



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Distriktssköterskans erfarenhet och handläggning av kvinnor med starka menstruationssmärter vid telefonrådgivning

En intervjustudie

Författare: Eva Bring  
Hanna Fristedt

Handledare: Cecilia Follin

Magisteruppsats

November 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Distriktssköterskans erfarenhet och handläggning av kvinnor med starka menstruationssmärter vid telefonrådgivning

En intervjustudie

Författare: Eva Bring  
Hanna Fristedt

Handledare: Cecilia Follin

Magisteruppsats

November 2014

## Abstrakt

**Bakgrund** Endometrios kan vara en bakomliggande anledning till starka menstruationssmärter. Kvinnor upplever att deras smärter inte tagits på allvar i skolåren. Det tar i genomsnitt 7-9 år att få en diagnos. Detta kan leda till sjukdomsprogress och sämre livskvalitet. **Syfte** Att undersöka distriktssköterskors erfarenhet och handläggning av kvinnor med starka menstruationssmärter och/eller endometrios vid telefonrådgivning. **Metod** Intervjuer genomfördes med 14 telefonrådgivande distriktssköterskor/sjuksköterskor på vårdcentral samt endometrioscentrum. Kvalitativ innehållsanalys användes vid databearbetningen. **Resultat** De telefonrådgivande distriktssköterskorna på vårdcentral träffade sällan på kvinnor med starka menstruationssmärter/endometrios. Uppfattningen var att kvinnorna redan fångats upp av skolsköterskor eller att de sökte annan vårdgivare. Distriktssköterskornas kunskap i ämnet var bristfällig vilket ledde till att flera kvinnor med typiska symtom på endometrios kan ha missats i telefonrådgivningen. Intervjun med telefonrådgivande sjuksköterska på endometrioscentret bekräftar detta, då hon i telefon möter kvinnor som inte fått hjälp, inom bland annat primärvården. Triagehandboken var ett av de hjälpmedel som fanns tillgängligt i telefonrådgivningen men som sällan användes. **Konklusion** Kunskapen kring starka menstruationssmärter/endometrios behöver förbättras. Författarna föreslår att triagehandbokens riktlinjer förtydligas så att den kan fungera som ett bra hjälpmedel för distriktssköterskorna. Genom att våga ställa lite fler frågor, t.ex. om hur samlivet fungerar, skulle troligen fler kvinnor med endometrios upptäckas.

## Nyckelord

Starka menstruationssmärter, Endometrios, Distriktssköterska, Telefonrådgivning

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Problembeskrivning .....	3
Bakgrund .....	4
Starka menstruationssmärter .....	4
Endometrios .....	4
Symtom .....	5
Diagnos och behandling .....	6
Effekt på arbete, utbildning, socialt och sjuksköterskans roll .....	7
Telefonrådgivning .....	7
Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter .....	8
Studiens betydelse .....	8
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval .....	10
Instrument .....	11
Datainsamling .....	11
Databearbetning .....	12
Etisk avvägning .....	14
Resultat .....	14
Stor okunskap .....	15
Menssmärter inget problem .....	15
Varierande kunskap om endometrios .....	16
Utmanande telefonrådgivning .....	17
Varierande handlingsplan .....	17
Bemötande .....	19
Triagering .....	20
Svårigheter .....	20
Hjälpmedel .....	21
Endometrioscentrum .....	22
Tidigare vårdkontakter .....	22
Bemötande .....	24
Diskussion .....	24
Metoddiskussion .....	24
Resultatdiskussion .....	27
Konklusion och implikationer .....	31
Referenser .....	33
Bilaga 1 (3) .....	39
Bilaga 2 (3) .....	40
Bilaga 3 (3) .....	42

## Problembeskrivning

Många unga kvinnor i tonåren har problem med smärtor i samband med menstruation utan att egentligen veta varför. Flera av dem har sökt hjälp inom skolhälsovården eller primärvården men aldrig riktigt blivit tagna på allvar. Tillståndet missuppfattas ofta av de drabbade kvinnorna, de tror sig lida av "vanliga", om än svåra, menstruationssmärter. Det är inte helt ovanligt att kvinnor med endometriosis har sökt för sina besvär hos flera barnmorskor och läkare innan de tas på allvar och får rätt diagnos (Mårdh, 2013). Ett flertal av dessa kvinnor har vid tidigare vårdkontakter fått höra att det är psykosomatiska besvär (Palmstierna, Olovsson & Holmberg, 2012). Det finns en föreställning om att endometriosis drabbar kvinnor runt 30-40 års ålder. Bergqvist (2010) menar att närmare 70 % av dem som fått diagnosen endometriosis har haft smärtor före 20 års ålder och mer än en tredjedel av dessa har haft smärtdebut före 15 års ålder. Enligt Blomberg (2008a) dröjer det i genomsnitt sju år från symtomdebut till diagnos av endometriosis, vilket kan medföra en lång period med sänkt livskvalitet, relationsproblematik, inskränkningar i fritidsaktiviteter och sociala engagemang samt inkomstbortfall.

I juni 2012 stod att läsa i dagspressen att södra Sveriges första medicinska center för endometriosis öppnats. Med samlad kompetens från olika yrkesgrupper skulle drabbade kvinnor här få en diagnos på några veckor, i stället för att det skulle ta flera år (Nasr, 2012). Då centret varit öppet i cirka ett år, skrev Dagens Medicin att kvinnor med endometriosis inte längre kunde få hjälp som tidigare, eftersom kontaktsjuksköterskan gått på långledighet och att hon på grund av anställningsstopp inte fick ersättas (Rörbecker, 2013a). En av föreliggande studies författare genomförde som kandidatuppsats en intervjuundersökning med skolsköterskor och undersökte deras erfarenhet av unga kvinnor med menstruationssmärter. Det framkom att kunskapsnivån kring starka menstruationssmärter hos skolsköterskorna var väldigt varierande, vilket ledde till att de unga kvinnorna fick varierande råd och hjälp mot sina besvär (Bring & Wendel, 2013). Detta ställer höga krav på andra vårdgivare, bland annat primärvården där distriktssköterskor möter dessa kvinnor i bland annat telefonrådgivning. Därför är det viktigt att distriktssköterskor har en god kunskap i ämnet för att lotsa dessa kvinnor rätt från början, och med det som bakgrund undersöks den telefonrådgivande distriktssköterskans erfarenhet inom samma område i föreliggande studie.

## **Bakgrund**

### *Starka menstruationssmärtor*

Primär dysmenorré innebär smärtsamma menstruationer utan misstanke om någon patologi, till skillnad från sekundär dysmenorré som kan bero på endometriosis (Wiksten-Almströmer, 2013). Smärtan vid primär dysmenorré framkallas av en ökad bildning av prostaglandiner och leukotriener i endometriet som stimulerar uterus till så kraftiga kontraktioner att blodcirkulationen i uterusmuskulaturen stryps, vilket ger ischemi och därmed smärta. Systemiska symtom som illamående, yrsel, kräkningar, diarré och huvudvärk kan uppträda och beror på frisättning av inflammatoriska substanser. Dysmenorré hos tonårsflickor är vanligen primär och associerad med normala ovulatoriska cykler. Sekundär dysmenorré kan ha olika orsaker, men den vanligaste är endometriosis (a.a.). Enligt Bergqvist (2010) brukar smärtan vid endometriosis beskrivas som en ständig kramp mot bäckenbotten. Smärtorna kan antingen vara uni- eller bilaterala med utstrålning till ben, rygg, perineum, vulva, perianalt och glutealt. Smärtan är vanligen lägesberoende och kan förvärras av fysisk aktivitet. Initialt är smärtorna menstruationsrelaterade men med tiden blir smärtorna alltmer långdragna och kan börja redan vid ägglossning (a.a.). Smärtorna blir mer och mer uttalade och stora mängder analgetika ger ingen effekt. Kvinnan klarar inte av att sköta utbildning/arbete på grund av smärtorna utan blir hemma, ibland även sängliggande (Bergqvist, 2007).

### *Endometriosis*

Endometrium är det medicinska namnet på livmoderslemhinnan och endometriosis tyder på att livmoderslemhinna finns utanför livmodern, vanligen på ovarier, bäckenligament och fossa Douglasi (Bixo & Samuelsson, 2014). Sjukdomen är en kronisk inflammation som kan förvärras successivt, snabbt eller långsamt i skov eller bli stationär (Bergqvist, 2007). Endometriosis läker sällan ut spontant under den fertila perioden. Sjukdomen kan ge upphov till svåra smärter, organdestruktion samt infertilitet. Sjukdomen debuterar ofta i tonåren och kräver många års behandling och sjukvårdskontakt (a.a.). En studie har visat att det finns en liten ökad risk för att drabbas av endometriosis vid menstruationsdebut före 12 års ålder, medan menstruationsdebut efter 14 års ålder minskar risken (Nnoaham, Webster, Kumbang, Kennedy & Zondervan, 2012). Tidig smärta har visat sig vara kopplad till senare utveckling

av endometrios (Treloar, Bell, Nagle, Purdie & Green, 2010). Fibrosbildningen i endometrios kan fortsätta ge symtom även efter menopausen (Bergqvist, 2007). Etiologin bakom endometrios är inte helt klarlagd, men en teori är så kallad retrograd menstruation, d.v.s. att en del av menstruationsblodet med celler från livmoderslemhinnan går ut i bukhålan via äggledarna istället för ut genom livmoderhalskanalen och detta kan leda till att endometrios bildas (Mao & Anastasi, 2010). Det finns starka indikationer för ärftlig disposition. Förstegradssläktingar har sju gånger ökad risk att få sjukdomen, vilket skapar ett stort behov av rådgivning och stöd hos kvinnan och hennes släktingar på grund av oro för att fler ska drabbas. Det är av vikt att fånga upp kvinnor som löper ökad risk för sjukdomen för erbjudande om rådgivning och hjälp (a.a.). Endometrios är en av få kända riskfaktorer för äggstockscancer (Bergqvist, 2007) och kvinnor med endometrios löper fyra gånger högre risk att drabbas av denna cancerform. Forskning från Karolinska Institutet har påvisat att kvinnor med endometrios har en ökad risk för flera typer av cancer, t.ex. non-Hodgkin's lymfom, vissa endokrina tumörer, hjärntumörer och bröstcancer. Dessutom har kvinnor med endometrios en klart högre frekvens av olika sjukdomar relaterade till autoimmuna störningar såsom fibromyalgi, kroniskt trötthetssyndrom, MS, allergier och astma (a.a.).

## *Symtom*

Det vanligaste symtomet vid endometrios är smärtsamma menstruationer, det vill säga dysmenorré. Många kvinnor med endometrios klagar även över besvär från tarmen, vilka ofta är utlösta av endometriosrelaterad inflammatorisk aktivitet (Blomberg, 2008b). Påverkan på tarmfunktionen kan vara matsmältningsbesvär, uppblåshetskänsla i buken och obstipation men även diarréer och illamående (Mårdh, 2013). Samlagssmärter (dyspareuni) är vanligt och beskrivs som krampkänslor och huggsmärter. Smärtan kan vara så uttalad att den drabbade inte vill genomföra ett samlag (Bergqvist, 2010). Vercellini, Somigliana, Buggio, Barbara, Frattaruolo och Fedele (2012) såg i sin studie att kvinnor med endometrios dessutom har försämrad sexuell funktion jämfört med kvinnor utan endometrios. Enligt Bergqvist (2010) kan hematuri, recidiverande urinvägsinfektioner och urospasm vara symtom vid engagemang av urinvägarna. Blomberg (2008b) beskriver övriga symtom som allmän sjukdomskänsla, trötthet, bristande energi och infertilitet. Mao och Anastasi (2010) uppger att hos kvinnor som genomgår infertilitetsutredning är prevalensen av endometrios 21 %.

## *Diagnos och behandling*

I litteratur och vetenskapliga artiklar brukar det nämnas att det tar 7-9 år för en kvinna att få diagnosen endometrios (Bergqvist, 2010; Blomberg, 2008a; Mårdh, 2013; Denny, 2004; Altman & Wolczyk, 2010). I en studie av Huntington och Gilmour (2005) visas dock att kvinnorna i deras undersökning hade vanliga symtom som snabbt diagnostiserades när kvinnorna väl remitterats till en gynekolog. Författarna anser att alla kvinnor med svår smärta vid menstruation i kombination med mag- eller blåsproblem, dyspareuni och vaga systemiska symtom borde få endometrios övervägt som en differentialdiagnos (a.a.). På grund av dess ospecifika symtom och i flera fall normala fysiska undersökningsresultat, menar däremot Mao och Anastasi (2010) att endometrios kan vara svårt att diagnostisera. Missad diagnos och därmed ingen behandling kan leda till att endometrios utvecklas från små skador på normala bäckenorgan till stora skador och omfattande fibros med adherenser (sammanväxningar) (a.a.). Detta kan i sin tur enligt Kennedy et al. (2005) leda till signifikant förvrängning av bäckenets anatomi och utvecklas till ett mer allvarligt, djupt infiltrerande stadium av sjukdomen som kan påverka andra organ, till exempel lungorna (a.a.).

Den medicinska behandlingen består dels av hormonmediciner och dels av smärtstillande mediciner (Bergqvist, 2010). Den hormonella behandlingen syftar till att inaktivera äggstockarna, varvid deras produktion av östrogen minskar eller upphör helt och menstruationerna upphör, vilket ger möjlighet för endometrios att läka ut. Behandling ges med progesteron i relativt hög dos, eller så ges GnRH-agonister i form av nässpray eller sprutor som försätter kvinnan i "klimakteriet" och därmed svälter ut endometriosen. Behandlingen bör pågå i minst sex månader och kvinnan kan inte bli gravid under pågående behandling (a.a.). Kombinerade p-piller används också i behandlingen av endometrios. Dessa läker inte ut en etablerad endometrios men kan däremot förhindra dess progress (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010). Nivån av prostaglandin i kroppen sänks vid intag av p-piller vilket gör att blödningens storlek minskar tillsammans med smärtorna (Dawood, 2006). En graviditet har gynnsam effekt på endometrios och kan få även en avancerad sådan att läka ut fullständigt (Borgfeldt et al., 2010). Ibland måste dock endometrios avlägsnas kirurgiskt, antingen laparoskopiskt eller via öppen kirurgi (Bergqvist, 2010). Vid smärtstillande behandling är både Paracetamol och NSAID förstahandsval (Olovsson, 2008). Eftersom intaget av smärtstillande läkemedel kan behöva pågå mer eller mindre kontinuerligt under långa perioder, bör läkemedel med tillvänjningsrisk undvikas. Antidepressiva eller

antiepileptiska preparat kan övervägas om smärtstillande effekt ej uppnås med analgetika (a.a.).

### *Effekt på arbete, utbildning, socialt och sjuksköterskans roll*

Kronisk smärta var grundorsaken till social och ekonomisk påverkan av endometriosis hos några av kvinnorna i en undersökning av Gilmour, Huntington och Wilson (2008). Studier fick avbrytas, karriärer hindrades och social delaktighet inskränktes på grund av symtomens påverkan på vardaglig funktion. Välinformerade sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal kan spela en viktig roll för att lindra dessa negativa effekter genom att aktivt ta sig tid att diskutera potentiella problem med kvinnorna och diskutera strategier för att hantera sjukdomen (a.a.). Sjuksköterskans roll beskrivs vidare av Denny (2004).

Sjuksköterskor kommer i kontakt med kvinnor med endometriosis i olika verksamheter såsom inom akutsjukvård, primärvård och gynekologi. De har ofta möjlighet att diskutera känsliga ämnen som samlagssmärta med kvinnor som är motvilliga att nämna sådant för läkaren. Sjuksköterskor kan också agera advokat för kvinnor som upplever att deras symtom trivialiseras och avfärdas som "vanliga" menssmärtor och säkerställa att de tas på allvar (a.a.).

### *Telefonrådgivning*

Under de senaste årtiondena har telefonrådgivning blivit ett viktigt redskap i hälso- och sjukvårdens arbete med människor som söker hjälp för medicinska problem (Leppänen, 2002). Telefonrådgivaren inom primärvård beskrivs som en nyckelfigur. I arbetet ingår att göra bedömningar av den vårdsökandes besvär och att med utgångspunkt från dessa bedöma det behov av hjälp som erfordras. Telefonsamtalen kan vara av helt administrativ art, till exempel avbokning av tid, förnyelse av recept, eller ett mer rådgivande samtal som leder till råd om egenvård eller ett besök hos distriktssköterska/distriktsläkare. Telefonrådgivaren inom primärvård är vanligen en sjuksköterska eller distriktssköterska (a.a.). En distriktssköterska i telefonrådgivning möter flera olika problemområden och det krävs en fördjupad kunskap för att adekvat uppmärksamma behovet hos den enskilda individen som ringer (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Eftersom den telefonrådgivande sjuksköterskan inte ser patienten öga mot öga, kan det vara svårt att förstå patientens problem.



Detta gäller även om denne har svårigheter att beskriva sina symtom korrekt, är stressad och har svårt att förmedla sitt problem (Foster, 1999). Holmström och Höglund (2007) menar att det ställer än högre krav på distriktssköterskan i telefonrådgivningen om det är en tredje part som ringer för exempelvis sin dotter eller annan anhörig, något som inte är helt ovanligt då det gäller yngre kvinnor (a.a.).

Pygall (2012) menar att varje patient i telefonrådgivning skall få uppleva en konsultation som är individuellt utformad från början till slut, och som lindrar oro. En snabb bedömning bör utföras på ett kunnigt, professionellt och konsekvent sätt, i en självsäker, lugn men även uppmuntrande ton, och leda till en handläggning som gagnar patienten. Vidare understryker Pygall (2012) vikten av empati hos telefonrådgivaren, att utgå ifrån sig själv och hur man själv hade velat bli bemött, med respekt, artighet och effektivitet, för att säkerställa att processen kan uppnå sin fulla potential vad gäller vidare omhändertagande (a.a.).

### **Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter**

Genom att främja patientens hälsa och välbefinnande, lindra lidande och förebygga ohälsa uppnår man omvårdnadens yttersta mål, att förbättra hälsa (Kirkevold, 2000). Ida Jean Orlando menar att patienten bör hållas i fokus, i vårt fall av distriktssköterskan, och på så vis kan omvårdnadens yttersta mål uppnås, patienten har ett behov och vi kan hjälpa. Kvinnor med starka menstruationssmärter sätts i centrum och efter att ha identifierat problemet kan förhoppningsvis åtgärder sättas in. Vidare menar Orlando att desto bredare kunskap sjuksköterskan har, desto fler resurser kan hon/han utnyttja för att hjälpa patienten. (Orlando, 1961). I den här studien skulle det innebära att patienten känner sig sedd och tagen på allvar om distriktssköterskan har en stor kunskap om starka menstruationssmärter/endometriosis och om hur patienten bör handläggas.

### **Studiens betydelse**

I en svensk enkätundersökning i samarbete med endometriosisföreningen fick kvinnor som drabbats av endometriosis berätta om sina upplevelser från 13 till 19 års ålder. I undersökningen framkom det att kvinnorna hade känt sig misstolkade inom skolhälsovården

(Bodén & Wendel, 2013). Detta leder senare till att de drabbade kvinnorna söker sig till olika vårdgivare i förhoppning om hjälp, och den första kontakten med primärvården sker oftast via en telefonrådgivande distriktssköterska. Genom intervjuresultatet var vår förhoppning att få en tydlig bild av primärvårdens handläggning av dessa kvinnor.

## Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka distriktssköterskors erfarenhet och handläggning av kvinnor med starka menstruationssmärter och/eller endometriosis vid telefonrådgivning.

## Metod

En kvalitativ metod med en induktiv ansats valdes. Idén bakom analytisk induktion är att forskaren inte omedvetet eller medvetet vill påverka de människor som intervjuas (Hartman, 2004). Lundman och Hällgren Graneheim (2012) beskriver induktiv ansats som en förutsättningslös analys av texter. Hartman (2004) beskriver att vid induktiv ansats startas analysen först när all datainsamling är avslutad. Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1) med öppna frågor samt teman gavs informanterna möjlighet att berätta om sina erfarenheter av mötet med kvinnor med starka menstruationssmärter samt handläggandet vid telefonrådgivningen (a.a.). Vid en intervju är det författaren som har kontroll över intervjun och vägleder informanten så att svaren som ges stämmer in på studiens syfte (Polit & Beck, 2012; Kvale & Brinkmann, 2009). Informanten får beskriva sina åsikter, tankar och förhoppningar för intervjupersonen, som bör vara väl insatt i intervjufrågorna samt ha goda kunskaper inom ämnesområdet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Teman som efterfrågades berörde riktlinjer i mötet med kvinnor med starka menstruationssmärter, hjälpmedel vid telefonrådgivning samt handläggning och kunskap hos den telefonrådgivande sjuksköterskan. Bakgrundsfrågor ställdes i slutet av varje intervju som berörde ålder, erfarenhet som sjuksköterska och distriktssköterska samt vilken erfarenhet som

fanns av telefonrådgivning och hur mycket av arbetstiden som var rådgivande. En provintervju genomfördes med en distriktssköterska, som föll in under inklusionskriterierna, för att testa den första intervjuguiden. Syftet med provintervjun var att testa intervjuguiden för att eventuellt kunna revidera denna innan resterande intervjuer gjordes. Inga förändringar ansågs nödvändiga. Pilotintervjun medförde även att intervjuarna blev bekväma i sin roll som intervjuare (Olsson och Sörensen, 2011). Eftersom svaren vid pilotintervjun ansågs relevanta utifrån studiens syfte, inkluderades denna i studien.

## Urval

Intervjuer genomfördes med 14 telefonrådgivande distriktssköterskor/sjuksköterskor på vårdcentral samt endometrioscentrum. Av dessa genomfördes 13 intervjuer vid nio vårdcentraler, i såväl stad som landsbygd, mellan april och september 2014. 12 distriktssköterskor och en sjuksköterska, samtliga kvinnor, med en medelålder på 55 år (39-66 år) intervjuades. Inklusionskriterier för att delta i intervjustudien var distriktssköterskor med minst ett års erfarenhet av telefonrådgivning. Vid ett av intervjutillfällena uppdagades det att en av informanterna föll utanför inklusionskriterierna, eftersom hon saknade distriktssköterskeutbildning, men då denna intervju var en av de mest informativa inkluderades informanten i studien. Informanterna satt i telefonrådgivning i genomsnitt 36% (20-70%) av sin veckoarbetstid, och deras erfarenhet av telefonrådgivning var cirka 17 år (3,5–32 år). Informationsbrev om studien skickades till verksamhetschefer vid 21 vårdcentraler. I informationsbrevet beskrevs studiens syfte och inklusionskriterier. Kontaktuppgifter till författarna och handledare angavs, och en samtyckesblankett medföljde som bilaga. Dessutom medsändes ett frankerat svarskuvert. Av totalt 16 svar gavs nio medgivanden. Bortfallet var fem vårdcentraler, som inte svarade alls trots en påminnelse. Ytterligare två verksamhetschefer tillfrågades på plats, och medgivande gavs för de två vårdcentralerna genom att samtyckesblanketten skrevs under vid ett personligt möte. Slutresultatet blev godkännande för att genomföra studien vid 11 vårdcentraler. Efterhand som medgivandena från verksamhetschefer inkom, kontaktades dessa via mail eller telefon för att få kontaktuppgifter till distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriterierna. Därefter kontaktades distriktssköterskorna via mail. De fick en kort information om syftet med intervjun och tillfrågades om deltagande. Efter positivt svar, mailades informationsbrev och samtyckesblankett, tillsammans med en bekräftelse på avtalad tid och plats. Av 18 tillfrågade

distriktssköterskor tackade 13 ja till deltagande (12 distriktssköterskor, en sjuksköterska). Två vårdcentraler som givit sitt medgivande föll bort, på grund av svårigheter att komma i kontakt med vederbörande. Då författarna önskade ytterligare analysmaterial genomfördes en telefonintervju med en sjuksköterska i telefonrådgivning på ett endometrioscentrum. Urvalet skedde genom att telefonkontakt togs med det endometrioscentrum som författarna kände till. På endometrioscentret tjänstgjorde en telefonrådgivande sjuksköterska, varvid en telefonintervju bokades in med henne efter samtycke. Samtyckesblankett från verksamhetschefen skrevs under och sändes till författarna via brev.

## **Instrument**

Datainsamlingen gjordes med hjälp av tre olika intervjuguider som utformades enligt Kvale och Brinkmann (2009), innehållande öppna frågor. En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1) användes till de nio första intervjuerna, innehållande ett fåtal öppna frågor och flera teman. De öppna frågorna omfattade de viktigaste områdena för studien och formulerades utifrån syftet i studien (Creswell, 2007; Polit & Beck, 2012). En andra semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 2) gjordes där öppna frågor lades till under samtliga teman som berördes i första intervjuguiden, för att få ett mer djupgående material inom de olika temana. Denna användes i de fyra sista intervjuerna. En tredje intervjuguide (Bilaga 3) användes vid telefonintervjun vid endometrioscentret. Androidtelefon användes för att banta samtliga intervjuer. Snarast därefter överfördes ljudfilerna till lösenordskyddad fil på datorn och inspelningen på telefonen raderades.

## **Datainsamling**

Intervjuprocessen strukturerades efter inspiration av Kvales sju steg (2009): tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering. Genom att fördjupa oss i området om primär och sekundär dysmenorré samt endometrios växte bakgrunden fram. Härifrån utformades sedan syftet med studien. Efter en första kontakt med informanterna fick de välja plats för intervjun. Alla intervjuer utom en genomfördes på distriktssköterskornas arbetsplats. Den intervju som inte hölls på vårdcentral genomfördes i informantens hem efter dennes önskan. Polit och Beck (2012) menar att det viktiga vid val av intervjuplats är att den

erbjuder viss avskildhet utan störande moment, och att platsen är lämplig för att utföra inspelning av intervjun (a.a.). Intervjuerna varade mellan 15 och 30 minuter. Då intervjuernas längd var kortare än initial planering och därmed gav ett något magert analysmaterial genomfördes ytterligare fyra intervjuer med en omarbetad intervjuguide för att få ett mer innehållsrikt material. Dessutom gjordes en telefonintervju med en telefonrådgivande sjuksköterska vid ett endometrioscenrum i mellersta Sverige för ytterligare material. Samtyckesblanketten skrevs på och överlämnades till författarna i samband med intervjutillfället. Pilotintervjun genomfördes gemensamt av båda författarna och därefter utfördes resterande intervjuer var för sig.

Intervjuerna spelades in på androidtelefon och transkriberades ordagrant direkt efter utförd intervju av den som genomfört intervjun. Intervjuerna kodades och en kodlista upprättades och förvarades som ett lösenordsskyddat dokument. Fördelen med att spela in intervjuerna är att det samlas mer information, som till exempel tonfall, ordval och pauser (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuaren kunde på så vis lyssna till både de direkt uttalade beskrivningarna och innebörden av vad som sades mellan raderna, och risken att förlora viktigt material samt nyanser i intervjun minimerades, enligt Hartman (2004). Allt material, såväl de inspelade intervjuerna som det transkriberade materialet, förvarades lösenordsskyddat, utom räckhåll för obehöriga.

## **Databearbetning**

När samtliga intervjuer var avslutade påbörjades en gemensam analys av materialet och den analysmetod som valdes var innehållsanalys. Materialet bearbetades tillsammans efter kvalitativ innehållsanalys utarbetad av Lundman och Hällgren Graneheim (2012) där flera begrepp används för att beskriva analysprocessen. Enligt denna analysmetod analyseras både det manifesta och latent innehåll i svaren (a.a.).

Efter transkribering läste båda författarna igenom intervjuerna var för sig för att få en känsla för helheten och innehållet i texten. Under läsningen markerade författarna den text som var relevant utifrån studiens syfte, så kallade *meningsbärande enheter*. Därefter gick författarna gemensamt igenom materialet från de meningsbärande enheterna och vidare genom analysen. Olika diskuterades varpå de ströks eller markerades beroende på om de svarade på syftet

eller inte. Det markerade materialet överfördes till ett separat dokument. Därefter klippte författarna ut de meningsbärande enheterna och sorterade dem genom att identifiera likheter och skillnader i texten. Författarna arbetade vidare med materialet med stöd utifrån Lundman och Hällgren Graneheim (2012), samt Hällgren Graneheim och Lundman (2004). Eftersom stora meningsenheter kan vara svårhanterbara, kortades de ner och gjordes mer lätthanterliga, men med det centrala innehållet bibehållet, så kallad *kondenserad meningsenhet*. Därefter kortades meningarna ner ytterligare, till *koder*, som kortfattat beskriver en meningsenhetens innehåll, och som innebär att den kondenserade meningsenheten har *abstraherats*. Flera koder med ett liknande innehåll sorterades in i *kategorier* och *underkategorier*. Sista steget i analysprocessen var att ta fram *teman*, vilka speglar det underliggande innehållet i mer än en kategori, det vill säga en tolkning av meningen i de olika kategorierna, vilket beskrivs som latent analys (a.a.). Efter analysen lästes materialet igenom var för sig i sin helhet ytterligare en gång, för att se att ingen viktig information från studien fallit bort.

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
<i>Inte som har ringt för just smärta, då har det varit att dom även har haft asså kraftiga blödningar, eller onormala blödningsmönster så, dom har jag bokat in (11).</i>	Smärta som enda symtom föranleder inte bokning av tid.	Smärta		Menssmärtor inget problem	Stor okunskap
<i>Alltså, typ Naproxen, eh nåt NSAID som regel mot de här smärtorna skulle man kunna tänka sig att de får prova (7).</i>	Rekommendera NSAID mot smärtorna.	Läkemedel		Varierande handlingsplan	Utmanande telefonrådgivning
<i>Alltså jag använder ju inte triagehandboken så mycket men det står säkert alldeles säkert i den, det är jag övertygad att det gör, men jag har inte tittat i den om det (9).</i>	Triagehandboken används inte så mycket.	Triagehandboken	Hjälpmedel	Triagering	Utmanande telefonrådgivning

## Etisk avvägning

I forskningen finns det regler att följa. Helsingforsdeklarationen (WMA, 2013) menar att dessa regler handlar om information, samtycke, konfidentialitet och rätt att avbryta medverkan. Enligt Olsson och Sörensen (2011) får inte de grundläggande etiska principerna glömmas bort. Forskningen bör därför även beakta autonomiprincipen, godhetsprincipen, rättvisepincipen samt principen att inte orsaka skada (a.a.). Ett rådgivande yttrande inhämtades från vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) innan studien påbörjades, VEN 42-14.

Innan studien startade identifierades risker med studien som obehag, som kan uppstå hos intervjudeltagarna i samband med intervjun, och som kan bero både på intervjusituationen i sig, men även på de reflektioner och känslor som kan väckas hos deltagaren av intervjufrågorna. Studiens författare menar att nyttan med studien överväger de risker som kan uppstå. Exempel på nytta som identifierades var möjligheten att ge ökad kunskap och förståelse om endometrios hos intervjuade distriktssköterskor, vilket kan ligga till grund för förbättrat omhändertagandet av kvinnor med starka menstruationssmärter i primärvården. I informationsbrevet till distriktssköterskorna angavs tydlig information om frivillighet, rätten att avbryta samt konfidentialitet. Dessutom gavs information om att intervjun skulle komma att spelas in, och att allt material förvaras så att ingen obehörig kan komma åt det samt att materialet förstörs efter avslutat examensarbete. Slutligen fanns information om att resultatet redovisas så att deltagaren inte kan identifieras. Vid intervjutillfällena inhämtades deltagarnas skriftliga samtycke, innan intervjuerna startade.

## Resultat

Resultatet nedan bygger på 13 intervjuer av 12 telefonrådgivande distriktssköterskor och en sjuksköterska på vårdcentraler samt en telefonintervju. I resultatet benämns samtliga som informanter. Resultaten från vårdcentralerna och endometrioscentret presenteras nedan var för sig.

I analysen av de telefonrådgivande distriktssköterskorna framkom två teman med fem kategorier och två underkategorier (Figur 1). Teman som växte fram var *Stor okunskap* och *Utmanande telefonrådgivning*. Under dessa teman framkom kategorierna *Menssmärtor inget problem*, *Varierande kunskap om endometrios*, *Varierande handlingsplan*, *Bemötande* och *Triagering*. Kategorierna och underkategorierna presenteras i resultatet som rubriker. För att förtydliga, ge exempel och förstärka resultatet används citat från intervjuerna. Citaten är kopplade till ett nummer som representerar en informant som deltagit i studien.

Figur 1. Teman, kategorier och underkategorier



## Stor okunskap

### *Menssmärtor inget problem*

Resultatet visade att informanterna sällan träffade på kvinnor med starka menstruationssmärter i telefonrådgivning. Majoriteten av informanterna var överens om att kvinnor med starka menstruationssmärter var ingen grupp som vanligtvis vänder sig till vårdcentralen för sina besvär. Erfarenheten varierade från ett samtal i veckan till endast några få samtal de senaste tio åren. Det fanns en uppfattning om att kvinnorna redan fångats upp av skolsköterskor och ungdomsmottagningar, eller att kvinnorna valt att söka direkt till barnmorskemottagningar och gynekologer, och därför inte sökte hjälp på vårdcentralen.

*Jag kan förstå att vi inte är duktiga på detta som skolsköterskorna som träffar på detta i skolan, för att jag, jag tänker på mig själv som kvinna, om jag har*



*starka menssmärtor, alltså såna menssmärtor, som man då... ja, inte hade jag ringt vårdcentralen (8).*

Det visade sig i studien att handläggningen i telefonrådgivningen varierade beroende på ålder hos kvinnorna, och om det var nya symtom. Om kvinnan som ringde hade besvärats av starka menstruationssmärter sedan menstruationsdebut hanterades det annorlunda jämfört med om symptomen kommit mer plötsligt hos en kvinna som passerat tonåren.

*Men om man inte har haft så besvärliga menstruationer och plötsligt börjar få ont då skulle jag nog handlägga det lite annorlunda... än om det är de här unga flickorna, kanske man skulle ta det lite lugnare och eh, inte tycka det var nåt direkt konstigt i början (7).*

I studien sågs ett mönster av normalisering av menstruationssmärter samt att kunskapen om endometrios var varierande bland informanterna. Det framkom att endast symtom på menstruationssmärter inte var något som vanligen föranledde en tid till doktorn, men om kvinnan hade fler symtom, till exempel onormalt kraftiga blödningar i kombination med starka menstruationssmärter, var handläggningen annorlunda.

*Inte... som ... har ringt för just smärta, då har det vatt att dom även har haft asså kraftiga blödningar, eller onormala blödningsmönster så, dom har jag bokat in (11).*

### *Variationer i kunskap om endometrios*

Resultatet visade på en allmän okunskap om kvinnor med starka menstruationssmärter och/eller endometrios. Informanterna tänkte inte att det skulle kunna finnas en bakomliggande sjukdom till starka menstruationssmärter som ensamt symtom. En av informanterna hade varit med om att boka in en kvinna med endometriosdiagnos till läkare på vårdcentralen för analgetika och därigenom kommit i kontakt med diagnosen. Ytterligare två av informanterna hade mer eller mindre kunskap kring ämnet på grund av att någon i den privata sfären var drabbad. Därigenom hade de fördjupade kunskaper i aktuellt ämne jämfört med övriga informanter.

*Nej, det var inget jag tänker att det skulle höra till tonårsperioden. Och skulle det komma längre upp i åren, tja då vet jag faktiskt inte, men eh, då ligger det utanför mitt rådgivningsområde eller vad man ska säga (5).*

I de fyra fördjupningsintervjuerna ställdes mer specifika frågor kring symtom på endometrios, utöver starka menstruationssmärtor, som till exempel urin- och tarmbesvär, och halva gruppen informanter uppgav att de kunde ha missat kvinnor med endometrios vid telefonrådgivningen när de tänkte tillbaka på samtal med dessa symtom i bakhuvudet. En av informanterna trodde inte att hon missat någon med eventuell endometrios i telefonrådgivningen men reflekterade samtidigt över vad som kommer fram i samtalet beroende på vilka frågor som ställs

*... sen vet man ju inte om dom säger att dom till exempel har problem med förstoppning, det är ju... om man inte frågar rakt ut (11).*

## **Utmanande telefonrådgivning**

### *Varierande handlingsplan*

Att handlägga patienten via telefon på bästa sätt upplevdes inte alltid helt enkelt för informanterna. Kunskap har blivit mer lättillgängligt via media idag och det fanns en erfarenhet av att de patienter som ringde redan hade ställt sin egen diagnos. Informanterna upplevde också att många av patienterna hade lärt sig vilka frågor som ställdes och vilka svar som genererade läkartid alternativt egenvårdsråd eller tid till sjuksköterska. Det fanns en tanke om att orsaken till detta kunde vara brist på läkartider samt att det inte var patienten själv som skulle bestämma vilken profession som var mest lämpad för dennes åkomma.

Informanterna upplevde att det generellt fanns väldigt lite egenvårdskunskap ute i samhället idag, framför allt hos den yngre befolkningen, som saknade förståelse för att de kunde göra mycket själva. Istället litade man på att vårdcentralen skulle hjälpa dem genom en läkartid. I mötet med flyktingfamiljer fann man skillnader vad det gällde egenvård i jämförelse med svenska familjer och det upplevdes att flyktingfamiljerna inte var vana vid egenvård.

*...tyvärr så är det svårt å få många till att förstå att man kan göra mycket själv...(12).*

Informanterna gav i första hand egenvårdsråd till kvinnor med menstruationssmärter. De vanligaste råden som gavs gällde NSAID- preparat, paracetamol, värme och rörelse. Ibland gavs egenvårdsråd i väntan på att kvinnan fick tid till ett läkarbesök. Informanterna uttryckte att de upplevde att kvinnor i allmänhet själva kände till vad de skulle ta vid menstruationssmärter, och deras uppfattning var att kvinnorna inte ringde till vårdcentralen om detta. En av dem uppgav att hon inte själv skulle söka för menstruationssmärter.

*Jag brukar säga värmedyna, men det är klart, det beror ju på var man är "skratt", man kan ju inte sitta med den i skolan. Men, och sen så då när det gäller läkemedel så är det ju Ipren och NSAID- preparat (1).*

*Nej, jag tror nog att jag gått och botaniserat, vi är ju olika men jag hade nog botaniserat på apoteket och tagit mina Diklofenak, som du säkert åsså tänkt att, "japp, det går över när jag får barn, för så säger dom ju" (8).*

När egenvården inte gett önskat resultat hänvisades kvinnorna direkt till annan vårdinstans. En av anledningarna som informanterna nämnde var bristen på kunniga och intresserade läkare på vårdcentralen. Ändå valde ett par informanter att boka in kvinnor med menstruationssmärter till primärvårdsläkaren. Kvinnorna hänvisades även direkt till andra vårdgivare utan att ha givits egenvårdsråd och utan att vidare frågor ställts. Exempel på vårdinstanser man gärna hänvisade till var barnmorskemottagningar och gynekologiska mottagningar alternativt privatpraktiserande gynekologer. Två av vårdcentralerna hade muntligt avtal med barnmorskemottagning/gynekolog på orten och kunde då direkt i telefonrådgivningen boka en tid på dessa mottagningar. På en av vårdcentralerna skulle man under hösten få en gynekolog på plats som skulle kunna ta sig an dessa kvinnor, vilket informanten trodde skulle få stor betydelse för patientgruppen.

*Alltså, jag tänker mig att om man provat Ipren och tagit det tre gånger om dagen och det ändå är väldigt besvärligt då skulle jag hänvisa till barnmorskemottagningen (5).*

*Men det är... inte vanligt att vi djupdyker och går in på detaljer... (4).*

Några av informanterna hade även erfarenhet av att boka in patienter till distriktsläkaren på grund av att patienten hade svårighet att komma i kontakt med den specialist patienten tidigare haft kontakt med, eller på grund av långa väntetider.

*Hon var remitterad härifrån till endometrioscentrum, någonstans... MEN hon lyckades inte få kontakt med dem. Och var i behov att få utskrivet någon värktabletter (7).*

### *Bemötande*

I de fyra fördjupningsintervjuerna framkom det olika faktorer som innebär en bra eller dålig telefonrådgivning och de egenskaper den telefonrådgivande distriktssköterskan bör ha för att det ska bli ett bra samtal. Att patienten känner sig sedd, lyssnad till, nöjd och trygg var exempel som informanterna trodde var viktigt för patienten. Raka besked och att vara klar i sina råd, samt att vara trevlig och att på slutet av samtalet upprepa vad man bestämt, var viktiga faktorer för ett lyckat rådgivande samtal.

*Ja alltså ett vänligt bemötande det är ju A och O... raka besked, vi ska ju vara tillgängliga, det ska vara rimlig väntetid (13).*

Resultatet visade att telefonrådgivningen är en stor del av distriktssköterskans arbete på vårdcentral. Telefonrådgivning beskrevs som roligt, svårt, svåraste inom yrket, en tung bit och varierande. En informant upplevde telefonrådgivningen som den del av distriktssköterskans arbete som "...drar ner det, liksom jobbet på vårdcentral..." (11). Samma informant berättade att hon hellre hade haft mottagning hela dagen, att det var roligare att träffa patienten. På frågan om vem som är bäst lämpad att sitta i telefonrådgivning, grundutbildad sjuksköterska eller distriktssköterska, tyckte hälften att det inte spelade någon roll, utan att det viktiga var vilken erfarenhet telefonrådgivaren hade.

*Eh... jag tror det kan vara en grundutbildad sjuksköterska, eh, också. Jag tror det handlar mycket om vad man har för erfarenhet... och hur länge man har jobbat (11).*

## Triagering

### Svårigheter

Att sitta i telefonrådgivningen upplevdes som mer eller mindre pressande för informanterna, då man skulle hinna svara på så många samtal som möjligt och inte alltid hade läkartider att erbjuda till dem som verkligen behövde träffa en läkare. De menade att erfarenhet och att vara stresstålig var egenskaper som den telefonrådgivande distriktssköterskan borde ha då trycket i telefonen är stort idag. Informanterna ansåg sig därför inte alltid ha tid att använda de hjälpmedel som finns tillgängliga för den som sitter i rådgivning. En svårighet som informanterna hade träffat på var då anhöriga ringde för exempelvis sin dotters räkning. Att skapa sig en bild av en människa som har besvär eller sjukdom via en annan part upplevdes väldigt svårt.

*...alltså vi har ju triagehandboken... men eh, ja, på grund av "skratt", så kolossalt många inkommande samtal och sånt så går man efter erfarenhet, i vart fall gör ju jag det, jag använder den inte så mycket (6).*

En av informanterna berättade att ett läkarbesök vid gynekologiska besvär krävde ca 45 minuters läkartid, vilket motsvarar två patienttider på vårdcentralen idag. Informanten menade att det kunde finnas en avsikt med att man hänvisade kvinnorna till annan vårdgivare då det inte riktigt fanns tid till dessa kvinnor.

*...de behöver ha minst 45 minuter till dessa.....Man vill ju hinna med så många som möjligt (10).*

Triagering är en stor del i den telefonrådgivande distriktssköterskans arbete. De första nio intervjuerna fick frågan om triagehandbokens innehåll gällande ämnet. Flertalet använde den inte dagligen och hade därför inga uppdaterade kunskaper om ämnet i fråga. I fördjupningsintervjuerna framkom att triageringen ligger till grund för att patienten kommer till rätt vårdnivå, och detta var samtliga eniga om. En informant upplevde att triagering var "dels att planera dagen, eh, vi är ju en spärr in till doktorerna" ....(13). Informanterna i de fördjupade intervjuerna menade att det är oerhört svårt att göra en bedömning per telefon då den rådgivande inte ser patienten.

*...det kan vara väldigt svårt, eh, det är nog det svåraste inom yrket, tror jag, för när man har sin mottagning med patienter, då ser man patienten, då ser man patienten framför sig och kan mer...(11).*

Att triagera tar tid att lära sig menade informanterna, det är en konst att lära sig lyssna på vad patienten inte säger och vad de egentligen menar. Vidare var det viktigt att veta vilka frågor man skulle ställa och att det gärna skulle vara öppna frågor för att få patienten att berätta så mycket som möjligt.

*...att lyssna in patienten, och sedan försöka sälla, vad är egentligen problemet dom ringer för. För ibland kan de sväva ut och prata... om massa andra gamla sjukdomar som inte har med dagens... (11).*

## Hjälpmedel

Flertalet hjälpmedel kunde vara en trygghet för den telefonrådgivande distriktssköterskan. Triagehandboken var en av de hjälpmedel som nämndes men som informanterna använde väldigt sällan. De menade att det tar för mycket tid att leta i den. Vanligen användes den egna erfarenheten samt samråd med kollegor i första hand. Informanterna fann den mesta informationen på internet via Google samt på 1177 - vårdguiden. Primärvårdsläkaren tillfrågades också ibland men informanterna upplevde inte att alla deras kollegor gjorde lika.

*Alltså, jag använder ju inte triagehandboken så mycket men det står alldeles säkert i den det är jag övertygad att det gör, men jag har inte tittat i den...(9).*

*Eh, jag använder mig av eh, förutom min erfarenhet och mina kollegor om jag blir tveksam, eh och då kan det vara också att jag går och frågar en läkare i vissa fall...(10).*

Tre av nio vårdcentraler hade någon form av riktlinjer om hur man hanterar kvinnor med starka menstruationssmärter. På två av vårdcentralerna hänvisades dessa kvinnor till en fristående enhet under samma vårdgivare medan den tredje vårdcentralen hade ett samarbete med en privat gynekologisk mottagning. Två av dessa tre vårdcentraler hade möjligheten att

boka tider direkt till enheter de samarbetade med från telefonrådgivningen medan den tredje endast hänvisade kvinnorna dit. En del av informanterna på de övriga vårdcentralerna var övertygade om att det inte fanns några riktlinjer för den här patientgruppen och menade att det skulle ha varit känt i så fall. En informant trodde att det kunde finnas riktlinjer på enheten där hon arbetade men att hon inte hade sett eller hört något om detta. Informanterna tyckte att det var genant att de inte var uppdaterade i vilka riktlinjer man hade på just deras enhet.

*...nu får jag skämmas, för det borde jag kunna svara på...(5)*

*“Jag har inte hört eller sett några riktlinjer, det finns säkert sådana riktlinjer, det finns det säkert.... (8).*

## **Endometrioscenrum**

En sjuksköterska på ett endometrioscenrum i mellersta Sverige intervjuades via telefon. Med 25 års erfarenhet av telefonrådgivning inom gynekologi, varav 4 av dem på endometrioscenrum, där hon sitter ca 30 % av sin arbetstid i telefonrådgivning, har hon en bred erfarenhet av kvinnor med endometrios eller med endometriossymtom. De som söker sig till endometrioscenrum är kvinnor i alla åldrar, från tonåringar till kvinnor innan de kommer in i klimakteriet. Informanten menar att alla patienter är lika viktiga, men hon vurmar lite extra för de unga tjejerna “...som redan tidigt, redan när dom fått sin första mens, har kraftig menssmärta, att bli hemma från skolan...” och menar att om barnmorskan har satt in p-piller, men att det inte hjälper, då ska de ha en tid på endometrioscenrum, så att de fångas upp på en gång.

### *Tidigare vårdkontakter*

Genom sin långa erfarenhet av telefonrådgivning till kvinnor med starka menstruationssmärter och endometrios, hade informanten mycket erfarenhet av kvinnors berättelser av var de tidigare sökt hjälp inom olika instanser. Många kvinnor upplevde att de inte fått den hjälp de önskat. De hade sökt hjälp på ungdomshälsan och kanske fått p-piller utskrivet där, men att det inte hade hjälpt tillräckligt. De hade även sökt på vårdcentral utan

att få hjälp. För en del kvinnor som hade vänt sig till privata gynekologer, hade tidsbristen varit ett problem, framförallt när det handlade om att hantera kvinnornas smärta.

*Eh, det kanske är tjugo minuter en halvtimme per patient, å det, det här med smärtor, påverkar... ju... eh... på många plan. Det här med sexlivet, arbete, sociala kontakter, ja det påverkar patienten på många plan.*

Informanten nämnde olika kategorier av patienter som hon mötte i telefonrådgivningen, som sökte sig till endometrioscentrum. Det kunde vara patienter med svåra smärtgenombrott, som behövde hjälp med starkare smärtlindring och kanske inläggning på vårdavdelning. De patienterna ville sjuksköterskan ofta ha kontakt med, så att hon fick ett ansikte på patienten “... för jag tror att det är bra att visa upp sig, vem man är å ...”. En annan kategori var patienter som sökt inom vården i många år, där det hade tagit tid att få en diagnos, och patienterna kände sig missförstådda, och “klassade som jobbiga patienter, och smärtrövande”. De patienterna behövde få prata av sig, och att någon lyssnade på dem, bekräftade dem och trodde på dem. Sen finns det en kategori som hade läst eller sett på olika medier om endometrios. Om då kvinnorna tyckte att symtomen stämde in på dem, så ringde en del av dem till endometrioscentrum för att höra om det kunde stämma.

En annan kategori som sökte sig till endometrioscentrum var de som hade “valsat runt i vården, å man har inte misstänkt att det är endometrios, eller man har misstänkt det men man har inte fått rätt behandling”.

Som patient går det att själv söka till endometrioscentrum via egenremiss, om man bor i upptagningsområdet. För patienter från övriga delar av Sverige krävs en specialistvårdsremiss. De patienter som remitteras till endometrioscentrum kommer ofta från privata gynekologer, där den insatta behandlingen inte fungerat tillfredställande och där det krävs lite mer avancerad behandling. En liten grupp kvinnor remitteras till endometrioscentrum på grund av att endometrios har hittats hos kvinnan som ett bifynd. En del av dessa kvinnor kunde ha stora endometrioshärdar och sammanväxningar i buken, men förvånansvärt lite symtom. Andra kvinnor med betydligt mindre endometrios kunde ha väldigt mycket besvär, och det beskrev informanten som “...det e det som.... eh, gåtfullt med den här sjukdomen...” .



Endometrioscentrum samarbetar med smärtcentrum och den affektiva mottagningen på sjukhuset i ett multidisciplinärt team, så att patienter med svårhanterlig smärta får den hjälp de behöver.

### *Bemötande*

Informanten hade genom sin erfarenhet mött patienter som berättat att de var frustrerade över hur de blivit bemötta inom vården tidigare, att de inte blivit trodda och nästan tappat tron på sjukvården. Kvinnor hade fått höra att “...det där får du räkna med som tjej...”. Det är mycket lyssnande och stöttande samtal i telefonrådgivningen på endometrioscentrum. Informanten understryker vikten av att våga fråga lite mer i samtalet med kvinnor, som berättar att de har jätteont i magen i samband med mens.

*Hur är det med samlivet, hur går det å gå på toaletten? Eh, har man ont när man tömmer tarmen... problem när dom tömmer blåsan... tömmer ofta, att det gör ont när blåsan drar ihop sig, man går å lämnar urinprov, man hittar ingenting. Många har också problem med tarmarna, IBS-liknande besvär....*

## Diskussion

### **Metoddiskussion**

En intervjustudie har valts eftersom deltagarnas erfarenhet efterfrågades och denna ligger till grund för distriktssköterskornas handläggning vid telefonrådgivning av kvinnor med starka menstruationssmärter/endometrios. Författarna valde att ställa frågor utifrån en intervjuguide och en öppen fråga fick inleda intervjun. Informanternas svar gav vidare nya frågor inom det aktuella ämnet (Polit & Beck, 2012). De teman som var av intresse att beröra under intervjun fanns med i intervjuguiden vilket var till stor hjälp för författarna så att ingen viktig information förbisågs. Författarna valde att använda sig av intervjuer då det upplevdes som

mer personligt än enkät samt tron om att mer information skulle förmedlas vid intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Samtidigt ställde det stora krav på författarna så att syftet med intervjun inte förlorades. Distriktssköterskorna var nyfikna och ville ställa frågor till författarna då ämnet verkade beröra flera av informanterna. Framför allt märktes detta på de vårdcentraler där författarna hade en personlig kontakt, som till exempel efter verksamhetsförlagd utbildning och eget arbete.

De *teman/kategorier* som framkom av intervjumaterialet efter analys hade kanske gått förlorat vid en enkätundersökning. Författarna tror att det hade varit svårare att rekrytera informanter till en enkätundersökning då det upplevs mer opersonligt med enkäter. Det var svårt nog att få informanter att delta i en intervjustudie. Flera av de intervjuade distriktssköterskorna förmedlade initialt att de inte kunde bidra med någon kunskap till vår studie i det berörda ämnet vilket författarna upplever som en osäkerhet för det okända. Ett litet antal av informanterna önskade att få se frågorna innan de bestämde sig för att delta vilket inte medgavs. Risker för att en felaktig bild av kunskap och erfarenhet skulle förmedlas från informanterna till studien var den största anledningen. En enkätundersökning hade troligen inte gett mer material då brist på tid var en återkommande faktor till att inte delta. En annan anledning till att aktivt tacka nej till medverkan uppgavs vara att de inte hade något att tillföra till studien, då de sade sig inte träffa på kvinnor med starka menstruationssmärter. En distriktssköterska svarade att *“det är inget som vi distriktssköterskor sysslar med direkt”*, ett svar som gjorde författarna än mer engagerade i ämnet kring starka menstruationssmärter och endometriosis då vi vet att många söker hjälp under flera år men inte blir trodda (Youngster, Laufer & Divasta, 2013). Efter avslutad intervju förmedlade flertalet informanter att det kändes bra, att de hade fått ny kunskap vilket upplevdes som positivt. Kunskapsspridning hade gått förlorat vid en enkätundersökning, anser författarna.

Den ursprungliga planen var att genomföra 10-15 intervjuer med en intervjulängd om 30-40 minuter. Då erfarenheten bland informanterna var lägre än förväntat och intervjulängden (15-30 minuter) inte uppnådde den ursprungliga planen upplevdes materialet efter nio intervjuer som mättat (Repstad, 2007), det vill säga, det hade inte varit produktivt att utföra flera intervjuer med samma intervjuguide då svaren redan här drog åt samma håll. Dessutom hade en del nya frågetecken väckts hos författarna. I samråd med handledaren valde författarna att utveckla intervjuguiden så att ett djupare material kunde inhämtas (Bilaga 2). Fyra djupintervjuer med en intervjulängd om cirka 30 minuter genomfördes och det nya material

som framkom var att kvinnor med endometriosis kan ha missats i telefonrådgivning, efter att författarna presenterat typiska symtom förutom starka menstruationssmärter vid endometriosis och sedan bett informanterna reflektera kring detta. Författarna upplevde att det väcktes fler tankar hos dessa informanter och att kunskapsutbytet blev betydligt större jämfört med hos de nio första informanterna.

Med hjälp av den reviderade intervjuguiden gavs ett mer innehållsrikt material då informanterna hann bli bekväma i sin roll som intervjuade då flera initiala frågor rörde telefonrådgivning i allmänhet. Författarna upplevde att informanterna blev mer lättintervjuade då de upplevdes bekväma i situationen (Kvale & Brinkmann, 2009). Då frågetecken ändå kvarstod efter de 13 intervjuerna, beslutade sig författarna att genomföra en telefonintervju med en telefonrådgivande sjuksköterska vid ett endometriosiscentrum, för att, om möjligt, ge sin bild till vårt resultat. Att denna informant var en grundutbildad sjuksköterska och ändå valdes att inkluderas berodde på att det bara finns telefonrådgivande personal på två endometriosiscenter i Sverige. Studiens syfte var att undersöka distriktssköterskornas erfarenhet i samband med telefonrådgivning till kvinnor med starka menstruationssmärter/endometriosis och författarna upplevde att svaret från de 13 intervjuerna inte gav någon förklaring till var dessa kvinnor tar vägen. Tanken med den telefonrådgivande sjuksköterskan på endometriosiscentret som hela tiden kontaktas av kvinnor med dessa symtom var att få ta del av hennes erfarenheter då hon hade arbetat med det berörda ämnet under många år. Här var författarna intresserade av hennes kunskap och erfarenhet i ämnet oavsett utbildning. Därav valde författarna att inkludera ännu en sjuksköterska utan distriktssköterskeutbildning.

Den inledande pilotintervjun genomfördes gemensamt av båda författarna, och därefter var för sig. Enligt Trost (2011) kan det finnas både för- och nackdelar med att vara två intervjuare. En nackdel kan vara att informanten kan känna sig underlägsen vid mötet med två intervjuare. Detta var dock inte anledningen till att intervjuerna utfördes var för sig utan berodde på tidsbrist. En fördel med att vara två intervjuare är att den ena intervjuaren kan sköta inspelningsutrustning, göra noteringar etc. (a.a.). Vid två av intervjuerna diskuterades ämnet innan inspelningsutrustningen var igång, eftersom distriktssköterskorna frågade varför föreliggande ämne valts innan intervjun hade startat. Därigenom gick en del information förlorat som gärna hade fått vara med i intervjun. Snarast efteråt sammanfattades den icke inspelade delen av samtalet i transkriberingen. Polit och Beck (2012) skriver att om det har

varit problem med inspelningen, bör intervjuaren rekonstruera intervjun så detaljerat som möjligt.

Analysarbetet i en kvalitativ studie är en central del och förförståelsen som författarna har kan innebära att en subjektiv tolkning sker. Studiens författare har olika förförståelse i ämnet. En av författarna har varit medförfattare till en kandidatuppsats om endometriosis och har arbetat inom akutsjukvård och har därigenom viss kunskap i ämnet. Den andra författaren har arbetat inom akutsjukvård samt hemsjukvård och har ingen erfarenhet av ämnet. Efter att samtliga intervjuer var genomförda jämfördes intervjumaterialet och trots att författarnas förförståelse var olika var materialet från intervjuerna relativt lika.

Då intervjuerna och transkriberingen var avslutade genomfördes analysarbetet gemensamt. På så vis skapades en balans vid tolkningen vilket stärker trovärdigheten i resultatet. Under analysen uppstod diskussioner på grund av författarnas olika förförståelse, vilket dämpade den subjektiva tolkningen. Kvaliteten på studien är ett viktigt mått på trovärdigheten och har en betydande del i en kvalitativ studie (Polit & Beck, 2012). Ett mått på trovärdighet kan vara sanningshalten i intervjumaterialet (a.a.). Under analysarbetet växte kategorier och underkategorier tydligt fram ur samtliga intervjuer. Efter avslutad analys läste författarna igenom samtliga intervjuer för att se att inga egna slutsatser hade gjorts.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att telefonrådgivande distriktssköterskor inte stöter på kvinnor med starka menstruationssmärter i den utsträckning som författarna hade förväntat sig. Med tanke på att en tidigare studie (Bodén & Wendel, 2013) visat att endometriosisdrabbade kvinnor uppgett sig ha fått lite stöd gällande sina starka menstruationssmärter från skolsköterskor under sin skoltid, och författarnas tro var att kvinnorna sökte sig till bland annat primärvården.

Dessutom finns rekommendationen från 1177-vårdguiden (Byström, 2011) att om egenvård vid mensbesvär inte har effekt, rekommenderas kontakt med vårdcentral eller gynekolog. Informanterna i föreliggande studie menar att de drabbade kvinnorna vänder sig direkt till andra vårdgivare, till exempel skolsköterskor, barnmorskor och gynekologer. Författarna menar att detta kan vara en anledning, men resultatet visar också att en bristande kunskap om

starka menstruationssmärter/endometrios kan vara en bidragande orsak till att frekvensen av dessa samtal upplevs som mindre än de egentligen är.

Många gånger normaliseras kvinnornas symtom som en naturlig del vid menstruation. Att kvinnorna nästan är invalidiserade varje månad i samband med menstruation ses inte som onormalt eller patologiskt och föranleder ingen vidare utredning. Sjuksköterskan vid endometrioscentret bekräftar att flera kvinnor som hört av sig till henne har träffat på just den attityden inom sjukvården; *att det får du räkna med som kvinna, det gör ont att ha mens, det går över när du får barn*. Vidare menar sjuksköterskan på endometrioscentret att om kvinnorna inte kan gå till skolan eller jobbet de dagar menstruationen pågår är det inte normala menstruationssmärter och de bör då utredas med frågeställningen endometrios. Författarna önskar att denna tanke implementeras hos telefonrådgivande distriktssköterskor, så att de ser varningssignaler för att lättare separera normala och patologiska menstruationssmärter. Denny och Mann (2007) vill gå ytterligare ett steg längre och menar att alla sjuksköterskor oavsett var i vården man arbetar, borde ha kännedom om endometrios.

I resultatet framkommer att informanternas privata erfarenhet kan ha betydelse för hur patienterna handläggs i telefonrådgivningen. Ett par av informanterna hade större erfarenhet av endometrios på grund av att någon anhörig var drabbad av endometrios, jämfört med majoriteten av de intervjuade som kände till sjukdomen vagt eller inte alls. En annan anledning till varför distriktssköterskorna upplever sig träffa på dessa kvinnor i så liten utsträckning tror författarna kan ha att göra med att andra symtom som urin- och tarmbesvär inte kopplas ihop med gynekologiska besvär. Därmed tror vi att de missas i telefonrådgivningen, vilket också verifieras i resultatet, där några informanter faktiskt öppnade för möjligheten att de kan ha missat dessa kvinnor i telefonrådgivningen. Jones, Jenkinson och Kennedy (2004) menar att IBS-diagnos är en vanlig feldiagnos hos kvinnor med endometrios.

Varierande handläggning innebar bland annat att kvinnornas ålder var en faktor för hur handläggningen såg ut på de olika vårdcentralerna. Äldre kvinnor fick oftare en läkartid, jämfört med yngre kvinnor som gavs råd om egenvård, då ålder för symtomdebut var avgörande för prioriteringen. Sjuksköterskan på endometrioscentret hade en motsatt handläggning, då hon menade att de unga kvinnorna som haft svåra smärter sedan menstruationsdebut ska fångas upp på en gång och få hjälp innan irreversibla skador uppstår.

Här skulle vi vilja uppmärksamma distriktssköterskorna på att det är de unga kvinnorna med starka menstruationssmärtor som måste omhändertas tidigt för att minska framtida skador. Det får inte normaliseras bara för att kvinnan alltid har haft svåra smärter, tvärtom är det ett allvarligt tecken på att hjälp har uteblivit under längre tid. Detta påtalas även av Brosens, Gordts och Benagiano (2013) som trycker på vikten av tidig diagnostisering.

Youngster, Laufer och Divasta (2013) menar att primärvården vanligtvis är den vårdgivare som först träffar på yngre kvinnor med starka menstruationssmärter och därför har en fantastisk möjlighet att reda ut om smärtorna är normala menstruationssmärter, eller om en patologisk orsak ligger bakom. Primärvården skulle då ha möjlighet att initiera behandling innan eventuell sjukdom blir kronisk och på så vis spara pengar åt samhället (a.a.). Kostnaden för de hårdast drabbade kvinnorna, uppgick år 2013 till 150 000 kr per år per patient, i form av sjukskrivning och sjukvård (Rörbecker 2013b). Youngster et al. (2013) menar att produktionsbortfall på grund av endometriosis är dubbelt så kostsamt jämfört med vad behandlingen av endometriosis kostar.

Överallt inom sjukvården och därigenom primärvården ligger stort fokus på ekonomin. Flera av informanterna beskriver att de hellre hänvisar vidare direkt utan att ställa djupare frågor och på så vis menar de att de hinner ta flera samtal. Författarnas oro kring detta är synen på att kvantitet är viktigare än kvalitet och detta leder till ett mycket kortsiktigt omhändertagande. Dessutom är patienternas lidande ingenting som diskuteras eller tas i beaktan.

Syftet med telefonrådgivning enligt Blank et al. (2012) är att leda patienten till lämplig vårdnivå på ett säkert och tidseffektivt sätt, i kombination med att tillhandahålla egenvårdsråd och hänvisning. Det är viktigt att råden är adekvata ur patientsäkerhetsaspekt, men också rimliga, då målet med telefonrådgivning är att triagera patienter till den mest lämpliga och tillgängliga vårdnivån (a.a.). Resultatet visar att telefonrådgivning beskrivs som "*en spärr in till doktorerna*". Beskrivningen av telefonrådgivning som en "*sorteringscentral*" förekom hos den informant som var mest negativt inställd till telefonrådgivning. Hakimnia, Holmström, Carlsson och Höglund (2014) har i en svensk studie intervjuat 11 sjuksköterskor i telefonrådgivning. Fem olika typer av samtal identifierades, varav det första beskrevs som ett grindvaktande samtal (a gatekeeping call). I ett sådant telefonrådgivande samtal hänvisar sjuksköterskan patienten direkt till rätt vårdnivå, på bekostnad av råd och emotionellt stöd. Ett sådant samtal har inte så många omvårdande element, utan fokuserar främst på att vara ett

effektivt samtal. Den här typen av samtal har som mål att undvika onödiga besök (a.a.). Å andra sidan går det emot andra mål inom telefonrådgivning, det vill säga att ge stöd till uppringaren och att möta oro (Pygall, 2012). I ett grindvaktande samtal hålls inte patienten i fokus, enligt Orlandos teori (Orlando, 1961), utan kan innebära att patienten upplever sig inte bli tagen på allvar. Intervjun med sjuksköterskan på endometrioscentret bekräftade just detta, att patienterna hon mött i telefonrådgivning vittnat om hur de inte blivit tagna på allvar, och nästan tappat tron på sjukvården.

Målet för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Inom de vårdcentraler som författarna kommit i kontakt med beror råden och handläggandet på den telefonrådgivande distriktssköterskans egna erfarenhet och intresse samt på vilket intresseområde den tjänstgörande läkaren har. Någon av informanterna uttryckte att det inte fanns gynekologiskt intresserade läkare på vårdcentralen och därför hänvisades de vidare till annan vårdinstans. Fler av informanterna uppgav att de inte kände till om handlingsplan eller riktlinjer finns i ämnet. Författarna menar att brist på såväl lokala som nationella riktlinjer medför en ojämnlik vård beroende på var i landet man bor. I en motion till Sveriges Riksdag (2013/14:SoU8) begärs ett tillkännagivande om nationella riktlinjer för endometrios, med hänvisning till hur olika kvinnor med endometrios behandlas beroende på var i landet de bor och söker vård. Endometrioscentrets sjuksköterska kunde bekräfta att det skiljer sig mycket inom Sverige och idag finns det endast två endometrioscenter i Sverige, båda i mellersta Sverige. Måns Palmstierna, gynekolog på en ungdomsmottagning i södra Sverige, ser brister sedan endometrioscentret i södra Sverige stängdes efter en kort tids verksamhet. Då han diagnostiserar kvinnor med endometrios har han ingenstans att hänvisa dessa till för fortsatt behandling eftersom hans tid inte räcker till alla drabbade (Rörbecker, 2013b). Författarna har under hela studiens gång funderat mycket på om det har något samband med att det är en dold kvinnosjukdom. Hade motsvarande lidande och produktionsbortfall varit accepterat om de drabbade varit män? Brosens et al. (2013) menar att endometrios är en dold, progressiv och allvarlig sjukdom som förtjänar uppmärksamhet och inte enbart medlidande.

Lokala riktlinjer finns i form av triagehandboken som tagits fram av Region Skåne (2011). Målet med detta gemensamma beslutsstöd är att ge ökad kvalitet, tillgänglighet, patientsäkerhet och trygghet för våra medborgare (a.a.). Författarna upplever att under utbildningen till distriktssköterska talades det mycket kring triagehandboken men någon

närmare introduktion gavs aldrig. Flera av informanterna uppgav att de sällan använde denna bland annat på grund av tidsbrist och visste därför inte om det fanns några råd om starka menstruationssmärter eller endometrios i den. Författarna erfar att det inte är mycket vägledning i triagehandboken vad det gäller ämnet som sådant. Under datainsamlingen framkom det att flera av informanterna använde sig av och till av 1177- vårdguiden. Författarna kan konstatera att det där finns bra och relevant information och råd om såväl menstruationsbesvär som endometrios (Byström, 2011; Lundmark, 2014).

## Konklusion och implikationer

Denna studie visar att distriktssköterskor i telefonrådgivning inte anser sig träffa på kvinnor med starka menstruationssmärter/endometrios särskilt ofta. Att det skulle vara patologiskt att ha dessa smärtor är inte självklart för informanterna och kunskapen om endometrios som möjlig bakomliggande sjukdom är liten. Besparingar och tidspress gör att informanterna gärna hänvisar denna patientgrupp vidare utan att fördjupa sig i symtomen först. Detta bekräftas av telefonrådgivande sjuksköterska på ett endometrioscentrum i mellersta Sverige som träffar på många kvinnor via telefon som inte har fått hjälp eller än värre blivit misstrodda för sina symtom. Under den tid det tar innan kvinnan får adekvat omhändertagande finns förutom lidandet risk för att irreversibla skador uppstår som är kostsamma, inte bara för kvinnan utan för hela samhället. Efter att vi varit runt på flera vårdcentraler och intervjuat har diskussioner startats på några arbetsplatser och författarna har i efterhand blivit kontaktade för råd och hjälp med vart man kan vända sig då man känner igen symtomen/besvären vi pratat om, vilket bekräftar att kunskapen kring denna dolda kvinnosjukdom är en bristvara!

Som förbättringsåtgärd föreslår författarna att triagehandbokens kapitel om smärta vid gynekologiska symtom förbättras. Som det ser ut idag i triagehandboken (Region Skåne, 2011) ges en hänvisning till kapitlet om buksmärta, vilket vid närmre granskning inte ger några råd överhuvudtaget gällande dysmenorré. I nuläget står det inget i rutorna *vårdnivå* och *att observera* under smärta vid gynekologiska symtom. Även om distriktssköterskorna i föreliggande studie hade använt sig av triagehandboken i större utsträckning, hade den inte varit till någon hjälp i telefonrådgivningen till kvinnor med starka menstruationssmärter. Med stöd av de råd vi fick som blivande distriktssköterskor av den intervjuade sjuksköterskan från endometrioscentret, har vi formulerat frågor som vi önskar skulle stå i rutan *att observera*



under kapitlet smärta vid gynekologiska symtom, att använda som hjälp för att skilja på primär och sekundär dysmenorré; *Gör det ont att tömma blåsan, kissar du ofta? Har du smärta i samband med samlag? Smärta vid tarmtömning eller IBS-liknande besvär?*

Slutligen, med bakgrund av den erfarenhet som studien har givit oss författare, vill vi förmedla följande tips till alla som arbetar med telefonrådgivning:

**Våga ställa frågor!!**

## Referenser

- Altman, G. & Wolczyk, M. (2010). Endometriosis: Overview and Recommendations for Primary Care Nurses Practitioners. *The Journal for Nurses Practitioners*, 6(6), 427-434.
- Bergqvist, A. (2007). *Fokusrapport. Endometrios*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Bergqvist, A. (2010). Endometrios. I P.O. Jansson & B-M. Landgren (Red), *Gynekologi* (s. 277-284). Lund: Studentlitteratur.
- Bixo, M. & Samuelsson, E. (2014). Allmän gynekologi. I H. Ramström (Red), *Läkemedelsboken* (19:e utgåvan, s. 508-528). Uppsala: Läkemedelsverket.
- Blank, L., Coster, J., O`Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J., Turner, J. et al. (2012). The appropriateness of, and compliance with telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2610–21.
- Blomberg, M. (2008a). Epidemiologi och livskvalitet vid endometrios. I L-Å. Mattsson (Red), *Endometrios. Rapport nr 56* (s. 25-29). Uppsala: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- Blomberg, M. (2008b). Kliniska manifestationer och differentialdiagnoser. I L-Å. Mattsson (Red), *Endometrios. Rapport nr 56* (s. 11-24). Uppsala: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
- Bodén, E. & Wendel, C. (2013). Adolescents with endometriosis: Their experience of the school health care system in Sweden. *British Journal of School Nursing*, 8(2), 81-87.
- Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson U-B. (2010). *Obstetrik och Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bring, E. & Wendel, C. (2013). *Menstruationssmärta- skolsköterskors upplevelser och handläggning i mötet med unga kvinnor*. Kandidatuppsats, Lunds Universitet, Medicinska fakulteten.

Brosens, I., Gordts, S. & Benagiano, G. (2013). Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. *Human Reproduction*, 28(8), 2026-2031.

Byström, G. (2011). Mensbesvär. Hämtad 10 oktober, 2014 från <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Mensbesvar/>

Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. (2. ed.) Thousand Oaks: SAGE.

Dawood, M.Y. (2006). Primary Dysmenorrhea. Advances in Pathogenesis and Management. *Obstetrics and Gynecology*, 108, 428-441.

Denny, E. (2004). Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 641-648.

Denny, E. & Mann, C.H. (2007). A clinical overview of endometriosis: a misunderstood disease. *British Journal of Nursing*, 16(18), 1112-1116.

Distriktssköterskeförningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen Distriktssköterska* [Broschyr]. AB Danagårds Grafiska.

Foster, J., Jessopp, L. & Dale, J. (1999). Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. *British Journal of General Practice*, 49, 111-113.

Gilmour, J.A., Huntington, A. & Wilson, H.V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 443-448.

Hakimnia, R., Holmström, K.I., Carlsson, M. & Höglund, T.A. (2014). Exploring the communication between telenurse and caller – A critical discourse analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9 doi: 10.3402/qhw.v9.24255

Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

- Holmström, I. & Höglund, A.T. (2007). The faceless encounter :ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1865-1871.
- Huntington, A. & Gilmour, J.A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1124-1132.
- Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis on quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 123-133.
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R. et al. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20, 2698-2704.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen, V. (2002). *Telefonsamtal till primärvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Lundmark, E. (2014). Endometrios. Hämtad 10 oktober, 2014 från <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Endometrios/>

Mao, A.J., & Anastasi, J.K. (2010). Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 109-116.

Mårdh, P-A. (2013). *Om kvinnors hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Nasr, N. (2012, 30 juni). Snabbare hjälp mot smärtan. *Sydsvenskan*. Hämtad 11 dec, 2013 från <http://www.sydsvenskan.se/sverige/snabbare-hjalp-mot-smartan>

Nnoaham, K.E., Webster, P., Kumbang, J., Kennedy, H. & Zondervan, K.T. (2012). Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertility and Sterility*, 98(3), 702-712.

Olovsson, M. (2008). Medicinsk behandling av smärta vid endometriosis. I L-Å. Mattsson (Red), *Endometriosis. Rapport nr 56* (s. 55-62). Uppsala: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. (3:e upplagan). Stockholm: Liber förlag.

Orlando, I.J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. USA: Publications development company.

Palmstierna, M., Olovsson, M. & Holmberg, J. (2012). Endometriosis - en folksjukdom. *Jordemodern*, 11, 8-10.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (USA) (9.ed) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pygall, S-A. (2012). Improving patient care with the use of telephone consultations. *Primary Health Care*, 22(10), 28-30.

Region Skåne (2011). *Triagehandboken*. Hämtad 20 oktober, 2014 från [http://www.skane.se/upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/triage/Triagehandbok\\_2011/102228-Triagehandbok\\_2011\\_SLUTKORR.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/triage/Triagehandbok_2011/102228-Triagehandbok_2011_SLUTKORR.pdf)

Repstad, P. (2007). *Närhet och distans*. (4:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Rörbecker, S. (2013a). Verksamhet lades ner på grund av ledighet. *Dagens Medicin*, 34, s 14-15.

Rörbecker, S. (2013b). Så mycket kostar endometriosen. *Dagens Medicin*, 34, s 14-15.

Sveriges Riksdag. Socialutskottet betänkande 2013/14:SoU8. *Riksrevisionens rapport om mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* Hämtad 10 oktober, 2014 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/201314Riksrevisionens-rapport\\_H101SoU8/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/201314Riksrevisionens-rapport_H101SoU8/)

Treloar, S.A., Bell, T.A., Nagle, C.M., Purdie, D.M. & Green, A.C. (2010). Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202, 534.e1-6.

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. (4:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Vercellini, P., Somigliana, E., Buggio, L., Barbara, G., Frattaruolo, M.P., & Fedele, L. (2012). "I Can't Get No Satisfaction": deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. *Fertility and Sterility*, 98(6), 1503-1511.e1.

Wiksten-Almströmer, M. (2013). Menstruationssmärta. I M. Olovsson (Red), *Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar. Rapport nr 69* (s. 83-85). Uppsala: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.

WMA (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2013-12-02 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Youngster, M., Laufer, R.M. & Divasta D.A. (2013). Endometriosis for the primary care physician. *Current Opinion in Pediatrics*, 25(4), 454-462.

## Bilaga 1 (3)

### **Intervjuguide I**

Berätta om din erfarenhet av telefonrådgivning till kvinnor som har starka menstruationssmärtor.

Hur handlägger du deras problem?

Fördjupningsfrågor: Hur tänker du då? Kan du beskriva mera? Kan du förklara? Vad gör du då?

### **Teman**

Finns det några riktlinjer att följa vid starka menstruationssmärtor?

Vad säger triagehandboken?

Diagnos eller sjukdom

Egen kunskap

Vidare kontakter!

Distriktsläkaren, Ungdomsmottagning, gynekolog

Kunskaper om endometrios?

Symtom, debut, behandling, infertilitet, maligna sjukdomar

Vilken kunskap behövs?

Hemsida, broschyrer, föreläsningar

### **Bakgrundsfrågor**

Vilken är din ålder?.....

Hur längre har du arbetat som distriktssköterska?.....

Hur länge har du arbetat med telefonrådgivning?.....

Hur mycket sitter du i  
telefonrådgivningen/vecka?.....

Vad jobbade du med innan du blev distriktssköterska?.....



## Bilaga 2 (3)

### **Intervjuguide II Fördjupning**

Hur ser du på telefonrådgivning?

(Hur upplever du att det är att göra en bedömning via telefon utan att se personen i fråga?)

Vad är syftet med telefonrådgivning?

Vad är triagering för dig?

Har du någon utbildning i triagering?

Vilka hjälpmedel använder du dig av vid triagering?

Vad tycker du är en bra telefonrådgivning?

Vad bör en bra telefonrådgivare ha för egenskaper anser du?

(bör denne ha specialistutbildning eller endast grundutbildad?)

Vad bör telefonrådgivningen leda till?

Hur tycker du det är att sitta i telefonrådgivningen?

Hur mycket sitter du i telefonrådgivning/ vecka?

Berätta om dina erfarenheter av telefonrådgivning till kvinnor med starka menstruationssmärter.

Hur handlägger du deras problem?

Har du funderat på någon bakomliggande sjukdom till starka menstruationssmärter?

Tror du att bakomliggande sjukdomar/diagnoser missas i telefonrådgivning?

Har du hört talas om endometrios?

Vilka kvinnor tror du drabbas av endometrios?

Tänker du på några specifika symtom, förutom starka menstruationssmärter som skulle kunna vara endometrios?

Kan du ha varit med om fler samtal än du tror, som skulle kunna röra endometrios?

Upprepade urinvägsinfektioner, förstoppningsbesvär och trötthet kan t.ex. vara symtom på endometrios. Vad tänker du kring det?

(Upplever du att det kan vara en återkommande kontaktorsak?)

(Hur tänker du kring det?)

Så när du tänker tillbaka nu, tror du att du har mött någon med dessa besvär som skulle kunna vara endometriosis?

Hur ser era eventuella riktlinjer ut för den här patientgruppen?

### **Bakgrundsfrågor**

Vilken är din ålder

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska

Hur länge har du arbetat med telefonrådgivning

## Bilaga 3 (3)

### Intervjuguide III Telefonintervju med sjuksköterska på ett endometrioscentrum i mellersta Sverige

- Berätta om din funktion på endometrioscentrum.
- Finns endometrioscenter/team på fler ställen i Sverige?  
(Vad händer med endometrioscentrum i södra Sverige?)
- Vad är din uppfattning kring endometrioscentrums tillgänglighet kontra behovet?
- Vilken erfarenhet har du av telefonrådgivning i allmänhet?
- Hur länge har du arbetat på endometrioscentrum?
- Hur mycket av den tiden sitter du i telefonrådgivning?
- Vem söker till endometrioscentrum?
- Krävs det remiss för att bli omhändertagen hos er?

(I så fall, var har man sökt innan?)

- Vad kan du berätta om de kvinnor som hör av sig hit, vilken är deras erfarenhet av tidigare vårdkontakter?

(Har du något exempel)

- Vilken ålder är mest representerad av de som söker sig hit?

Slutligen:

- Vad skulle du tycka är viktigt för oss som blivande distriktssköterskor att tänka på i framtida möte/telefonrådgivning av denna patientgrupp?