildning och erfarenhet. DSK har ett omfattande och brett ansvarsområde, där de grundläggande uppgifterna är att besluta, bedöma, planera och sätta individuella mål utifrån den enskildes behov, ansvar för att leda och dokumentera insatser, utföra, delegera och planera vården. Till uppgifterna hör även att informera, instruera, handleda och utbilda annan personal (Vårdförbundet 2007). DSK ställs ofta inför svåra beslut, beslut om vad som är riktigare eller bättre än något annat för den enskilde patienten utifrån dennes situation. Distriktssköterskans förmåga till beslut påverkas av många olika faktorer. Tillgång till data är en viktig faktor men även situationen och dess art har stor betydelse. Erfarenheter och kunskapsnivå, utbildning, ålder och expertis inom ett område påverkar förmågan att uppfatta situationen på ett korrekt sätt och kunna ta beslut utifrån detta (Rauland 2002, s. 118-119). DSK arbetar självständigt och kan utifrån olika situationer ha förmågan att förändra och förbättra för patienten. Med hjälp av sin kreativitet och fantasi kan patientarbetet förfinas (Josefsson, Åling & Östin 2011).

Inom den kommunala hemsjukvården kan en distriktssköterska under jourtid ansvara för upp mot 400 patienter (Socialstyrelsen 2008, s.8). DSK som arbetar jourtid, helg, kväll och natt i kommunen har begränsade möjligheter att få fram information om vårdtagaren då DSK är mobil och rör sig i kommunen. DSK kan vara tvungen att åka till närmsta sköterskeexpedition med dator för att inhämta uppgifter om patienten. Det är inte vanligt förekommande att DSK har tillgång till bärbar dator. Ofta får DSK utgå från mötet med patienten och utifrån de behov eller problem som uppstått. DSK får förlita sig på sin generella kunskap och den specifika kännedom och erfarenheter som finns om patienten. Denna verklighet jobbar DSK ofta i men kan bedömas som en oacceptabel säkerhetsrisk rent medicinskt. De patienter som idag är inskrivna i hemsjukvården har ofta stora vårdbehov och en omfattande sjukhistoria (Johansson & Wanland 2011, s. 12). DSK i hemsjukvården delegerar många arbetsuppgifter till den

övriga personalen, vårdbiträden och undersköterskor, vilka utför den grundläggande omvårdnaden och stort ansvar läggs även på dem att göra medicinska bedömningar. Detta kan innebära ökade risker för patientsäkerheten. DSK måste samtidigt i viss mån kunna förlita sig på övriga personalens kunskap om den enskilda patienten. DSK i hemsjukvårdens komplexa verksamhet har en nyckelroll i teamarbetet (Josefsson & Ljung 2010, ss. 24, 28). Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i kommunen (MAS), upprättar lokala anvisningar för vad sjuksköterskorna får delegera till annan personal (Bökberg & Drevenhorn 2010, s. 103). Dessa arbetsuppgifter regleras också av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14). Kvalitetssäkring av arbetet består i att avvikelserapport skrivs vid felaktigheter och missförhållanden, enhetschef och MAS granskar och bedömer dessa och rapporterar vid behov till Socialstyrelsen enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28) (Bökberg & Drevenhorn 2010, s. 104). Delegation är en förutsättning för att kunna bedriva den kommunala hemsjukvården på ett säkert sätt. DSK kan uppleva sig mista en del av kontrollen av vården när ansvaret delegeras och lämnas över till en undersköterska. Att delegera till undersköterska och omvårdnadspersonal innebär dock för patienten en bättre kontinuitet av vården då denna personalkategori arbetar närmre patienten. Det är inte ovanligt att DSK befinner sig på en helt annan plats än var den hjälpbehövande finns, har då undersköterskorna delegeringar så kan de som rör sig på mindre områden komma snabbare till hjälp. Det kan även vara så att undersköterskan har en större kunskap om patienten och har en större helhet då i bedömning av patientens behov. Utifrån denna bedömning gör sedan DSK sin bedömning för ställningstagande till åtgärd (Bystedt, Eriksson & Wilde-Larsson 2011, ss. 537-539). Att arbeta som DSK inom kommunal hemsjukvård innebär ett stort eget ansvar och en förmåga att ta beslut i olika situationer. Arbetet utförs med flera olika personalkategorier kring patienten och tillsammans är målet att uppnå en bra vård. Lång livserfarenhet och yrkeserfarenhet kan vara till god nytta och ge en bra kapacitet att hantera olika situationer i arbetet (Josefsson, Sonde, Winblad & Robins Wahlin 2007, ss. 72,76-79).

Hemsjukvård definieras av Socialstyrelsen (2008) som hälso- och sjukvård när den ges i hemmet. Det kan vara i ordinärt boende eller någon av de boendeformer som anpassats till personer med stort behov av vård och omsorg. Insatser och åtgärder som ges ska ha föregåtts av ett vårdplaneringssamtal. Hemsjukvård kan beskrivas som den sjukvård och rehabilitering som ges under dygnets alla timmar i hemmet. Politikerna i kommunen har ett övergripande ansvar för organisationen och avgör hur hemsjukvården ska organiseras och vilka resurser den ska ha (Josefsson & Ljung 2010, s. 16). Ansvaret för hur hälso- och sjukvården ska fördelas mellan kommun och landsting beskrivs i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 1982:763). Det finns två typer av hemsjukvård, dels grundläggande hemsjukvård som leds av DSK, dels avancerad hemsjukvård där kvalificerad vård som tidigare enbart kunde ges på sjukhus bedrivs och där läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt. Ingen åldersgräns finns för vem som får skrivas in i hemsjukvården. Patienterna kan vara i alla åldrar, allt ifrån spädbarn till vuxna och gamla. De över 65 år är i majoritet (Josefsson & Ljung 2010, s. 21). För patienten innebär sannolikt vården i hemmet en ökad livskvalitet. En ökad tillgänglighet och kontinuitet kan ge en större trygghet för både patienten och dess anhöriga. Utifrån att även medicinsk vård kan utföras i hemmet med hjälp av DSK och annan

omvårdnadspersonal så minskar behovet av sjukhusvård vid försämring (Forsell. & Boman 2006, s. 47). Uppdraget och målet i all vårdverksamhet styrs av patientens behov. Vårdtagarens behov är centrala, patienten har rätt till trygghet och respekt för sin integritet och sitt självbestämmande. Utifrån vårdbehoven styrs verksamheten och är under ständig förändring och utveckling. För att bäst utnyttja de resurser som finns av kunskaper, professioner och det totala antalet personal planeras vården. En viktig pusselbit i detta är hur arbetstiderna förläggs för att uppnå bästa resultat och effektivitet. Vårdorganisationen önskar ta till vara den enskildes unika kompetens. För att möjliggöra detta krävs en flexibel organisation där arbetstid styrs av uppdraget att nå en säker vård av patienten. Rätt saker för rätt personal på rätt tid. Personalens hälsa får dock aldrig förbises och för att sträva för och nå en hållbar utveckling för vårdpersonalen krävs ofta stora avvägningar mellan verksamhetens behov och medarbetarnas. För att nå en utvecklande arbetsmiljö bör varje medarbetare få möjlighet att känna sig behövd utifrån sin egen specifika kunskap. Vård bedrivs under hela dygnet och det krävs hållbara lösningar för att lösa detta och för att vårdpersonal ska orka arbeta ett helt yrkesliv (Vårdförbundet 2012).

För att uppnå en hållbar utveckling i vården är ett framgångsrikt koncept att säkra en god kunskapsnivå hos DSK o övrig vårdpersonal i omvårdnad och hälso-och sjukvård. DSK kan skapa forum och undersöka olika frågeställningar inom vården för att öka kunskapen. Vården måste våga möta nya utmaningar och förbereda organisationen och professionen på en förändrad vård så den leder mot en hållbar hälso-sjukvård. Utifrån DSKs kunskapsfält, att förebygga och behandla sjukdom och hälsoproblem, har även DSK ett speciellt ansvar att arbeta för en hållbar utveckling. En global risk finns i att både nuvarande och kommande generation lever i en miljö som inte leder till en god hälsa, här är den stora utmaningen för kommande hälso-och sjukvård (Anåker & Elf 2014, s.387)

Distriktssköterskans kommunikation och bemötande i vården.

Konsten att kommunicera är något vi lär oss. Genom kommunikationsstudier kan vi bli bättre på att kommunicera och ju mer vi tränar desto bättre går det. Vi tränar oss i att utläsa de koder och tecken som kommunikation består av. Genom talet länkas vi samman med varandra, talet skapar förbindelser. Förmågan att tala med varandra innebär inte nödvändigtvis att vi kan förmedla det vi ville säga. Vi behöver kommunikationsförmåga för att vårt samarbete med andra ska fungera. Samtalet med den andre handlar lika mycket om att försöka förstå vad den andre har att säga som att själv försöka komma till tals (Dimbleby & Burton 2008, ss. 6, 12-13). Många olika behov såsom samarbete, överlevnad, sociala behov, relationer och makt tillfredsställs genom kommunikation. Vi kommunicerar för att kunna försöka förstå världen, och hur vi upplever världen. Vår kommunikation färgas av vår kunskap, vår kulturella bakgrund, våra attityder och våra kommunikativa förmågor (Dimbleby & Burton 2008, ss.21-22, 33).Den professionella vårdrelationen präglas av ett reflekterande förhållningssätt och kräver från vårdarens sida en större öppenhet än en relation i allmänhet. Ett professionellt engagemang där vårdaren använder sin personliga erfarenhet och kunskap och inte räknar med någon egen vinning kan känneteckna en sådan relation (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerlund 2003, s. 46).

Det mesta i vårt beteende är kommunikation. All kommunikation har minst två sidor, hur något kommuniceras, form och meningar och själva innehållet, vad som kommuniceras. Vårt sätt att kommunicera med kroppen är ibland medvetet men i de flesta situationer helt omedvetet (Josephson 2008, s.153). I kommunikation förmedlas uppskattningsvis upp mot 90 procent via det icke-verbala kommunikation. När inte de olika kommunikationssätten överensstämmer så tolkas i allmänhet de kroppsliga signalerna och tecknen högre än det verbala. Detta innebär att det är svårare att tala osanning genom kroppsspråk än genom talet (Kvale & Brinkman 2014, s. 132; Engqvist 2007, s. 413). Uttrycksättet i sig kan vara betydelsefullt. Tonfallet och rösten kan spela en stor roll för att skapa en god kommunikation. Uttryck som lätt kan misstolkas bör uteslutas och vikt läggas vid att alla inblandade parter förstår och är delaktiga i kommunikationen. Kommunikationsproblem föreligger och risk finns att kommunikationen inte kommer i första hand utan fokus på patientens direkta problem får störst fokus, detta kan leda till att felaktig information kommer till grund för bedömning och agerande (Fossum 2007, ss. 35-36).

I den stund vi börjar prata med en människa inleds en relation. I våra relationer är kommunikationen ett hjälpmedel och vår förmåga att använda såväl icke-verbal som verbal kommunikation är av stor betydelse för hur våra relationer utvecklas. Den som kan tala otvunget med andra kan lättare ge människor än känsla av tillit. Hur vi använder orden, vad vi använder dem till och varför, är något som är avgörande i vår kommunikation. Behovet av återkoppling, Feedback, är viktigt och den icke-verbala feed-backen inte minst. Genom att nicka och le mot den andre kan jag uttrycka att jag gillar det som sägs, och därmed uppmuntra den andre. En person som är observant och förstående upplevs som god kommunikatör (Dimbleby & Burton 2008, ss.70-74). Det ligger inom distriktssköterskans kompetensområde att ha fördjupade kunskaper i samtalsmetodik och kommunikation för att kunna stötta och handleda individer (Distriktssköterskeföreningen 2008). Det finns många faktorer som kan ha störande effekt på kommunikationen. Störande ljud kan vara en sådan faktor, ett slarvigt språkbruk kan bli en språkbarriär likaväl som att människors attityder och värderingar filterar kommunikationen. Människors kommunikationsfärdigheter bygger på god användning av icke- verbal och verbal kommunikation. Mänskligt tal består av mycket mer än bara ord. Kommunikationen med andra blir god om sociala färdigheter används i mötet med den andre. Bland de sociala färdigheterna nämner författarna förmågan att ge respons på det sagda, förmågan att ge tecken till den andre att du gillar det som sägs, att du vill använda din intelligens och dina känslor för en ökad förståelse av situationen. Förmågan att visa empati för den andre nämns också. Att den som lyssnar har en förståelse för den andres sätt att se och en förmåga att sätta sig in i vad den andre vill berätta (Dimbleby & Burton 2008, ss. 92-96). Det krävs av oss att vi lyssnar uppmärksamt på den som pratar, för att vi ska förstå vad han vill förmedla. Vidare betonas förmågan att kunna göra riktiga bedömningar och förmågan att kunna använda sig av icke verbal kommunikation bland de viktiga sociala färdigheterna som utgör grunden för en god kommunikatör. Lyssnande kan också tränas upp. En god lyssnare erkänner talaren, hjälper talaren att hålla igång samtalet, bekräftar den som talar genom att visa att han gillar eller hör det som sägs. Inom kommunikation talas även om perceptuella färdigheter, att lägga märke till, och förstå tecken som berättar om oss själva och andra. Grundläggande är att kunna göra en riktig observation av den andre,

att inte dra förhastade slutsatser, att göra bedömningar på goda grunder och att kunna ge respons på lämpligt vis (Dimbleby & Burton 2008, ss. 96-104). Ordet bemötande kan ha många synonymer och innebörder. Bemötande kan handla om hur samtal utförs och genomförs. Det kan handla om hur vi i ord möter en annan människa men även utifrån vilket kroppsspråk vi använder. Bemötande innefattar även en djupare nivå och omfattar även bland annat människosyn, människovärde, respekt, värme och engagemang. Hur möter jag min medmänniska (Fossum 2007, ss. 33-34). Distriktssköterskans kompetens omfattar förmåga att skapa relationer som stödjer patientens integritet, autonomi och delaktighet, men även förmåga och kompetens att möta individen och dennes familj med lyhördhet, närvaro, ärlighet och bekräftelse (Distriktssköterskeföreningen 2008).

Det är viktigt att tydliggöra relationen mellan vårdpraxis och vetenskap särskilt när vårdvetenskapen förespråkar och vänder sig till den kunskap som handlar om och anpassas till det individuella mötet med var individ. Utifrån att det individuella värderas högt och därmed får nyansera det generella perspektivet så får detta vara grunden i mötet där det är viktigt och avgörande att lyssna in patientens situation utifrån dennes livsvärld för att på bästa sätt kunna uppnå ett gott vårdande. Det är grundläggande och viktigt att vårdandet utgår från patientens livsvärld och att dennes historia blir uppfattad på ett bra sätt. Var människa möter livet på olika sätt och i vårdssituationen måste nyanserna komma fram. I vissa möten kanske det räcker med att visa intresse för den andres situation medan i andra svårare situationer kan behov finnas av att hjälpa patienten att nyansera situationen och även kartlägga individens livskraft och mening. I alla situationer måste personens individuella värde beaktas och att alla har individuella behov. Patientens perspektiv får bli det som styr hur mycket av livsvärlden som skall engageras i vården. Utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv är den generella kunskapen viktig för att kunna hjälpa den enskilde patienten att nå en bättre hälsa, eller skapa förutsättningar för detta. Det som värderas högst är dock distriktssköterskans möte med vårdssituationen utifrån patientens livsvärld och där vårdandet får speglas från vetenskapen och det generella vetandet. Dessa två perspektiv får bakas samman och bli grunden till vägledning och hjälp för den enskilde patienten. För att möjliggöra en god vårdkvalitet krävs en hållning som betonar och värderar både den enskilde patientens livsvärld och erfarenheter samtidigt som en vetenskapligt säker vård utförs (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 182-184). Distriktssköterskans arbete ska präglas av ett holistiskt och etiskt förhållningssätt som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. DSK ska stödja patienter med nedsatt hälsa med respekt för individens livsvärld och val (Distriktssköterskeföreningen 2008).

Distriktssköterskans rådgivande funktion

Hur råd och rekommendationer förmedlas och uppfattas av den rådsökande påverkar i vilken grad rådet kommer att efterlevas. Om den rådsökande accepterar råden är chansen större att de efterlevs. Interaktivt samarbete där rådgivaren tänker högt tillsammans med den rådsökande kan vara en väg att skapa relationer och båda parter kan hjälpas åt att formulera rekommendationen. Rådgivaren kan då också vara säker på att den rådsökande förstått rekommendationen. Hur rekommendationen bäst utformas och formuleras beror på typen av ärende och relationen mellan rådgivaren och den

rådsökande (MSB 2011, ss. 31-34). Valanis, Gullion, Randles Moscato, Tanner, Izumi och Shapiro (2007, s. 252) visar med sin forskning att endast 75% av de rådsökande följer råden som ges. De anser att efterlevnad av rekommendationer är värt att studera då rådgivning under dessa förutsättningar inte är kostnadseffektiv. Forskning tyder på att sjuksköterskor behöver träna kontinuerligt på effektiv samtalsteknik (Valanis et. al. 2007, s. 251). Faktorer som påverkar viljan att följa de givna råden kan vara patientens förväntningar och hälsostatus, om rådsökaren förstått den givna informationen och hur DSK uppfattades i sin rådgivning och hur relationen mellan den som söker råd och DSK utvecklats under samtalet. Genom att ge mer specifika råd, genom att förklara och resonera med personen som söker råd om olika symtom och åtgärder, och genom att låta personen upprepa det givna rådet tror forskarna att efterlevnaden av givna råd kommer att öka (Valanis et. al. 2007, ss.264, 267). Den som ger råd per telefon måste grunda sina råd enbart på den information som den rådsökande väljer att delge. Rådgivaren hamnar i ett svårt etiskt dilemma då den som ringer ofta gör det för någon annans räkning. Det kan vara en mor som ringer för sina barn, en hustru som ringer åt sin make. DSK kan inte se ansiktsuttrycket på den som ringer och uppringarens identitet kan inte heller säkerställas (Holmström & Höglund 2007, ss. 1866-1868). Johnson Pettinari och Jessopp (2001, s. 669) påpekar att problemet med osynligheten inte bara består i att sjuksköterskan inte kan se den som ringer, hon syns inte heller själv, och icke-verbal kommunikation som huvudnickningar och leenden hjälper inte upp relationen då de inte syns för den som ringer. Ögonkontakt och fysisk beröring som är i annat fall viktiga för relationsskapande är inte möjligt. Några positiva aspekter på osynligheten som framkom i deras forskning var dels att DSK upplevde att de i mindre utsträckning än annars drog slutsatser av den sort som vanligen baseras på synintrycket, dels att somliga patienter upplevde större trygghet när de slapp möta sjukvården öga- mot-öga och plötsligt kunde öppna sig i telefonmötet (Johnson Pettinari & Jessopp 2001, s. 669). Rösterna är ett redskap i informationsöverförandet likaväl som orden och något som rådfrågaren förväntas lyssna till. Om DSK har anledning att tro att informationen inte går fram kan hon sänka rösterna och tala långsammare. Hon kan även förändra sitt röstläge för att understryka allvaret i budskapet hon förmedlar. Att vara personlig, nämna uppringaren vid namn, kan bidra till relationsskapandet. Att lyssna till problemet eller frågan utan att avbryta, och att tidigt i samtalet anpassa sig till den andres tempo bidrar också till relationen (Johnson Pettinari & Jessopp 2001, s. 673).

Distriktssköterskan arbetar inom flera olika vårdformer och verksamhetsområden där arbetsuppgifterna är skiftande. Telefonrådgivning utgör en stor del av distriktssköterskans arbete. Förutsättningarna för telefonrådgivning är varierande, hemsjukvårdens DSK svarar i telefon oavsett plats och situation utan tillgång till information om patienten. Sjukvårdsrådgivningens DSK arbetar med datorn framför sig (Distriktssköterskeföreningen 2008). Sjukvårdsrådgivning (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB 2011, s. 6) är en offentlig samhällsinrättning. I sitt samtal med allmänheten deltar rådgivaren som expert och representant för sin institution. Den som ringer in har förväntningar på samtalet och vad det ska resultera i, ibland behöver rådgivaren argumentera för sin sak, ibland är känslouttryckningarna starka och rådgivaren behöver i samtalet kunna hantera svåra starka känslor. Förutsättningarna för samtalet beror på såväl uppringaren och rådgivaren (MSB 2011, s.6). Telefonsjuksköterskor kallas de sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning

under större delen av sin arbetstid, oavsett verksamhetsområde. De arbetar på sjukvårdsrådgivningen 1177, akutmottagningar och vårdcentraler. Sjukvårdsrådgivning från det nationella kortnumret 1177 har förändrat förutsättningarna för telefonsjuksköterskornas arbete. Under svensk sjuksköterskeförening finns en yrkes- och specialist förening, Föreningen för Telefon Rådgivning Inom Hälso- och Sjukvård, TRIHS, för telefonsjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförenings publikation av TRIHS kompetensbeskrivning för telefonsjuksköterskor beskriver telefonsjuksköterskors specialistkompetens i arbete med prioritering, rådgivning, undervisning och hälsofrämjande- och förebyggande insatser på avancerad nivå. Det saknas ännu formell utbildning till telefonsjuksköterska i Sverige. Utöver Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska en telefonsjuksköterska ha kompetens inom omvårdnad, pedagogik och kommunikation. Inom omvårdnad i relation till medicin, teknologi, samhälle, etik. I sin omvårdnad skall telefonsjuksköterskan förebygga ohälsa och främja hälsa. Det anges i kompetensbeskrivningen att telefonsjuksköterskan i samtalssituationen utifrån den vårdsoökandes behov ska kunna fatta beslut som är snabba och välgrundade, prioritera, fördela, organisera och leda vårdinsatserna (Swenurse 2011, ss. 5-9). Den samtalskompetens som krävs för att kunna hantera rådgivande samtal sammanfattas i en rapport i tre ord: Samspel, Argumentation och Flexibilitet (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB 2011, s .5). Samspel i bemärkelsen att få fram väsentlig information ur det som förmedlas och få den hjälpsökande att förstå och ta emot den rekommendation som samtalet kan mynna ut i. Argumentation i den meningen att telefonrådgivarna är experterna och de kan förklara och övertyga utan att den som ringer känner sig underlägsen. Flexibilitet på det viset att rådgivarna förmår att behandla och se personers problem ur flera perspektiv. Det kräver inlevelseförmåga och diplomatisk talang när flera perspektiv möts i samtalet, men såväl expertperspektivet som den inringande personens åsikter och upplevelser måste få ta plats. En telefonrådgivares verktyg är språket och rösten. Skicklighet och kunskap i samtal kan bestå av identifierbara mönster och strategier och klara rutiner tillsammans med improvisationsförmåga och en förmåga att snabbt uppfatta situationer. (MSB 2011, ss. 5,8).

PROBLEMFÖRMULERING

Inom kommunal hemsjukvård är det tydligt att distriktssköterskans arbetsuppgifter på jourtid kräver stor kompetens och flexibilitet. En stor del av den professionella uppgiften handlar om att ge råd, vara stödjande samt bedöma situationer och vårdbehov. Då är det problematiskt att dessa viktiga vårdåtgärder måste utföras utan ett personligt vårdmöte med patient, anhöriga och andra som ringer. Frågan är därför hur distriktssköterskor är rustade att möta patientens vårdbehov och andra behov och kommunicera via telefon. Speciellt problematiskt blir det om vårdmötet via telefon inte fungerar. Dessa vårdmöten kommer föreliggande uppsats att belysa.

SYFTE

Syftet är att studera förutsättningar som påverkar distriktssköterskans vårdmöten via telefon på jourtid .

METOD

Ordet, observation, har sitt ursprung från latin och betyder undersökning eller iakttagelse. Observationer är något som alla människor använder sig av i det dagliga livet och utgör vårt främsta medel för att inhämta information. En registrering görs automatiskt och mer eller mindre slumpmässigt med hjälp av våra sinnen utifrån våra erfarenheter, förväntningar och behov. När observation används inom forskning och i olika andra yrkesutövningar kan observation definieras som uppmärksam iakttagelse. I dessa sammanhang får inte observationen vara slumpmässig utan styrs av de krav som ställs för en vetenskaplig metod och teknik. Observationen måste systematiskt planeras och tillika den information som inhämtats systematiskt registreras (Lokken & Sorstad 1995, s. 36; Patel & Davidsson 2011, s.91).

Deltagare

För vår studie har vi valt att observera distriktssköterskor under jourtid i två kommuner i Västra Götaland. Brev sändes till enhetschefer för kommunal hemsjukvård där studien presenterades och frågan om deltagande ställdes. Godkännande från verksamhetscheferna inhämtades, se bilaga 1. Verksamhetschefer var tillmötesgående och vid en enhet anvisade enhetschefen distriktssköterskor och vid den andra enheten tilläts observatören tillfråga distriktssköterskor för deltagande. Samtycke från tillfrågade distriktssköterskor inhämtades, se bilaga 2, och tid för observationerna planerades. Observationer är gjorda under cirka 23 timmar, mellan två till sex timmar per observation, fördelade på sju DSK. Dessa hade varit verksamma inom kommunal hemsjukvård mellan 3-12 år, alla hade svenska som modersmål. Sex kvinnor och en man observerades.

Datainsamling

Observationer kan vara ett bra alternativ då forskare vill undersöka förekomster och företeelser av skeenden som är svåra att beskriva. Att observera ett skeende, en situation, kan vara ett bra sätt att inhämta fakta om interaktionen och mötet mellan människor, observationen kan ge kunskap om både det som sägs med ord och det som förmedlas genom kroppsspråket. Metoden möjliggör att forskaren kan studera skeenden och beteenden i samma stund som det inträffar och situationen ses i sitt naturliga sammanhang (Dahlberg 2014, s 97; Patel & Davidsson 2011, s. 91). Vid en intervju beskrivs situationen av den som intervjuas men i observationen tolkas och betraktas det som händer av observatören, forskaren. Den som observeras kan uttrycka och påvisa olika motsägelsefulla uttryck genom tal och ord vilket inte behöver innebära att det ena är rätt eller fel. De olika uttrycken kan vara en följd av den mångbottnade och

mångfasetterade livsvärld personen befinner sig i. För att få en mer rättvis bild och förståelse för en företeelse som observeras kan med fördel en uppföljande intervju eller samtal leda till ytterligare information, där man får informantens ord över det som observerats och undersökts (Dahlberg 2014, ss. 97-99). Forskaren kan använda olika sätt att notera och föra fältanteckningar under observationen, spela in, filma, föra noteringar fritt eller efter protokoll. Ett gott råd är att vara så öppen som möjligt under själva observationen och lämna analyserande tankar och reflektioner tills man avslutat observationen och får lite distans till situationen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 206, 227).

För att lyckas med sin observation måste forskaren vara väl förberedd och redo för sin uppgift. Observationen ska vara väl planerad för att forskaren ska kunna få ut så mycket som möjligt ur den. Vad vill jag veta? Vad ska jag titta efter? Det intressanta, oväntade och oförutsägbara kan plötsligt visa sig under observationens gång, men i huvudsak ska forskaren försöka hålla sig till sin grundplanering. Forskaren bör också, för att se mer än det som omedelbart visar sig, anstränga sig för att se det observerade i ett större sammanhang, detta för att kunna fånga viktiga skeenden (Bell 2006, ss. 197- 198). Under observationens gång kommer fältanteckningar föras, dessa anteckningar kan komma att innehålla redogörelser för samtal som förts. Till dessa anteckningar kan även observatörens egna reflektioner över det som observerats dokumenteras. Det skall läggas stor vikt i att observatören kontinuerligt läser igenom sina anteckningar och kompletterar med ytterligare fakta som observerats och upplevts i situationen (Dahlberg 2014, s.100).

Observationer gick till på följande rätt. Under utbildningens VFU, verksamhetsförlagda utbildning kom vi i kontakt med de båda arbetsplatser vi valde att tillfråga för observation. Vi var således inte helt okända för DSK. I början av observationspasset presenterade vi oss själva och vår studie. DSK fick godkänna sitt deltagande och skriva under samtycke. Vi klargjorde tydligt att vi inte skulle granska DSK arbete utan beskrev att vi observerade vad som gjordes. Vi beskrev även att vi hade fokus på vissa moment men utifrån en observationssituation var detta inte relevant att klargöra ytterligare. Observatörens förhållningssätt har varit att vi hållit oss i bakgrunden men om behov av hjälp skulle uppstå så var vi villiga att hjälpa till i situationen. Observationer har skett under två till sex timmars pass och under denna tid har vi följt distriktssköterskan arbete, på expeditionen, under hembesök, i bilen. Efter varje observation avsattes en stund av observatören för reflektion. Att forskaren reflekterar över hur tolkningar kommit fram och att forskaren tolkar sin egen tolkning av fenomenet är viktigt. Denna tolkning är viktig för att nå ett trovärdigt resultat (Tjora 2012, s. 170). Fokus för observationerna har varit telefonmötets kommunikation, attityder till samtalet, tonfall, den icke verbala kommunikationen och den totala situationen. Efter avslutade observationer lämnades en skriftlig fråga till informanterna ”Hur upplever du att jobba jourpass och att ha telefonen som arbetsredskap? Frågan önskades bli kortfattat besvarad via mail eller sms till observatörerna, se bilaga 3. Sex av sju informanter har skriftligt svarat på frågan. Sammantaget har trettio samtal observerats.

Dataanalys

Analysmetod för denna studie användes kvalitativ innehållsanalys att användas. Detta är ett sätt att tolka och granska texter, såsom t ex observationsprotokoll. Under analysprocessen identifieras meningsenheter som kondenseras, abstraheras och kodas för att bilda kategorier och skapa teman (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, ss. 160-163). Utifrån fältanteckningar och observationsanteckningar kan en innehållsanalys göras och leda till en kartläggning och beskrivning olika företeelser och aktiviteter utan att gå in djupare på innebörden, varför de gör vad de gör och vad det leder till. En innehållsanalys ger en begränsad insikt i livsvärlden (Dahlberg 2014, s. 120).

Ett enkelt observationsprotokoll, se bilaga 4, utformades för att säkerställa att båda observatörerna granskade samma parametrar. Observationsanteckningar skrevs fortlöpande. Parametrar vi fokuserat på är distriktssköterskans attityd till telefonsamtal, distriktssköterskans tonfall och röstläge samt den icke verbala kommunikationen i telefonsamtalet. Observatörens reflektion över situationen har skrivits ned och varit till stöd för fortsatta observationer. Analys av observationstexter utgår ifrån fältanteckningar som skrivits ned under och efter observationen. Här har fenomenet som observerats, hur kommunikationen i samtalet har varit, vad man har sett och upplevt samt reflektionen av det man observerat varit till grund. Tolkningen och beskrivningen utgår från en kortfattad text. Observatörens reflektion kan ge en ökad förståelse i textbearbetningen (Danielsson 2012, s. 339). Beskrivning utifrån en fältanteckning utgår från att man sätter ord på som observerats och upplevts. Nästa steg i processen innebär en tolkning av det som beskrivits, målet är att försöka förstå det som observerats utifrån den beskrivning som gjorts. Tolkningen startar dock redan när vi uppfattar något med våra sinnen, men den aktiva observatören har i sitt uppdrag att sträva efter att skilja tolkning och beskrivning från varandra. Tolkning innebär en analys, det kan innebära en upplösning av något till mindre beståndsdelar. Analysens uppgift är att dela upp beskrivningen till mindre delar och sedan titta på vilket förhållande som finns mellan helheten och delarna (Lokken & Sobstad 1995, s. 57).

Observationerna dokumenterades fortlöpande och renskrevs samt sammanställdes. Textmaterialet lästes sedan genom av båda observatörerna för att få en helhetsbild av materialet. Texter och meningar skrevs ner ur materialet, klipptes isär och lades i högar och sorterades in i kuvert till en första sortering för att finna meningsbärande enheter. Tillsammans har vi plockat ut meningsbärande enheter ur materialet, vilka sedan kondenserats, kodats och grupperats i underkategorier som slutligen blivit kategorier.

Tabell 1. Exempel på studiens analysprocess.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
DSK ser irriterad ut över att bli störd med svarar korrekt och trevligt i telefonen inne i patientens sovrum.	DSK ser irriterad ut över att störas hos patienten men svarar korrekt och trevligt	Telefonen ringer när DSK är hemma i patientens sovrum	Professionsetik	Professionalitet

Etiska överväganden

Eftersom denna studie utfördes på avancerad nivå inom ramen för högskoleutbildning, krävdes ingen etikprövning (SFS 2003:460). Enligt etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning måste följande etiska krav uppfyllas. Kraven är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes genom att berörda DSK informerades skriftligt och muntligt om studiens syfte innan studien påbörjades. Samtyckekravet fullgjordes genom att DSK fick ge sitt skriftliga samtycke till medverkan. Konfidentialitetskravet uppfylls genom att insamlat material avidentifierades och inhämtat material förvarats på ett säkert sätt. Nyttjandekravets innebörd är att materialet endast används till denna studie och för att eventuellt utgöra grunden för publicering. Studien genomfördes utifrån dessa fyra huvudkrav (Vetenskapsrådet 2010).

För att observera ett skeende, moment, krävs att den som blir observerad inte vet direkt vad som observeras för att inte manipulera situationen. Observatören måste visa hänsyn, respekt och förståelse för att den som observerad, då denne kan uppleva visst obehag, de kanske visar upp sidor som är mer privata och hamnar i situationer som de ej förväntat och ej förutsett. Observatören måste ändå gå in i sin uppgift och ställa sig utanför och observera, detta kan upplevas som en etisk paradoxal svårighet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, s. 228).

Författarnas förförståelse

Vi bär alla med en förförståelse in i de situationer vi går in i. Förförståelsen utgör en väsentlig grund för att uppfatta och förstå det som observerats. Författarna skrev inför studien ned den egna förförståelsen. När en observation sker utifrån en vetenskaplig aspekt krävs att observatören utifrån sin egen livsvärld och ambition har ett öppet förhållningssätt och inte i förväg bestämmer det obestämda för snabbt. I en vetenskaplig studie stannar forskaren upp och observerar skeendet, och i tanken problematiseras, iakttas och ifrågasätts det. Det handlar om att kunna tygla förförståelsen, att forskaren saktar ned sin förförståelseprocess (Dahlberg 2014, ss. 70-73) Inför denna uppgift, att observera kommunala distriktssköterskor på jourtid har vi som forskare skalat av och medvetandegjort vår förförståelse så långt det är möjligt. Liten kunskap och erfarenhet

om verksamheten har varit till hjälp för att med öppenhet och nyfikenhet kunna observera. Författarna har mångårig erfarenhet som sjuksköterskor men mycket begränsad erfarenhet av arbete inom kommunal hemsjukvård.

RESULTAT

Vi presenterar här studiens resultat utifrån de kategorier och underkategorier vi funnit under analysprocessen. För att ge en överblick av innehållet visas innehållet i tabellform (Tabell 2). Resultatet förtydligas och förstärks genom urval av citat från de skriftliga svar vi inhämtat från distriktssköterskor som deltagit i studien.

Tabell 2 Resultatet indelat i underkategorier och kategorier.

Underkategori	Kategori
Alltid nåbar och ständigt avbruten i arbetet	Tillgänglighetskrav
Att ständigt vara tillgänglig	
Kompetens och ansvar	Professionalitet
Professionsetik	
Att visa respekt och skapa relationer	
Att ge råd	
Att lyssna, förklara, undervisa och ge råd	Kommunicerbarhet
Inställning och attityd	
Vilja till samarbete	
Delegering, tillit och samarbete	Säkert förhållningssätt
Säkerhet	
Teknikintresse och attityd till teknik	Inställning och förutsättning till teknik

Tillgänglighetskrav

Denna kategori beskriver distriktssköterskans krav på tillgänglighet. Kraven är både inre och yttre, DSK uttrycker att de vill vara tillgängliga på telefon, det finns också förväntningar från kollegor, hemtjänstgrupper och andra sjukvårdsinrättningar att de ständigt ska gå att nå. Varje underkategori redogör för olika aspekter av att vara ständigt tillgänglig och vad det får för konsekvenser för DSK.

Alltid nåbar och ständigt avbruten i arbetet.

Observationer visade ett arbetssätt som gjorde DSK nåbar hela tiden, vilket i sin tur ger en situation där DSK är beredd att bli avbruten i sin syssla. Det förekom att telefonen sattes på ljudlös vid något tillfälle, vid samtal och skötsel av palliativ patient, men i övrigt var telefonen hörbar hela tiden. Patienterna upplevdes vara vana vid att telefonen tog distriktssköterskans uppmärksamhet.

... oftast fungerar det bra men det händer självklart att man känner sig frustrerad om man t ex är på hembesök och det ringer mycket... DSK 3

Arbetsmiljön för DSK på jourtid är mycket växlande då det hela tiden blir förflyttningar mellan patienter och olika uppdrag. Hembesök, besök på kommunala boenden, bilåkning, kortare promenader mellan patienter och tider i sin egen eller någon kollegas arbetsplats/kontor. Detta arbetssätt visades i observationerna vara det normala. DSK var van att anpassa sig till situationen och finna lösningar här och nu. DSK som vi observerat svarade i telefonen oavsett vart de befann sig. Telefonen styrde deras arbetspass till stor del de var hela tiden beredda att svara och prioritera om sitt arbete. Utifrån situationen hittade de lösningar på att skriva ner uppgifter, inhämta fakta med mera. De tog till det de hade som hjälpmedel, till exempel skriva ned uppgifter på närmsta servett eller pappersbit de hade tillgänglig. Tillgången till datorer var mycket begränsad och fanns endast att tillgå inne på expeditionerna som fanns på ett par ställen i kommunen. Säkerhetsaspekter utifrån arbetsmiljön såg vi hur DSK ställde höga krav på sig själv, att komma ihåg utan att skriva ned då de inte hade möjlighet till detta, att avbryta till exempel dosettindelning, att arbeta utan lättillgänglig dator och hela tiden vara beredd att prioritera om sitt arbete.

... det enda negativa är att jag alltid är nåbar och att det därför kan ringa vid högst olämpliga tillfällen... DSK 4

Flera olika sätt att arbeta observerades, varje DSK skapade sin egen strategi. Det som genomsyrade alla observationer var dock att de prioriterade tillgängligheten och alla var måna om att svara snabbt när telefonen ringde. Flera gånger uppfattade vi att DSK prioriterade att svara före säkerheten. Vi såg att DSK utan att reflektera över hela situationen snabbt svarade i telefonen, vilket kunde bli under bilkörning, mitt i en sväng då de samtidigt växlade eller i en situation då de stod och delade dosett. Vi uppfattade flera situationer då säkerheten fick stå bakom tillgängligheten. Detta förhållningssätt uppfattades dock inte vara medvetet utan viljan att vara tillgänglig tog över. Direkta rutiner för hur snabbt svar förväntades framkom inte i observationerna men DSK personliga krav på sig själv lyste igenom. Att ständigt bli avbruten i sitt arbete är inte en rutin som är bra men DSK arbete på jourtid utsattes för detta många gånger under ett arbetspass. Att bli avbruten mitt i ett arbete, om det handlar om bilkörning, läkemedelsdelning, samtal med patient distraherar DSK uppmärksamhet på arbetet och risker kan föreligga.

... vissa kvällar ringer det mycket och man blir hela tiden avbruten i arbetet och får omprioritera... DSK 5

Att ständigt vara tillgänglig

Observationerna visade tydligt att alla DSK prioriterade telefonmötet högt. Flera gånger uppfattades att DSK prioriterade tillgängligheten före säkerheten. Det visade sig vara självklart att snabbt svara i telefonen och irritation kunde visas om inte teknik eller omständigheter gjorde så DSK kunde göra detta.

... telefonen är mestadels till för att vi skall vara tillgängliga. Den ständiga tillgängligheten skapar ibland stress... DSK 6

Professionalitet

De observerade distriktssköterskorna arbetade alla utifrån ett professionellt arbetssätt, när det gällde både bemötande och hanteringen av vårdsituationen och telefonmötet. Ingen informant uppvisade någon nonchalant attityd eller någon känsla av ovilja. Alla visade på intresse av samtalet och viljan av att vara delaktig i vården.

Kompetens och ansvar

DSK i kommunal hemsjukvård besitter en stor kompetens i sin yrkesroll och möter många olika situationer som de förväntas kunna hantera. DSK har en roll som förväntas kunna ge svar på frågor, vägleda och reda upp problem. För att klara detta krävs stor yrkeskunskap men också stor flexibilitet, tålamod och generositet. DSK visade sin kompetens genom att fatta beslut i vårdsituationer utifrån fakta som inhämtats från omvårdnadspersonal eller att DSK själv besökte patienten. DSK som observerats visade mod att gå in i situationer och hade beredskap att hantera mötet och behovet som förelåg. Alla tog ett stort ansvar och prioriterade händelsen utifrån inhämtad fakta och kunskap om patienten. Ansvar visades både för patientens situation men även för övrig personal i verksamheten. Inget lämnades ouppklarat utan efter givet svar planerades återkoppling av händelsen för att få en säker hantering.

...man kan göra bedömningar över telefonen och även i enstaka fall ge instruktioner av HSL-handling där man ej kan närvara...DSK 2

Professionsetik

De observerade distriktssköterskorna arbetade med patienten i centrum i sitt bemötande och agerande. Arbetsplatsen är patientens hem, DSK är gäst hos den hon vårdar, det ställer särskilda krav på lyhördhet och ödmjukhet. Att i den situationen behöva vända sin uppmärksamhet från den patient man har framför sig till ett annat ärende i ett telefonsamtal upplevs av DSK som frustrerande. En telefonsignal avbryter många gånger ett samtal som redan pågår, splittrar uppmärksamhet och tanke hos den som blir uppringd. Under våra observationer noteras att efter avslutat telefonsamtal tar det ursprungliga, pågående samtalet vid där det blivit avbrutet, både patienter och DSK verkade vara vana vid att hantera det så.

... våra vårdtagare är nästan alltid förstående när det ringer och man säger att man behöver svara, samtidigt känns det inte helt ok...DSK 3

De observerade DSK försökte gå åt sidan när de svarade i telefon, skärma av sig, tala tyst och när samtal kom till DSK på hembesök bad de att få ringa tillbaka så fort det var möjligt. Ofta angav de också ett tidsspänn inom vilket de räknade med att kunna återkomma. Många gånger fanns fler personer närvarande i hemmet i närheten av DSK när hon tog emot telefonsamtalet, DSK stod mitt i deras bostad och pratade utan

möjlighet till avskildhet, men att organisera arbetet annorlunda var inte möjligt ansåg informanterna. Under jourtid är det få DSK som är i tjänst och det går inte att avdela en DSK till att sköta enbart telefonsamtalen.

...jag försöker direkt att säga till den som ringer att jag är på hembesök kan jag ringa upp dig om ca 20 minuter, nästan alltid är detta ok för personalen...DSK 3

Att visa respekt och skapa relationer.

Informanterna påtalade värdet och vikten av att ha bra relationer med övrig personal som arbetade runt patienterna. Vid flera av observationerna uttrycktes den komplexa situationen att DSK ofta får göra en bedömning utifrån att en undersköterska först gjort sin bedömning av patientens situation, kontaktat DSK och utifrån detta skall en ny bedömning göras. I denna process är det mycket viktigt att alla inblandade inser sin roll och att varje funktion är viktig. Genomgående vid observationerna sågs och uttrycktes en stödjande och bekräftande attityd från DSK till den inringande. DSK bemötte alla samtal med respekt och lyhördhet för vad situationen handlade om.

...det underlättar om den som ringer och den som svarar är förberedda och förstår varandra ”pratar samma språk”... DSK 1

Distriktssköterskan hade i sitt telefonmöte en stor och viktig roll med att inge en lugn och trygg attityd till den inringande. Vid flertalet tillfällen uppvisade DSK en stödjande hållning och attityd till den som ringde. DSK var noga med att den som ringde skulle känna sig hörd och att de tillsammans arbetade med patienterna, noga med att stärka varandras roller.

...att ha telefonen som arbetsredskap är ett måste för oss när vi arbetar som vi gör. Personalen måste kunna känna en trygghet i att kunna nå oss ... DSK 3

Att ge råd

Telefonmötet mellan DSK och inringande hade stor del av rådgivning. De flesta av samtalen handlade om direkta vårdproblem och ställningstaganden utifrån en patientsituation. DSK fick vägleda steg för steg och ge konkreta förslag på lösningar. Rådgivningen fick ofta utgå från DSK kompetens, kunskap och erfarenhet då ingen förkunskap fanns om aktuell patient eller situation.

...telefonen underlättar då man kan handleda personal utan att fysiskt vara på plats...DSK 1

Kommunicerbarhet

I studien ser vi att mobiltelefonen är ett av distriktssköterskans främsta arbetsredskap vid arbete jourtid i kommunal hemsjukvård. Samtalen kommer mestadels från hemtjänstpersonal och andra kollegor. Antalet samtal under ett arbetspass varierar kraftigt.

Att lyssna, förklara, undervisa och ge råd.

Under våra observationer uppfattade vi DSK agerande i telefonsituationen som professionellt i kommunikation och bemötande. DSK svarade snabbt och artigt, korrekt med namn och titel. Tydligt iaktogs hur de i samtalssituationen fokuserade på vad som sades, försökte ringa in problemet, ställde adekvata frågor, förtydligande frågor innan de bestämde sig för hur de skulle agera på den information som förmedlades i samtalet. Någon gång krävdes en omprioritering av planerade insatser, någon gång kunde DSK ge klara råd kring hur personalen skulle agera på något de observerat hos en patient. De svarade på personalens frågor med lugn och ingav trygghet genom sitt agerande och sin erfarenhet.

... jag upplever att telefonen är ett bra redskap på kvällen dock tror jag att den kunde användas bättre med hjälp av te x SBAR när alla fått utbildning i detta...DSK 1

Inställning och attityd

De observerade DSK arbetar alltid med telefonen vid sin sida. Den är en förutsättning för att kommunernas hemsjukvård ska kunna fungera i den form den nu är organiserad. DSK uttrycker olika inställningar till att ha telefonen som arbetsredskap. På direkt fråga hur de upplever att arbeta jourpass med telefonen som arbetsredskap svarar DSK i flera fall att de trivs med detta, men en del är inte lika nöjda utan anser att det kan vara stressande och störande med telefonerna.

Vilja till samarbete

Samarbetet med annan personal är något som DSK betonar som mycket viktigt. Under våra observationer har vi kunnat se hur många samtal efter avslutat ärende sedan avrundas med en mer personlig ton, DSK pratar, skojar och skrattar med hemtjänstpersonalen. En sorts relationsskapande samtal.

Telefonen som används jourtid är inte personlig, och inte anpassad till den enskilda DSK, utan den följer sitt område. Den DSK som har ansvar för område Centrum får med sig telefonen som är märkt Centrum. I telefonerna finns många viktiga telefonnummer till hemtjänstgrupper, kollegor och sjukvårdsinrättningar inlagda. Vid observationerna syntes att samtalet blev mycket annorlunda när DSK redan på displayen i mobiltelefonen kunde se att det var en kollega som ringde. Samtalstonen blev då personlig och kamratlig på ett annat vis.

Säkert förhållningssätt

Under observationerna såg vi olika aspekter av säkerhet som påverkar distriktssköterskan i arbetet. Vi har i analysen funnit följande underkategorier.

Delegering, tillit och samarbete

För att utföra vård i kommunal hemsjukvård krävs att DSK delegerar uppgifter till undersköterskorna. Detta samarbete kring patienten blir grundläggande i vården. I många av telefonmötena framkom tydligt att arbetssättet var uppbyggt med delegationer då DSK till exempel ordinerade vid behovs läkemedel eller givning av insulin och undersköterskan fick ge detta då DSK befann sig geografiskt långt från patienten. DSK försäkrade sig om att undersköterskan hade delegation i den aktuella uppgiften och ett samförstånd rådde att inte någon tog åt sig arbetsuppgifter den inte behärskade. Samarbetet och tilliten för varandras kunskap var en grund för säker vård. Samarbetet mellan de DSK som arbetade under jourpasset var också mycket beroende av telefonen, då de inte träffade varandra några längre stunder under ett arbetspass.

...med telefonen kan jag delegera ut arbetsuppgifter till kollegor som antingen är närmare patienten geografiskt eller har större kunskap inom vissa områden... DSK 2

Säkerhet

Distriktssköterska som arbetade jourtid hade ansvar för flera hundra patienter var och de hade endast direkt kunskap om ett fåtal av dessa patienter. Vi observerade att DSK var vana vid denna situation och de var noga med att inhämta kunskap om patienten via den inringande och om det fanns möjlighet och tillgänglighet även från journal för att få ett brett underlag. Många gånger togs ändå beslut utifrån en knapphändig bild, en bild återgiven av en kollega eller undersköterska. Kommunala hemsjukvården är uppbyggd på detta sätt och alla verkade vara helt insatta i sina roller. Patientsäkerhet och noggrannhet genomsyrar arbetet och inget verkar utföras slumpmässigt. Dokumentation och signeringslistor fanns hemma hos var patient i en särskild pärm. Detta gjorde det möjligt att var undersköterska eller DSK som kom hem till patienten lätt kunde se vad som givits eller gjorts när det gällde till exempel vid behovs läkemedel.

...med hjälp av telefonen kan jag förhöra mig om en enskild patients hälsa och allmäntillstånd genom att samla information från undersköterska eller hemtjänst... DSK 2

Bilen är ett vanligt och nödvändigt fortskaffningsmedel inom kommunal hemsjukvård. DSK rör sig ofta över många mil under ett arbetspass. Vid observationer framkom att DSK ofta svarade i telefonen under bilkörning, vilket försvårade flera moment för DSK. Det var inte alltid lätt att direkt kunna stanna bilen och fortsätta samtalet stillastående, vilket ökade risken för DSK då telefonsamtal och bilkörning pågick samtidigt. Ibland kunde telefonen vara kopplad till bilen för att inte behöva handha en telefon vilket underlättade. Problem uppkom också med att inte få fram papper och penna för att kunna anteckna om aktuell vårdsituation. Utifrån flertalet observationer registrerades en

upptränad simultankapacitet hos DSK. Samtal hölls under pågående bilkörning oavsett omständigheter.

Inställning och förutsättningar till teknik

Denna kategori beskriver distriktssköterskans attityd och inställning till det tekniska i samband med mobiltelefonen och beskriver olika aspekter av hur DSK reflekterar kring tekniken.

Teknikintresse och attityd till teknik

Vilken inställning DSK har till teknik påverkar i sin tur hur hon hanterar den. De distriktssköterskor som hade en positiv attityd till en ny mobiltelefon lät sig inte stressas av den obekanta tekniken utan såg den som en utmaning. Telefonen anses som väsentlig i arbetet och många uppger att de använder GPS- funktionen för navigering och internet för att komma åt FASS i telefonen.

Alla DSK är inte lika positiva till teknik och för dem innebär kanske mobilen som ett stressmoment.

...en telefon som används inom våran profession bör väl kunna bli riktad i både utförande och innehåll precis som våra dokumentationsprogram, att någon kunde specialisera sig på vad just vi behöver, inte en jädrans massa appar som stör... DSK 2

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys som metod har naturligtvis både starka och svaga sidor. En av dess styrkor är att det är en öppen forskningsmetod, vilket innebär att det kan vara lätt att beskriva tillvägagångssättet med urval och kodningar. Detta ger en objektiv analysmetod som ger möjlighet till uppföljningsstudier eller replikationer. Ser man till metodens svaga sida så speglar detta hur datainsamlingen är utförd. Innehållsanalysen kan endast bli så bra som datainsamlingen och materialet den bygger på är. Risk finns att forskarens tolkning inryms i kodningsmaterialet. Det är svårt att få svar på frågor om varför något är som det är utifrån innehållsanalysen (Bryman 2011, ss. 296-297). Författarnas val av forskningsmetod grundar sig på ett antagande om att observatörer lättare hittar samband mellan olika skeenden jämfört med de forskare som väljer att intervjua (Bryman 2012, s. 137).

Verksamhetscheferna vid de båda enheterna har varit mycket tillmötesgående och behjälpliga och gav snabbt samtycke till studien. Detta kan tyda på att denna studie kan vara relevant för verksamheten och visar även på att verksamhetscheferna hyser förtroende för distriktssköterskorna och för att verksamheten bedrivs på ett sätt som tål att observeras. Hade studien kunnat göras under längre tid eller i fler kommuner hade större material kunnat samlas in, detta var dock inte möjligt givet den korta tid som

författarna hade till sitt förfogande. Författarna bedömer dock att fyndet från observationerna styrktes av de svar DSK lämnade efter avslutad observation och där DSK kort fick svara på en fråga hur de upplever att arbeta jourpass med telefonen vid sin sida. Undersökningsmaterialet kan med fördel inhämtas med hjälp av olika tekniker, som observation och skriven fråga. I princip kan alla metoder kombineras (Dahlberg 2014, ss. 108-109).

Författarna upplevde att det var lätt att finna DSK som var villiga att delta i studien. Det kan tyda på att det finns intresse för studier som berör DSK i hemsjukvård och deras arbete. Bland de observerade DSK fanns en man, övriga var kvinnor, det bedöms som en styrka i studien. Samtliga deltagare hade svenska som sitt modersmål. Deltagarna hade en stor yrkeserfarenhet med mellan 3år till 12år i kommunal hemsjukvård. Då syftet inom kvalitativ forskning är att beskriva variationer är det en styrka att få ämnet belyst utifrån olika erfarenheter (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 169).

Författarna reflekterade över den egna förförståelsen av det studerade ämnet innan observationerna genomfördes. Genom att skriva ner förförståelsen blev författarna i högre grad medvetna om den och kunde sätta den åt sidan vid observationstillfällena. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008 s. 170) kan forskarnas egna inflytande aldrig helt uteslutas. Båda författarna har deltagit aktivt genom hela analysprocessen och genom detta har reflektioner och tolkningsmöjligheter diskuterats utifrån utgångsmaterialet och syftet. Det är en styrka att båda författarna tillsammans har genomfört analysarbetet, genom detta anses tillförlitligheten öka, vilket ökar trovärdigheten över resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim 2008, s. 170). Ett enkelt observationsprotokoll utarbetades för att båda författarna skulle observera samma saker, se bilaga, detta var till en stor hjälp.

Resultatdiskussion

Resultatet påvisar förutsättningar som påverkar distriktssköterskans vårdmöten via telefon på jourtid. Vilket i analys av materialet skapar fem olika huvudkategorier. Tillgänglighetskrav, med underkategorier som att vara alltid nåbar och ständigt avbruten i arbetet och att ständigt vara tillgänglig. Professionalitet är en huvudkategori med underkategorier som kompetens och ansvar, professionsetik, att visa respekt och skapa relationer och att ge råd. Kommunikerbarhet är en annan huvudkategori, och underkategorier som att lyssna, förklara och undervisa och ge råd, inställning och attityd och vilja till samarbete. Säkert förhållningssätt var ytterligare en huvudkategori som visade sig med säkerhet, delegering, tillit och samarbete som underkategorier. Förutsättningar till teknik är den sista huvudkategorin och underkategorin teknikintresse och attityd till teknik.

Studien visar att distriktssköterskans krav på tillgänglighet överskuggar mycket annat och kan leda till ökade risker att fel inträffar. Trafiksäkerhet och patientsäkerhet verkar få underordnad betydelse under kravet på tillgänglighet. Genom att alltid snabbt svara i telefon agerade DSK till synes ogenomtänkt över de risker som skapades. Trots detta noterades att DSK var noga med säkerheten och arbetade professionellt. Vid observationerna sågs hur DSK oreflekterat upplevdes ha krav på sig att svara snabbt.

Detta beteende tycker vi oss också se övrigt i samhället där telefonen har fått en central plats i människors vardag. Kanske är det detta beteende som återspeglas i DSK arbete. Med hänsyn till att DSK under jourtid arbetar med begränsade resurser och det finns få DSK i tjänst så prioriterades arbetet därefter. Att arbeta med begränsade resurser och att vara tillgänglig för många kan skapa stress och en känsla av otillräcklighet (Wallerstedt & Andershed 2007, ss. 36-37). Att granska DSK arbetssituation inom kommunal hemsjukvård kan vara av intresse för framtida forskning.

Observationsstudien visar distriktssköterskor som är kompetenta och professionella, korrekta i sitt bemötande och sin attityd gentemot patienter och kollegor. DSK möjlighet till att arbeta fritt och till viss del kunna forma hur situationer skall lösas ger kreativitet som i sin tur ger trivsel och arbetsglädje. Genom detta utvecklas och förstärks yrkesrollen. Bred kunskap och erfarenhet är viktiga komponenter i arbetet som DSK. Medicinska och medicintekniska kunskaper tillsammans med en personlig trygghet och mognad i yrkesrollen är av stor betydelse. Lång yrkeserfarenhet och livserfarenhet är av största värde och kan i vissa avseenden vara svårt att ersätta med traditionell utbildning. Mycket av DSK kunskap bärs med som en latent kunskap som snabbt måste plockas fram när den behövs. Många gånger kan det gå lång tid emellan att DSK ställs inför liknande problem och situationer. För att hålla kunskaper aktuella kan kontinuerlig fortbildning vara ett krav (Tunedal & Fagerberg 2001, ss. 29-30). DSK arbete består både av ensamarbete och teamarbete och tillsammans planeras vården utifrån de olika professionerna. Det är positivt när olika yrkesgrupper samverkar i vården får att nå bästa resultat. För att uppnå en hållbar utveckling krävs att DSK har en aktuell kunskap för att kunna möta de krav som dagens och kommande dagars patienter har. Stor kunskap krävs förstås inom det medicinska kunskapsfältet men utöver detta är ökad kunskap i pedagogik och kommunikation av största vikt. DSK ska på ett korrekt och trovärdigt sätt möta patienters och anhörigas frågor. Frågor som med stor sannolikhet blir av en annan karaktär än dagens äldre patienters frågor. Patientens krav på kunskap och tillgänglighet kan leda till ett nytt förhållningssätt inom vården, detta måste DSK vara aktiva till och förbereda på (Karlsson, Moberg & Lagerström 2006, ss. 38-39).

Resultatet visar att distriktssköterskans kommunikation även påverkas av viljan till samarbete och förmågan att lyssna, förklara, undervisa och ge råd. SBAR är en metod som kan hjälpa till att möjliggöra effektiv kommunikation men fortfarande gäller att den som lyssnar måste ha ett aktivt och koncentrerat lyssnande och att han/hon verkligen uppfattar det som sägs, annars misslyckas kommunikationen trots alla goda föresatser och standardiserade format. SBAR står för S-Situation, B- Bakgrund, A-Aktuellt tillstånd och R- Rekommendation. God vård bygger på att kommunikationen fungerar och informationen överförs korrekt. Med hjälp av SBAR överförs informationen på ett säkrare sätt, mer effektivt och med ett gemensamt språk. När mottagaren är bekant med SBAR-formatet kan han/hon lyssna lugnt till informationen utan att störa sändaren. Formatet ger en förutsägbar struktur på kommunikationen. Genom att införa SBAR i hälso- och sjukvårdens komplexa arbetsmiljöer kan ökad patientsäkerhet uppnås (Wallin & Thor 2008). Distriktssköterskans kunskap inom informationsöverföring och kommunikation är av största betydelse. Distriktssköterskan har en viktig roll i att undervisa kollegor och undersköterskor. Undervisning stimulerar DSK som då även själv kan få tid för reflektion och analys. Undervisningen ökar också samarbetet och närheten till övrig personal vilket kan vara positivt (Tunedal & Fagerberg 2001, s. 29).

Kommunikationens värde och betydelse inom hälso- och sjukvården påtalas allt oftare (Fossum, 2007, s. 23). För att mötet ska bli effektivt är det viktigt att vårdgivare och vårdtagare förstår varandra. Varje samtal är speciellt, men att definiera begreppet samtal är omöjligt (Fossum, 2007, s. 25). Vi anser att det är viktigt att lyfta upp distriktssköterskans roll i telefonsamtalet som alltid närvarande och hur hon hanterar samtalet.

Studien visar att distriktssköterskor arbetar med ett säkert förhållningssätt med tanke på patientsäkerhet och att de utifrån givna förutsättningar i den kommunala hemsjukvården samarbetar och känner tillit till hemtjänstpersonalen med sina delegeringar. I hemsjukvården bedrivs vården genom ett samarbete mellan undersköterskor och DSK. Det övergripande ansvaret för vården genom dokumentation, medicinering, delegering samt undervisning vilar på DSK (Karlsson, Moberg & Lagerström 2006, ss.37-38). Genom undervisning till omvårdnadspersonal, som innan delegering, får DSK ett bra tillfälle att bygga upp en tillit till övrig personal. Kunskap och kännedom om övrig personals kompetens är viktig kunskap för att som distriktssköterska kunna leda vården på ett säkert sätt (Tunedal & Fagerberg 2001, s. 29).

I vår observationsstudie syns att förutsättningarna till teknik kunde vara bättre och att trafiksäkerheten ofta åsidosätts av distriktssköterskorna under kravet på tillgänglighet. Teknik kan såväl underlätta som vara ett hinder för DSK utifrån olika situationer. Författarna upplever att tekniska lösningar kring mobiltelefoni och fordon skulle kunna vara annorlunda. Tekniken kan utgöra en säkerhet vid mycket ensamarbete och där DSK rör sig över stora områden under jourtid (Tourangeau, Patterson, Rowe, Saari, Thomson, Macdonald, Cranley & Squires 2014, s. 1021). Likaså kan den utgöra faror och hinder om den används utan att säkerheten tas med i beräkningen.

Studiens resultat visar att DSK i kommunal hemsjukvård arbetar mycket professionellt oavsett övriga omständigheter. DSK krav på förväntad tillgänglighet gestaltas genom att prioritera att svara på inkommande telefonsamtal. Detta prioriteras ibland högre än DSK egen säkerhet, genom att till exempel svara trots pågående bilkörning. Koncentrationen och uppmärksamheten förflyttas från bilkörning under pågående samtal. Det är viktigt att vara medveten om att samtal i mobiltelefon under bilkörning har en negativ påverkan på koncentrationen över själva bilkörningen. Även lätta och ytliga samtal distraherar och distraktionen ökar i takt med svårigheter komplexiteten i samtalet. Situationen försvårar både koncentration i bilkörningen och i samtalet (Patten, Kircher, Östlund & Nilsson 2004, s. 349). En DSK under jourtid kan förstås ha lätta och ytliga samtal men vanligt är komplicerade situationer där DSK ska göra bedömningar, vägleda och stödja och detta medan hon kör bil. Risk föreligger att säkerheten på vägen får ge vika till förmån för mer arbetsinriktade och organisatoriska frågor som att vara tillgänglig (Lewis & Newnam 2011, s.1328). Författarna är av uppfattningen att kommunerna inte har någon policy angående mobiltelefon och bilkörning och att detta skulle behöva komma upp till diskussion för att öka säkerheten för DSK arbetsituation.

Slutsats och kliniska implikationer

Vår studie visar att distriktssköterskan prioriterar tillgänglighet före säkerhet och som författarna ser det sker detta helt ofreflekterat. Telefonsamtal besvaras även då DSK är

upptagen i vårdmötet med patient. Önskvärt vore en större etisk reflektion och diskussion över hur telefonen hanteras i arbetet. DSK utsätter sig själv och patienten för risker genom ett sådant agerande.

Önskvärt vore om kommunerna i sin upphandling av leasingbilar skulle kunna överväga att få in en säkrare teknisk lösning för DSK mobiltelefoni.

Kommunerna skulle behöva diskutera och ta fram en policy för vad som gäller DSK och telefonsamtal under bilkörning och andra moment som kräver odelad koncentration.

Vår studie visar att telefontekniken bör anpassas efter DSK behov inom kommunal hemsjukvård.

Kommunerna kan i sin upphandling utrusta DSK med personbundna mobiler som de kan fylla med appar efter behov och göra personliga inställningar på. Journumret för distriktet skulle kunna vidarekopplas till den individanpassade telefonen.

Vår studie visar på behov av vidare forskning inom området för att synliggöra distriktssköterskors arbete inom kommunal hemsjukvård.

REFERENSER

- Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavium journal of caring sciences* 28,ss. 381-389.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Studentlitteratur.
- Bonander, K. & Snellman, I. (2007). Telefonmötets vårdrelation. *Vård i Norden*, 4, 86. (27). ss. 4-8.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Bryman, A. (2012). *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Malmö: Studentlitteratur.
- Bystedt, M., Eriksson, M. & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19, ss. 534-541.
- Bökberg, C. & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I Drevenhorn, E. (red). *Hemsjukvård*. Lund. Studentlitteratur.ss. 91-105.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud., B-O. & Fagerlund, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur. ss. 329-343.
- Dimbleby, R., & Burton. G. (2008). *Kommunikation är mer än ord*. Ungern: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. www.distriktssköterska.se
- Engqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I Fossum, B. (red). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur. ss.409-424.
- Forsell, A. & Boman, K. (2006). Erfarenheter av palliativ avancerad hemsjukvård för patienter med kronisk hjärtsvikt. *Vård i Norden*, 3, 81 (26), ss. 44-48.

- Fossum, B. (2007). Modeller och teori för kommunikation och bemötande. I Fossum, B. (red). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur. ss.23-39.
- Swenurse (2011). Föreningen för telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård, TRIHS, och Svensk Sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning för telefonsjuksköterska www.swenurse.se
- Holmström, I. & Höglund, A. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, (16), ss. 1865-1871.
- Johansson, M. & Wanland, S. (2011). Bättre vård i hemmet. FoU- centrum. Rapport.
- Johnson Pettinari, C. & Jessopp, L. (2001). Your ears become your eyes: managing the absence of visibility i NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (5), ss.668- 675.
- Josefsson, K. & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I Drevenhorn (red). *Hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 15-35.
- Josefsson, K., Sonde, L., Winblad, B. & Robins Wahlin, T-B. (2007). Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, (44), ss. 71-82.
- Josefsson, K., Åling, J. & Östin B-L. (2011). What Implies the Good Work for Registered Nurses in Municipal Care in Sweden *Clinical Nursing Research*, 20 (3) ,ss. 292-309.
- Josephson, U. (2008). Samtalsmetodik. I Klang Söderkvist (red). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur. Ss 153-180.
- Karlsson, B., Morberg, S. & Lagerström.(2006). Starka som individer men svaga som grupp. En kvalitativ studie om hur distriktsköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. *Vård i Norden*, 1, 79 (26), ss. 36-41.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Ledin, A., Olsen, L. & Josefsson, K. (2011). Sjuksköterskors syn på svårigheter i telefonrådgivning: En litteraturstudie. *Vård i Norden*, 2, 100, (31), ss. 11-18.
- Lewis, I. & Newnam, S. (2011). The development of an intervention to improve the safety of community care nurses while driving and qualitative investigation of its preliminary effects. *Safety Science*, (49), ss.1321-1330.
- Lokken, G. & Sobstad, F. (1995). *Observation och intervju i förskolan*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M & Höglund- Nielsen, B. (red). *Tillämpas kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur. Ss. 159-172.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011). *Samtal i kris*. Karlstad. www.msb.se Publikationsnummer MSB 352 ISBN 978-91-7383-194-9.

Osborn, C. & Townsend, C. (1997). Analysis of telephone communication between hospice nurses and nurse practitioner group. *Home Health Care Manage & Practice*, 9(5), ss.52-58.

Patel, R. & Davidsson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.

Patten, C., Kircher, A., Östlund, J. & Nilsson, L. (2004). Using mobile telephones: cognitive workload and attention resource allocation. *Accident Analysis and prevention*, (36), ss. 341-350.

Ruland, C. (2002). *Vårdinformatik. Hur användning av informations- och kommunikationsteknologi kan utveckla vård och omvårdnad*. Stockholm: Natur & Kultur.

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvård i Sverige och förslag på indikatorer*. www.socialstyrelsen.se

SFS 1982 : 763 *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet

SFS 2003:460 *Lagen om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SOSFS 1997:14 *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*

SOSFS 2005:28 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*.

Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap. Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Tourangeau, A., Patterson, E., Rowe, A., Saari, M., Thomson, H., Macdonald, G., Cranley, L. & Squires, M. (2014). Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*, (22), ss. 1015-1026.

Tunedal, U. & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*, 2, 60 (21), ss. 27-32.

Valanis, B., Gullion, C., Randles Moscato, S., Tanner, C., Izumi, S. & Shapiro, S. (2007). Predicting Patient Follow-Through on Telephone Nursing Advice. *Clinical Nursing Research*, 3 (16), ss.251- 269.

Vetenskapsrådet (2010). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*.

Vårdförbundet (2012). *Vårdmiljö. Arbetstid*. Vårdförbundet trycksak.

Vårdförbundet (2007). *Sjuksköterskor i kommunal äldreomsorg. En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet*. www.vardforbundet.se

Wallerstedt, B. & Anderhed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (21), ss. 32-40.

Wallin, C-J. & Thor, J. (2008). SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26-27 (105), ss. 1922-1925.

Bilaga 1



HÖGSKOLAN I BORÅS

Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor, Ann Holgersson och Maria Nytomt, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan/sjuksköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete. Vi avser att observera distriktssköterskors/sjuksköterskors arbete inom kommunal hemsjukvård och hur de arbetar under jourtid. Vi kontaktar nu Dig som verksamhetschef för att fråga om godkännande till att utföra studien och att vi även då får kontakta distriktssköterskor/sjuksköterskor arbetande i er verksamhet för deltagande i vår studie.

I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka hur distriktssköterskor/sjuksköterskor i svensk kommunal hemsjukvård arbetar under jourtid. Vår avsikt är att följa distriktssköterskan/sjuksköterskan under några timmar vid ett kvälls/helgpas för att observera hur arbetet är upplagt och hur det fungerar. Vanligt är att distrikts- och sjuksköterskor under jourtid arbetar ganska självständigt och är nåbara via telefon, och vi ser ett intresse i att observera hur det är och fungerar i er kommun samt följa en distriktssköterska/sjuksköterska i sitt arbete under några timmar.

Datainsamling kommer att ske genom observationer med uppföljande samtal som sedan analyseras utifrån kvalitativ innehållsanalys. Observationer utförs under några timmar samt ett uppföljande samtal under ett jourpass med distriktssköterskor/sjuksköterskor inom kommunal hemsjukvård. Observationerna kommer att ske hösten 2015, under v 36-37, på arbetsplatsen under ordinarie arbetspass. Tidsåtgången beräknar vi vara att en av oss följer en distriktssköterska/sjuksköterska vid sitt ordinarie kvällspass under några timmar. Vi önskar att få möjlighet att följa med distriktssköterska/sjuksköterska under cirka fyra pass eller delar av arbetspasset, gärna olika distrikts eller sjuksköterskor om det finns möjlighet.

Att medverka i studien är frivilligt och distriktssköterskan/sjuksköterskan kan när som helst avbryta sitt deltagande utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

För att underlätta för oss att komma igång med våra observationer uppskattar vi svar om godkännande och deltagande så snart som möjligt, dock senast v 33. Bifogat formulär om godkännande skickas till angiven adress så snart som möjligt. Särskilt informationsbrev till deltagande distriktssköterska/sjuksköterska bifogas för kännedom. Efter ert godkännande kontaktar vi sköterskor.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Hälsningar
Ann Holgersson

Maria Nytomt

Handledare
Lise-Lotte Jonasson, Universitetslektor Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås
tel

Godkännande

Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Ann Holgersson** och **Maria Nytomt** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort/datum

Namn
Titel/Verksamhet/Ort



HÖGSKOLAN I BORÅS

Till Distriktssköterskor/Sjuksköterskor

Vi är två sjuksköterskor, Ann Holgersson och Maria Nytomt, som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssjuksköterska vid Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syftet med examensarbetet är att erhålla fördjupade kunskaper inom ett område som distriktssköterskan/sjuksköterskan kommer i kontakt med i sitt arbete.

I vår magisteruppsats har vi valt att undersöka hur distriktssköterskor/sjuksköterskor i svensk kommunal hemsjukvård arbetar under jourtid. Vår avsikt är att följa distriktssköterska/sjuksköterskan under några timmar vid ett kvälls/ helgpas för att observera hur arbetet är upplagt och hur det fungerar. Vanligt är att distrikts eller sjuksköterskor under kvällstid/jourtid arbetar ganska självständigt och är nåbara via telefon, det finns mycket lite forskning kring hur sköterskornas arbete bedrivs jourtid och vi ser ett intresse i att observera hur det är och fungerar i er kommun samt följa en distriktssköterska/sjuksköterska i sitt arbete under några timmar.

Datainsamling kommer att ske genom observationer med uppföljande samtal som sedan analyseras utifrån kvalitativ innehållsanalys. Observationer kommer att utföras under några timmar samt ett kort uppföljande samtal under ett jourpass med distriktssköterska/sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård.

Observationerna kommer att ske hösten 2015, under v 36-37, på arbetsplatsen under ordinarie arbetspass. Tidsåtgången beräknar vi vara att en av oss följer en distriktssköterska/sjuksköterska vid sitt ordinarie kvällspass under några timmar. Vi planerar att följa med några olika distrikts/sjuksköterskor under cirka fyra kvällspass eller delar av pass.

Att medverka i studien är frivilligt och distriktssköterska/sjuksköterskan kan när som helst avbryta sitt deltagande utan förklaring. Allt material hanteras konfidentiellt och kan inte spåras till deltagarna vid publiceringen.

Godkännande från verksamhetschef är inhämtat innan deltagande distriktssköterska/sjuksköterska tillfrågas och datainsamling uppstartas.

Vid frågor eller eventuella funderingar är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare

Hälsningar

Ann Holgersson

Handledare

Lise-Lotte Jonasson, Universitetslektor

Maria Nytomt

Institutionen för vårdvetenskap
Högskolan i Borås

Samtycke

Undertecknad distriktssköterska/sjuksköterska samtycker härmed till deltagande i ovan nämnda examensarbete. **Ann Holgersson** och **Maria Nytomt** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

Ort/datum

Namn

Bilaga 3

Tack för att jag fått följa med och observera i ditt arbete.

I informationen har vi skrivit att vi skulle ha ett kort uppföljande samtal. Vi har justerat detta lite och önskar nu att få ställa en uppföljande fråga som du kan besvara kort via mail eller sms istället. Svaret bör endast vara några få meningar.

Hur upplever du att arbeta kvällspass och ha telefonen som arbetsredskap?

Tack/-

Maria Nytomt och Ann Holgersson

SMS:

Mail:

Adress:

Bilaga 4

Observationsmall:

DSK/SSK nr:

Antal samtal:

Tid start/slut för brevidgång:

Samtal nr:

Attityd till samtal, före/efter:

Tonfall (glad, arg, stödjande, avvisande, uppmuntrande, irriterande mm):

Icke verbal kommunikation (miner, gester, suck, blickar mm):