

Högskolan i Skövde
Institutionen för vård och natur

**Sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter som söker
vård på grund av psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivning**

-En intervjustudie

**Nurses' experiences of receiving patients with mental illness
seeking relief in healthcare call centres**

-An interview study

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Vårterminen 2008

Författare: Carlsson, Emma
Engström, Linda
Handledare: Westin, Lars

SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter som söker vård på grund av psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivning
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng
Författare:	Carlsson, Emma; Engström, Linda
Handledare:	Westin, Lars
Sidor:	15
Månad och år:	Maj, 2008
Nyckelord:	Psykisk ohälsa, bemötande, sjukvårdsrådgivning, telefonsjuksköterska

Den psykiska ohälsans utbredning är omfattande och är idag ett folkhälsoproblem i Sverige. Många människor söker vård för psykisk ohälsa genom telefonrådgivning. Syftet med denna studie har varit att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med psykisk ohälsa i arbetet med sjukvårdsrådgivning. För att genomföra denna studie valdes en kvalitativ metod. Sju sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning intervjuades. I resultatet framkom fem olika teman som benämndes: ”att känna att man betyder något för en annan människa”, ”att känna obehag inför samtal”, ”att inte kunna göra något och att känna sig otillräcklig”, ”att inte ha tid och resurser” samt ”att inte kunna se varandra”. Studien visar att det är viktigt för sjuksköterskan att betyda något för patienten. Den visar också att samtal om psykisk ohälsa kan innebära känslor som stress och obehag hos sjuksköterskorna. I studien framkommer för- och nackdelar med att inte ha en visuell kontakt mellan sjuksköterskan och patienten.

ABSTRACT

Title: Nurses' experiences of receiving patients with mental illness seeking relief in healthcare call centres

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Carlsson, Emma; Engström, Linda

Supervisor: Westin, Lars

Pages: 15

Month and year: May, 2008

Keywords: Mental illness, healthcare call centre, telephone nurse,

Mental illness is today an extensive problem, which affect the public health in Sweden. Many people with mental illness, try to get help through healthcare call centres. The aim of the study was to examine in what way nurses in healthcare call centres experience receiving patients, suffering from mental illness. To implement this study, a qualitative method was chosen. Seven nurses who work with counselling by phone were interviewed. Five themes appeared in the result: "to feel that you mean something to another human being", "to feel discomfort with some calls", "feeling insufficient and feelings of dejection", "lack of time and resources" and "being unable to see each other". This study emphasizes that it is important for the nurses to mean something to the person who calls the healthcare call centre. Its also shows that some calls about mental illness could cause feelings of stress and discomfort among the nurses. This study also shows advantages and disadvantages about the disability of not seeing the patient.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Kommunikation och vårdande relationer inom omvårdnaden	2
Utbildning och kompetens	3
Faktorer som påverkar telefonvårdsrådgivning	3
Patientens upplevelse av telefonrådgivning.....	4
Psyisk ohälsa.....	4
Prioritering av telefonsamtal.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	7
Frågeställningar	7
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys.....	8
Etiska aspekter	8
RESULTAT	9
Att känna att man betyder något för en annan människa.....	9
Att känna obehag inför samtal	10
Att inte kunna göra något och att känna sig otillräcklig.....	10
Att inte ha tid och resurser	11
Att inte kunna se varandra	11
Sammanfattning	12
DISKUSSION.....	12
Metod.....	12
Resultat	13
KONKLUSION	15
REFERENSER	16
BILAGA I.....	A
BILAGA II.....	B
BILAGA III	C
BILAGA IV	D

INLEDNING

Den psykiska ohälsans utbredning är omfattande och är idag ett folkhälsoproblem i Sverige. Enligt Socialstyrelsen (2005a) uppger 20 till 40 % av befolkningen i Sverige, att de lider av psykisk ohälsa. Fokus för denna studie är inriktad på hur sjuksköterskan, per telefon upplever bemötandet av människor med psykisk ohälsa. Det är sjuksköterskans erfarenheter som uppmärksammas. Vi har valt detta ämne därför att psykisk ohälsa intresserar oss. Litteratursökningen som gjorts inför studien visade att det behövs fler studier som berör sjukvårdsrådgivning och psykisk ohälsa. Därför anser vi att det är ett ämne som behöver kunskapstillskott.

Enligt vår erfarenhet kan psykisk ohälsa ibland vara mer svår diagnostiserad än somatiska sjukdomar. Detta försvåras eventuellt ytterligare då vården ges via en telefon. Enligt Leppänen (2002) är problemet med all sjukvårdsrådgivning att sjuksköterskan och uppringaren befinner sig på olika platser och endast kan höra varandra. Telefonsjuksköterskans förmåga att bedöma uppringarens problem försvåras av hon/han inte kan se eventuella sjukdomstecken. Inte heller kan sjuksköterskan se ansiktsuttryck, kroppshållning eller klädsel. Ser man personen, kan sådant ibland avslöja personens illabefinnande och smärta. Vid rådgivning genom en telefon, måste bedömningen göras utifrån det sköterskan uppfattar av uppringarens berättelse och tonläge.

Telefonen är ett viktigt redskap i hälso- och sjukvårdens arbete med människor som söker hjälp för hälsorelaterade problem. En stor del av dem som bestämt sig för att söka vård väljer att ringa till exempelvis vårdcentraler, jourcentraler och sjukvårdsupplysningar. De söker hellre vård telefonledes, istället för att åka till vårdinstanserna direkt (Leppänen, 2002). Nästan alla regioner och landsting i Sverige har idag en sjukvårdsrådgivningstjänst som befolkningen kan ringa till dygnet runt. Dessa tjänster besvarar tillsammans mer än 3,5 miljoner telefonsamtal varje år (Sjukvårdsrådgivningen, 2008). Samtalen dokumenteras, likaså kontaktorsaken. I Skaraborg registrerades 37 486 journalanteckningar sista halvåret under 2007. Av dessa samtal handlade 878 telefonuppringningar (drygt 2 procent) om psykiska besvär. I realiteten är det fler samtal som berört psykisk ohälsa, men alla kan inte registreras under specificerade kontaktorsaker. Ett mörkertal hamnar därför under kontaktorsaken övrigt (Källström, 2008). Sjukvårdsrådgivningen är en omfattande organisation som växer. Det finns därför idag ett stort behov av professionella telefonsjuksköterskor som kan bemöta människor psykisk ohälsa. Därför är det också viktigt att erhålla ökad kunskap om arbetsituationen för dessa sjuksköterskor.

BAKGRUND

Personer som mår psykiskt dåligt vänder sig idag i stor utsträckning till primärvården. Andelen personer med psykisk problematik utgör mellan 15 och 20 procent av det totala antalet sökande till primärvården (Socialstyrelsen, 2007). Ett av många sätt att komma i kontakt med sjukvården är att ringa till Sjukvårdsrådgivningen. Det traditionella fysiska vårdmötet har till viss del kommit att ersättas av sjukvårdsrådgivning per telefon. Eftersom

det är kostsamt med sjukvård och det ofta är lång väntetid väljer många människor att rådgöra med sjukvårdsrådgivningen först. Sjukvårdsrådgivningens tjänster ska ge människor en bra tillgänglighet till sjukvårdsinformation. Individer ska kunna få rådgivning och ska, tillsammans med en sjuksköterska, kunna diskutera medicinska problem (Wahlberg, 2007).

Kommunikation och vårdande relationer inom omvårdnaden

Kommunikation mellan människor är en betydelsefull del inom vården. Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning ska sjuksköterskan ha förmåga att bemöta och kommunicera. Sjuksköterskan ska kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska kunna informera och undervisa patienter. Detta innefattar även att uppmärksamma patienters informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005b).

Vårdande samtal utgör en stor del i telefonsjuksköterskans såväl som alla sjuksköterskors arbete. Enligt Fredriksson (1995) har de flesta förmodligen någon gång upplevt hur ett samtal kan vara vårdande. Upplevelsen av gemenskap är en första förutsättning för det vårdande samtalet. Dialogen börjar med upptäckten av att både patient och sjuksköterska är människor som har lika värde. Gemenskapen leder fram till ett vårdande samtal. En djup vilja och önskan finns hos patienten angående att vilja prata om sitt lidande. Det sammanfaller med vårdarens avsikt av att vilja lindra lidandet. När samtalet är över kvarstår denna gemenskap, känslan av den grundläggande likhet det innebär att vara människa. Andra steget mot ett vårdande samtal är att skapa en relation mellan vårdare och patient, vilket kan ske genom en kontakt dem emellan. Det innebär att patienten bjuder in vårdaren att dela lidandet och vårdarens gåva är tillgänglighet och lyssnande. Därigenom kan samtalet bli vårdande och patienten kan skapa en mening i sitt lidande. Denna förbindelse innebär att lidandet hos patienten kan lindras. En annan given omständighet för det vårdande samtalet är att det finns ett mänskligt lidande och ett medlidande hos vårdaren. Det innebär en medvetenhet hos vårdaren, om det egna lidandet och hur det relateras till patientens lidande (Fredriksson, 1995). Kasén (2002) anser att en vårdande relation inte kan vara fullständigt ömsesidig, för att kunna lindra patientens lidande. En vårdande relation innebär ett asymmetriskt förhållande, där patienten är en lidande människa och vårdaren vårdar och bär ett ansvar. I relationen förpliktigar sig vårdaren att värna om patientens värdighet, genom att lindra lidandet.

Patientens lidande och vårdarens medlidande utgör förutsättningar för det vårdande samtalet. Det krävs att vårdaren har förståelse för hur patienter uttrycker lidandet. Fredriksson och Lindström (2002) beskriver patienter upplevelser av lidande i vårdssamtal och i denna studie dolde patienterna lidandet i vårdssamtalen bakom en fasad, för att kunna hantera lidandet och skammen. Längre fram i dessa samtal nådde de slutligen en vändpunkt som möjliggjorde ett läkande. Genom att visa sitt innersta öppnade de upp sig för relationer till andra människor och även för en relation till sig själva. Med lidandet växte de till att bli synliga som människor och läkandet var möjligt. De som kan svara på varför de lider, kan även tolka sitt lidande på ett sätt som möjliggör utveckling och försoning. För att kunna göra så är de tvungna att släppa på sin fasad och konfrontera lidandet och skammen.

Utbildning och kompetens

En viktig faktor vid telefonrådgivning vid psykisk ohälsa är adekvat utbildning hos sjuksköterskorna. I en brittisk studie av Payne, Harvey, Jessopp, Plummer, Tylee & Gournay (2002) mättes självförtroendet hos sjuksköterskor som arbetade i en brittisk sjukvårdsrådgivning. Hur samtal angående psykisk ohälsa hanterades av sjuksköterskorna undersöktes. Även attityder till psykisk ohälsa, före och efter utbildning angående depression uppskattades. Utbildningen omfattade intervjuer med patienten, riskbedömning, att förstå och hantera känslor. Andra ämnen diskuterades som problemformulering, beslutstagande och att kunna ge patientcentrerad och effektiv hjälp till dem som ringer in. Resultatet visade att sjuksköterskorna fick ett ökat självförtroende när de gått igenom utbildningen. Efter utbildningen ändrade de attityd gällande depression och de blev mer positiva gentemot sin roll när det gällde att behandla depressioner.

En studie om telefonvårdsrådgivning (Monaghan, Clifford & McDonald, 2003) handlade om vanliga barnåkommor som feber och utslag. I studien undersöktes det om det hade någon betydelse med vilken sjuksköterska patienten samtalade med. Forskarna jämförde allmänsjuksköterskor med barnsjuksköterskor. Resultatet visade att sjuksköterskorna med vidareutbildning hade en signifikant kortare samtalstid. Deras besked och utlåtanden om samtalen angående barnåkommorna avklarades under kortare tid. Troligen hade dessa sjuksköterskor lättare att bedöma barnen, eftersom de hade genomgått en utbildning där barnet var i fokus. En slutsats i studien var att vårdtagarna borde få hjälp av den sjuksköterska som är lämpligast för angelägenheten det gäller i respektive samtal.

Faktorer som påverkar telefonvårdsrådgivning

Arbetsmiljön vid telefonrådgivning spelar stor roll för sjuksköterskorna och deras förmåga att fungera optimalt i samtalen. Finns det till exempel någon annan i rummet när sjuksköterskan har rådgivning per telefon, är sjuksköterskan tvungen att förhålla sig till båda parter. Det blir en socialt komplicerad situation. Sjuksköterskan kan ha svårt att helt kunna fokusera på sitt samtal när andra är i rummet, vilket kan leda till missförstånd. Tyvärr ser det ändå ut såhär på många arbetsplatser och det verkade bero på att hälso- och sjukvårdsrådgivningen inte betraktas som riktig vård eller som sanna patientmöten (Wahlberg, 2007).

En engelsk studie av O’Cathain, Sampson, Munro, Thomas och Nicholl (2003) handlade om sjuksköterskors syn på datoriserat beslutsunderlag i telefonvårdsrådgivning. Sjuksköterskorna uppfattade beslutsunderlaget som ett säkerhetsnät. Både de själva och beslutsunderlaget var nödvändiga för den kliniska beslutstagande processen. När det gällde vissa samtal var sjuksköterskornas egen insats grundläggande. Vid andra samtal fungerade beslutsunderlaget som utgångspunkt. I studien framhölls att fler undersökningar behöver göras vad gäller konsensus mellan sjuksköterskor och beslutsunderlaget.

Andra faktorer som påverkar situationen vid telefonvårdsrådgivning i betydande utsträckning är att sjuksköterskorna inte kan se patienten. I en studie av Johnson, Pettinari och Jessopp (2001) undersöktes sjuksköterskors iakttagelseförmåga vid telefonvårdsrådgivning. Ofta visualiserade de en bild om patienten och hans/hennes situation. Sjuksköterskorna utvecklade olika strategier för att kompensera att de inte kunde

se patienten. En viktig faktor när sjuksköterskorna byggde upp ett förtroende, var att försöka personifiera samtal, genom att till exempel använda uppringarens namn. Hade sjuksköterskan inte en varm och empatisk attityd gentemot vårdtagaren, var sannolikheten stor att patienten inte skulle återkomma. När det gällde att ge råd och förmedla information via en telefon, fanns det också vissa strategier. I de fall patienten lät aggressiv eller verkade ha svårt att förstå det som sagts, kunde sjuksköterskan tala långsammare, sänka ljudnivån och vara lyhörd inför patientens reaktion. Studiens konklusion framhöll att en mer detaljerad utfrågning kunde ha effekter på både uppringaren och sjuksköterskan. Detta kunde till exempel uppmuntra vårdtagaren att observera sin hälsa mer ingående.

Patientens upplevelse av telefonrådgivning

En högst relevant aspekt när det gäller telefonrådgivning, är patientens upplevelse av samtal och vården som ges. Bonander och Snellman (2007) beskrev hur patienten upplevde vårdrelationen med sjuksköterskan vid telefonsamtal på vårdcentral. I studien benämndes tre centrala teman: ”från ett vänligt till ett avvisande bemötande”, ”från att bli tagen på allvar till att bli negligerad” och ”från att bli sedd som person till att betraktas som ett objekt”. Det första temat innebar att sjuksköterskans bemötande skulle vara tillmötesgående och förstående. Patienten skulle uppleva att hon eller han fick hjälp med sina problem. Sjuksköterskan borde tala med lugn röst och visa medkänsla. Ett avvisande bemötande kunde ge sjuksköterskan en överlägsen ställning i samtalet. Detta ledde till att patienterna kände sig nedtryckta, ledsna eller kränkta och/eller avhysta. Blev patienten tagen på allvar skulle hon/han kunna känna sig stärkt i samtalet. Oenigheter mellan sjuksköterskan och patienten, ledde ofta till att patienten kände sig negligerad. Möttes patienten av en överlägsen attityd, var det lätt att känna sig som ett objekt istället för en människa. Lyhördhet och att kunna förstå mer än det som sades var, enligt patienterna, viktiga egenskaper hos sjuksköterskorna.

En studie av Payne, Jessopp, Harvey, Plummer, Tylee och Thornicraft (2003) hade för avsikt att besvara frågan om telefonvårdsrådgivning kunde bemöta behoven hos patienter med psykisk ohälsa. Rådgivningen sågs som något centralt för människor med psykisk ohälsa och deras vårdare. I studien ansåg 99 % av de vård sökande att sjuksköterskorna var förstående. Det var 27 % som kände att sjuksköterskorna inte kunde hantera deras problem. Patienterna fick svara på hur de hade gjort om NHS Direct inte funnits tillgängligt. NHS Direkt är en brittisk motsvarighet till den svenska Sjukvårdsrådgivningen. På den frågan svarade 21 % att de inte visste vad de skulle ha gjort. Samtidigt svarade 21 % att de inte skulle ha gjort någonting. I studien tillade de som svarade att de inte skulle ha gjort något, att de skulle ha oroat sig eller hamnat i ett sämre tillstånd. I en liknande studie av Wahlberg och Wredling (1999) som gjorts inom svensk telefonrådgivning, uppgav 95 % av vårdtagarna att de kände sig tillfredställda med den hjälp de fått. Resultatet i studien visade även att fler män än kvinnor ringde in och att majoriteten som sökte hjälp var vuxna mellan 20 och 40 år.

Psykisk ohälsa

Denna studie inriktar sig på sjuksköterskors erfarenheter vid bemötande av patienter med psykisk ohälsa i telefonvårdsrådgivning. Psykisk ohälsa är ett centralt begrepp för denna studie och kommer därför att presenteras närmare. Socialstyrelsen (2005a) beskriver

psykisk ohälsa som allt från psykiska sjukdomar t.ex. psykos och depression, till lättare psykiska problem eller besvär som till exempel oro, ångest och sömnproblem. Det är problem som inte alltid får en egen diagnos, men ofta orsakar personliga lidanden. Vidare kan psykisk ohälsa sägas vara frånvaro av välbefinnande, i psykiskt hänseende. Enligt Haugsgjerd (1999) är det dock inte meningsfullt att dra gränser mellan lidande och icke-lidande. Inte heller mellan sjukdom och hälsa bör man dra några skiljelinjer. Det som står i fokus är bland annat förmågan att bearbeta konflikter, uthärda besvikelser och saknad.

En individs känslomässiga identitet formas av hans/hennes livserfarenheter. Identiteten står i ett förhållande till de relationer han/hon haft till sin närmaste omgivning under barndomen och i fortsättningen av livet. Den kulturella och sociala kontexten spelar även en stor roll. Uppväxtmiljön med dess levnadsvillkor, attityder och normer gynnar olika slags lösningar av problemet psykisk smärta. Det betyder att det är svårt att skaffa sig en adekvat bild av en persons emotionella natur, utan att vara förtrogen med den sociala och kulturella bakgrunden. De som arbetar inom psykiatrin och de som arbetar med psykisk ohälsa idag bör ha goda kunskaper om många olika kulturer. I sin verksamhet möter de olika kulturformer, därför bör de ha förmåga att uppfatta kulturella olikheter (Haugsgjerd, 1999). Psykisk ohälsa är en av de huvudsakliga förklaringarna till kronisk sjukdom enligt Lindström, Moghaddassi och Merlo (2006). De visar i sin studie att det främst är individuella faktorer som påverkar den psykiska ohälsan. Detta antyder att särskilda grupper med olika egenskaper behöver förebyggande insatser, till exempel unga kvinnor. Ensamstående, invandrare och människor som är ekonomiskt utsatta drabbas också oftare än andra. De som har ett mindre socialt nätverk upplever oftare psykisk ohälsa.

Hos de som lider av psykisk ohälsa är vanliga diagnoser oro, ångesttillstånd, sömnproblem och lindrigare depressioner. Det psykiska lidande som kommer till uttryck genom oro och ångest av olika allvarlighetsgrad, är den typen av besvär som ökar mest i samhället. Även här drabbas unga kvinnor i stor utsträckning. Ett ökat missbruk, självmordsförsök och annan självtillfogad skada bland unga människor kräver idag stor uppmärksamhet av vården (Socialstyrelsen, 2005a).

Prioritering av telefonsamtal

I en brittisk studie (Ashmore, Hemingway, Lees & Barker, 2001) uppgavs 4 % av samtalen vara relaterade till psykisk ohälsa. Dessa samtal var de som skapade mest oro bland telefonsjuksköterskorna och de tog dubbelt så lång tid som andra samtal. Syftet med denna studie var att påbörja en analys av den sorts ingripanden som använts av sjuksköterskor i telefonrådgivning. Samtalen handlade om att bemöta patienter med ett destruktivt beteende. Telefonsamtalen var påhittade och utfördes som rollspel. Enligt ett system delades resultaten in i olika två olika grupper och sex subkategorier. Grupperna var "auktoritära" och "hjälpande" ingripanden. I den auktoritära gruppen försökte sjuksköterskorna att ledsaga klienten i hans/hennes beteende. När det gäller de hjälpande handlingarna, var målet att få patienten att ta ansvar för hans/hennes handlingar. Av 1495 fall som granskats visade sig 23 % tillhöra den auktoritära gruppen och 77 % ingick i de hjälpsamma ingripandena.

Wahlberg, Cedersund och Wredling (2002) undersökte vilka problem som fanns med telefonrådgivningen i Sverige. I studien framkom tio olika problemområden. Till dessa tio

områden hörde bl.a. brist på resurser inom sjukvården, sjuksköterskans oförmåga att se patienten och svårigheter som relaterades till beslutstagande. Sjuksköterskorna kände sig stressade och hade problem med att förstå invandrare. Konsekvenserna av undersökningen visade vad som behövde betonas i sjuksköterskornas utbildning. De behövde tränas i aktivt lyssnande genom att höra på och kommentera sina egna konsultationer, för att kunna förbättra sitt beslutsfattande. Detta kunde stödja dem i en situation där de saknade visuell kontakt enligt Wahlberg, et al. (2002).

Hur sjuksköterskor prioriterar samtalen påverkar också vårdens kvalitet och samtalens utfall. Triage är en process för att sortera och prioritera patienter, där de mest allvarliga eller brådskande fallen behandlas först. I en situation som karaktäriseras av begränsad information, det vill säga brist på synintryck, gör personalen bedömningar av uppringarnas tillstånd och fattar beslut om hur de ska hanteras. En australiensisk studie av Kevin (2002) fokuserade på huruvida telefontriage var effektivt i samband med psykisk ohälsa. Patienterna i studien blev bedömda och fick en försäkran om att hon/han led av psykiska problem som behövde ingripande av en mentalvårdare. Ibland skickade man hem någon ur personalen till uppringaren. Resultatet visade bland annat att det behövs mer forskning för att undersöka tillfredsställelsen hos patienterna med psykisk ohälsa, angående användandet av triage.

Problemformulering

Psykisk ohälsa innefattar många olika tillstånd, vilket innebär att sjuksköterskan ges en stor utmaning vad gäller att bedöma vårdbehov via telefonrådgivning. Många människor väljer i första hand att vända sig till sjukvårdsrådgivningen för att få hjälp och råd med psykiska problem. Därför finns ett stort behov av telefonsjuksköterskor med adekvat förmåga att bemöta personer med psykisk ohälsa. En av svårigheterna med all sjukvårdsrådgivning per telefon är att parterna inte kan se varandra. Sjuksköterskan får göra en bedömning utifrån det hon/han kan uppfatta av patientens berättelse och tonfall. Utbildning är en viktig faktor för att kunna ge rätt bemötande och rätt vård. Forskning om patienters upplevelser av vårdrelationer över telefon har bland annat visat att patienter betonar vikten av att bli sedda och bekräftade. Patienterna lägger stor vikt vid att sjuksköterskan är lyhörd. Samtal relaterade till psykisk ohälsa skapar oro och stress hos sjuksköterskorna då dessa samtal är tidskrävande. Det saknas forskning inom området som beskriver sjuksköterskors erfarenheter när det gäller bemötandet av psykisk ohälsa per telefon. Vid sökning av artiklar och annan litteratur till denna studie, har förhållandevis få studier i ämnet kunnat identifieras. Därför behövs det göras ytterligare studier inom området.

SYFTE

Syftet med denna studie har varit att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med psykisk ohälsa i arbetet som telefonrådgivare.

Frågeställningar

- Vad har sjuksköterskorna för erfarenheter från och förmåga av att bemöta patienter med psykisk ohälsa?
- Vad anser sjuksköterskorna vara problem/potentialer med sjukvårdsrådgivning per telefon i mötet med patienter med psykisk ohälsa?

METOD

Metoden som användes i denna studie hade en kvalitativ ansats. Sjuksköterskors upplevelser, intryck, känslor och erfarenheter skulle beskrivas. En kvalitativ undersökning med intervjuer som datainsamlingsmetod, ansågs vara en lämplig metod för att besvara frågeställningarna och forskningsfrågan. Kvalitativ forskning fokuserar, enligt Polit & Beck (2004), på nya perspektiv angående ämnen som det inte finns särskilt mycket kunskap om. De kvalitativa studierna har ofta sina rötter i antropologi, sociologi och psykologi. I dessa studier samlar forskaren ofta in ett mindre antal intervjuer eller nedskrivna berättelser som studiens deltagare skildrat. I en kvalitativ studie används nästan alltid ett litet, icke-slumpmässigt urval av deltagare. Målet med de flesta kvalitativa studier är att finna innebörder och att beskriva människans subjektiva verklighet. Enligt Dahlberg (1997) är hälso- och sjukvården en komplex verksamhet med företeelser som helhetssyn, lidande, mening, hälsa, och hälsoeffekter. Dessa händelser är svåra att mäta och existerar endast i ett livsvärldsperspektiv. Vårdandet i sig beskrivs som en abstrakt företeelse. Det finns inget annat lidande och ingen annan helhetssyn än den vi erfar. Genom intervjuer kan dessa företeelser belysas, analyseras och beskrivas. Enligt Kvale (1997) vänder sig forskaren genom intervjun, till människors livsvärld. Han påpekar att den kvalitativa forskningsintervjun försöker förstå världen ur de intervjuades synsätt, frilägga deras livsvärld före de vetenskapliga förklaringarna och utveckla betydelsen av människors erfarenheter.

Urval

En sjukvårdsrådgivning i västra Sverige kontaktades och fick förfrågan om deltagande i denna intervjustudie. Både en muntlig som skriftlig förfrågan gjordes (se bilaga I). När chefen för verksamheten gav sitt tillstånd bidrog denne med att tilldela sjuksköterskorna en skriftlig förfrågan (se bilaga II) om deltagande i studien. Av nio tillfrågade sköterskor gav sju sjuksköterskor sitt samtycke, en tackade nej och en sjuksköterska kunde inte delta av privata skäl. Sjuksköterskorna som valde att medverka, var samtliga kvinnor i olika åldrar.

I urvalet ingick både allmänsjuksköterskor och distriktssjuksköterskor. Deltagarna hade mellan 0,5 - 8 års erfarenhet av sjukvårdsrådgivning.

Datainsamling

Datainsamling gjordes genom öppna intervjuer, där sju telefonsjuksköterskor som arbetar med sjukvårdsrådgivning intervjuades. Intervjuerna pågick mellan 15 och 25 minuter. Frågorna utgick från studiens syfte, som var att analysera och beskriva hur sjuksköterskorna beskriver telefonmötet med personer som söker vård för psykisk ohälsa. Intervjuerna genomfördes på en sjukvårdsrådgivning i västra Sverige, där personalutrymmen användes för att behålla en trygg och van miljö för deltagarna. Sjuksköterskorna blev intervjuade enskilt av en författare i taget, för att skapa en så avspänd, trygg och jämställd situation som möjligt. Intervjuerna spelades in på kassetband. En frågeguide användes som underlag för alla intervjuer (se bilaga IV). Första frågan handlade om att beskriva ett telefonmöte. Sjuksköterskorna ombads sedan att beskriva ett positivt och ett negativt möte. När sjuksköterskorna började berätta utifrån sina erfarenheter, ställdes uppföljningsfrågor. Efter genomförandet av intervjuerna transkriberades det inspelade materialet ord för ord.

Dataanalys

En kvalitativ dataanalys enligt Dahlberg (1997) genomfördes. Analysen utgick ifrån en helhet för att sedan dela upp materialet i meningsenheter och åter kunna skapa en helhet med olika teman. Med studiens syfte som utgångspunkt lästes texterna var och en för sig i sin helhet flera gånger, för att få en övergripande förståelse för innehållet. När en helhetsförståelse för texterna skapats, lästes de åter för att skapa en djupare förståelse. Olika delar i texten började framträda och meningsbärande enheter identifierades och valdes ut. De meningsbärande enheterna kunde sedan kategoriseras in i olika grupper som hade en liknande innebörd. Grupperna fick sedan bilda övergripande teman som speglar innebörden och essensen av sjuksköterskornas berättelser. Dessa teman bildade sedan resultatet.

Etiska aspekter

Tre viktiga huvudprinciper finns att utgå från vad gäller etiska aspekter inom forskning. Godhetsprincipen är en av de mest grundläggande etiska principerna. Den betonar att ingen får skadas. Forskare skall sträva efter att minimera alla typer av skador och obehagligheter för att hålla en balans mellan de potentiella fördelarna/riskerna med att vara en deltagare. Principen gällande respekt för mänsklig värdighet, råder exempelvis vid självbestämmande om deltagande. Den innefattar forskarnas ansvarsområden för att informera de deltagande t.ex. angående deras rätt att avbryta sin medverkan. Rättvisseprincipen understryker deltagarnas rätt till en korrekt behandling och deras rättigheter till ett privatliv. Anonymitet bör användas i den utsträckning som är möjlig. I annat fall bör konfidentiella tillvägagångssätt tillämpas (Polit & Beck, 2004). De etiska grundprinciperna präglade och genomsyrade vårt etiska förhållningssätt i hela denna forskningsprocess och studie. Deltagarnas identiteter och integritet respekterades och de gav sitt informerade samtycke.

Sjuksköterskorna delgavs information om studiens syfte och innehåll. Deltagandet i studien var frivilligt.

RESULTAT

Efter analys av samtliga intervjuer framkom fem teman. Dessa teman beskriver essensen av sjuksköterskornas erfarenheter, när det gällde att samtala med människor som sökt vård för psykisk ohälsa genom sjukvårdsrådgivning. Intervjuerna kännetecknades av att sjuksköterskorna hade en stark önskan om att nå fram till patienterna. Detta trots svårigheter med att de exempelvis inte kunde se patienten. I vissa fall lyckades de med att ge patienten trygghet för stunden, vilket gav sjuksköterskorna tillfredsställelse. I andra fall blev inte resultatet som de önskat. Av olika anledningar, som till exempel tidsbrist, kände sjuksköterskorna sig otillräckliga. En del samtal kunde till och med förorsaka obehagskänslor hos sjuksköterskorna. Följande teman kommer att beskrivas tillsammans med belysande citat:

Att känna att man betyder något för en annan människa

Att känna obehag inför samtal

Att inte kunna göra något och att känna sig otillräcklig

Att inte ha tid och resurser

Att inte kunna se varandra

Att känna att man betyder något för en annan människa

Sjuksköterskorna beskrev samtal med patienter som led av psykisk ohälsa. Samtalen handlade ofta om att få patienterna att känna sig lugna och trygga. Sjuksköterskorna upplevde det viktiga i att ge patienten en känsla av tillit, tid att ”prata av sig” och ”prata färdigt”. Sjuksköterskorna uttryckte också känslor av att inte vilja utsätta patienten för stress och det var viktigt för dem att avsätta gott om tid för dessa samtal. För att samtalet skulle vara meningsfullt för patienten, var det viktigt för sjuksköterskorna att inte bli stressade, trots många samtal i kö. När sjuksköterskorna förstod att patienten kände sig trygg och upplevde en känsla av välbefinnande, blev sjuksköterskorna mer positiva och tillfredsställda. Ofta handlade det om att ge patienten trygghet för stunden.

”Viktigast att det blir ett bra samtal, när man känner att nu klarar han/hon sig en stund till, nu sover hon nog gott i natt, att man blir tillfreds. Man kan prata om katter, vad som helst, bara samtalet är gott för den som ringer in.”

Ibland upplevde sjuksköterskorna en del samtal som besvärliga. När patienter med svår ångest ringde, kände de att det kunde hjälpa att prata om något oväsentligt. Sjuksköterskorna försökte därmed avleda uppmärksamheten från patientens ångest. Lösa grundorsaken eller grundproblemet till personens ångest, var inte syftet med samtalet. Däremot kunde patienten få hjälp för stunden, vilket upplevdes som betydelsefullt. Många

sjuksköterskor var positiva och beskrev möten där patienterna fått ut mycket av samtalen, känt sig lugnade och t.ex. kunnat lägga sig och sova utan problem. Bland de patienter som ringde, var det flera som visade tacksamhet gentemot personalen. Positiva känslor hos sjuksköterskorna upplevdes även när de kände att patienterna lyssnade och tog till sig av deras råd, av att de kunde ge stöd och fick bekräftelse på att patienten mådde bättre i slutet av samtalet.

Att känna obehag inför samtal

Vissa samtal gav känslor av olust och sjuksköterskorna kunde uppleva ett obehag inför att tala. Detta handlade ofta om patienter som blev aggressiva och gick till personangrepp. Ofta upplevde sjuksköterskorna att det var svårt att inte ta patienternas angrepp personligt, även fast de försökte distansera sig. En sjuksköterska beskrev hur det kändes när en patient blev arg:

”Det är påfrestande. Ibland mår man faktiskt dåligt efteråt, för patienten går ju till personangrepp mot oss. Säger: Det skall väl du veta som är sjuksköterska? Kan ni ingenting som sitter där uppe i telefonen? Man behöver inte ta det personligt, men det gör man ändå.”

Obehagkänslor inför samtal kunde även bero på svårigheter med att bemöta patienter som inte uppfattade eller tog till sig av sjuksköterskornas råd. När sjuksköterskorna försökte hjälpa patienter som inte lyssnade, upplevdes det mycket frustrerande. När dessa patienter ändå återkom med samma problem, uppstod känslor av obehag hos sjuksköterskorna. En del patienter försökte till och med spela ut sjuksköterskorna mot varandra. En sjuksköterska berättar om en återkommande patient:

”Han ringer både dagtid, natt och kväll och det är ju nästan som om han terroriserar oss. Han har valt ut några som han tycker bättre om och så vill han inte prata med alla. Då lägger han hellre på och så ringer han upp igen och hoppas att den han tycker om ska prata med honom. Det är jobbigt.”

Att inte kunna göra något och att känna sig otillräcklig

Sjuksköterskorna kände en uppgivenhet när de stod hjälplösa inför patienten. Ibland fanns det inget de kunde säga eller göra för att öka patientens välbefinnande. De upplevde sig ibland otillräckliga när de inte hade kommit fram till någonting under samtalet, eller om de inte var överens med patienterna. Något sjuksköterskorna upplevde särskilt bekymmersamt, var när de inte kunde bistå hjälpsökande ungdomar.

”Det är mycket värre med ungdomar och tonåringar som ringer och mår dåligt. Då vill man så mycket, men man kanske inte har några redskap direkt. Det är ju ungdomar som ringer som har missbrukande föräldrar till exempel. Det är ju fruktansvärt. Det är ju särskilt jobbigt med ungdomar, helt klart.”

Otillräcklighet var en känsla som sjuksköterskorna uttryckte. Ibland hade de inte tillräckligt med kunskaper för vissa samtal. De yttrade att de var varken samtalsterapeuter eller psykiatrisjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde ofta även att deras arbete krävde mycket av dem, mer än vad deras utbildning innefattat. Då sjuksköterskorna upplevde

känslor som frustration och osäkerhet, kände de att de inte räckte till i sitt bemötande. Många personer som ringde in kände ångest, grät, visade ilska och så vidare. Detta bidrog till känslor av frustration hos sjuksköterskorna.

”Det är inte lätt. Man känner sig otillräcklig och skulle vilja vara bättre pedagog, ställa rätt frågor. Det är inget lätt klientel. Det är lättare att hänvisa någon med öronbesvär än med psykiska besvär. Man är rädd att man inte fångar upp alla suicidpatienter, man känner sig osäker”.

Att inte ha tid och resurser

Sjuksköterskorna upplevde ofta en tidsbrist och de kände sig emellanåt stressade och i sin arbetssituation. Tidsbristen upplevdes som påfrestande och de uttryckte även en viss känsla av vanmakt över att inte ha tillräckligt med redskap eller resurser. När det var många samtal i kön fick de försöka avsluta samtalet så gott det gick och försöka komma fram till någon lösning med patienten, om hur de skulle gå till väga för att patienten skulle känna sig tillfreds. De uttryckte att dessa samtal ofta var tidskrävande, men att det var viktigt att de fick ta den tid som behövdes. Avsaknad av resurser var påfrestande för sköterskorna, som kände att deras bemötande påverkades negativt av detta. En sjuksköterska uttryckte frustration över att inte ha några tillgängliga resurser nattetid:

”De har inte någon förståelse för att man kanske inte kan få prata med en psykolog mitt i natten. Det finns liksom ingen kurator eller någonting. Man får försöka att ta hand om den som är sjuk och göra så gott man kan då under natten tills det blir dag och man kan få tag på någon människa, som kan hjälpa en. Det är svårt, för just då vill de ha hjälp och det är inte alltid det går.”

Att inte kunna se varandra

Sjuksköterskorna yttrade både för- och nackdelar med att inte kunna se den vårdsökande. En del människor kände sig besvärade över att tala om sina problem öga mot öga, därför kunde det underlätta att man inte såg varandra. Sjuksköterskorna själva kände att det fanns en trygghet i att patienterna inte såg deras ansikten, med tanke på att de eventuellt skulle kunna träffa en patient ute i samhället. De upplevde också att de kunde vara mer neutrala inför ett samtal med en patient när de inte kunde se varandra. Sjuksköterskorna påpekade också svårigheterna med att inte se patienten. De framhöll att telefonarbete alltid har en begränsning, eftersom de enbart bedömer röster och upplevelser. En sjuksköterska uttryckte sina känslor över att inte kunna se den person som ringer och söker hjälp för psykisk ohälsa:

”Eftersom man inte ser personen gäller det att vara fruktansvärt lyhörd. Lyssna, fråga, lyssna igen och verkligen fatta, vad är problemet? Man får skärpa sina sinnen när det gäller hörseln. Jag kan inte se personen, ser inga ansiktsuttryck, ser inte kroppsspråk. Jag ser ingenting. Bara orden och talet och hör på tonläget, är han deprimerad eller vad är det?”

Sammanfattning

Det var viktigt för sjuksköterskorna att känna att de betydde något för en annan människa, vilket de kände när de kunde få patienterna att känna sig trygga och när de kunde lindra lidandet för en stund. De uttryckte att det var betydelsefullt att ge patienten en känsla av tillit. Sjuksköterskorna ville kunna ge patienten trygghet, åtminstone för stunden. Vissa samtal från patienter med svår psykisk ohälsa, upplevde sjuksköterskorna som svåra. En del samtal gav olustkänslor och obehag inför att prata. Då kände de att det var svårt att inte ta kritik personligt och att de hade svårt att släppa samtalet. Det var viktigt att känna att de kunde göra något för patienten. När sjuksköterskorna kände att de inte kunde göra något uppstod negativa känslor och de kände sig frustrerade. Sjuksköterskorna kände sig emellanåt otillräckliga och ibland kände de att de inte hade tillräckligt med kunskaper eller redskap. Sjuksköterskorna upplevde även att arbetet ofta krävde mer än vad deras utbildning innefattat, vilket gav en känsla av otillräcklighet hos dem. Tidsbrist var en annan faktor som var påfrestande för sjuksköterskorna, som kände sig stressade i sin arbetssituation. Många samtal angående psykisk ohälsa var tidskrävande och det blev särskilt påfrestande för sjuksköterskorna när det var många andra samtal efter i kö. De upplevde också att det var ett problem att det inte fanns andra resurser tillgängliga nattetid, som exempelvis psykologer. Anonymitet var en faktor som sköterskorna uttryckte kunde vara en fördel i vissa fall, med personer som sökte vård för psykisk ohälsa. De poängterade även svårigheterna med att inte se patienten.

DISKUSSION

Metod

En kvalitativ ansats till studien valdes, eftersom frågeställningarna och intervjufrågorna sökte utförliga svar. För att förmå deltagarna att berätta om sina erfarenheter, intervjuades de med fem öppna frågor som spelades in och sedan transkriberades. Sjuksköterskorna svarade på öppna frågor och de fick därmed tala fritt. Detta resulterade i uttömmande svar och ledde till en djupare förståelse, när intervjumaterialet tolkades. Deltagarna verkade avslappnade och alla hade mycket information att dela med sig av. I de fall deltagarna svarade kort på vissa frågor, pressades de inte utan deras svar accepterades. Ledande frågor undveks.

Intervjuerna gav en inblick i och djupare förståelse av hur det är att arbeta som sjuksköterska i telefonvårdsrådgivningen och att bemöta psykisk ohälsa. Det första intrycket var att alla sjuksköterskor som intervjuades var mycket engagerade i ämnet psykisk ohälsa och i dessa patienter. En känsla av att vilja nå fram, men inte alltid komma ända fram genomsyrade intervjusamtalen. Flera av deltagarna såg mycket bekymrade ut, när de talade om patienters psykiska ohälsa och vissa sjuksköterskor sade att dessa samtal var de svåraste. En patient med somatiska sjukdomar/besvär uppgav ofta mer konkreta symtom och man kunde precisera till exempel smärta på ett annat sätt än ångest.

Chefen för sjukvårdsrådgivningen valde ut nio medarbetare att tillfråga om deltagande i denna studie. Huruvida urvalet påverkades av detta är det svårt att dra några slutsatser om. Chefen utgick från vilka tider som passande för alla inblandade och vad som var praktiskt

genomförbart, vilket borde ge ett slumpmässigt urval. En sjuksköterska undanbad sig att delta i studien. En person kunde av privata skäl inte medverka i studien. Hade dessa två personer medverkat, kunde resultatet eventuellt ha påverkats i någon riktning i en mindre studie som denna. De andra sjuksköterskorna verkade enbart ha en positiv inställning till studien och delade gärna med sig av sina erfarenheter. Deras positiva hållning bidrog till ett uttömmande resultat.

Svårigheter med att arbeta med denna metod var att transkriberingen ibland var svår att göra pga. tekniska skäl som dålig och varierande ljudkvalité. En annan svårighet var att intervjuerna ofta ledde till sidospår. Det kunde både vara att sjuksköterskorna ”svävade iväg” från frågan, men även att frågor ställdes om vissa saker som var mindre relevanta för syftet och frågeställningarna. Samtidigt behövdes ibland viss bakgrundsfakta, för att sedan kunna få ut andemeningen av sjuksköterskornas svar i de olika frågorna.

Något annat som kan ha påverkat resultatet kan vara hur stressade de kände sig under dagen för intervjun. Vissa hade hunnit sätta sig in i vad studien handlade om och en del hade blivit otillräckligt informerade om studien och vilken dag intervjuerna skulle genomföras. De kände sig oförberedda och upplevde viss stress över detta. I fall dessa sjuksköterskor fått förbereda sig och inte känt sig pressade, hade eventuellt vissa svar varit ännu mer uttömmande.

Syftet med denna studie var att undersöka och beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att bemöta patienter med psykisk ohälsa i arbetet som telefonvårdsrådgivare. Med den kvalitativa metoden och genom intervjuerna framkom sjuksköterskornas känslor, svårigheter och avsikter vid bemötandet av patienter med psykisk ohälsa. Studien har därmed uppnått sitt syfte.

Resultat

Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna vill känna att de betyder något för en annan människa, vilket de känner när de kan lindra patientens lidande och få dem att känna sig trygga. En förutsättning för ett vårdande samtal enligt Fredriksson (1995) var att finna en gemenskap och att det fanns ett medlidande hos vårdaren. I temat ”att känna att man betyder något för en annan människa” framkommer det att sjuksköterskorna upplever att de vill lindra den andra personens lidande. När de upplever att samtalet är vårdande så känner de även att deras bemötande är vårdande. Att skapa en tillit är viktigt för att bygga upp en vårdande relation med patienten, då sjuksköterskorna vill få patienterna att känna sig trygga. Enligt Bonander och Snellman (2007) var det viktigt att sjuksköterskan var tillmötesgående och inte avvisande för att samtalet skulle upplevas positivt av patienten. Enligt vår mening är det positivt att sjuksköterskorna uttrycker sig tydligt i intervjuerna om hur viktigt det är att själva bemötandet blir bra. Det är även intressant att upptäcka att sjuksköterskorna anser att patienternas känslor står i fokus.

Resultatet visar även att det är väsentligt att avsätta gott om tid till samtal angående psykisk ohälsa, vilket sjuksköterskorna poängterar. Enligt Ashmore, Hemingway, Lees och Barker (2001) framkom det att samtal om psykisk hälsa skapar en oro och stress hos sjuksköterskor. Det visar även denna studies resultat. Brist på tid och resurser leder till problematik för sköterskorna. Finns det mer resurser tillgängliga, avlastas deras arbete.

Eventuellt kan detta även märkas i sjuksköterskornas bemötande, då de inte skall uppleva lika stor arbetsbelastning och därmed mindre stress. Det är positivt att sjuksköterskorna är medvetna om att tidsbrist och brist på resurser inte är någonting som de kan påverka. De upplever att de gör sitt bästa för patientens välbefinnande.

Resultatet visar också att sjuksköterskorna ibland känner ett visst obehag inför att tala och att de brister i sitt bemötande. Dessa känslor hos sjuksköterskorna förvånar oss och talar emot de förväntningar vi hade inför denna studie. Det framgår även i nästa tema ”att inte kunna göra något och att känna sig otillräcklig”, hur sjuksköterskorna upplever negativa känslor kring bemötandet av psykisk ohälsa. I de fall de känner att de inte kan göra något för patienten upplever sjuksköterskorna sig otillräckliga. Otillräcklighet kan visa sig genom deras brist på de kunskaper patienterna kräver. Sjuksköterskorna får göra så gott de kan i samtalen som är av varierande karaktär. Det kan vara alltifrån att bara finnas till och tala med patienten till att agera samtalsterapeut eller psykiatriker. En reflektion angående sjuksköterskornas erfarenheter om att inte kunna se patienten i denna studie, är att det framkommer mer positiva svar vid intervjuerna än vi förmodat. När vissa sjuksköterskor talar om problem och inte uppger detta som en svårighet vid bemötande av personer med psykisk ohälsa, känns det överraskande. Troligtvis är sjuksköterskorna mycket vana vid dessa samtal och reflekterar därför inte över omöjligheten att se patienten, några upplever det inte som en svårighet. Det kan också vara individuellt hur det upplevs att inte kunna se patienten. Svårigheter med att inte kunna se varandra är något som ett flertal sjuksköterskor nämner, men inte alla. Dessutom understryker sjuksköterskorna fördelar med att inte se varandra. Det kan till exempel vara att vissa vårdtagare har lättare att tala om sina problem i telefonen än om man skulle ha träffats. Enligt Johnson, Pettinari och Jessopp (2001) utvecklade sjuksköterskorna vissa strategier för att kompensera att man inte kunde se vårdtagaren. Några övergripande strategier gällande detta framkommer inte i våra intervjuer. Däremot visar sjuksköterskorna prov på sina egna, individuella metoder vid dessa bemötanden.

Sjuksköterskornas utbildning återkommer, både i studiens bakgrund och i resultatet. Sjuksköterskorna i denna studie framhäver att de inte var samtalsterapeuter. Pedagogiska kunskaper efterfrågas också, då det gällde att ställa rätt frågor. Dagens sjuksköterskeutbildningar borde ses över vad gäller undervisning vid psykisk ohälsa. Utbildningen är inte uppdaterad gentemot dagens vårdbehov, med ökad psykisk ohälsa. Flera av sjuksköterskorna uppger i intervjuerna att de skulle behöva mer kunskap i området. Kontinuerlig fortbildning borde bedrivas och enligt studien av Payne, Harvey, Jessopp, Plummer, Tylee och Gournay (2002) kunde sådan utbildning leda till ökat självförtroende hos sjuksköterskorna och en mer positiv attityd gentemot de besvär/sjukdomar som utbildningen inriktades på. En viktig del var också att man fick tala med rätt person om det besvär man upplevde. Fanns det specialutbildad personal inom vissa områden, borde de kunna kopplas in när det behövdes. Tillfälligheten borde inte få styra vid dessa situationer. Enligt Monaghan, Clifford och McDonald (2002) kunde sjuksköterskorna som vidareutbildat sig om barn, ge snabbare och effektivare hjälp än allmänsjuksköterskor när vård inom detta område efterfrågades.

Resultatet visar slutligen att lyhördhet är en viktig egenskap hos sjuksköterskan, det är betydelsefullt att kunna lyssna. Enligt Bonander och Snellman (2007) lade patienterna stor vikt vid lyhördhet, och att sjuksköterskan skulle uppfatta mer än det som sades. När vården

ges genom en telefon och när det dessutom handlar om något så abstrakt som psykiskt ohälsa, borde kraven på att vara lyhörd öka oerhört. Fastän dessa krav verkar svåra att leva upp till visar undersökningar att många sjuksköterskor får positivt gensvar vid telefonvårdsrådgivning. En brittisk studie av Payne, Jessopp, Harvey, Plummer, Tylee och Thornicraft (2003) visade att hela 99 % av vårdtagarna tyckte att sjuksköterskorna i rådgivningen var förstående. I en svensk studie av Wahlberg och Wredling (1999) angav 95 % att de var tillfredställda med omsorgen de fått i telefonvårdsrådgivningen. Varför dessa siffror var så höga, kan vara svårt att förklara. Ett starkt engagemang och en utvecklad lyhördhet hos sjuksköterskor som arbetar med telefonvårdsrådgivning, är sannolikt en bidragande orsak.

KONKLUSION

Denna studie har visat att samtal om psykisk ohälsa väckte många känslor hos telefonsjuksköterskorna och de uttryckte att de ofta upplevde en brist på tid och resurser. Sjuksköterskorna kände sig ibland uppgivna när de inte visste vad de skulle säga till patienten eller när de inte kunde göra någonting för patienten. Flera av sjuksköterskorna uppgav att de kände ett obehag inför vissa samtal. En del patienter var aggressiva och vissa tog inte till sig av sjuksköterskornas råd. Problemet med att de inte kunde se patientens kroppsspråk eller hållning, krävde ett mycket lyhört bemötande. Sjuksköterskorna uppgav även fördelar att de inte kunde se patienterna, som till exempel att vissa patienter hade lättare att öppna sig och att sjuksköterskorna inte kunde kännas igen i sitt privatliv. En positiv känsla infann sig hos sjuksköterskorna när de kände att de betydde något för patienten och påverkade patientens välbefinnande till det bättre. Med utgångspunkt från denna studies resultat, skulle frågor om ny forskning kunna röra sjuksköterskornas utbildning och fortbildning och hur detta kan utvecklas. Denna fråga är viktig och avgörande för hur sjuksköterskornas kompetens kan förbättras. Utvecklande av olika strategier när patienter är aggressiva eller inte lyssnar behövs det forskas mer om. Det behövs även mer forskning angående hur telefonvårdsrådgivning skulle kunna omorganiseras för att bli mer effektiv.

REFERENSER

- Ashmore, R., Hemingway, S., Lees, J. & Barker, M. (2001). Assessing therapeutic intervention used by NHS Direct nurse advisers. *British journal of nursing*, 10(10), 662-664.
- Bonander, K. & Snellman, I. (2007). Telefonmötets vårdrelation. *Vård i Norden*, 27(4), 4-8.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (1995). *Det vårdande samtalet – Att samtala om lidande*. (Akademisk avhandling.). Åbo: Åbo Akademi.
- Fredriksson, L. & Lindström, U. Å. (2002). Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*. 40(4), 396-405.
- Johnsson Pettinari, C. & Jessopp, L.(2001). "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing* 36(5), 668-675.
- Haugsgjerd, S. (1999). *Psykiskt lidande: psykodynamisk bakgrund och diagnostik*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kasén, A. (2002) *Den vårdande relationen*. Doctoral Dissertation. Åbo: Åbo Akademi.
- Kevin, J. (2002). An examination of telephone triage in a mental health context. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(8), 757-769.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Källström, B. (2008) *SVR AB*. Personlig kommunikation 2008-03-19.
- Leppänen, V. (2002). *Telefonsamtal till primärvården*, Lund: Studentlitteratur.
- Lindström, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2006). Individual and contextual determinants of self-reported poor psychological health: a population-based multilevel analysis in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(4), 397-405.
- Monaghan, R., Clifford, C. & MacDonald P. (2003). Seeking advice from NHS direct on common childhood complaints: does it matter who answers the phone? *Journal of Advanced Nursing* 42(2), 209-216.
- O´Cathain, A., Sampson F. C., Munro, J. F., Thomas K. J. & Nicholl, J. P. (2003). Nurses' views of using computerized decision support software in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 280-286.

- Payne, F., Harvey, K., Jessopp, L., Plummer, S., Tylee, A. & Gournay, K. (2002). Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 549-559.
- Payne, F., Jessopp, L., Harvey, K., Plummer, S., Tylee, A. & Thornicroft, G. (2003). Is NHS Direct meeting the needs of mental health callers? *Journal of Mental Health*, 12(1), 19-27.
- Polit, D.F., & Tatano Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sjukvårdsrådgivningen. (2008). *Om sjukvårdsrådgivningen SVR AB*. Hämtad från WWW 2008-03-14, <http://www.sjukvardsradgivningen.se>.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2008-03-17, <http://www.socialstyrelsen.se>.
- Socialstyrelsen. (2007). *Hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wahlberg, A.C. & Wredling, R. (1999). Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 5(3), 164-170.
- Wahlberg, A.C., Cedersund, E. & Wredling, R. (2002). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 37-45.
- Wahlberg, A.C. (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm: Liber.

BILAGA I

Xxx XXXXXXX
Sjukvårdsrådgivningen
XXX, xxxx
XXXXXX

Till enhetschef, en förfrågan om deltagande i en studie.

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som nu skall påbörja vårt examensarbete på 15 högskolepoäng. Vi avser att studera sjuksköterskans erfarenheter av bemötande av patienter med psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivning. Genom studien hoppas vi kunna medverka till ökade kunskaper om eventuella svårigheter/möjligheter vid bemötandet av patienter med psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivning. Målet med studien är ökade kunskaper om sjuksköterskans förmåga att ge professionella bemötanden via telefon.

Vår förhoppning är att Du ger oss Ditt medgivande till att genomföra 10-12 intervjuer med olika sjuksköterskor. Vi vill också be om Din hjälp att välja ut 10-12 deltagande sjuksköterskor.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som sagt vad. Vi vill här poängtera att det inte är patienter eller patientuppgifter vi studerar utan sjuksköterskans egna upplevelser och erfarenheter om bemötande.

Härmed önskar vi göra en förfrågan om intresse att delta i studien finns. Om någon dag kontaktar vi Dig för en eventuell bekräftelse.

Med Vänliga hälsningar

Emma & Linda

Emma Carlsson
xxxx-xxxxx

Linda Engström
xxxx-xxxxx

Ansvarig handledare: Lars Westin, xxxx-xxxxxx
Högskolan i Skövde

BILAGA II

Sjukvårdsrådgivningen

Till berörd sjuksköterska, en förfrågan om deltagande i en studie.

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som nu skall påbörja vårt examensarbete på 15 högskolepoäng. Vi avser att studera sjuksköterskans erfarenheter av bemötande av patienter med psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivningen. Genom studien hoppas vi kunna medverka till ökade kunskaper om eventuella svårigheter/möjligheter vid bemötandet av patienter med psykisk ohälsa i sjukvårdsrådgivningen. Målet med studien är ökade kunskaper om sjuksköterskans förmåga att ge professionella bemötanden via telefon när det gäller psykisk ohälsa.

Vi undrar om Du ger oss ditt medgivande till att delta i en intervju som ska ingå i vårt examensarbete? Intervjun kommer att ta ca 20 minuter och kommer att genomföras genom några öppna frågeställningar där du får berätta om dina erfarenheter av telefonrådgivning till människor som söker vård för psykisk ohälsa.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och allt material behandlas konfidentiellt vilket innebär att det inte kommer att framgå vem som sagt vad. Vi vill här poängtera att det inte är patienter eller patientuppgifter vi studerar utan sjuksköterskans egna upplevelser och erfarenheter om bemötande.

Härmed önskar vi göra en förfrågan om intresse att delta i studien finns.

Med Vänliga hälsningar

Emma Carlsson
xxxx-xxx xx

Linda Engström
xxxx-xxx xxx

Ansvarig handledare: Lars Westin, tfn xxxx-xx xx xx,
Högskolan i Skövde

BILAGA III

Medgivande av deltagande i intervjustudie

Du kan när som helst och utan att ange anledning rätt till att avbryta Din medverkan i studien.

Din anonymitet försäkras under hela studien genom att vi inte lämnar ut Ditt namn och annan information som kan spåras till Dig. Materialet som insamlas vid våra intervjuer kommer att reflekteras, analyseras och tolkas för att sammanställas.

Jag ger härmed mitt medgivande till att delta i intervjustudien.

Datum/Ort Namn

BILAGA IV

Intervjuguide

Bakgrundsfakta:

- 1) Hur gammal är du?
- 2) Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- 3) Hur lång erfarenhet har du av telefonrådgivning?

Intervjufrågor:

- 1) Kan du beskriva ett möte med en person som ringt in till sjukvårdsrådgivningen med psykisk ohälsa?
- 2) Beskriv en positiv situation i mötet med en person med psykisk ohälsa.
- 3) Beskriv en negativ situation i mötet med en person med psykisk ohälsa.
- 4) Vilka erfarenheter har du av svårigheter att bemöta en person i telefon med psykisk ohälsa?
- 5) Vilka erfarenheter har du av fördelar att bemöta en person i telefon med psykisk ohälsa?