



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Den omhändertagande grindvakten

Sjuksköterskors erfarenheter av telefontriagering
i vuxenpsykiatrisk öppenvård

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Linda Elgaard & Tide Garnow

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Hösten 2016

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

Den omhändertagande grindvakten

Sjuksköterskors erfarenheter av telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård

Författare: Linda Elgaard & Tide Garnow

Handledare: Bengt Svensson

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund: Det aktuella forskningsläget är knappt inom området telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård, samtidigt används metoden frekvent. Sjuksköterskan förväntas vara vårdens grindvakt när hen gör komplexa bedömningar av patienter över telefon. *Metod:* en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med tio sjuksköterskor inom vuxenpsykiatrisk öppenvård i två sydsvenska städer. *Syfte:* att undersöka vilka erfarenheter sjuksköterskor har av att arbeta med telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård. *Resultat:* Materialet kondenserade ner till tre teman; Vikten av den kompetenta sjuksköterskan, Grindvakten och Samtalets utmaningar. Sjuksköterskans kompetens samt bemötandet gentemot patienten är av största vikt för arbetet. Likaså ett stödjande arbetsklimat och att upprätthålla goda vårdprinciper och vårdetik. *Slutsats:* Triageringsmodeller baserade på forskning och etik torde positivt kunna påverka triageringsarbetet för sjuksköterskan inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Nyckelord

Telefontriagering, sjuksköterska, erfarenheter, vuxenpsykiatri, öppenvård.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	4
Definition av triagering	4
Perspektiv och utgångspunkter	5
Triagering - ett högspecialiserat vårdområde	5
Teoretiska modeller för triagering	6
Triagering ur ett ansvarsperspektiv	7
Telefontriagering som en nödvändighet	7
Triagering ur ett arbetsmiljöperspektiv	7
Syfte	8
Specifika frågeställningar	8
Metod	8
Urval	8
Kontext	9
Instrument	10
Datainsamling	10
Analys av data	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	11
Vikten av den kompetenta sjuksköterskan	11
Erfarenhet och kunskap	11
Stöd i triageringsarbetet	12
Grindvakten	13
Att vara vårdens grindvakt	13
Att kunna ge något till patienten	14
Samtalets utmaningar	15
Det goda samtalet	15
Bedömning utan att patienten är i rummet	17
Arbetsmiljöns betydelse	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Konklusion och implikationer	23
Referenser	24
Bilaga 1 (3)	26
Bilaga 2 (3)	27
Bilaga 3 (3)	28

Introduktion

I studier där telefontriagering utforskats har man främst tittat på allmänna hjälplinjer, såsom Sveriges ”1177 Vårdguiden” och dess motsvarigheter utomlands. Begränsad forskning har gjorts kring området telefontriagering inom psykiatri, och ännu mindre inom psykiatrisk öppenvård.

Problemområde

Telefontriagering används allt mer inom öppenvårdspsykiatrin, där sjuksköterskan förväntas agera som någon form av både vårdens grindvakt, expertis, medmänniska och receptionist. Forskningen är begränsad kring sjuksköterskans erfarenheter av detta. Författarna ser därför sjuksköterskans telefontriagering inom öppenvårdspsykiatrin som en central fråga att utforska för att belysa dennes erfarenheter och för att utöka förståelsen för desamma.

Bakgrund

Definition av triagering

Triagering i sig är inget nytt fenomen, det har använts länge inom den somatiska akutsjukvården, men användandet inom psykiatrin är nyare. Ordet triage är baserat på franskans verb *trier* som betyder att separera eller välja ut (Doncliff, 2015). Inom sjukvården används triagering i sammanhang där man prioriterar patienters behov av vård, det vill säga om patienten behöver akut, mindre akut eller icke akut vård. Triagering kan ses som ett sätt att hantera diskrepansen mellan behov av vård och tillgängliga vårdresurser. Inom psykiatrisk vård är forskningen inom området begränsad och därför saknas en formell definition och beskrivning (Sands, 2007). Telefontriagering är ett relativt nytt fenomen, vilket innebär att sjuksköterskan gör sin bedömning via telefon (Edwards, 1998). Telefontriagering som begrepp etablerades under 1990-talet.

Perspektiv och utgångspunkter

Internationellt kan man se en trend av att använda sig av telefontriagering för att på så vis skapa mer kostnadseffektiv vård (Sands, 2007). Ett centralt tema som dyker upp i aktuell forskning visar att sjuksköterskans roll som grindvakt är värdefull, och att vårdens resurser påverkar de bedömningar som sjuksköterskan gör. Med grindvakt menas att sjuksköterskan förväntas bedöma och prioritera patienten till rätt vårdnivå. Detta innebär i praktiken att sjuksköterskan redan i telefonen måste bedöma patienten och besluta om denne kan erbjudas vård på den aktuella vårdinrättningen eller om hen ska hänvisas vidare till annan vårdnivå/vårdenhet. Synen på triagesjuksköterskan som grindvakt medför att sjuksköterskan både behöver ha patienten respektive samhället i fokus i de bedömningar som görs (a.a.).

I studier där man tittat på sjuksköterskors erfarenheter av telefontriagering via hjälplinjen ”NHS Direct”, vilket är Storbritanniens motsvarighet till svenska ”1177 Vårdguiden”, har det visat sig att sjuksköterskorna upplever sig mest stressade då det handlar om psykiatriska frågor, dessa frågor utgör dock endast 2-5 % av samtliga samtal (Lees, Scarrott & Hemingway, 2002). Att kontinuerligt utbilda triagesjuksköterskor i psykiatrisk omvårdnad har visat att deras självförtroende stärks, liksom att de får en förbättrad attityd gentemot de psykiatriska patienterna (Payne et al, 2002).

Triagering – ett högspecialiserat vårdområde

Triagering inom den psykiatriska vården beskrivs som ett unikt och högspecialiserat område som hos sjuksköterskan involverar en välutvecklad klinisk förmåga, erfarenhet och ett psykiatriskt kunnande (Sands, 2007). Enligt Edwards (1998) innebär sjuksköterskans telefontriagering en komplexitet av observation, kritiskt tänkande och datainsamling som viktiga beståndsdelar. Likaså dennes funktion som grindvakt för vårdens resurser. Sjuksköterskan behöver därför också specialiserad kunskap kring den vård som erbjuds inom det regionala område hen verkar i (Sands, 2007). Kunskapen behöver inbegripa sociala resurser och servicefunktioner. Sands (2004) exemplifierar detta komplexa kunnande (utöver psykiatrisk kompetens): praktiskt kunnande i (telefon)intervjumetodik, kunskap kring krishantering, organisationsförmåga, rådgivande förmåga och stå-ut-färdigheter. Enligt Sands (a.a.) är det av största vikt att man tar detta i beaktande och erbjuder sjuksköterskan kontinuerlig utbildning.

Varje inkommande samtal bedöms med utgångsläge från om det behövs en omedelbar uppföljning/omhändertagande eller om uppföljningen kan ske längre fram och i sådana fall var (Doncliff, 2015). Många av de som ringer, både patienter och anhöriga, är oroliga och i kris, och god kunskap kring krishantering har visat sig vara behjälplig för sjuksköterskan. Krishantering per telefon medför dessutom goda effekter i form av lugnare patienter och anhöriga, vilket tros bero på den höga graden av tillgänglighet vilket i sin tur medför snabb hjälp (Sands, 2013 och Tschirch, Walker & Calvacca, 2006).

Triagesjuksköterskans förförståelse för patienten, både av individen i fråga och av kunskapen kring eventuella symtom, är av stor vikt i bedömningssituationen (Doncliff, 2015). Ofta har dock sjuksköterskan inte träffat patienten. Sjuksköterskan behöver ständigt ta i beaktande om hen har fått komplett information från patienten, liksom hur akut läget är samt om patienten är i kris (Edwards, 1998). Hen står inför att snabbt kunna framkalla och bedöma information på ett systematiskt och standardiserat sätt för att alla patienter ska få en rätt bedömning (Clarke et al., 2015). Vid tillfällen då patienten endast delger viss information eller är hotfull och agiterad kan bedömningen ändå baseras på tidigare erfarenheter och kunskaper kring den specifika patientgruppen. Trots denna komplexitet finns väldigt lite forskning som stöd för vilka processer som leder fram till den bedömning triagesjuksköterskan gör (a.a.).

Teoretiska modeller för triagering

Forskningsintresset för kliniskt beslutsfattande hos sjuksköterskor har växt något sedan 1980-talet (Edwards, 1998). Edwards grundantaganden är att kognitiva processer är socialt konstruerade och att kliniska resonemang är knutna till kontexten samt filosofiskt och analytiskt drivna. Telefonerandet i sig och själva samtalet mellan sjuksköterskan och patienten påverkar resultatet av detsamma. Sjuksköterskans resonerande är relativt okänt för forskarvärlden (a.a.). Clarke, Boyce-Gaudreau, Sanderson & Baker (2015) menar att sjuksköterskan utgår från två olika arbetssätt; dels att sjuksköterskan arbetar utifrån ett analytiskt resonemang, dels att hen arbetar utifrån intuition. Sjuksköterskans val av arbetssätt styrs av en rad faktorer så som tidigare erfarenhet, teoretisk kunskap, trygghet i sin arbetsroll samt vilka arbetsverktyg och hjälpmedel som finns tillgängliga för att fatta beslut (a.a.). Även Edwards (1998) beskriver ett liknande synsätt kring intuition kontra analytiskt resonemang kring hur sjuksköterskor fattar sina beslut. Edwards menar att sjuksköterskans intuition går att härleda ur expertis grundad på erfarenhet och kunnande. Det analytiska resonemanget innebär i sin tur att sjuksköterskan hela tiden under samtalet processar den information som

kommer fram och prövar olika teorier som genom uteslutningsmetoder leder fram till en bedömning. Clarke et al (2015) menar att intuition styr sjuksköterskans beslutsfattande mer än vad man kan tro. Man har bland annat kunnat visa på att sjuksköterskor på en akutmottagning tenderade att ändra poängen som framkommit från standardiserade formulär för att matcha sin ”magkänsla” kring patienten (a.a.).

Triagering ur ett ansvarsperspektiv

Sands (2007) tar i sin studie upp de juridiska aspekterna kring triagering och telefontriagering. Sjuksköterskornas rädsla för att göra felaktiga bedömningar spelar stor roll i det dagliga arbetet och denna aspekt behöver, enligt Sands, därför finnas med i utformandet av triageringsmodeller. Erdman (2001) lyfter ett resonemang kring sjuksköterskans roll i telefontriageringen som diagnossättare, trots att hen juridiskt sett inte får diagnosticera. Även Sands (2007) menar att diagnosticerandet spelar en fundamental roll i telefontriageringen, för att patienten ska hamna på rätt vårdnivå. Detta är svårt att kringgå, men behöver lyftas i skapandet av modeller för triagering enligt Sands (a.a.). Erdman (2011) och Edwards (1998) belyser inte bara komplexiteten i att som sjuksköterska diagnosticera patienten, utan också det faktum att över telefon inte ha några visuella ledtrådar att använda sig av. Enligt Edwards (1998) kompenserar sjuksköterskan för avsaknaden av det fysiska mötet genom att skapa sig en mental bild av patienten och det den uttrycker. Edwards (1998) talar om att visualisera både personen och patologin. Detta visualiserande ligger sedan till grund för det kliniska resonemang sjuksköterskan för och som i sin tur ligger till grund för bedömningen kring det aktuella problemet och rådgivningens utformning (a.a.).

Telefontriagering som en nödvändighet

Forskning visar på att telefontriagering är konstant ökande för att skapa en kostnadseffektiv vård i det moderna samhället (Sands (2007)). Telefontriagering inom den psykiatriska vården ses allt mer som en nödvändighet (Doncliff, 2015). Telefontriagering används inte bara som ett sätt för vården att sortera, utan även som en öppenvårdskontakt för psykiskt sjuka patienter. Patienten kan använda samtalet med triagesjuksköterskan som ett sätt att reglera sitt mående, vilket i sin tur skapar färre vårdtillfällen (a.a.).

Triagering ur ett arbetsmiljöperspektiv

Clarke et al. (2015) beskriver att man kan se att vid hög press på akutmottagningen tenderade sjuksköterskan att modifiera sin bedömning utefter hur miljön på akuten var just vid

bedömningstillfället. Stressen som sågs på akuten tenderade att påverka sjuksköterskans beslutsfattande samt sättet sjuksköterskan uppförde sig gentemot patienten. Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att ha någon att konsultera när hen kände sig osäker inför en bedömning. Avsaknaden av detta samt när sjuksköterskan upplevde sig ha för lite kunskap inom ett specifikt område gjorde att hen upplevde att hen inte ”uppfattat situationen rätt” samt upplevde känslor av hopplöshet (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet av telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Specifika frågeställningar

Vilka erfarenheter har sjuksköterskan av telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård?

Metod

Urval

Ett bekvämlighetsurval har gjorts. Femton sjuksköterskor som arbetar med telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård i två sydsvenska städer har tillfrågats om att delta i studien. Tio av dessa sjuksköterskor, fördelade på tre olika mottagningar, tackade ja och har intervjuats. Intervjuerna ligger till grund för denna studie. Inklusionskriterier har varit: sjuksköterskor som arbetar med telefontriagering på någon av tre nämnda mottagningar inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Andra vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i det geografiska området har valts bort eftersom man där inte uttalat använder sig av telefontriagering. Någon hänsyn till om sjuksköterskorna var specialiserade inom psykiatri togs inte.

Kontext

Följande kontextbeskrivning är grundad på den information som framkommit under intervjuerna med respondenterna. De respondenter som deltog i studien hade varierande lång yrkeserfarenhet som sjuksköterska; mellan ett par till drygt trettio år. Flertalet hade arbetat dessa år främst inom psykiatri. Drygt hälften av respondenterna hade specialistutbildning i psykiatri. På samtliga mottagningar arbetade man med telefontriagering varvat med andra arbetsuppgifter. Två av mottagningarna hade sjukskötersketeam som helt ansvarade för telefontriageringen, medan övriga sjuksköterskor på mottagningen inte arbetade med telefontriagering alls. På en av mottagningarna var samtliga sjuksköterskor involverade i telefontriageringen, men i olika stor omfattning beroende på sjuksköterskornas intresse av arbetet. Sjuksköterskorna hade egna kontor där de arbetade med telefontriagering, och även med sina andra arbetsuppgifter. En av mottagningarna använde sig av ett större kontor där sjuksköterskorna i telefontriageringen satt tillsammans två och två. Samtliga mottagningar använde sig endast av sjuksköterskor i telefontriageringen, med undantag av en mottagning där en skötare med lång erfarenhet arbetade. För ett par år sedan hade det dock sett annorlunda ut på en av mottagningarna, då man använt sig av andra yrkeskategorier (psykologer och skötare) i telefontriageringen en begränsad period.

Telefontriagering innebär mycket skiftande inkommande samtal; från receptförnyelser till egenremisser och suicidriskbedömningar. Inte bara patienter ringer till telefontriageringen, utan ofta även anhöriga och ibland myndighetspersoner. Det förekommer även att patienter använder telefonsamtal med triageringssjuksköterskan som en sorts öppenvårdskontakt.

Ingen av mottagningarna använde sig av något strukturerat triageringsinstrument. Däremot hade man på samtliga mottagningar olika formulär som en grund för egenremiss eller olika frågeställningar beroende på patientens problematik. Dessa formulär tycktes dock inte användas i någon större omfattning då de flesta av respondenterna upplevde att de hade erfarenhet och kunskap som gjorde att behovet var litet för denna typ av triageringsinstrument. Ingen av mottagningarna använde sig av bildöverföring, utan endast röstsamtal via telefon förekom.

Genomgående för samtliga mottagningar var synen på att tillgängligheten i telefontriageringen var prioriterad och att öppettiderna var generösa. Däremot kunde telefonköerna ibland bli långa. En mottagning använde sig av ett telefonsystem där man

kunde se antalet samtal i kö medan man pratade. Övriga två mottagningar hade inte den funktionen.

Instrument

Studien är kvalitativ med en empirisk ansats i form av semistrukturerade intervjufrågor. Intervjuarens uppgift var att uppmuntra respondenten att tala fritt om ämnet med sina egna ord, men hade specifika följdfrågor i en intervjuguide i beredskap som kopplade tillbaka till syftet (se bilaga 1) (Polit & Beck, 2012).

Författarna har använt sig av en kvalitativ innehållsanalys där det insamlade materialet bearbetats, för att belysa erfarenheter hos sjuksköterskor som jobbar med telefontriagering inom öppenvård psykiatri (Graneheim & Lundman, 2004).

Datainsamling

Individuella intervjuer skedde på respondenternas egna kontor, eller i samtalsrum som de själva valt ut, på respektive mottagning inom den vuxenpsykiatriska öppenvården. Varje enskild intervju tog mellan 30-45 minuter. Intervjuerna spelades in och förvarades oåtkomliga för obehöriga under processens gång.

Analys av data

En innehållsanalys har använts för att hitta mönster i sjuksköterskornas berättelser där fokus varit att beskriva, tolka och förstå dessa berättelser (Graneheim & Lundman, 2004).

När samtliga intervjuer var genomförda transkriberades de ordagrant och lästes igenom. Att avvakta med detta tills alla intervjuerna var genomförda gjordes för att förhindra att man för tidigt skulle börja analysen av materialet och få idéer som kunde påverka intervjuer och observationer (Polit & Beck, 2012). Efter transkriberingen av samtliga intervjuer påbörjades en analys av det insamlade materialet. De meningsbärande enheter som besvarade studiens syfte identifierades, kondenserades, kodades och abstraherades till subteman och teman (se exempel ur matris i bilaga 2) (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen gjordes på såväl manifest som latent nivå. På manifest nivå identifierades likheter och skillnader i texten, medan den latent innehållsanalysen bestod i att finna betydelsen av det som fanns under ytan (Kristensson, 2014). Arbetet med att hitta olika teman pågick under hela analysarbetet. Dessa

teman redovisas och presenteras här i den slutliga uppsatsen tillsammans med relevanta slutsatser.

Forskningsetiska avvägningar

Författarna har följt forskningsetiska principer i form av informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Både verksamhetschefer och respondenterna själva har tydligt, både muntligt och skriftligt, informerats om studien, tillvägagångssätt och syfte (Informationsbrev till studiedeltagare, se bilaga 3). Verksamhetscheferna och respondenterna gav var för sig sitt skriftliga samtycke. Respondenterna informerades om att de hade sin fulla rätt att när som helst avbryta sitt deltagande, utan skyldighet att uppge anledning till detta. Författarna informerade också respondenterna om att alla uppgifter och data som kan härledas tillbaka till respondenten lagras på ett sådant sätt att inga obehöriga kan ta del av materialet. Studien har granskats av Vårdvetenskapliga etiknämnden, utlåtande VEN 45-16.

Resultat

Utifrån det analyserade materialet framkom sju olika underliggande subteman som belyser sjuksköterskans erfarenheter av att jobba med telefontriagering: (1) Erfarenhet och kunskap, (2) Stöd i triageringsarbetet, (3) Att vara vårdens grindvakt, (4) Att kunna ge något till patienten, (5) Det goda samtalet, (6) Bedömning utan att patienten är i rummet, (7) Arbetsmiljöns betydelse

Dessa sju olika subteman kondenserades ner till tre huvudteman:

- (A) Vikten av den kompetenta sjuksköterskan (subtema 1 och 2)
- (B) Grindvakten (subtema 3 och 4)
- (C) Samtalets utmaningar (subtema 5-7).

Nedan beskrivs de olika temana i detalj och citat används för att illustrera temats innebörd.

Vikten av den kompetenta sjuksköterskan

Erfarenhet och kunskap

Resultatet visar att respondenterna ansåg att hög kompetens främst i form av erfarenhet och kunskap är viktiga förutsättningar för att kunna arbeta med telefontriagering. Att ha en bas

inom både det psykiatriska området och kring olika patientgrupper samt tillgång till patientens journal ansåg respondenterna vara viktiga förutsättningar för hur samtalet ska fortlöpa och vilket förhållningssätt man ska ha till den specifika patienten. Som sjuksköterska frågar man sig: hur brukar den här typen av patient fungera? Hur behöver jag bemöta hen? För att besvara dessa frågeställningar använder sig sjuksköterskan av sin kunskap och erfarenhet. Vikten av specifik kunskap i psykiatri och kring psykiatriska diagnoser är något respondenterna ansåg vara mycket viktigt. Att ha en specialistutbildning inom psykiatri ansåg flera av respondenterna vara en förutsättning för att kunna göra bra bedömningar. De respondenter som inte specialiserat sig inom det psykiatriska området såg istället sin långa erfarenhet vara av stor vikt.

”Så det handlar mycket om erfarenhet av många olika typer av problem. Hur behöver jag prata till den här patienten? Har man neuropsykiatri, till exempel autism och asperger, då kanske man måste formulera samtalet på ett väldigt konkret sätt.”

Den breda och långa erfarenheten lyfte respondenterna som en viktig komponent för att kunna göra professionella bedömningar. Med erfarenhet följer kunskap om hur olika situationer, frågor och patienter kan hanteras under ett samtal. Ingen respondent uppgav att hen utgick från någon specifik teori. Däremot hänvisade man ofta sitt arbetssätt och sina strategier till både intuition och någon sorts fingertoppskänsla. Återkommande hos respondenterna är att man ansåg att kunskapen om hur samhället är uppbyggt är av stor vikt. Att dessutom känna till andra verksamheter väl och deras arbetssätt gör att hänvisningar vidare är lättare att utföra.

När andra yrkeskategorier än sjuksköterskor arbetar med telefontriagering ansåg respondenterna att bedömningarna blev mindre bra. Man ansåg det vara av stor vikt att det är just sjuksköterskor som jobbar med telefontriagering, eftersom det behövs den typen av expertis då många frågor är av medicinsk karaktär. Samtidigt försvårar det att endast en liten del av personalgruppen är fullt insatt i telefontriageringen, eftersom övriga i personalgruppen då har svårt att förstå vikten och komplexiteten av triageringssjuksköterskans arbete.

Stöd i triageringsarbetet

Respondenterna ansåg att specifika intervjuguider kunde underlätta arbetet med telefontriagering när man var nyanställd, men att det sedan snarare hindrade samtalets flöde. En av mottagningarna hade nyligen sett över möjligheten av att använda sig av

triageringshandbok, men inte hittat någon som skulle passa inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Respondenterna uttryckte att de stora skillnaderna mellan psykiatri och somatik skulle göra att triageringshandböcker inte skulle fungera lika väl i psykiatrin som i somatiken; sjuksköterskans fingertoppskänsla är svår att applicera genom frågeformulär ansåg man. På mottagningarna hade man dock ett upparbetat material kring vilka vårdgrannar som finns och dessa uppdaterades och användes som stöd vid triagering.

Att ha kollegor att rådfråga upplevdes vara en trygghet. Respondenterna beskrev att de kände att arbetsklimatet på mottagningarna var accepterande; man var tillåtande i att ställa frågor och att diskutera svårigheter. Respondenter beskrev att man ibland använde sig av möjligheten att be patienten att få återkomma efter att ha rådfrågat kollegor, vilket enligt respondenterna upplevdes som positivt både av patienten och personalen.

”Ofta vet man ju svaret, men så frågar man: vad tycker du? Och så får man samma svar och då känner man sig tryggare.”

Respondenterna använde även sina kollegor för att hantera känslor efter jobbiga samtal. Samtliga respondenter upplevde stödet från kollegorna vara av mycket stor vikt.

Grindvakten

Att vara vårdens grindvakt

Att vara sjuksköterska i telefontriagering innebär att vara vårdens grindvakt. Resultatet visar att samtliga respondenter uppgav sig ha vårdens gränssnitt i bakhuvudet under triageringssamtalen. (Med gränssnitt menas här regionala och lokala överenskommelser kring vilken vårdinstans som ansvarar för vilken typ av vård.) Detta ”fokus” på gränssnittet beskrevs vara både för verksamhetens och för patientens skull. Målsättningen var att avlasta bedömningsteamet och att medverka till att rätt patienter kommer till den aktuella mottagningen. Men också för att tillse att patienten hamnar på rätt vårdnivå redan från början för att därigenom undvika onödiga väntetider för patienten.

”Ju fortare de kan få rätt hänvisning, desto fortare kan de få hjälp.”

Telefontriageringen innebär många samtal där patienter hänvisas vidare och inte kan tillmötesgå i sina önskningsområden om vård på den aktuella mottagningen. Det framkom i intervjuerna att respondenterna förhåller sig och tar hänsyn till det synsätt som ledning och övriga medarbetare på mottagningen har. Det är inte alltid detta synsätt överensstämmer med respondentens, men man gör bedömningar såsom man tänker att det förväntas av en. Respondenter upplevde att gränssnittet var en trygghet för att veta hur man skulle bedöma och hänvisa patienten. Gränssnittet var då något man lutade sig mot, vilket gjorde att hänvisningen vidare blev lättare att utföra. Andra respondenter upplevde istället svårigheter i att ständigt behöva förhålla sig till gränssnittet, vilket medförde att de inte kände sig göra ett bra jobb gentemot patienten: de ville erbjuda patienten hjälp på mottagningen, men gränssnittet, eller kollegors uppfattning, förhindrade dem.

Att lyckas förmedla till patienten anledningen till att man inte tar emot denne upplevs ibland som svårt. Att behöva vara ”tuff” i gränsdragningen är en stor utmaning menade några respondenter.

“Som jag tänker så är det vår uppgift att se till att de som är specialistpsykiatri ska få möjlighet att komma hit och de som inte är det ska vi försöka att hänvisa rätt från början”.

Respondenterna hittar olika strategier för hur de ska hantera rollen som grindvakt. En respondent med lång erfarenhet inom telefontriagering menade att det är bättre att tänka att man *hänvisar rätt* snarare än att man *avvisar* någon. Att tänka att patienten har ett egenansvar och egna resurser är en annan strategi som används.

”Jag ser väl sjuksköterskan som människovän liksom. Men mer kanske i dagens läge att man stärker människor att hitta resurserna själva. Florence is dead!”

Att kunna ge något till patienten

Respondenterna upplevde att bristen på resurser inom vården påverkar arbetet negativt för sjuksköterskorna i telefontriageringen. Många samtal berör sådant som skulle kunna hanteras på annat sätt om resurserna funnits. Detta skapar frustration både hos sjuksköterskor, patienter och anhöriga. Samtal till telefontriageringen hade kunnat undvikas, menar respondenterna, om patienten hade haft en etablerad kontakt hos en vårdgivare. Bristen inom vården på

exempelvis samtalsbehandling och läkare gör att patienterna får vänta på vård och därför ringer telefontriageringen både hjälpsökande och i ren frustration.

Känslan av att kunna förmedla något hoppfullt är betydelsefull för respondenterna. Återkommande i samtliga intervjuer är förhållningssättet att avsluta samtalet med känslan av att åtminstone kunnat ”ge något”, även om patienten inte kan få den hjälp på mottagningen som den uttrycker sig vara i behov av. Vad man då ger är framförallt ett gott bemötande, råd eller en hänvisning vidare. Att vara väl insatt i samhällets uppbyggnad och kring de resurser som finns är av stor vikt för att kunna ge de professionella hänvisningar som kan skapa hopp för patienten, menar respondenterna.

”Att man värnat om deras problematik och försökt att åtgärda det på ett eller annat sätt, genom att boka tider, ge ett eller annat råd. Det handlar mycket om att patienten i det läget behöver känna sig lyssnad på.”

Många respondenter lyfte vikten av att vara närvarande under samtalet och ha ett gott bemötande gentemot patienten. Att visa att man ger av sin tid till patienten, och visa på att man verkligen lyssnar och vill förstå.

Samtalets utmaningar

Det goda samtalet

Själva telefonsamtalet och hur det fortskrider beror mycket på hur sjuksköterskan bemöter patienten. Samtliga respondenter lyfte vikten av ett gott bemötande under samtalet för att utöka chansen att skapa allians och därigenom få fram så mycket som krävs för att kunna göra en bra bedömning.

”Jag försöker låta vänlig och trevlig i telefonen när jag svarar så att de känner att de ska våga öppna upp sig.”

”Det är väl bara att visa att jag, att jag tar mig tid att lyssna, så att de inte på något sätt känner sig stressade och inte heller känner att de på något sätt behöver gå i försvar eller känna sig dömda.”

Patienter och anhöriga kan uttrycka frustration och ilska över att inte få den hjälp de anser sig vara i behov av. Att behöva ta emot människors ilska och frustration upplevs som jobbigt, vilket också kan påverka kommande samtal. Respondenterna beskriver olika strategier för att undvika konfliktsituationer och för att underlätta i samtalet. Respondenterna belyser framförallt vikten av att vara lugn och att ha ett professionellt bemötande. Inte bara för att undvika konflikt i det pågående samtalet, utan också för att själv inte påverkas så pass negativt att även kommande samtal blir påverkade.

”Det är då man börjar morgonen med ett par samtal där de som ringer är väldigt arga och skäller och öser jättemycket ilska över en. Och man ska sitta där och vara lugn och fin och trevlig. Så ser man att kön växer och sedan avslutar man samtalet och då kanske man är lite uppstressad och uppjagad. Och sen ska man gå tillbaka till att vara trevlig till den som ringer. Det kan jag ibland tycka är lite svårt.”

Ibland hjälper man till att begränsa patienten eller till och med genom att avsluta samtalet innan patienten i sin ilska och frustration ”gjort bort sig”, berättar respondenter. Ibland hänvisar man till sin chef när man möts av missnöjda patienter och inte kommer vidare i samtalet.

Tillgängligheten i form av att det faktiskt finns någon som tar emot samtalet när man ringer är en faktor respondenterna menar vara av stor vikt för patienten.

”Alltså jag tror att en människa som mår dåligt, bara att det är någon som svarar, bara det tror jag är ett plus för dem, att det faktiskt är någon där för dem. Vi svarar ju alltid.”

Stress däremot är en faktor som påverkar samtalen och bedömningarna negativt, anser respondenterna. Detta är dock inget man får visa för patienten, menar de, eftersom det skulle medföra att bemötandet och därigenom bedömningen skulle påverkas negativt. Att visa att man är stressad gör att patienten troligen reagerar med frustration som kan ta sig uttryck i ilska eller tystnad. De respondenter som jobbade i telefontriagering där man kunde se telefonkön växa uttryckte i högre grad känslan av stress än de utan denna tekniska funktion.

”Man kan ju känna sig lite stressad av att se att det är sju samtal som väntar. Men man får inte på något sätt under samtalet visa att man är stressad.”

Bedömning utan att patienten är i rummet

Att inte *se* patienten när denne ska bedömas är en stor utmaning uppger de flesta respondenterna. Att ha en patient framför sig gör den kliniska bilden mer fulltäckande. Att bara ha rösten att utgå från medför att det krävs större kompetens och krav på sjuksköterskan i telefontriageringen. Att inte kunna se patienten när denne ska bedömas medför att man som sjuksköterska behöver vara lyhörd och inkännande.

”Man får väl vara mer uppmärksam på tonfall, tonläge, det som sägs mellan raderna.”

Allra svårast tycker respondenterna det är att inte se patienten, och/eller att inte ha kännedom om patienten, när det kommer till suicidriskbedömningar över telefon. Ofta tar man kolleger till hjälp, eller ber patienten komma till mottagningen för bedömning. Respondenterna känner ett stort ansvar i dessa situationer och upplever också att det är under dessa samtal som en lugn arbetsmiljö är av yttersta vikt.

Att arbeta i telefontriagering med hjälp av bildöverföring är inget respondenterna har provat. De flesta respondenter kände att det skulle kunna bli problematiskt, trots att det i sig skulle kunna medföra en hjälp för dem i själva bedömningen genom att de då skulle kunna läsa av patientens kroppsspråk, menade de. Respondenterna tror dock att bildöverföring främst skulle kunna bli ett hinder för patienten att ta kontakt. Detta eftersom det ställer fler krav på patienten samt medför att patienten troligen skulle behöva tänja på gränserna kring sin integritet, vilket i sin tur skulle kunna resultera i att patienten faktiskt avstår från att ringa.

”Du kanske skulle behöva städa upp runt dig. Kanske behöva göra vid dig. Du kanske inte har duschat på tre veckor. Legat i din säng djupt deprimerad. Skulle kanske inte ringa då.”

Arbetsmiljöns betydelse

Återkommande från respondenterna är upplevelsen av att göra ett viktigt jobb, men samtidigt svårigheten i att inte respekteras i detta arbete av övriga medarbetare. Telefontriageringen avbryts hela tiden, enligt respondenterna. Nya arbetsuppgifter dyker upp och samtidigt ska de viktiga bedömningarna i telefonen göras, vilket kräver fokus och lugn och ro. Att inte kunna arbeta fokuserat och enkom med telefontriageringen är något som lyfts som frustrerande. Respondenterna beskriver en arbetssituation där man återkommande har många personer i

telefonkö, samtidigt som man har andra arbetsuppgifter man ska utföra. Detta skapar en stressande arbetsmiljö.

”Bara för att man sitter i triagen så betyder inte det att man är ledig och kan springa och göra allting. Det är ju ingen som avbryter någon som sitter i samtal. Men står man i telefon så kan någon lätt gå in och bara ställa sig och vänta. Alltså det värderas inte lika högt.”

Att ha patienten i telefonen, och inte fysiskt i rummet, är något som medför att samtalet inte värderas lika högt. Respondenterna menar dock att det inte borde vara så. Varje samtal är lika viktigt och bör tas samma hänsyn till och behandlas professionellt.

”Det var mycket spring inne hos oss på triagen, det är ju inte ok. Vi har ju också patienter, men vi har ju inte dem fysiskt i rummet.”

Respondenter menar att de själva är en del i denna kultur, genom att de exempelvis inte alltid stänger dörren om sig eller sätter ”upptaget” på dörren, vilket de med en självklarhet skulle göra om patienten istället var fysiskt närvarande. Det händer också att respondenter själva bokar in patientbesök eller dosettodelningar under telefontriageringstiden eftersom de känner att de annars har svårt att hinna med dagens arbete.

Respondenterna upplevde att det fanns stöd från verksamhetsledningen och att de fått gehör för sina önskemål kring förbättringar i telefontriageringne, exempelvis genom förbättrad teknisk utrustning. De upplevde att ledningen la stor tyngdvikt vid att ha en välfungerande telefontriagering på mottagningen.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ studie baseras på berättelser och observationer av utvalda respondenter. Samspelet och förståelsen mellan respondenten och intervjuaren är av stor vikt för hur resultatet av intervjun kommer att se ut (Graneheim och Lundman, 2004). Förförståelsen hos de som utför intervjuerna har stor betydelse, dels för hur frågorna ställs, men också för hur

resultatet tolkas och analyseras. Intervjuarna i denna uppsats har en förförståelse av att jobba på öppenvårdsmottagning inom psykiatrin, men har dock ingen erfarenhet av just telefontriagering. En av intervjuarna har vid en tidpunkt praktiserat på en av mottagningarna där några av intervjuerna genomfördes och hade därför viss kännedom om några av respondenterna. Alla tio intervjuer genomfördes av båda författarna för att på så vis gemensamt kunna dela de observationer som gjordes under intervjuerna. Detta sätt valdes också för att författarna skulle kunna samtala kontinuerligt mellan intervjuerna och sedan under bearbetningen av materialet för att förhindra att förförståelsen skulle påverka frågorna som ställdes negativt samt hur resultatet tolkades.

Respondenterna påmindes vid intervjutillfället kring att de när som helst under intervjun kunde avbryta samt att de även i efterhand kunde höra av sig och be om att bli bortplockad från studien.

Studiens krav på konfidentialitet gjorde att författarna fick sälla bort flera citat för att förhindra att dessa kunde spåras till enskild respondent. Författarna har ibland fått sammanfatta information som framkommit eftersom citat kunnat medföra att respondentens identitet skulle kunna röjas.

Trovärdigheten i härvarande studie kan bedömas som hög utifrån att författarna deltagit aktivt i alla intervjuerna samt arbetat gemensamt och i dialog genom hela analysprocessen. Dessutom har fördjupande frågor använts under intervjuerna med avsikt att kunna besvara studiens syfte, när respondentens spontana berättelse inte till fullo belyste detta. Författarna har säkerställt att man uppfattat det respondenten berättat korrekt genom att sammanfatta utsagorna och fråga respondenten om författarna uppfattat denne rätt. Författarna utförde ingen pilotstudie innan intervjuerna startade. I efterhand upplevdes det av författarna att det kunde ha varit till viss fördel att ha utfört ett par pilotintervjuer. Framför allt för att känna av vilka frågor som bör ställas för att få optimala förutsättningar att besvara studiens syfte. Men också för att få enhetliga frågor med så god kvalitet som möjligt (Polit & Beck, 2012). Överförbarheten anses vara god till sjuksköterskor som arbetar telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård då både metod och kontext tydligt beskrivits. Urvalet av respondenter har skett med bekvämlighetsurval och ändå medfört att respondenterna haft olika utbildnings- och erfarenhetsbakgrund, vilket skapat en bredd i urvalet. Dock kan antalet intervjuer ses som en begränsande faktor i studiens överförbarhet och ytterligare studier behövs för att belysa och eventuellt bekräfta härvarande studies resultat.

Resultatdiskussion

Studien visar ett antal områden som är viktiga inom telefontriagering för sjuksköterskor inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. De viktigaste fynden handlar om sjuksköterskans kompetens i form av utbildning, men i ännu högre grad sjuksköterskans erfarenhet. Likaså att man har ett stödjande arbetsklimat på arbetsplatsen. Att upprätthålla goda vårdprinciper och vårdetik trots uppgiften att vara en filterfunktion för psykiatrisk specialistvård tycks vara av yttersta vikt för de som arbetar med telefontriagering. Detta ställer krav på att man kan härbärgera frustration, missnöje och aggressivitet från hjälpsökande, men även att kunna vägleda dem till rätt instans för att de skall få hjälp med sina besvär. Man arbetade mycket med att försöka erbjuda samtal som; skall uppfattas som tillåtande; hållas i en positiv anda och som den hjälpsökande kan känna sig lyssnad på och bli tagen på allvar i. Även i fall där man inte kunnat erbjuda så mycket vill man förmedla något positivt och hoppfullt. Att hantera detta är en utmaning som försvåras av stort söktryck och långa telefonköer. Ofta kan även störande moment i arbetsmiljön i form av krav från kolleger, andra samtidigt arbetsuppgifter samt fysiskt störande moment i form av spring och oljud i arbetslokalerna innebära svårigheter. Forskningsläget inom telefontriagering är begränsat och har främst handlat om själva triageringen och dess beslutsstöd. Det finns inte någon direkt forskning kring effekterna av att upprätta grindvakter och vilka konsekvenser detta har för patienterna och de som agerar grindvakter. Det är uppenbart att detta är en central funktion i telefontriagering och att det utgör en utmaning för sjuksköterskor som har denna komplexa uppgift, vilket också framgår av denna studie. Att användas som grindvakt kan, som studien visar, medföra en konflikt i sjuksköterskans samtidigt vilja att göra rätt för varje enskild patient. Dock visar studien dessutom att ett tydligt gränssnitt kan bidra till en upplevelse av trygghet för sjuksköterskan i beslutsfattandet. Några tydliga slutsatser kring varför upplevelsen av att vara grindvakt kan skilja sig så åt bland sjuksköterskorna i telefontriageringen, går inte att dra, det tycks dock som att sjuksköterskan har lättare att hänvisa vidare då hen känner sig trygg i sin bedömning. Tryggheten tycks grundad i egen kompetens kombinerat med god kännedom kring vad andra vårdgivare kan erbjuda patienten. Att känna till vårdgrannar medför att det är lättare att hänvisa vidare. Att på så vis kunna inge hopp till patienten medför en högre grad av tillfredsställelse för sjuksköterskan i sitt arbete med telefontriagering, vilket denna studie visar. Även Doncliffe (2015) poängterar att sjuksköterskans förkunskaper, kompetens och kunnande kring vårdapparatusens uppbyggnad och regelverk samt kunskap kring hur området där patienten bor ser ut, spelar stor roll för vilka bedömningar hen gör. Även Sands et al

(2012) påvisar vikten av att sjuksköterskan har god kunskap kring hur samhället är uppbyggt och vilka resurser som finns.

Telefontriagering innebär mycket ensamarbete där sjuksköterskan ska kunna fatta svåra beslut med en begränsad mängd information, och ofta under stressande former, vilket intervjuerna som ligger till grund för denna studie visar. Respondenterna lyfte vikten av det kollegiala stödet, att kunna rådfråga någon upplevdes vara en stor trygghet. Barnett et al (2009) konstaterar att det finns en problematik i att vara ensam i sin bedömning och inte ha kollegor eller ett högspecialiserat team bakom sig att rådfråga. Detta är något som tenderar medföra att sjuksköterskan känner sig mer osäker i sin bedömning och i sin roll som triagesjuksköterska överhuvudtaget (a.a.). Vidare tycks sjuksköterskans uppfattning kring vad kollegor tycker och tänker också kunna påverka vilka bedömningar sjuksköterskan gör. Sjuksköterskan går, visar denna studie, ibland emot sin egen initiala bedömning, eftersom hon vet med sig att kollegor troligen skulle fatta ett annat beslut. Denna kollegiala påverkan har stöd i forskningen bland annat i en studie gjord av Clarke et al (2015) som påvisar att sjuksköterskan tenderar att modifiera sin bedömning för att inte få kritik från sina kollegor.

Respondenterna i denna studie talar om triageringsinstrument och formulär som trubbiga och hindrande, vilket gör att man inte använder dem i någon större omfattning. Kevin (2002) lyfter användandet av frågeformulär som ett stöd för sjuksköterskan att ställa relevanta frågor och göra korrekta bedömningar. Avsaknaden av sådana formulär medför dock inte att bedömningarna egentligen blir annorlunda och frågeformulären har också visat sig vara något som sjuksköterskorna upplevt som störande och hindrande i samtalet (a.a.). Det tycks dock, utifrån härvarande studies resultat, som att man som mindre erfaren sjuksköterska har ett större behov av olika intervjuguider än den mer erfarna sjuksköterskan. Troligtvis har den mer erfarna sjuksköterskan ett större behov av att guidas rätt för att känna att hen inte missar viktiga aspekter för bedömningen, vilket den mer erfarna sjuksköterskans använder sin kompetens och det hen beskriver som fingertoppskänsla för att göra. Payne et al (2013) poängterar att med erfarenhet och kunskap som bas får sjuksköterskan större möjligheter att känna sig trygg och göra korrekta bedömningar.

Tidigare studier i Sverige kring telefontriagering har påvisat hur sjuksköterskans kommunikativa förmåga och förmåga till vänligt bemötande spelar en avgörande roll i upplevelsen hos patienten vid telefontriagering (Rahmqvist et al, 2011). Härvarande studie

visar på respondenternas erfarenhet av just bemötandets betydelse för att göra en bra bedömning och för att skapa förutsättningar för att patienten ska bli nöjd. Möjligtvis kan det vara så att man bör lägga ökat fokus genom fortbildning för att ytterligare förbättra kommunikationsfärdigheter samt för att stärka sjuksköterskan i denna roll. Detta styrks inom forskningsfältet, men även inom den kliniska praktiken, där man diskuterar möjligheten att utforma och använda sig av just teoretiska modeller för att utbilda, informera och guida sjuksköterskor i triagering, samt för att skapa en enhetlighet i bedömningarna (Sands, 2007).

Att inte kunna se patienten som ringde telefontriageringen togs upp som en försvårande omständighet för att göra en bedömning, samtidigt trodde man att patienterna skulle uppleva det som jobbigt och därigenom skulle välja att inte ringa om det skulle innebära att de blev synliga för sjuksköterskan. Dock visar en studie av Tschirch et al (2006) på ett gott resultat gällande bildöverföring med nöjda och psykiatriskt förbättrade patienter. Författarna anser att framtidens patienter troligtvis kommer att vara vana vid bildöverföring samt att detta är en förfining av telefontriagering som troligen kommer ta mark. Bildöverföring skulle kunna innebära större möjligheter för sjuksköterskan att göra en bra bedömning genom att hen får en tydligare klinisk bild av patienten, vilket ju respondenterna i denna studie efterfrågar när det kommer till suicidriskbedömningar i telefontriageringen.

Respondenternas möte med frustration och missnöje från patienter samt hur de hanterar detta ter sig påverka dem i stunden men även i kommande samtal. Respondenterna beskrev strategier så som att vara lugnande och inlyssnande, men också att vara gränssättande samt att hänvisa till sin chef när så behövdes. Sands et al (2012) visar i sin studie på liknande strategier, det vill säga att sjuksköterskan försökte reducera intensiteten i samtalet, hjälpa patienten att begränsa sig samt i vissa fall hänvisa till rutiner för klagomålsförfarande. Författarna drar slutsatsen, med stöd från bland annat Clarke et al (2015), att det med största sannolikhet spelar in vilken erfarenhet och kunskap sjuksköterskan har kring psykiatriska diagnoser när hen bemöter dessa extra krävande patienter. Denna kompetens ligger till grund för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i hanterandet av dessa samtal.

Telefontriagering är en arbetsmetod som är komplex och utmanande. Respondenterna i denna studie lyfter vikten av att det är just kompetenta sjuksköterskor som innehar rollen. Sands et al (2012) belyser i sin studie också detta och resonerar kring behovet av farmakologisk kunskap för att kunna ge rätt råd till den som ringer. Detta torde vara av högsta relevans då många av

samtalen berör medicinsk behandling. Kanske är det, enligt författarnas bedömning, också behjälpligt om alla sjuksköterskor på en mottagning är delaktiga i arbetet med telefontriagering, eller åtminstone får större insikt i arbetsmetodens komplexitet, för att på så vis öka förståelsen kring arbetssättet och gentemot sina kollegor. Detta torde kunna bidra till en lugnare arbetsmiljö för sjuksköterskorna i telefontriageringen, är författarnas tolkning.

Konklusion och implikationer

Det knappa forskningsläget om telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård står i förvånande kontrast till hur frekvent arbetsmetoden faktiskt används. Sjuksköterskor kommer med största sannolikhet spela en avgörande roll inom telefontriagering även i framtiden. Att skapa triageringsmodeller baserade på forskning torde medföra att statusen för arbetet förbättras och därigenom skulle möjligheter skapas för en förbättrad arbetssituation för sjuksköterskorna i telefontriageringen. Det är av stor vikt att man i dylika triageringsmodeller verkligen tar hänsyn till det som kan uppfattas vara ett etiskt dilemma: att som sjuksköterska samtidigt både avvisa och omhänderta patienten. Författarna anser att vidare forskningsbehov finns kring telefontriagering inom allmänpsykiatriska mottagningar ur ett sjuksköterskeperspektiv, men även att man bör få in patientens perspektiv och erfarenheter för att kunna jämföra sjuksköterskans och patientens erfarenheter.

Referenser

- Barnett, T., Henderson, S., Henry, D., Gumpold, A., Foote, P. & Gallop, S. (2009). Nurse-led telephone triage in an Australian rural mental health service. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 389-393.
- Clarke, D., Boyce-Gaudreau, K., Sanderson, A & Baker, J. (2015). ED triage decision-making with mental health presentations: A "Think Aloud" study. *Journal of emergency nursing*.
- Doncliff, B. (2015). Mental health Triage – what skills are needed? *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, vol 21, no 8..
- Edwards, B. (1998). Seeing is believing – picture building: a key component of telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*. 7. 51-57.
- Erdman, C. (2001). The Medicolegal Dangers of Telephone Triage in Mental Health Care. *Journal of Legal Medicine* 22, 553-579.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Kevin, J. (2002). An examination of telephone triage in a mental health context. *Issues in Mental Health Nursing*, 23: 757-769.
- Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur
- Lees, J. & Scarrott, D. & Hemingway, S. (2002). NHS Direct: Improving the service available to callers with mental health problems. *Mental Health Practice*, Vol 5, No 5.
- Payne, F., Harvey, K., Jessopp, L., Plummer, S., Tylee, A. & Gournay, K. (2002). Knowledge, confidence and attitudes towards mental health of nurses working in NHS Direct and the effects of training. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 549-559.
- Payne, F., Harvey, K., Jessopp, L., Plummer, S., Tylee, A. & Thornicroft, G. (2003). Is NHS Direct meeting the needs of mental health callers? *Journal of Mental Health*, 12, 1, 19-27.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rahmqvist, M., Ernesäter, A. & Holmström, I. (2011). Triage and patient satisfaction among callers in Swedish computer-supported telephone advice nursing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17, 397-402.

Sands, N. (2004). Mental health triage nursing; an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 150-155.

Sands, N. (2007). Mental health triage: towards a model for nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 243-249.

Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, A., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., Prematunga, R., Wereta, Z. (2012). Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of clinical nursing*, 22, 3203-3116.

Sands, N. (2013). Mental health telephone triage: managing psychiatric crisis and emergency. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 65-72.

Tschirch, P., Walker, G. & Calvacca, L. (2006). Nursing in Tele-Mental Health. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol 44, No 5.

Intervjuguide

Vill du berätta för mig om dina erfarenheter av telefontriagering i vuxenpsykiatrisk öppenvård?

Följdfrågor:

- Vill du beskriva hur ett samtal går till?
- Berätta om dina erfarenheter av vad man ska och inte ska göra under samtalet.
- Vilka förutsättningar tycker du behövs för att göra en bra bedömning?

Bilaga 2 (3)

Exempel ur matris

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningsbärande enheter	Sub-tema	Tema	
Jag tänker mig nog att man behöver lite bred erfarenhet eftersom det är så olika samtal. Jag tänker att man behöver specialistutbildning efter som det här rör sig om specialistpsykiatri	Behov av bred erfarenhet och specialistutbildning.	Erfarenhet och kunskap	Vikten av den kompetenta sjuksköterskan	
De kan tycka ibland att det är lite svårt att prata med en människa som de inte ser, det är svårt att öppna upp sig.	Personer som ringer mottagningen har ibland svårt att tala öppet om sin problematik för triagesjuksköterskan eftersom de inte kan se henne/honom.	Bedömning utan patienten i rummet	Samtalets utmaningar	
Men jag tycker nog vi jobbar ganska lika. Vi sjuksköterskor är ganska lika. Med omvårdnad och att vi hela tiden är måna om patienterna, försöker få till det bästa hela tiden.	Enhetlighet i arbetsmetoder. Triagesjuksköterskorna är måna om patienterna, försöker få till det bästa för dem.	Att vara vårdens grindvakt. Att ge något till patienten.	Grindvakten	



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 3 (3)

INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Sjuksköterskors erfarenhet av telefontriage i vuxenpsykiatrisk öppenvård

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Studien ingår som ett examensarbete inom Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatri.

I studier där telefontriage utforskats så har det främst handlat om triage med utgångspunkt från allmänna hjälplinjer, såsom Sveriges ”1177 Vårdguiden” och dess motsvarigheter utomlands. Begränsad forskning har gjorts kring området telefontriage inom psykiatri, och ännu mindre inom öppenvårdspsykiatri. Telefontriagering används allt mer inom öppenvårdspsykiatri, där sjuksköterskan förväntas agera som någon form av både expertis, medmänniska, receptionist och vårdens grindvakt. Begränsad forskning finns inom området med fokus på sjuksköterskans erfarenheter av detta. Vi ser därför sjuksköterskans telefontriagering inom öppenvårdspsykiatri som en central fråga att utforska för att belysa sjuksköterskans erfarenheter och för att utöka förståelsen för desamma.

Vi skulle vilja göra en intervju med dig. Fokus kommer att ligga på dina erfarenheter av telefontriage på den enhet där du arbetar. Intervjun beräknas ta cirka 45-60 minuter och genomförs av Linda Elgaard och Tide Garnow. Vi intervjuar dig gärna på din arbetsplats alternativt att du själv föreslår plats. Med din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om du vill delta ber vi dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert senast 2016-08-15.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Linda Elgaard
Studera på
Specialistsjuksköterske-
programmet med inriktning
psykiatri

e-post:
linda.elgaard.331@student.lu.se

Tide Garnow
Studera på
Specialistsjuksköterske-
programmet med inriktning
psykiatri

e-post:
tide.garnow.809@student.lu.se

Handledare
Bengt Svensson
e-post: *bengt.svensson@med.lu.se*
Tele: 046-222 18 49