



Institutionen för hälsovetenskap

## **Modet att möta**

**Sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning inom primärvård med personer som drabbats av psykisk ohälsa**

**Anna Kjellner Julia Larsson**

**Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Institutionen för Hälsovetenskap  
Vårterminen 2021**

<b>Titel:</b>	Modet att möta. Sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykisk ohälsa
<b>Title:</b>	The courage to face. Nurses' experiences of telephone counseling in primary care with people that suffer from mental illness
<b>Författare</b>	Anna Kjellner och Julia Larsson
<b>Handledare</b>	Anette Johnsson
<b>Examinator</b>	Britt Hedman Ahlström
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete i omvårdnad, avancerad nivå, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Distriktssköterskeprogrammet med inriktning folkhälsa 75 hp
<b>Termin/år</b>	VT 2021
<b>Antal sidor</b>	24

---

## Sammanfattning

**Bakgrund** Psykisk ohälsa är en av vår tids stora folksjukdomar och som fortsätter att öka i samhället. Primärvården är ofta den första vårdkontakten för personer med psykisk ohälsa. Att möta patienten i telefonrådgivningen kan vara en utmanande och komplex uppgift, och innebär att under tidspress göra en bedömning endast utifrån tonläge och patientens berättelse.

**Syfte** Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykisk ohälsa.

**Metod** Studien genomfördes i form av kvalitativ design med induktiv ansats. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med 9 sjuksköterskor och distriktssköterskor på fyra olika vårdcentraler i Väst- och Mellansverige. Data analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat** Sjuksköterskor växer i sin yrkesroll genom att de kan lita på sin egen förmåga, de känner stöd från andra och hittar modet. De skapar en relation via telefon genom att fånga en helhet, att göra sitt bästa och genom att ha distans men en medkänsla. De uttrycker att de inte räcker till eftersom tidspress, orimliga förväntningar och brist på kunskap och kompetens resulterar i svårigheter för sjuksköterskorna.

**Slutsats** Sjuksköterskor är i behov av ökad utbildning i psykisk ohälsa samt i kommunikation med dessa patienter. Resurser bör i framtiden läggas på att öka samverkan, rutiner och kunskap inom primärvården för att minska stress och arbetsbelastning för sjuksköterskor. Detta skulle ekonomiskt gynna samhället både på individnivå samt samhällsnivå. Då patienter fortare får hjälp kan rehabilitering påskyndas, tiden för sjukskrivning minskas och patienterna kan fortare återgå till arbete.Handledning och reflektion är också viktigt.

**Nyckelord:** Erfarenhet, kommunikation, psykisk ohälsa, sjuksköterskor, telefonrådgivning

## **Abstract**

**Background** Mental illness is one of the major public diseases of our time and continues to increase in society. Primary care is often the first contact for the individuals that suffers from mental illness. Telephone counseling can be a challenging and complex task, which involves making assessments during time pressure based solely on patient's tone of voice and story.

**Aim** The aim of this study was to describe district nurses' experiences of telephone counseling in primary care with people suffering from mental illness.

**Method** The study had a qualitative design with an inductive approach. Data was collected through semi-structured interviews with 9 district nurses at four different health centers in western and central Sweden. The data was analyzed with the help of qualitative content analysis.

**Results** District nurses grow in their professional role by being able to trust their own abilities, by support from others and by finding courage. They create a relationship over the phone by capture an overall picture, doing their best and by creating distance as well as compassion. They express a feeling of not “being enough” due to time pressure, unreasonable expectations, lack of knowledge and skills, leading to difficulties for the district nurses.

**Conclusion** District nurses need increased education regarding mental illness and communication with these patients. In the future, resources should be invested in increasing collaboration, routines, and knowledge in primary care to reduce stress and workload for district nurses. This could lead to economic benefits on both a societal and individual level.

**Keyword:** communication, district nurse, experience, mental illness, telephone nursing

## Populärvetenskaplig sammanfattning

I denna studie avsågs att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att kommunicera med patienter som lider av psykisk ohälsa i telefonrådgivning. I studien framkom att sjuksköterskors erfarenheter var att de växer i sin yrkesroll när de litar på sin egen förmåga, känner stöd från andra samt när de hittar modet. Att lita på sin egen förmåga handlar om att hjälpa patienten utan att hänvisa vidare till annan vårdgivare eller yrkesgrupp. Att känna stöd från andra innebär att få stöd från sina kollegor. Att hitta modet innebär att våga ställa svåra frågor och att våga lita på patienten, men också att hitta modet att våga släppa patienten. De använder sig av sin erfarenhet, både kunskap samt livserfarenhet i sina bedömningar. De skapar en relation via telefon genom att fånga en helhet, genom att göra sitt bästa och genom att ha distans men en medkänsla gentemot patienten. Att fånga en helhet handlar om att samla information om patienten för att kunna göra rätt bedömning av patientens situation och allvarlighetsgraden av denna för att kunna erbjuda rätt hjälp. De gör sitt bästa för att hjälpa patienten, många gånger mer än de är ålagda att göra eftersom de finner en tillfredsställelse i att kunna underlätta patienternas svåra situation. De uttrycker att de måste skydda sig själva och har därför en distans till patienterna, genom att de inte tar på sig deras lidande, då detta skapar en egen ohälsa. De uttrycker att de inte räcker till eftersom tidspress, orimliga förväntningar och brist på kunskap och kompetens resulterar i svårigheter för sjuksköterskor och skapar en ökad frustration över systemets strukturer.

Slutsatsen av studien blev att sjuksköterskor behöver mer kunskap och att primärvården behöver mer rutiner och samverkan kring patienter, då detta kan förbättra utsikterna både på samhälls- och individnivå. Detta är viktigt eftersom den psykiska ohälsan ökar i samhället och är en av vår tids nya folksjukdomar. Sjukskrivningar och rehabilitering tar stora resurser från samhället. Primärvården är oftast den första och huvudsakliga vårdkontakten för patienterna. Denna studie gjordes genom intervjuer med nio deltagare på fyra vårdcentraler i Väst- och Mellansverige under vintern/våren 2021.

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Psykisk ohälsa .....	1
Primärvården och distriktssköterskors arbete .....	2
Telefonrådgivning inom primärvården .....	3
Teoretisk inramning .....	4
Problemformulering .....	4
Syfte .....	5
Metod .....	5
Design.....	5
Kontext .....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	6
Analys.....	7
Förförståelse .....	8
Etiska övervägande .....	8
Resultat.....	9
Växa i sin yrkesroll .....	9
Lita på sin egen förmåga .....	9
Känna stöd från andra .....	10
Hitta modet.....	10
Skapa en relation .....	11
Fånga en helhet.....	11
Göra sitt bästa.....	12
Distans men medkänsla.....	12
Inte räcka till.....	12
Känna tidspress .....	13
Möta orimliga förväntningar .....	13
Behov av ökad kompetens.....	14
Diskussion .....	14
Resultatdiskussion.....	14
Skapa en relation .....	14
Växa i sin yrkesroll .....	15

Känna sig otillräcklig .....	16
Metoddiskussion.....	17
Etisk diskussion.....	19
Slutsats .....	19
Förslag till klinisk tillämpning .....	20
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling .....	20
Referenser.....	22

## **Bilagor**

Bilaga I      Intervjufrågor

## **Inledning**

Psykisk ohälsa är en av Sveriges stora folksjukdomar och ligger bakom drygt 40 procent av alla sjukskrivningar i landet. Den psykiska ohälsan fortsätter dessutom att öka framför allt bland barn och ungdomar. Den kraftiga ökningen av psykisk ohälsa ställer stora krav på hälso- och sjukvården att tillhandahålla resurser och utbildad personal. Primärvården är ofta den del av hälso- och sjukvården som de flesta personer har den första vårdkontakten med (Socialstyrelsen 2019). Att arbeta som sjuksköterskor inom primärvården med telefonrådgivning kan många gånger vara en utmanande arbetsuppgift på grund av varierande problemsituationer. Sjuksköterskors arbete med telefonrådgivning innebär att kommunicera och skapa relationer med vårdsökande på distans (Leppänen, 2008). Vikten av att personer får ett psykosocialt omhändertagande när de kommer i kontakt med vårdpersonal är avgörande för bättre livskvalitet och sjukdomsprognos (Kristensson, 2012). Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning med personer som drabbats av psykisk ohälsa kan ge en ökad kunskap och förståelse inom detta område vilket är viktigt för att på bästa sätt kunna möta och hjälpa dessa personer.

## **Bakgrund**

### **Psykisk ohälsa**

En god psykisk hälsa är en grundläggande resurs för att kunna bemästra livets olika svårigheter men det är också en tillgång till samhället ur en ekonomisk och social synvinkel. Psykisk ohälsa är en övergripande benämning som innefattar både lindriga besvär och svårare psykiska sjukdomar. Symtom som förknippas med psykisk ohälsa är bland annat ångest, oro och depression (Folkhälsomyndigheten 2020). World Health Organization (WHO) har utarbetat en handlingsplan för att motverka den ökade psykiska ohälsan i världen och har prioriterat de ökande problemen med en rad uppmaningar till världens länder för att förebygga och behandla psykisk ohälsa. Målet är att främja psykiskt välbefinnande, förebygga psykisk ohälsa, ge adekvat vård och förbättra rehabiliteringen. Målet är också att främja mänskliga rättigheter och minska dödlighet, sjuklighet och funktionshinder för personer med psykiska störningar. Den psykiska ohälsan är den fjärde vanligaste orsaken till ohälsa i västvärlden och den ökar även i Sverige (World Health Organization, 2013).

Depression och ångestsyndrom är två vanliga sjukdomstillstånd som behandlas inom primärvården. Enligt Socialstyrelsen (2019) drabbas nästan en tredjedel av befolkningen av depression någon gång i livet och cirka en fjärdedel får ångestsyndrom. De flesta personer med depression eller ångestsyndrom söker vård i primärvården och mer än 70 procent av dessa personer får vård via vårdcentraler. Endast cirka 20 procent av personerna remitteras vidare till specialiserad psykiatri. Det är också i primärvården som cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel skrivs ut. Det är därför viktigt att primärvården snabbt kan erbjuda en strukturerad första bedömning av såväl vuxna som barn och ungdomar med symtom på depression eller ångestsyndrom, för att därefter kunna erbjuda en adekvat behandling i ett tidigt skede (Socialstyrelsen 2019). Psykologiska resurser, tidigare erfarenheter och upplevt stöd i omgivningen har betydelse för hur personerna hanterar olika situationer. En viktig roll hos

vårdpersonal är därför att genom hälsofrämjande möten stärka deras psykosociala resurser genom att arbeta med copingförmåga, tilltro och tillit (Kristenson, 2012). Björk Brämberg m.fl. (2018) rapporterar självstigmatisering som ett hinder för tillgång till vård. Deltagarna i studien beskrev tidigare erfarenheter av att inte tas på allvar eller bli betrodda, på grund av sin psykiska ohälsa. I kombination med sina egna tankar om psykisk sjukdom, tvivlade de ibland på om symtomen var "på riktigt". Tidigare erfarenheter av att söka vård hade gett dem intrycket att psykisk sjukdom användes som en ram för att tolka deras somatiska symtom (Björk Brämberg m.fl., 2018).

Personer med depression eller ångestsyndrom som inte får rätt behandling i tid riskerar en försämrad funktionsförmåga, långvarig sjukdom och återinsjuknande. Risk för återfall ökar vid sjukdomsdebut i ung ålder. Det är viktigt att erbjuda en individanpassad behandling och att det finns en hög tillgänglighet till vården. Obehandlade tillstånd kan öka risken för suicid. Depression och ångestsyndrom är allvarliga hälsotillstånd som ofta innebär ett svårt lidande. Även de närstående påverkas och oroas när en i familjen mår dåligt och inte fungerar som vanligt. Personer med depression och ångestsyndrom har även en större risk att drabbas av somatiska sjukdomar än den övriga befolkningen. Behovet av slutenvård förväntas minska om depression och ångestsyndrom upptäcks i ett tidigt skede och en effektiv behandling sätts in. Detta ses som kostnadsbesparande ur ett samhällsperspektiv då de direkta kostnaderna för hälso- och sjukvården endast utgör en mindre del av den totala kostnaden för samhället, till exempel i form av sjukskrivningar (Socialstyrelsen 2019).

## **Primärvården och distriktssköterskors arbete**

Grunden i distriktssköterskans arbete är att med ett hälsofrämjande synsätt utgöra ett stöd för människor i alla åldrar och sjukdomstillstånd. Distriktssköterskan skall ha ett fördjupat ansvar att leda och utveckla omvårdnaden i primärvården (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Utifrån distriktssköterskans perspektiv är definitionen av hälso- och sjukvårdsrådgivning att bedöma akuta vårdbehov, ge råd, stöd och undervisning, hänvisa till lämplig vårdnivå, bistå med lämplig hälso- och sjukvårdsinformation samt samordna vård- och omsorgsresurser (Wahlberg m.fl., 2003).

I samtliga regioners uppdragsbeskrivningar står att sjuksköterskorna ska arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Psykosociala insatser ingår helt eller delvis i grunduppdraget i samtliga regioner (Socialstyrelsen 2016). Primärvården ska vara basen och navet i svensk hälso- och sjukvård. Det innebär att sjukvården ska finnas nära invånarna och att sjuksköterskor inom primärvården ska ha goda möjligheter att arbeta främjande, förebyggande och proaktivt. I primärvården är kontinuitet en central del för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet mellan patienter och sjuksköterskor (Sveriges Kommuner och Regioner 2021a).

Eftersom psykisk ohälsa är ett växande problem i samhället är det av stor vikt att distriktssköterskor i telefonrådgivning har en god kunskap om hur de skall kommunicera med patienter som lider av psykisk ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Enligt Socialstyrelsen (2019) är målet med all behandling vid depression och ångestsyndrom att patienten ska tillfriskna och återfå en god funktionsnivå som innebär möjlighet att återgå till skola eller arbete samt att återfå social funktion och livskvalitet. Ett annat viktigt mål är att minska risken för återinsjuknande.



Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever brister i primärvården, och att behov finns av att utveckla kunskap, rutiner och samverkan för att anpassa primärvården efter det ökande antalet personer som söker vård för psykisk ohälsa (Janlöv m.fl., 2018). Det finns behov att ge tid till personer som söker vård för psykisk ohälsa för att skapa ett förtroende mellan den vårdsökande och sjuksköterskan, vilket också är en utmaning i primärvården (Björkman m.fl., 2018). Sjuksköterskor önskar mer kunskap i området psykisk ohälsa, om utvecklingsfaser hos människan samt inom kommunikation med patienter och deras familjemedlemmar. Sjuksköterskor önskar mer utbildning inom dessa områden för att kunna ta hand om dessa patienter på bästa sätt (Inoue m.fl., 2017).

## **Telefonrådgivning inom primärvården**

Primärvården öppnade telefonrådgivningen under 1970-talet. Den kom att betraktas som ett sätt att spara resurser genom att minska besök till läkare. Genom att öka tillgänglighet och kvalitet för den hjälpsökande i ett tidigt stadium av sjukdomsprocessen kunde också rätt vårdnivå nås direkt för patientens besvär (Leppänen, 2008).

Telefonrådgivning utgör en betydande del av distriktssköterskans arbetsuppgifter inom primärvården (Wahlberg, 2004). Under hösten 2020 uppmättes 2,1 miljoner inkommande samtal i primärvården inom Västra Götalandsregionen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021b). Telefonrådgivningen är komplex eftersom samtalets innehåll eller tidsåtgång inte går att förutse samtidigt som kravet att genomföra sex-åtta samtal per timma finns inom ramen för distriktssköterskans arbete. Deras erfarenhet och strategier att tolka verbal och icke verbal kommunikation är avgörande för att vägleda patienterna (Kaminsky m.fl., 2017). Det kan vara svårt att bedöma om patientens besvär är somatiskt eller psykiskt då symtom kan relateras både till fysiska som psykiska besvär.

Distriktssköterskans uppgift handlar om att utesluta akuta somatiska besvär samt att medvetandegöra patienten om att besvären kan bero på psykisk ohälsa (Björkman & Salzmänn-Eriksson, 2018). Distriktssköterskor behöver vara lyhörda för patientens tonläge i telefonen och själva utveckla en känslighet för att tillgodose patienters behov och skapa en tillitsfull relation under samtalet. Distriktssköterskor beskriver att de kan påverka samtalet i helt fel riktning genom ett tonläge, en pust eller dylikt som då uppfattas fel av patienten och detta blir då en "butterfly effect", det vill säga en effekt som påverkar patienten på fel sätt (Björkman & Salzmänn-Eriksson, 2019).

Det finns svårigheter med att bedöma en patient i telefonrådgivningen utan att ha möjlighet att se denne. Många gånger ringer en närstående i stället för patienten själv. Att göra bedömningar i andra hand och försöka uppfatta det utsagda kan vara utmanande. Det kan ibland uppfattas som svårt att ställa rätt frågor samt att veta när patienten skall hänvisas vidare och vart. Det kan ibland vara utmanande att göra patienterna nöjda och distriktssköterskans bemötande har stor betydelse. Det är svårt att veta om patienten uppfattat råden från distriktssköterskan. Personer med psykiska besvär är en grupp som är svår att hantera, bedöma och ge råd till. Många distriktssköterskor inom den somatiska vården har alltför begränsade kunskaper i psykiatri och psykologi för att kunna hantera dessa patienter (Wahlberg m.fl., 2003).

## **Teoretisk inramning**

Travelbees teori fokuserar på omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Den beskriver att för att kunna förstå vad omvårdnad är och vad det bör vara, måste man först förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska. En förståelse för hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och dennes tillstånd är viktigt. Travelbee anser att det är viktigare för sjuksköterskan att förhålla sig till individens upplevelse av lidande och sjukdom, än till sin egen eller annan vårdpersonals diagnos eller objektiva bedömning. Det är sjuksköterskans ansvar att en relation skapas och upprätthålls men sjuksköterskan kan inte göra detta ensam utan relationen måste vara ömsesidig. Travelbee menar att en mellanmännslig relation uppnås efter att man genomgått flera interaktionsfaser - det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och slutligen ömsesidig förståelse och kontakt (Travelbee, 1999).

Ett av Travelbees viktigaste redskap för att bygga en mellanmännslig relation är kommunikation där man delar eller förmedlar tankar och känslor som unika individer. Teorin tar avstånd från roller och begrepp som sjuksköterska och patient. Då sjuksköterskan och patienten tar sig förbi stadiet av roller kan de se varandra som personer och då bygga en mellanmännslig relation (Travelbee, 1999).

Kommunikation är en förutsättning för att uppnå det som är målet för omvårdnad, nämligen att hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande och finna mening med sin upplevelse, genom till exempel att understödja hopp som är ett viktigt begrepp enligt Travelbee. Det är genom kommunikation som sjuksköterskan har möjlighet att etablera en mellanmännslig kontakt med patienten och därmed uppnå målet för omvårdnad. Hon menar att det är minst lika viktigt att lära känna patienten som att ge fysisk omvårdnad. Hon menar vidare att sjuksköterskan bör använda sig av metoder och tekniker i sin kommunikation med patienten men att det viktigaste är ett möte som sker spontant och naturligt. Sjuksköterskan bör enligt Travelbee utveckla sin förmåga att använda sig själv terapeutiskt, vilket innebär att hen använder sin egen personlighet i mötet med patienten. Förutsättningen är att sjuksköterskan utvecklar sin självkännet och hur hens eget beteende påverkar andra människor (Travelbee, 1999).

## **Problemformulering**

Psykisk ohälsa är ett växande problem i samhället och i takt med denna ökning finns inte nog med resurser för att tillgodose alla dessa patienters behov. Primärvården är oftast den första kontakten med sjukvården. Den största delen patienter med psykisk ohälsa är inte i behov av psykiatrisk specialistvård. I stället blir primärvården den huvudsakliga vårdkontakten för dessa patienter. Att som sjuksköterska möta patienten i telefonrådgivning kan vara en utmanande och komplex uppgift, som handlar om att under tidspress göra en professionell bedömning endast utifrån tonläge och patientens berättelse. Samtal med patienter med psykisk ohälsa tar mer tid och energi av sjuksköterskor i telefonrådgivning än andra samtal. Att sjuksköterskor har adekvat utbildning i psykisk ohälsa och bemötande är viktigt för att kunna skapa en god relation och tillit. Vikten av att kunna bemöta patienter med psykisk ohälsa i telefonrådgivningen på ett bra sätt ger patienten förutsättningar till bättre livskvalitet och sjukdomsprognos. Det anses därför vara av stor vikt att studera detta område för att förbättra kunskapen hos sjuksköterskor hur patienter med psykisk ohälsa bäst tas omhand i telefonrådgivning i primärvården.

## Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykisk ohälsa.

## Metod

### Design

Studiens design baseras på en kvalitativ intervjustudie, en induktiv ansats med semistrukturerade individuella intervjuer, och kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ metod är lämplig att använda när erfarenheter studeras eftersom den data som samlas in är berättande och beskrivande, vilket ger en djupare förståelse för det studerade fenomenet (Polit & Beck, 2017). Utifrån en frågeguide uppmuntrades deltagarna att prata fritt, samtidigt som följdfrågor ställdes, för att ge en rik och detaljerad information. En induktiv ansats karaktäriseras av att söka mönster i datan och innebär en förutsättningslös analys av texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

### Kontext

Intervjuerna utfördes vid fyra vårdcentraler i Väst- och Mellansverige. Två vårdcentraler var belägna på landsbygd, medan två vårdcentraler var lokaliserade i en mellanstor stad. Val av vårdcentraler gjordes av författarna med tanke på geografiskt läge, eftersom tidsbrist ej gjorde det möjligt för författarna att resa längre sträckor för att intervjua deltagare. Antal listade patienter varierade på valda vårdcentraler mellan cirka 5000–17000.

### Urval

Deltagarna tillfrågades genom bekvämlighetsurval vilket innebär att de tillfrågades med tanke på lämplighet för att bidra till att svara på studiens syfte (Polit & Beck, 2017). Val av vårdcentraler gjordes utifrån geografiskt läge. Inklusionskriterier för studien var att deltagaren skulle ha minst sex månaders erfarenhet av telefonrådgivning inom primärvården samt ha erfarenhet av att kommunicera med patienter med psykisk ohälsa i telefonrådgivning. Sex månader ansågs tillräckligt för att ha en erfarenhet inom området. Inga exklusionskriterier användes. Samtliga deltagare i studien var kvinnor och hade en medelålder på 49 år. Deltagarnas erfarenhet som distriktssköterska och erfarenhet från primärvården redovisas i Tabell 1. Det viktigaste är enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) att deltagarna har erfarenheter inom området som studien syftar att undersöka, samt är villiga att delge dem. Det är också viktigt att det är så pass många deltagare att variation i innehåll går att urskilja (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i studien.

Deltagare	Antal yrkesverksamma år som SSK/DSK	Antal yrkesverksamma år inom primärvården
1	21 år	20 år
2	18 år	5 år
3	22 år	5 år
4	23 år	6 månader
5	5 år	2 år
6	2 år	2 år
7	29 år	2 år
8	23 år	17 år
9	32 år	2 år

## Datainsamling

Verksamhetschefer kontaktades via telefon och mail där information om studiens syfte och metod presenterades. Samtycke för att studien skulle kunna genomföras på arbetstid efterfrågades. Verksamhetscheferna vidarebefordrade informationen till sina medarbetare och bad dem kontakta författarna via mail eller telefon om de var intresserade att delta. Nio sjuksköterskor anmälde sitt intresse att delta, varav två var distriktssköterskor. Deltagarna tillfrågades om de föredrog fysiskt möte eller intervju via telefon. Tid avsattes för två av intervjuerna av verksamhetschefen i deltagarnas kalender, där deltagarna uppmanades ringa för telefonintervju om de önskade delta. Dessa två deltagare informerades innan intervjuerna om att deltagandet var frivilligt och tillfrågades muntligt om samtycke. Sju av deltagarna svarade själva via mail till författarna. Intervjuerna bokades då enligt överenskommelse på plats där 30–60 minuter avsattes per deltagare. Brev med ytterligare information om studien samt samtyckesformulär skickades till verksamhetscheferna. Inför varje intervju informerades deltagarna muntligt och skriftligt om studien samt om att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde välja att avbryta deltagandet utan att uppge anledning. Muntligt samt skriftligt samtycke mottogs under intervju-tillfällena.

Semistrukturerade intervjuer användes för att söka kunskap och förståelse om sjuksköterskors erfarenhet av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykisk ohälsa. Enligt Polit och Beck (2017) använder forskare semistrukturerade intervjuer för att garantera att ämnesområdet vid den aktuella studien besvaras. En frågeguide utformades innehållande bakgrundsfrågor som berörde kön, ålder, antal yrkesverksamma år som sjuksköterska/distriktssköterska samt antal yrkesverksam tid inom primärvården och som sedan övergick till 12 öppna frågor som svarar på studiens syfte (Bilaga I). Frågeguiden innehöll även följdfrågor som användes om behov fanns, så som “är det något du vill tillägga” och “kan du berätta mer”. Enligt Polit och Beck (2017) förbereder forskaren frågor och följdfrågor som ställs till deltagarna och uppmantrar dem att prata fritt. Denna teknik säkerställer att forskaren kommer att få all information som krävs och ger deltagarna frihet att ge så många illustrationer och förklaringar som de önskar. Samtliga deltagare svarade på samtliga frågor i frågeguiden. Intervjuerna varade mellan 25–40 minuter. Samtliga intervjuer spelades in via mobiltelefon. Vid fysiskt möte ägde intervjuerna rum på deltagarnas arbetsplats i ett enskilt rum under deras

arbetstid. Under telefonintervjuerna var deltagaren på arbetsplatsen i sitt arbetsrum medan författaren höll till i sitt eget hem. Intervjuerna anpassades efter deltagarnas önskemål om plats.

## Analys

Kvalitativ innehållsanalys är beskrivande till sin form och resultaten är lätta att använda i olika sammanhang. En text bör enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) analyseras med en medvetenhet om vad deltagarna har för livsvillkor, kultur, personlig historia, samt att texten förstås i sitt sammanhang, med grund i den text som kommer före och efter. Fokus ligger i denna analysmetod i att beskriva variationer genom att upptäcka mönster, skillnader och likheter i texten. Texter innehåller ett manifest (uppenbart) innehåll samt ett latent (underliggande) innehåll. Det senare handlar om det som sägs mellan raderna och kräver en högre grad av abstraktions- och tolkningsnivå hos forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Intervjuerna transkriberades noggrant i nära anslutning till intervjuerna. För att erhålla en känsla för vad som sagts inkluderades pauser, skratt etcetera med i texten. Materialet omfattade 43 datautskrivna sidor. Innehållet analyserades utifrån Graneheim & Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär en process av tolkning i flera steg. Texterna lästes upprepade gånger av båda författarna för att få en helhetsbild. Därefter reflekterade författarna tillsammans över innehållet och identifierade meningsenheter som genom sitt sammanhang och innehåll hörde ihop, detta utifrån studiens syfte. Meningsenheterna förkortades sedan utan att förlora sin innebörd till kondenserade enheter. Genom abstraktion lyftes innehållet i det kondenserade innehållet till en högre logisk nivå och benämndes med koder. Därefter bildades kategorier och underkategorier genom att koderna jämfördes utifrån likheter och skillnader (Tabell 2).

Tabell 2. Analysprocessen.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det är ju lite olika alltså olika patienter slår ju an olika strängar hos en. Särskilt unga patienter som mår dåligt kan jag tycka är jobbigt som är i samma ålder som mina barn. Man får ju ändå försöka att vara professionell även där...	Viktigt att vara professionell och inte låta personliga känslor ta över.	Att bli berörd	Distans men medkänsla	Skapa en relation
På så kort tid som vi har tycker jag att	Svårt att låta patienten berätta hela sin	Att inte hinna med.	Känna tidsbrist	Inte räkna till

jag inte kan få till ett bra samtal. Man vill ju att de ska kunna få berätta sin historia men det kan ju ta 30 min och vi har 8 min på oss...	historia på grund av tidsbrist.			
Det är ju tungt och tufft men det känns som att man kan lösa det och att det inte känns olösbart på något vis. Att man alltid kan fråga om hjälp och även fråga läkare såklart...	Det kan vara tungt och tufft men det känns som att man kan lösa det mest då man alltid kan få hjälp av kollegor till exempel läkaren.	Lättare att lösa problem med hjälp av kollegor	Känna stöd från andra	Växa i sin yrkesroll

## Förförståelse

Författarna har förförståelse genom sitt arbete inom primärvården och telefonrådgivning. Det innebär att författarna själva har erfarenheter av att kommunicera med personer som drabbats av psykisk ohälsa. Författarna har försökt att lägga dessa erfarenheter åt sidan under analysprocessen. Erfarenheter har inte heller delgetts till deltagare inför eller under intervjuerna, då detta hade kunnat vinkla deras svar.

## Etiska övervägande

World Medical Association (WMA) har utvecklat Helsingforsdeklarationen där etiska principer finns samlade, i syfte att vägleda personer som utför forskning där människor är involverade samt forskning om identifierbart mänskligt material och data. Viktigt är att deltagarnas hälsa och rättigheter går före författarnas egna intressen och att fördelarna med studien ska överväga de eventuella risker som deltagarna kan utsättas för (WMA, 2021). Helsingforsdeklarationen har varit ett stöd för författarna under studiens gång men författarna har också utgått från Polit och Becks tre viktiga huvudprinciper under forskningsprocessen. Godhetsprincipen är den mest grundläggande etiska principen. Den betonar att ingen deltagare får komma till skada. Forskare är skyldiga att förebygga och minimera skada för den som deltar i en forskningsstudie, samt att skydda deltagarnas rättigheter (Polit & Beck, 2017). Författarna har tagit stor hänsyn till dessa etiska principer under studiens gång. Författarna gav både skriftlig och muntlig information om studien till deltagarna och verksamhetschefer. Samtycke har inhämtats både skriftligt och muntligt från både deltagare och enhetschef innan datainsamlingen påbörjades. De fick information om sina rättigheter. Vid användning av citat som skulle kunna härledas till en deltagare tillfrågades deltagaren en extra gång angående detta citat, för att undvika att denna deltagare kom till skada genom risk med förlust av anonymitet. Principen gällande respekt om mänsklig värdighet gäller forskarens ansvarsområde om att informera om t.ex. rätten att avbryta

sin medverkan (Polit & Beck, 2017). Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om att de när som helst hade rätt att avbryta sitt deltagande utan närmare motivering. Rättvisprincipen understryker rätten till korrekt behandling och anonymitet (Polit & Beck, 2017). Materialet behandlades för att upprätthålla deltagarnas anonymitet. Författarna tydliggjorde för deltagarna att allt transkriberat datamaterial kommer att förstöras efter att examensarbetet blivit godkänt. Personlig information som namn har kodats för att ej kunna härledas direkt till deltagare.

## Resultat

Resultatet visar att sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning med personer som drabbas av psykisk ohälsa handlar om att de växer i sin yrkesroll genom att de kan lita på sin egen förmåga, de känner stöd från andra och hittar modet. De skapar en relation via telefon genom att fånga en helhet, att göra sitt bästa och genom att ha distans men en medkänsla. Samtidigt har de en erfarenhet av att inte räcka till då de känner av tidspress, möter orimliga förväntningar och känner ett behov av en ökad kompetens (Tabell 3).

Tabell 3. Sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning, inom primärvården, med personer som drabbats av psykisk ohälsa.

Kategori	Underkategori
Växa i sin yrkesroll	Lita på sin egen förmåga Känna stöd från andra Hitta modet
Skapa en relation	Fånga en helhet Göra sitt bästa Distans men medkänsla
Inte räcka till	Känna tidspress Möta orimliga förväntningar Behov av ökad kompetens

### Växa i sin yrkesroll

Sjuksköterskorna uttryckte en ökad trygghet då de med stöd från omgivningen samt genom att använda egna strategier kunde växa i sin roll som sjuksköterska. Det fanns ett behov av att lita på sin egen förmåga i telefonrådgivningen, men var också av vikt att hitta modet för att kunna ha tillit till patienten och till sin egen bedömning.

### Lita på sin egen förmåga

Genom en ökad erfarenhet uppnådde sjuksköterskorna en ökad trygghet som gjorde arbetet i telefonrådgivningen lättare. Sjuksköterskorna vågade så småningom lita på sig själva och sina egna bedömningar. Som ny i telefonrådgivning inom primärvården ansågs arbetet svårt och behov fanns av mycket hjälp i sina bedömningar. Med växande erfarenhet växte sjuksköterskans tillit till sig själv. I vissa situationer kunde sjuksköterskorna erbjuda egenvårdsråd, eller boka in patienten för ett samtal för att kunna erbjuda rätt hjälp samt hushålla med resurser.

*“man har väl en ganska grundad människokännedom så man har väl också ett skolat öra...” (Intervju 2)*

Erfarenheten beskrevs som kunskapsmässig men också en ökad livserfarenhet hjälpte sjuksköterskorna att möta människor. Genom att använda sig av sina egna erfarenheter och dela med sig av sig själva gentemot patienterna uttryckte sjuksköterskor att de lättare fick kontakt med patienterna. En sjuksköterska som själv hade erfarenhet av psykisk ohälsa uttryckte att hon brukade använda sig av sina erfarenheter i dessa samtal, och att detta hjälpte henne att nå patienterna.

*”att jag kan känna igen mig i de olika momenten och förstå dem [patienterna] och jag upplever att man nästan får lättare kontakt med dem när man säger att man själv varit där [har erfarenhet av psykisk ohälsa]” ... (Intervju 2)*

### **Känna stöd från andra**

Sjuksköterskornas viktigaste stöd var kollegor. Ett bra arbetsklimat ansågs viktigt och att ha en bra relation med kollegor. Det skapade trygghet och förtroende att ha kollegor att prata med om olika situationer. I vissa fall använde de varandra för att ventilera om jobbiga händelser, vilket gjorde arbetet lättare att hantera.

*“Vi arbetar väldigt nära varandra så vi frågar ofta varandra, läkare och kurator så att vi kan hjälpa patienten på bästa vis”. (Intervju 9)*

Sjuksköterskorna fick mer trygghet och kunde växa i sin roll när de hade stöd. Detta innebar att kunna fråga och be om råd om bedömningar, men också att ha möjligheten att boka in patienterna till team som är specialiserade på psykisk ohälsa. Detta möjliggjorde att patienterna fick rätt hjälp och sjuksköterskorna hade möjlighet att hjälpa patienterna att få rätt hjälp i telefonrådgivningen. Det fanns möjlighet att gå till en kollega från annan yrkesgrupp för att fråga om råd, vilket sjuksköterskorna beskrev som en trygghet.

### **Hitta modet**

Sjuksköterskorna uttryckte att det i början var svårt att ställa svåra frågor, men att det blir lättare med tiden. De uttryckte att det behövdes en förmåga hos sjuksköterskan att kunna ställa svåra frågor utan att det låter mekaniskt. Ibland kunde det enligt sjuksköterskorna vara svårt att lita på patienten när bedömning sker via telefon, att veta om svaren var helt ärliga.

*“det är väl det här om patienten berättar allt, ibland kan man ju fråga men ändå inte få svar utan de slinker undan litegrann”. (Intervju 4)*

De uttryckte också att det var svårt att lita på sin egen bedömning, att det fanns en oro för att bedöma fel. Sjuksköterskorna uttryckte att de hittade modet med växande erfarenhet, kunskap, tid och med stöd från sina kollegor. Eftersom telefonrådgivning uttrycktes vara ett stort ansvarsområde krävdes ett mod av sjuksköterskorna för att våga fråga, att våga lita på sig själv,



att våga lita på patienten och att våga släppa patienten vidare genom att hänvisa till annan vårdgivare. Det krävdes mod att våga släppa kontrollen och lita på att patienten fick rätt hjälp när sjuksköterskan gjort sin bedömning.

*“de första gångerna var jättehemskt att man ska fråga om någon tänkt skada sig men det får ju heller inte låta mekaniskt eller en fråga som man bara bockar av”. (Intervju 3)*

## **Skapa en relation**

Sjuksköterskorna använde sig av olika strategier för att skapa en relation med patienten som ringde. Att skapa en relation innebar att sjuksköterskorna försökte fånga en helhet av den information de fick i telefonsamtalet för att göra en korrekt bedömning. De försökte göra sitt bästa genom att hjälpa och vägleda patienten. Att ha en distans samtidigt som de försökte behålla medkänslan var också en strategi som användes.

## **Fånga en helhet**

För att kunna erbjuda patienten rätt hjälp och rätt vårdnivå använde sjuksköterskorna sig av strategier för att skapa en bild av patientens situation, för att kunna bedöma allvarlighetsgraden av dennes uttryck och symtom. Sjuksköterskorna beskrev att de ofta fick en känsla för hur patienterna mådde utan att det uttrycktes rakt ut av patienten.

*” det andas psykisk ohälsa om vissa samtal ”. (Intervju 6)*

Det är viktigt att ta sig tid för dessa samtal för att kunna fånga alla delar i patientens berättelse. Bemötande ansågs viktigt för att få patienterna att öppna sig. Detta för att skapa ett förtroende från patienten och få patienten att vara ärlig och våga berätta om sina upplevelser. Det fanns en oro för att uttrycka sig på ett sätt som kunde få patienten att reagera felaktigt och därmed få en minskad tillit från patienten.

*“Det är ju när man känner att man kommer patienten lite inpå och får de här svaren som man inte fick direkt, att jag kan bygga upp det förtroendet”. (Intervju 7)*

Det ansågs viktigt att ta sig tid och fråga relevanta frågor. Sjuksköterskorna uttryckte rädsla för att låta som en maskin när de ställde frågor som ”hur länge har det varit såhär”, ”har du tankar på att skada dig” m.m. Det fanns en oro för att låta hård och kall mot patienten. Sjuksköterskorna erfor att patienterna inte alltid förstod varför dessa frågor behövde ställas, de ville bara ha snabb hjälp. Sjuksköterskorna ansåg att de behövde vara noga med att få med alla frågor för att kunna göra rätt bedömning, men att rätt bedömning inte alltid behövde vara att boka patienten till en doktor, även om det var det många patienter önskade. Det var viktigt att ha frågan med sig ”vad kan vi hjälpa dig med” när information samlades in från patienten, då det i vissa fall kunde handla om patientens livssituation, vilket inte primärvården kan påverka.

*“psykiskt sköra patienter är väldigt känsliga för bemötande, man är rädd att man säger något som uppfattas fel”... (Intervju 5)*

### **Göra sitt bästa**

Sjuksköterskorna uttryckte att de alltid försökte göra sitt bästa i sitt arbete med telefonrådgivning. De gjorde sitt yttersta för att hjälpa patienten och för att underlätta dennes situation. En mycket uppskattad åtgärd var när sjuksköterskorna erbjöd sig att ringa upp patienterna igen efter en tid för att följa upp hur det gått, hur de mår och hur de följt de råd som givits. Detta skapade en trygghet och tillit för patienterna, vilket också underlättade relationsskapandet.

*“att återkoppla är oftast väldigt tacksamt, jag ringer till dig på fredag och kollar hur det går för dig”... (Intervju 3)*

Sjuksköterskorna kände en tillfredsställelse av att kunna hjälpa patienterna, att kunna erbjuda rätt hjälp och med vetskapen om att de gjort sitt bästa för att hjälpa dem de möter via telefon. Ofta tog sjuksköterskan sig tid för att ringa samtal åt patienten eller gav extra mycket tid för att följa upp. Sjuksköterskorna fick bekräftelse när de fick följa patienterna och kunde se en förbättring, det gav ett självförtroende och fick sjuksköterskan att växa.

### **Distans men medkänsla**

Sjuksköterskorna blev berörda av samtalen med patienter som lider av psykisk ohälsa. De kände empati och förståelse, men uttryckte att de skapade en distans till patienten för att skydda sig själva. Att bli för personlig i relationen med patienten blev för svårt att hantera för sjuksköterskorna.

*“Man bestämmer sig helt enkelt för att man ska ha distans till sina egna känslor, det tror jag man måste i det här yrket. Det går inte att ta på sig deras lidande”... (Intervju 5)*

Sjuksköterskorna ansåg att det ibland var svårt att ställa om efter ett jobbigt samtal, då nästa samtal kunde handla om något helt annat.

Egna erfarenheter av psykisk ohälsa hos sig själv eller hos anhöriga påverkade hur sjuksköterskorna hanterade samtalen med personer som mådde psykiskt dåligt. De använde sina erfarenheter och delade dem med patienten, dock med patienten i centrum. Egna erfarenheter av suicid i sin närhet kunde innebära att sjuksköterskan påverkades otroligt starkt av samtal med patienter med psykisk ohälsa och att hon inte orkade bära ansvaret.

*“så jag sprang in till en kollega och bara grät och visste inte vad jag skulle råda den här patienten till för jag är rädd att den här patienten skall ta livet av sig och jag klarar inte av att någon mer tar livet av sig...och att det ska ligga på mitt ansvar”... (Intervju 5)*

### **Inte räcka till**

Att inte räcka till innefattar den tidspress som sjuksköterskorna kände i sitt arbete, att de mötte orimliga förväntningar från patienter via telefonen och att de uttryckte ett behov av ökad kompetens för att möta personer med psykisk ohälsa på ett bra sätt.

### **Känna tidspress**

Sjuksköterskorna uppgav att de kände tidspress under telefonrådgivningen. De hade en viss tidsmarginal som samtalen inte fick överskrida vilket gjorde att arbetsstressen ökar när samtals tiden överskrids. Detta resulterade i att sjuksköterskorna kände att de inte hann med att göra klart allt under telefonsamtalet och att patienten inte fick tiden att berätta hela sin historia. En önskan fanns om att varje samtal skulle få ta den tid som krävs, utan stress. Under stress fanns en risk att gå miste om viktig information.

*“Jag har ingen lösning men det skulle vara skönt med mer tid, mer gummiband i schemat”.*  
(Intervju 3)

Vissa samtal var tvungna att ta längre tid. Då fick sjuksköterskorna ta hjälp av varandra för att ringa ikapp. De försökte lägga tidspressen åt sidan för att fokusera på samtalet och på att hjälpa patienten på bästa sätt.

### **Möta orimliga förväntningar**

Sjuksköterskorna uttryckte att det var jobbigt att inte alltid ha möjlighet att kunna hjälpa patienter med psykisk ohälsa i telefonrådgivningen. Att patienten ibland tog ut sin irritation och frustration på sjuksköterskan i telefonen. Patienter kunde ha många önskemål som inte var realiserbara men de flesta förstod att vården inte kan lösa allt. Sjuksköterskornas erfarenhet var att det fanns en svårighet i att hjälpa de patienter som haft psykisk ohälsa i större delen av sitt liv. Det kunde också vara svårt att motivera en patient som givit upp hoppet om att hjälp finns.

*“Det är ju det här med att nå fram och är patienten missnöjd så når man ju inte fram. Vissa är irriterade på riktlinjer och inte på oss men det kan ju ändå gå ut över oss”.* (Intervju 6)

Sjuksköterskorna kände en frustration över systemet som beskrevs som uppdelat och fyrkantigt. De ansåg att patienten ofta bollades runt mellan primärvården och psykiatrin då patienten hade behandlingsåtgärder inom båda enheterna. Sjuksköterskorna uttryckte att de ofta konsulterade läkare om en patient med psykisk ohälsa, men att de blev hänvisade tillbaka till psykiatrin och vice versa. En sjuksköterska jämförde som exempel patienter som sköttes via hjärtmottagningen, som primärvården hjälpte när dessa patienter blev akut sämre. Detta skedde inte i samma utsträckning med psykiskt sjuka patienter enligt sjuksköterskorna. Detta gjorde arbetet mer svårarbetat.

*“det är många gånger man skulle vilja ringa psykiatrimottagningen och be om hjälp, men det är väldigt stängda skott”.* (Intervju 9)

En önskan om ett bättre samarbete och ett tydligare uppdelat ansvar mellan primärvården och psykiatrin fanns. Att från vårdcentralen ha en direktlänk till psykiatrin såsom direktnummer eller att ha möjlighet att boka in patienten till psykiatrin skulle underlätta enligt sjuksköterskorna.

## **Behov av ökad kompetens**

Sjuksköterskorna uttryckte att psykisk ohälsa var ett svårt arbetsområde och efterlyste därför en ökad kunskap inom ämnet. De önskade få gå utbildningar om psykisk ohälsa för att få en uppdatering om ämnet och ny forskning som skulle kunna tillämpas i telefonrådgivningen. Sjuksköterskorna ansåg att mer kunskap och utbildning behövs för att de ska kunna känna sig trygga i sitt arbete och kunna göra de bedömningar som krävs i ett rådgivande samtal.

*“man får alltså öka kunskapen generellt inom psykisk ohälsa hos distriktssköterskorna om man ska hantera dessa samtal på vårdcentralen”... (Intervju 5)*

Sjuksköterskorna använde inga hjälpmedel i telefonrådgivningen men önskan fanns om en gemensam standardiserad mall med frågor att följa. Detta för att lättare kunna ringa in allvarlighetsgraden av den psykisk ohälsan. I stället för hjälpmedel använde sjuksköterskorna sin erfarenhet i telefonrådgivningen för att veta vilka frågor som skulle ställas. Frågorna som ställdes blev för många av deltagarna olika vid varje samtal därför att känslan fick styra vilka frågor som skall ställas.

*“jag har ett batteri med frågor, en frågemall i huvudet som jag utgår ifrån”... (Intervju 7)*

Lärandet fortlöper enligt sjuksköterskorna hela tiden och ingen blir någonsin fullärd. För varje samtal lärde sjuksköterskorna sig något nytt som man kunde ha nytta av till nästa samtal.

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykisk ohälsa. Resultatet visar att sjuksköterskornas erfarenheter av telefonrådgivning med personer som drabbas av psykisk ohälsa handlar om att de växer i sin yrkesroll genom att de kan lita på sin egen förmåga, de känner stöd från andra och hittar modet. De skapar en relation via telefon genom att fånga en helhet, att göra sitt bästa och genom att ha distans men en medkänsla. De uttrycker att de inte räcker till eftersom tidspress, orimliga förväntningar och brist på kunskap och kompetens resulterar i svårigheter för sjuksköterskorna.

### **Skapa en relation**

Sjuksköterskorna uttrycker att det är av stor vikt att vara lyhörd i kommunikationen med patienter med psykisk ohälsa för att fånga en helhet och möjliggöra relationsskapande. Detta överensstämmer med Björkman & Salzmänn-Erikson (2019) som beskriver att sjuksköterskor i telefonrådgivning behöver vara lyhörda för patienternas tonläge i telefonen. Genom att de själva utvecklar en känslighet kan de tillgodose patienternas behov och skapa en tillitsfull relation under samtalet. De kan påverka samtalet negativt genom till exempel tonläget Detta riskerar att minska chansen till relationsskapande (Björkman & Salzmänn-Erikson, 2019). Slutsatsen blir att sjuksköterskans personliga färdigheter och förmåga att kommunicera samt att

ha en högre nivå av att lyssna in är förutsättningar för att skapa en bra relation med patienter med psykisk ohälsa.

Ett tryggt möte ökar möjligheterna för patienterna att öppna upp sig och dela med sig av sina känslor, vilket underlättar möjligheterna att hjälpa patienterna till tillfrisknande. Detta överensstämmer med Travelbees teori som understryker att roller som sjuksköterska och patient bör läggas åt sidan för att en mellanmännisklig relation ska kunna uppnås. När sjuksköterska och patient i stället når varandra som personer kan relation skapas, vilket ger bättre förutsättningar för patienten. Travelbee understryker vikten av att använda sig av sig själv i mötet med patienten, vilket framkommer i denna studie att sjuksköterskorna till viss del gör. En förutsättning för detta är att sjuksköterskan lär känna sig själv (Travelbee, 1999). I resultatet framkom att det är tvunget att hålla en distans till patienten för att skydda sig själva. En utmaning blir att hålla denna balans på en bra nivå för sjuksköterskan. Det kan diskuteras om det är en fördel att som sjuksköterska ha egen erfarenhet av psykisk ohälsa för att bättre kunna nå denna balans av mellanmännisklig relation, utan att bli alltför påverkad av patientens lidande.

### **Växa i sin yrkesroll**

I resultatet framkom att bra arbetsmiljö och samarbete med kollegor är mycket viktigt. Sjuksköterskan växer i sin yrkesroll och får en ökad trygghet genom att känna stöd från sina kollegor. Genom en ökad trygghet och erfarenhet får sjuksköterskan ett ökat mod som hjälper dem att våga ställa obekväma frågor till patienterna, men också ett mod som gör att de litar på sina egna bedömningar, samt känner sig trygga med att hänvisa patienterna vidare. De upplever att de ofta känner av allvarlighetsgraden utan att patienten uttalat att hen mår psykisk dåligt. Även Kaminsky m.fl. (2017) beskrev att sjuksköterskor använder sig av erfarenhet och strategier för att tolka verbal och icke verbal kommunikation i telefonrådgivning, för att bedöma vårdbehov. Resultatet i vår studie överensstämmer med Karlsson m.fl. (2021) som framhåller att distriktssköterskor försöker uppfatta det utsagda och genom att bygga förtroende, att våga fråga svåra frågor samt genom att tolka tecken hos patienterna, vilket gör att sjuksköterskan känner sig säker i sin arbetsroll.

Att ha bra samarbete och stöd med andra är också något som framkommer som viktigt (Karlsson m.fl., 2021). Personliga erfarenheter hos sjuksköterskorna i denna studie påverkar hur de hanterar telefonrådgivning med patienter med psykisk ohälsa. Det kan dels ge en positiv upplevelse hos sjuksköterskan att använda sig av och dela med sig av sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa i kommunikationen med patienterna. Dels kan negativa personliga erfarenheter av psykisk ohälsa påverka sjuksköterskan i mötet med dessa patienter. Det leder till frågan om hur stort stöd sjuksköterskor får av sin arbetsgivare i att hantera dessa, ibland svåra situationer och vägleda dem i utvecklingen i sin yrkesroll. Att känna stöd från arbetsgivaren och kollegor i dessa situationer är en viktig del i sjuksköterskans arbetsmiljö. Att känna trygghet skapar en god arbetsmiljö och därmed en mer hållbar arbetssituation för sjuksköterskorna i telefonrådgivningen. Att som patient möta sjuksköterskor i telefonrådgivningen som upplevs lugna och trygga bidrar till en mer hållbar omvårdnad och som främjar möjligheterna till god hälsa.

### **Känna sig otillräcklig**

En förutsättning för att skapa en tillitsfull relation är enligt resultatet i denna studie att samtalet får ta tid. Detta överensstämmer med Björkman m.fl. (2018) som beskriver att för att skapa förtroende till patienterna behöver samtalet få ta tid. Sjuksköterskorna tar sig tid i samtalet med patienter med psykisk ohälsa, tid som inte finns, vilket sjuksköterskorna ser som en utmaning. Något som underlättar är att kollegor hjälper till med att ringa extra samtal. Sjuksköterskorna i denna studie har erfarenhet av att de i första hand får klara sig på egen hand med hjälp av sina kollegor. Det anses vara av stor vikt att ge extra handledning och utbildning till sjuksköterskor för att de ska uppleva förbättrat stöd och kunskap i mötet med dessa patienter. Detta beskriver även Svenningsson m.fl. (2018) som i sin studie visat att sjuksköterskor som får utbildning i psykisk ohälsa samt i att möta personer med depression, upplever att de får möjlighet att utvidga det redan existerande arbetet på vårdcentralen. De ger en mer personcentrerad vård till patienterna och skapar ett skyddsnät för dessa individer genom en kontinuerlig kontakt.

I resultatet framkom att sjuksköterskorna ser brister i kunskap och kompetens men också i samverkan mellan olika vårdgivare, vilket leder till en frustration hos sjuksköterskorna eftersom de ofta gör allt de kan för att hjälpa patienterna, men blir ofta hindrade av systemets funktion. Detta överensstämmer med Janlöv (2018) som kommit fram till att det finns stora brister i kunskap, samverkan och rutiner. Det finns ett behov och en önskan om att få ökad kunskap i psykisk ohälsa och i kommunikation med dessa patienter. Både läkare och sjuksköterskor inom primärvården upplever att vården av patienter med psykisk ohälsa är alltför specialiserad för att på ett bra och professionellt sätt kunna skötas inom primärvården. De flesta uppger att de har otillräcklig kunskap och erfarenhet för att kunna ansvara för vården av dessa patienter på ett korrekt sätt. Ytterligare ett hinder utgörs av att det saknas bra rutiner för samarbete med den specialiserade psykiatrin (Lester, Tritter & Sorohan, 2005). En annan aspekt är att patienter med psykisk ohälsa har längre och mer frekventa besök hos distriktsläkaren än patienter utan psykisk ohälsa. Dessa patienter genererar därmed en betydligt större arbetsbelastning för sjuksköterskor, jämfört med patienter som inte lider av psykisk ohälsa. Detta eftersom de oftare tar kontakt med sjuksköterskorna via telefonrådgivningen (Lester, Tritter & Sorohan, 2005). Ur ett kostnadseffektivt synsätt torde det alltså gynna vården att öka kunskap hos sjuksköterskor, samt förbättra rutiner och samverkan. Detta gynnar också patienterna eftersom de får en bättre uppföljning och mer förutsättningar till ett snabbare tillfrisknande.

Sjuksköterskorna beskrev att de ofta blev hänvisade fram och tillbaka när de konsulterade läkare eller annan vårdgivare för att hjälpa patienterna. Detta gjorde att de kände sig otillräckliga och frustrerade över sin egen maktlöshet. En fråga är om denna maktlöshet kan grunda sig i hierarkiska strukturer och roller som sätter läkare i en högre maktposition än sjuksköterskan. Detta bidrar till en ojämnställd arbetsmiljö. Varje arbetsplats inom primärvården, liksom inom alla organisationer, bör arbeta för att främja ett jämställt arbetssätt oberoende av yrkesroll eller kön. Detta främjar samarbete mellan yrkesgrupper och till sist patienten som får bättre hjälp.

## Metoddiskussion

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) bedöms en kvalitativ studies trovärdighet utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet.

Strategier för val av deltagare har betydelse för resultatets giltighet. Att finna deltagare med erfarenhet av det som ska studeras och som är villiga att berätta är en förutsättning för ett bra resultat. Det bör också finnas tillräckligt med data för att täcka betydelsefulla variationer (Lundman & Hällgren Graneheim 2017). Sjuksköterskor och distriktssköterskor från 4 olika vårdcentraler i Väst- och Mellansverige valdes. Vårdcentralerna var både privata och i regionens regi. Deltagarna gav skiftande information och hade olika erfarenhet av sitt arbete vilket kan ses som en styrka.

Samtliga deltagare var kvinnor i åldrarna mellan 31–59 år. Att det endast deltog kvinnor i studien kan ses som en svaghet då manliga deltagare eventuellt kunnat bidra med annan information och erfarenhet. Deltagarna hade en yrkeserfarenhet som sjuksköterska på vårdcentral mellan 6 månader och 20 år. Att det finns en stor variation mellan deltagarnas ålder och yrkesverksamma år ser författarna som en styrka i studien då de har varierande erfarenhet och känsla för sitt arbete. Deltagarna skulle ha minst 6 månaders erfarenhet av telefonrådgivning inom primärvården och ha haft kontakt med personer med psykisk ohälsa i telefonrådgivningen, eftersom erfarenheten av telefonrådgivning med personer med psykisk ohälsa skulle undersökas.

Målet var att intervjua 10 deltagare men totalt genomfördes 9 intervjuer då det under rådande Coronapandemi fanns svårigheter att rekrytera deltagare på grund av resursbrist. Utifrån den data intervjuerna genererade ansåg författarna att det fanns nog med data som grund för en god analys. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att ge en noggrann beskrivning av urval och analysarbete är ett sätt att ge läsarna möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet. Ett annat sätt är att presentera citat från intervjuer. En annan aspekt för att uppnå giltighet är att välja de mest lämpliga meningsenheterna. De bör inte vara för långa men inte heller allt för korta. Vi har under analysarbetet haft syftet tydligt framför oss för att inte riskera att ta med sådant som inte svarar på studiens syfte. Vi har också arbetat i ett gemensamt dokument där vi har lagt in alla meningsenheter för att gemensamt kunna läsa igenom dem upprepade gånger och för att ha möjlighet att upptäcka de meningsenheter som inte passar in. Citat från meningsenheterna har använts i studiens resultat för att stärka giltigheten.

För att tydliggöra analysprocessen har vi valt att i en tabell redovisa hur meningsenheter, kondenserade meningsenheter, koder, underkategorier samt kategorier tagits fram. Val av metod diskuterades. Vi diskuterade om en kvalitativ enkätstudie skulle vara ett bra val. Enkätstudie passar bra när information skall samlas in från många människor på kort tid men vi ansåg att en kvalitativ metod passade vår studie bättre då det var erfarenheten av telefonrådgivning inom primärvården med personer som drabbats av psykiskohälsa som skulle studeras. Detta är enligt Polit och Beck (2017) ett bra val av metod när det erfarenheter skall studeras då det ger en djupare förståelse för det studerade fenomenet.

Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att en noggrann beskrivning av analysarbetet är ett måste för att stärka resultatets tillförlitlighet. Att intervjuerna genomfördes av två olika personer kan medföra att deltagarna fått olika uppföljningsfrågor men det kan också resultera i större möjlighet att fånga upp variationer. Att författarna läst igenom intervjuerna och gemensamt arbetat med analysens alla delar ökar tillförlitligheten i resultatet. Semistrukturerade intervjuer användes för att få fram en så detaljrik data som möjligt. Polit & Beck (2017) menar att deltagarna skall uppmuntras att prata fritt utifrån intervjuguiden vilket ger deltagarna frihet att ge så många illustrationer och förklaringar de önskar. Två intervjuer genomfördes via telefon och de sju resterande under fysiskt möte. Författaren som genomförde telefonintervjuerna upplevde att det fanns vissa svårigheter att få samtalet att flyta då det inte fanns möjlighet till ögonkontakt, att se deltagarens kroppsspråk, och ge bekräftande nickar och liknande. Det fanns dock ingen betydande skillnad i intervjuerna som gjordes under fysiskt möte eller via telefon. Polit & Beck (2017) menar att intervjuer via telefon är mindre tidskrävande samt mindre kostsamt, men att fysiska intervjuer föredras framför telefonintervju. Alternativt kan intervju per telefon användas som uppföljning om den person som intervjuar och deltagare redan träffats personligen tidigare. Under rådande pandemi då primärvården var fullt upptagna med vaccination föll sig omständigheterna så att detta ej kunde undvikas. Dock upplever författarna att det ej påverkat resultatet.

Följdfrågor användes vid behov för att deltagarna skulle få möjlighet till att ge en ännu mer detaljerad information om fenomenet som studerades. Hur neutralt resultatet är handlar enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) om forskarens påverkan på analys av data, då det finns en risk att forskaren ser det som hen tror sig se utifrån egna upplevelser och erfarenheter av hur det kan tänkas vara. Då båda författarna har förförståelse genom sitt arbete inom primärvården och telefonrådgivning har det hela tiden funnits en medvetenhet om författarnas egna förutfattade meningar. I och med denna medvetenhet anser författarna att deras förförståelse inte tagit över och inte heller påverkat det slutliga resultatet.

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) varierar graden av närhet och distans i en kvalitativ studie under de olika stegen i forskningsprocessen. Under intervjun är forskarens delaktighet given eftersom i samspelet mellan deltagaren och forskaren är forskaren medskapare av texten. Det är här viktigt att forskaren distanserar sig från materialet för att kunna finna mönster under analysprocessen. Resultatet kan inte ses som oberoende av forskaren men det är ändå deltagarnas röst som redovisas. En aspekt i detta är att författarna inte tidigare genomfört någon intervju. Författarna använde sig av frågeguiden som stöd och försökte under varje intervju att hålla sig neutrala och anpassa sig till intervjusituationen. Detta för att skapa ett gott samspel mellan deltagaren och författaren.

Överförbarheten innebär att studiens resultat kan överföras till andra grupper eller situationer. Detta är enligt Graneheim och Lundman (2004) upp till läsaren att bedöma om resultatet är överförbart. Genom att tydligt beskriva urval, deltagare, datainsamling och analys kan en studies överförbarhet bedömas. Studien är gjord med deltagare från olika städer i olika regioner och olika vårdcentraler i både privat och i regionens regi. Detta anser författarna är en fördel då det bidragit med fler nyanser av erfarenheter än om alla deltagare skulle arbetat på samma vårdcentral. Detta kan tänkas stärka överförbarheten på studien. Något som diskuterades var att merparten av deltagarna saknar distriktssköterskeutbildning och om detta kan ha påverkat



resultatet. På de vårdcentraler som deltog i studien var det brist på specialistsjuksköterskor. De sjuksköterskor som deltog hade dock likvärdig erfarenhet av telefonrådgivning med personer med psykisk ohälsa som de distriktssköterskor som deltog. Författarna anser därför att deras deltagande och data är relevant för studiens syfte. Urvalet i studien visar variation när det kommer till ålder och arbetslivserfarenhet men ingen variation i kön vilket kan minska överförbarheten till andra grupper. Det finns därför en möjlighet att resultatet hade kunnat se annorlunda ut om även män deltagit i studien. Urvalet visas tydligt i en överskådlig tabell där kön, ålder och yrkeserfarenhet beskrivs. Författarna har kunnat se likheter och mönster i sjuksköterskornas erfarenhet som stärker studiens trovärdighet.

### **Etisk diskussion**

Under hela forskningsprocessen har författarna noga tagit hänsyn till de etiska principer som finns att förhålla sig till. Helsingforsdeklarationen har varit ett stöd som syftar till att vägleda personer som utför forskning där människor är involverade (WMA 2021). Verksamhetscheferna kontaktades först för att sedan skicka ut information till sjuksköterskorna som fick anmäla sitt intresse om att delta i studien. Deltagarna deltog därav på frivillig basis. Deltagarna var positiva till att delta i studien och delgav gärna sina erfarenheter. Detta kan tänkas bero på att det inte var något känsloladdat ämne som studerades och att deltagarna kände att studien kunde vara till hjälp för att förbättra deras egen arbetsmiljö. Deltagarna informerades om att ljudfiler och transkriberat material kommer att förstöras efter att examensarbetet är godkänt. I enlighet med principen gällande respekt för mänsklig värdighet (Polit & Beck 2017) informerades deltagarna om att de hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång utan motivering. Något som diskuterades var att en av författarna intervjuade två deltagare på sin egen arbetsplats. Detta ansågs dock inte påverka intervjuerna och dess data då deltagarna och författaren aldrig arbetat tillsammans då författaren studerar på heltid och deltagarna fick sin anställning efter att författaren påbörjat sin utbildning. En av deltagarna delade med sig av egna erfarenheter av suicid i sin närhet. Deltagaren kontaktades av den intervjuande författaren som fick ett godkännande av deltagaren att text och citat publicerades i examensarbetet.

### **Slutsats**

I studiens resultat framkom att sjuksköterskor är i behov av stöd i att växa i sin yrkesroll, genom ökad utbildning i psykisk ohälsa samt i kommunikation och relationsskapande med personer med psykisk ohälsa, för att förbättra arbetet i telefonrådgivning med dessa patienter. Stöd fanns enligt sjuksköterskorna i form av stöttning och reflektion med kollegor, men det fanns ingen tydlig struktur för hur detta skulle ske, utan sjuksköterskorna fick på egen hand finna lösningar och strategier för kommunikation, relationsskapande och egen utveckling. De erfor att tid är viktigt för att skapa relation med patienterna, vilket i sin tur underlättar för patienterna att öppna sig och berätta hela sin historia. De önskade mer tid men också ökat stöd och förbättrad samverkan med exempelvis den psykiatriska öppenvården. Resurser bör i framtiden läggas på att öka samverkan, rutiner och kunskap inom psykisk ohälsa och telefonrådgivning i primärvården för att minska stress och arbetsbelastning för sjuksköterskor. Detta skulle ekonomiskt gynna samhället både på individnivå samt på samhällsnivå. Då patienter med psykisk ohälsa fortare får hjälp kan rehabilitering påskyndas, tiden för sjukskrivning minskas

och patienterna kan fortare återgå till arbete.Handledning och reflektion är också viktigt för att stötta sjuksköterskorna att växa i sin yrkesroll. På så sätt kan de få ökade förutsättningar att känna en ökad trygghet, samt ett ökat mod som gör att de vågar lita på sig själva och sina bedömningar i telefonrådgivningen. Dessutom skulle ökad handledning och reflektion tillsammans med utbildning hjälpa sjuksköterskorna att hantera sina egna känslor efter jobbiga samtal. Ökat samarbete, stöd, rutiner och mentorskap skulle således minska känslan av otillräcklighet som sjuksköterskorna i denna studie uttryckte som ett problem. Att det finns tid för sådan reflektion och konsultation ger en bättre arbetsmiljö för sjuksköterskan. Studiens resultat visade även att sjuksköterskorna önskade mindre tidspress i telefonrådgivningen. Under stress fanns en risk att gå miste om viktig information, information som är av vikt för att underlätta för sjuksköterskorna att göra rätt bedömningar och hjälpa patienten få rätt hjälp.

## **Förslag till klinisk tillämpning**

Denna studie belyser sjuksköterskans erfarenhet av telefonrådgivning med personer med psykisk ohälsa inom primärvården. Telefonrådgivning är en komplex och många gånger en utmanande uppgift på grund av de varierande problemsituationerna sjuksköterskorna ställs inför. Vårt resultat kan bidra till att belysa de områden som ansågs viktiga och svåra och i och med det ha möjlighet till en fortsatt utveckling inom det aktuella området för sjuksköterskor/distriktssköterskor inom primärvården, men också inom andra organisationer där kontakt med dessa patienter sker. Utbildning inom området psykisk ohälsa var något deltagarna efterfrågade. Berörd personal borde därför bli erbjuden utbildning för att ha möjlighet att känna sig trygg i sin bedömning i telefonrådgivningen och därmed kunna arbeta patientsäkert. Ett förslag är att erbjuda tid för handledning av en mer erfaren sjuksköterska/distriktssköterska för nyrekryterade sjuksköterskor i telefonrådgivning. Detta skulle stärka sjuksköterskors trygghet i bedömningarna samt öka patientsäkerheten, då chansen ökar att sjuksköterskorna fortare erhåller erfarenhet och trygghet. I resultatet framkom att sjuksköterskorna efterfrågade ett mer strukturerat arbetssätt med tydligare riktlinjer och ett tätare samarbete med den öppenpsykiatriska mottagningen. Här skulle ett stort kunskapsutbyte kunna ske för sjuksköterskorna om det fanns ett mer naturligt samarbete mellan de olika organisationerna, men också mellan olika yrkesgrupper. Ett ökat teamarbete samt en ökad schemalagd tid för reflektion och utbyte av erfarenheter skulle gynna både sjuksköterskorna och i förlängningen också patienterna. Denna studie skulle således kunna hjälpa sjuksköterskan/distriktssköterskan i sitt arbete i telefonrådgivning, att ge patienten rätt vård i rätt tid.

## **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Då primärvården ofta är den första vårdkontakten för patienter med psykisk ohälsa vore det av intresse att studera hur patienterna med psykisk ohälsa upplever telefonrådgivning inom primärvården. Detta för att ha möjlighet att kunna bemöta och hjälpa dem på bästa sätt. Något som framkom i studiens resultat var att majoriteten av deltagarna upplevde tidsbrist vid telefonrådgivningen och framför allt under samtal med patienter med psykisk ohälsa. Det vore

därför intressant att studera om mindre tidspress i telefonrådgivning skulle leda till förbättrat omhändertagande av patienter med psykisk ohälsa. En annan intressant aspekt är om ökad utbildning och kompetens skulle förbättra vården och omhändertagandet av psykiskt sjuka patienter, men också förbättra sjuksköterskornas säkerhet och trygghet. Sjuksköterskorna ansåg att de inte hade nog med kunskap om psykisk ohälsa och kände därför sig osäkra på sin bedömning i telefonrådgivningen. Det vore också intressant att studera vidare om egen erfarenhet av psykisk ohälsa ökar tryggheten hos sjuksköterskorna och hos patienterna, då detta var något som framkom till viss del i studien. Med tanke på att den psykiska ohälsan ökar i samhället ses behov av att undersöka hur denna ökning påverkar sjuksköterskans arbetsmiljö inom primärvården men också hur vårdkvalitén för patienten påverkas.

## Referenser

- Björk Brämberg, E., Torgerson, J., Norman Kjellström, A., Welin, P., & Rusner, M. (2018) Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care', *BMC Family practice*. 19, 12. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0687-0>
- Björkman, A., & Salzmänn-Erikson, M. (2019) Giving advice to callers with mental illness: adaptation among telenurses at Swedish Healthcare Direct. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 14, 1–9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1633174>
- Bjorkman, A., Andersson, K., Bergström, J., & Salzmänn-Eriksson, M. (2018). Increased Mental Illness and the Challenges This Brings for District Nurses in Primary Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*. 39(12), 1023–1030. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1522399>
- Folkhälsomyndigheten (2020) *Vad är psykisk hälsa?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Inoue, M., Del Fabbro, L., & Mitchell, M. (2017). Assessing the educational needs of mental health nurses working in an adolescent inpatient psychiatric ward in Japan. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 30, 181–185. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2012.00335.x>
- Janlöv, A., Johansson, L., & Clausson, E. K. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 987–996. <https://doi.org/10.1111/scs.12540>
- Kaminsky, E., Röing, M., Björkman, A., & Holmström, I. (2017). Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nursing and Health Sciences*. 19, 278–286. <https://doi.org/10.1111/nhs.12349>
- Karlsson, J., Marmstål Hammar, L., & Kerstis, B. (2021) Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental Ill-Health in Older Men in Primary Care—A Qualitative Study of Narratives. *Nursing Reports*. 11, 152–163. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010015>
- Kristenson, M. (2012). Psykosociala faktorer påverkar hälsa och sjukdom. I A, Hertting., & M, Kristenson (Red.), *Hälsofrämjande möten: Från barnhälsovård till palliativ vård*. (ss. 25-34). Studentlitteratur.

Lester, HE., Tritter, JQ., & Sorohan, H. (2005). Patients' and Health Professionals' Views on Primary Care for People with Serious Mental Illness: Focus Group Study. *British Medical Journal*, Vol 330, 1122–1126. <https://doi.org/10.1136/bmj.38440.418426.8F>

Lundman B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219–234). Studentlitteratur.

Leppänen, V. (2008). Inledning. I, Holmström. (Red.). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl, s. 19-35). Studentlitteratur.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10: e uppl.). Wolters Kluwer

Svensk sjuksköterskeförening (2019). *Distriktssköterskeföreningen Sverige: Kompetensbeskrivning Avancerad Nivå, Distriktssköterska*.  
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktssjukskoterskor-kompetensbeskrivning-2019-klar-for-webb.pdf>

Svenningsson, I., Udo, C., Westman, J., Nejati, S., Hange, D., Björklund, C., & Petersson, E. L. (2018). Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 36(4), 355–362. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1529018>

Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021–2022*.  
[https://skr.se/download/18.303bc5d51768421ffcb5290c/1608727757886/Overenskommelse\\_i\\_insatser\\_psykisk\\_halsa\\_2021.pdf](https://skr.se/download/18.303bc5d51768421ffcb5290c/1608727757886/Overenskommelse_i_insatser_psykisk_halsa_2021.pdf)

Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Väntetider i vården: Tillgänglig vård – en webbplats från sveriges kommuner och landsting*.  
<http://vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardTelefon/>

Socialstyrelsen (2019) *Långvarig psykisk ohälsa en utmaning för vården*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/langvarig-psykisk-ohalsa-en-utmaning-for-varden/>

Socialstyrelsen (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom stöd för styrning och ledning*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2016) *Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>

Travelbee, J. (1999). *Mellommeneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget

Wahlberg, A.C., Cedersund, E., & Wredling, R. (2003). Telephone nurses experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12. 37-45.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00702.x>

Wahlberg, A. C. (2004). *Telephone advice nursing: Callers' perceptions, nurses' experience of problems and basis for assessments*. (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet; Institutionen Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle).  
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38386/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WMA. (2021). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. 2013, World Health Organization, Geneva.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=9A70A4D1202B56694751DBA64D3047DB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=9A70A4D1202B56694751DBA64D3047DB?sequence=1)

## Intervjufrågor

- Berätta om hur det är att arbeta med telefonrådgivning på vårdcentral?
- Hur det är att bedöma psykisk ohälsa vid telefonrådgivning? Kan du beskriva lite närmare? Ge exempel.
- Berätta om en positiv situation i samband vid telefonrådgivning med patienten med psykisk ohälsa?
- Berätta om en negativ situation i samband vid telefonrådgivning med patienten med psykisk ohälsa?
- Vilka svårigheter finns i dessa samtal?
- Vad får du för personliga känslor och tankar när du pratar med någon som mår psykiskt dåligt?
- Hur hanterar du dessa?
- Finns det möjligheter för er sjuksköterskor att hjälpa patienterna på rätt sätt? Vill du utveckla? Ge exempel.
- Finns handledning relaterat till telefonrådgivning? Kan du ge ett exempel.
- Vad är viktigt i samband vid bedömning av psykisk ohälsa i telefonrådgivningen?
- Vill du berätta om vilka hjälpmedel du använder dig utav i samband vid bedömning av psykisk ohälsa.
- Hur skulle du vilja utveckla telefonrådgivningen vid bedömning av psykisk ohälsa?

Följdfrågor:

Är det något mer du vill tillägga?

Hur menar du då?

Hur tänker du kring det?

Kan du berätta mer?

**Högskolan Väst**  
**Institutionen för hälsovetenskap, 461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00**  
[www.hv.se](http://www.hv.se)