



HÖGSKOLAN  
I HALMSTAD

# MAGISTERUPPSATS

Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad, 60hp



Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd  
vid telefonrådgivning

Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson

Examensarbete inom omvårdnad - inriktning mot ögonsjukvård, 15hp

Halmstad 2014-06-08



# **Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning**

**Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson**

Specialisering inom ögonsjukvård – oftalmologisk omvårdnad 60 hp  
Examensarbete inom omvårdnad – inriktning ögonsjukvård 15 hp  
Vt 2014

Sektionen för hälsa och samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **Ophthalmic nurses' experiences of decision making system in telephone nursing**

**Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson**

Graduate Diploma in Nursing Specialization - Ophthalmic Care, 60 credits  
Nursing Thesis, 15 credits  
Spring 2014

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S- 301 18 Halmstad

<b>Titel</b>	Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning
<b>Författare</b>	Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle
<b>Handledare</b>	Marie Lydell, Universitetslektor, Med Dr.
<b>Examinator</b>	Jeanette Källstrand-Eriksson, Universitetslektor, Med Dr.
<b>Tid</b>	Vt 2014
<b>Sidantal</b>	24
<b>Nyckelord</b>	Beslutsstöd, omvårdnad, telefonrådgivning, upplevelser och ögonsjuksköterska
<b>Sammanfattning</b>	<p>Telefonrådgivning är en av arbetsuppgifterna för ögonsjuksköterskor, men studier om telefonrådgivning inom ögonsjukvård är begränsat. <b>Syftet</b> var att beskriva ögonsjuksköterskors upplevelser av användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning. <b>Metoden</b> var kvalitativ beskrivande. Sex ögonsjuksköterskor vid tre olika ögonkliniker intervjuades. Data analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. <b>Resultatet</b> gav huvudkategorierna kunskapskälla vid behov, stöd i yrkesrollen, brister i beslutsstödet och god vårdkvalitet ur ett patientperspektiv. Ögonsjuksköterskorna var positiva till användandet av beslutsstöd vid oerfarenhet av arbetsuppgiften samt vid sällan förekommande och komplexa situationer. Användandet av beslutsstöd upplevdes underlätta prioritering och samordning av vårdinsatser vilket upplevdes leda till god vårdkvalitet ur ett patientperspektiv och en känsla av trygghet. Beslutsstödet underlättade kommunikationen med andra vårdenheter och vårdsökande. Det upplevdes inte täcka alla situationer utan uttrycktes behövdes utvecklas och uppdateras kontinuerligt. Aktivt lyssnande och tänkande i kombination av erfarenhet och kunskap ansågs vara viktiga komponenter vid telefonrådgivning. Vidareutveckling och förbättring av de beslutsstöd som används idag är av betydelse.</p>

<b>Title</b>	Ophthalmic nurses' experiences of decision making system in telephone nursing
<b>Authors</b>	Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson
<b>Department</b>	School of Social and Health Sciences
<b>Supervisor</b>	Marie Lydell, Senior lecturer, Med Dr.
<b>Examiner</b>	Jeanette Källstrand-Eriksson, Senior lecturer, Med Dr.
<b>Period</b>	Spring 2014
<b>Pages</b>	24
<b>Key words</b>	Decision making system, experiences, nursing, ophthalmic nurses and telephone counseling
<b>Abstract</b>	<p>Telephone counseling is one of the tasks in ophthalmic nursing and research within this area was found inadequate. <b>The aim</b> was to describe the ophthalmic nurses' experiences of using a decision making system in when counseling. <b>The method</b> was a descriptive qualitative design. Six ophthalmic nurses at three different eye clinics were interviewed. The data were analyzed according to qualitative content analysis. <b>The result</b> was four categories: a source of knowledge source if needed, supportive to the professional role, deficiencies in decision system and good quality of care from a patient perspective. Ophthalmic nurses were positive using a decision making system if inexperienced and in infrequent and complex situations. The use of decision making system facilitated the prioritization and coordination of the care taken, high quality of care from a patient perspective and a sense of security. Decision making system facilitated communication with other health care providers and patients. The system though was not useful in every situation and there was a need of a continuous development and update. Active listening and thinking in the combination of experience and knowledge were considered to be important components in the telephone counseling. Further development of the system in use today is needed.</p>

## **Innehåll**

<b>Inledning.....</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
<b>Telefonrådgivningens utveckling .....</b>	<b>1</b>
<b>Rollen som telefonsjuksköterska .....</b>	<b>2</b>
<b>Telefonrådgivning och osynlig kommunikation.....</b>	<b>2</b>
<b>Telefonrådgivning och beslutsstöd .....</b>	<b>3</b>
<b>Teoretisk referensram .....</b>	<b>4</b>
<b>Problemformulering .....</b>	<b>5</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>5</b>
<b>Metod.....</b>	<b>5</b>
<b>Design .....</b>	<b>5</b>
<b>Urval .....</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling.....</b>	<b>6</b>
<b>Databearbetning.....</b>	<b>7</b>
<b>Forskningsetiska överväganden .....</b>	<b>8</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>10</b>
<b>Kunskapskälla vid behov .....</b>	<b>10</b>
<b>Erfarenhet styr behovet av beslutsstöd .....</b>	<b>10</b>
<b>Komplement till egen kunskap .....</b>	<b>10</b>
<b>Stöd i yrkesrollen.....</b>	<b>11</b>
<b>Trygghet vid bedömningar .....</b>	<b>11</b>
<b>Hjälp vid prioritering och hänvisning av patienter .....</b>	<b>12</b>
<b>Brister i beslutsstödet .....</b>	<b>12</b>
<b>Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv .....</b>	<b>13</b>
<b>Diskussion.....</b>	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>14</b>
<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>16</b>
<b>Kunskapskälla vid behov.....</b>	<b>16</b>
<b>Stöd i yrkesrollen.....</b>	<b>17</b>
<b>Brister i beslutsstödet.....</b>	<b>19</b>
<b>Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv.....</b>	<b>19</b>

**Konklusion och implikation..... 20**

**Referenser..... 22**

## **Bilagor**

**Bilaga 1. Intervjuguide**

**Bilaga 2. Intyg från ansvarig chef på kliniken**

**Bilaga 3. Information om studien**

**Bilaga 4. Samtycke till deltagande**

## **Inledning**

I Sverige, 2013, finns jourtelefonnummer som erbjuder stöd och råd vid olika krissituationer som människor kan hamna i. Förutom jourtelefonlinjer har även olika landsting och kommuner telefonrådgivning inom olika specialiområden för att vårdsökande skall kunna få information och vägledning av sjukvårdspersonal (Holmström & Höglund, 2007; Wahlberg, 2004; Ledin et al., 2011). Vårdguiden med telefonnummer 1177 utgör en länk till organiserade jourverksamheter inom Hälso- och sjukvården (1177 Vårdguiden, 2011).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) skall vårdsökande personer ges möjlighet till lämpliga upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom och skada. Möjligheten att kunna kontakta sjuksköterska via telefon ökar tillgängligheten för befolkningen till att få upplysningar och information om egenvård eller beslut om specialiserad omvårdnad (SOSFS, 2009:6). Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvården innebär samma rättigheter för patienten som för övrig vård inom landsting och regioner, där omtanke och respekt att arbeta för en god och säker vård är centrala begrepp (SFS, 1998:531, kap. 2, 1§ & 6§). Enligt telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård (TRIHS) skall telefonsjuksköterskan göra en bedömning, ge råd och dokumentera sex till åtta vårdsökande per timme (Wahlberg, 2007; SFS, 1985:562, 1 §, 2§ & 9§).

Möjligheten till rådgivning via telefon innebär för många den första kontakten med sjukvården. Att hänvisa den vårdsökande till rätt vårdinstans via denna kanal med hjälp av beslutsstöd bidrar till ekonomisk vinst både för kommun, landsting och för den vårdsökande, vilket betonar vikten av ett välfungerande beslutsstöd (Marklund et al., 2007).

## **Bakgrund**

### **Telefonrådgivningens utveckling**

I den här studien används begreppet telefonsjuksköterska som benämning för en sjuksköterska som ger råd per telefon. Den som är i behov av sjukvårdande resurser, benämns vårdsökande. Den som ringer kan vara vårdsökande eller anhörig till vårdsökande.

Kravet på hälso- och sjukvården ökar i takt med att befolkningen åldras (Holmström & Höglund, 2007). Åtstramade resurser inom sjukvården gör att prioritering av sjukvårdsinsatser har blivit allt viktigare. Till följd av detta har telefonrådgivning utvecklats för att fylla det ökade behovet av vårdbedömning och samordnande av vårdresurser. Telefonrådgivning är en expanderande del av hälso- och sjukvården, inte bara i Sverige utan i hela världen (Holmström & Höglund, 2007; Snooks et al., 2007). Behovet av att öka tillgängligheten av hälso- och sjukvård via telefonrådgivning visar sig genom att antalet inkommande samtal per rådgivningscenter ökar. Vårdsökande som utnyttjar denna tjänst är i majoritet nöjda med den vårdbedömning de får av telefonsjuksköterskan (Wahlberg, 2004).

De senaste årtionden har sjukvårdssystemet i Sverige genomgått stora strukturella förändringar och finansiella neddragningar som resulterat i minskad personal, ökad



stress och arbetsbelastning (Holmström & Höglund, 2007). Samtidigt har flera telefonrådgivningscentraler öppnats och trenden är att antalet samtal per växel ökat.

Telefonrådgivning är en del av ögonsjukvårdens verksamhet (Albrecht, Libert, Källstrand-Ericson, Martin & Östlinder, 2009). Liksom annan vård strävar ögonsjukvården efter ständig utveckling utifrån vetenskap, erfarenhet och evidens. För att skapa en god kommunikation och utarbeta ett beslutsstöd krävs en utvärdering av eventuella brister och behov i arbetet som telefonsjuksköterska (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). I arbetet som ögonsjuksköterska ingår att utveckla och analysera kvalitet i omvårdnadsarbetet som bedrivs bland annat per telefon (Albrecht et al., 2009).

## **Rollen som telefonsjuksköterska**

Tack vare teknikens utveckling och framfart uppstår nya roller för sjuksköterskan, där en av dessa är telefonsjuksköterska (Farquharson et al., 2012). Sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning har i många fall en specialistutbildning såsom exempelvis distriktssjuksköterska, dock inte alltid (Snooks et al., 2007).

Telefonrådgivning skiljer sig från traditionell hälso- och sjukvård och visar sig kräva andra färdigheter än den omvårdnad som bedrivs i direkta möten. Det är särskilt viktigt att äga färdigheter i kommunikationsteknik, detta för att erhålla nödvändig information som sedan ligger till grund för de beslut som tas (Holmström & Höglund, 2007). Vidare behövs färdigheter i att bedöma vårdbehov och vårdnivå, förmåga att ge råd, stöd och information samt fördelning av resurser. Lyhördhet och förmåga att lugna är andra egenskaper av vikt (Ledin et al., 2011). En telefonsjuksköterska bör behärska färdigheten till aktivt lyssnande och konflikthantering (Wahlberg, Cederslund & Wredling, 2003). Svårigheter vid telefonrådgivning kan präglas av osäkerhet, kommunikationssvårigheter och otillräckliga resurser (Holmström & Höglund, 2007) samtidigt som telefonsjuksköterskor upplever det stressande att inte visuellt kunna observera den vårdsökande (Ledin et al., 2011).

Telefonsjuksköterskor upplever en utsatthet och rollen som frontperson i telefonrådgivning innebär ett stort ansvar (Ledin et al., 2011). Det beskrivs som utmanande att alltid vara tvungen att ta beslut. Vidare menar de att det ligger en konflikt i att vara vårdgivare och samtidigt fungera som grindvakter, på grund av begränsade resurser, exempelvis då verksamheten inte tillåter läkarbesök i den omfattning som telefonsjuksköterskan anser vara nödvändigt (Holmström & Dall'Alba, 2002).

Studien beskriver upplevelser av att bibehålla och uppnå färdigheter, självständighet, ny arbetsmiljö, holistisk bedömning samt stress och press. Telefonsjuksköterskors bedömningsprocess har visat sig vara beroende av förmågan att skapa sig en bild av patienten och den aktuella situationen. Att skapa sig en bild av patienten ansågs vara nyckeln till bedömningar över telefon. Beslut grundade på triagering påverkas av telefonsjuksköterskans roll att vara vårdgivare med en samtidig grindvaktsfunktion (Pure-Stephensson & Trasher, 2010).

## **Telefonrådgivning och osynlig kommunikation**

Kommunikationsfärdigheter som underlättar telefonsjuksköterskans arbete är flexibilitet, lyhördhet och tålmod (Holmström & Dall'Alba, 2002). Under ett pågående samtal behöver telefonsjuksköterskan vara fokuserad och lyhörd. Ett beslutsstöd utformat för telefonrådgivning är en hjälp vid kommunikation mellan

telefonsjuksköterska och vårdsökande (ibid.). Med hjälp av en god kommunikation och ett välfungerande beslutsstöd skall sjuksköterskan kunna ge den vårdsökande säker vård (Holmström, Rosenqvist & Röing 2013). Vid rådgivning via telefon, är det endast det talade ordet som ligger till grund för en korrekt bedömning, vilket kräver lyhördhet, erfarenhet och ett beprövat beslutsstöd (Wahlberg, Cederslund & Wredling, 2003; Marklund et al., 2007; Ledin et al., 2011).

Det råder särskilda omständigheter för kommunikation vid telefonsamtal då ögonkontakt saknas (Holmström & Höglund, 2007). Den begränsade kommunikationen är utmanande för telefonsjuksköterskor då de skall fatta beslut endast utifrån det talade ordet och patientens röst (Holmström & Höglund, 2007; Ledin et al., 2011). Både att förstå och göra sig förstådd där det förekommer brister i den språkliga kommunikationen, upplevs problematiskt både ur ett tidsperspektiv och ur ett patientsäkerhetsperspektiv (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). Telefonsjuksköterskan kan uppleva en oro över att brista i sin bedömning då grundutbildningen till sjuksköterska lägger vikten vid att träna upp den kliniska blicken för bedömning av en patients eller vårdsökandes hälsa (Ledin, Olsen & Josefsson, 2011).

Möjligheten att ge ett stort antal vårdsökande råd begränsas av tidsbrist (Holmström & Dall'Alba, 2002). För telefonsjuksköterskan innebär det att behöva ta komplexa beslut utifrån korta samtal. Telefonsjuksköterskan måste även inom den givna tidsramen försäkra sig om att den vårdsökande förstår på vilka grunder vårdbedömningen görs. Det handlar om att kunna ta in så mycket information som möjligt i den verbala kommunikationen med patienten för att få en helhetsbild av det aktuella vårdbehovet (ibid.).

Trots beslutsstödet hjälp i kommunikationen med vårdsökande uppstår etiska dilemman i arbetet som telefonrådgivare, såsom när anhöriga ringer för den vårdsökandes vägnar, vilket kan försvåra en korrekt bedömning och prioritering av vårdsituationen (Holmström & Höglund, 2007). Telefonsjuksköterskan bedömer den vårdsökandes situation och vårdbehov utifrån sin egen förmåga att skapa sig en tänkt bild av dennes sjukdomshistoria samt genom utarbetade bedömningsformulär. Telefonsjuksköterskan kan i vissa fall riskera att missa en korrekt bedömning då kroppsspråk är en viktig faktor som kompletterar det talade ordet (Edwards, 1998).

## **Telefonrådgivning och beslutsstöd**

I ögonsjuksköterskans arbete förekommer telefonrådgivning i syfte att identifiera vårdbehov och resurser till egenvård (Ledin et al., 2011). Telefonsjuksköterskor kan uppleva svårigheter att ge råd via telefon och ta beslut om vilka frågor som skall ställas för att få rätt information och utifrån det kunna ge individuella råd, vilket inte alltid är självklart (Ledin et al., 2011; Wahlberg et al., 2003). Det anses även svårt att avgöra om den vårdsökande behöver hänvisas vidare till en annan vårdgivare och samtidigt bedöma lämplig vårdnivå. Brist på tider till läkare leder till att telefonsjuksköterskan ibland är tvungen att hänvisa vårdsökande till akutmottagningar i brist på specialisterheter (Wahlberg et al., 2003). En ögonsjuksköterska är därför i behov av fördjupad kunskap inom telefonrådgivning för att på bästa sätt hjälpa vårdsökande till rätt vårdnivå inom ögonsjukvården (Albrecht et al., 2009).

Beslutsstöd har visat sig vara ett kvalitetsförbättrande hjälpmedel för telefonrådgivning inom ögonsjukvården (Hyun Jung & Hyeoun-Ae, 2011). Ett beslutsstöd kan vara datorbaserat, men förekommer även i pappersformat inom ögonsjukvården, detta har uppmärksammats genom dialog med ögonkliniker runt om i Sverige. Beslutsstöd används för att kvalitetssäkra vården och underlätta arbetet med telefonrådgivning. Beslutsstöd beskrivs ha fördelar och nackdelar och sammanfattats av sjuksköterskor som ett nödvändigt komplement till den egna kunskapen och erfarenheten (Ernesäter, Holmström & Engström, 2009). Beslutsstöd kan utvecklas utifrån identifierade ögonproblem, symptom, riktlinjer, expertkunskap samt i samråd med läkare och omvårdnadspersonal. Resultatet av ett väl utformat beslutsstöd leder till förbättrad omvårdnad, nöjda patienter och andra vårdsökande (Hyun Jung & Hyeoun-Ae, 2011). Användandet av beslutsstöd beskrivs ofta som ett kvalitetssäkrande stöd, men kan även i viss utsträckning uppfattas som begränsande. Detta innebär att telefonsjuksköterskor fattar beslut utifrån informationen som erhålls under telefonsamtalet utan möjlighet att se eller träffa den vårdsökande (Holmström & Höglund, 2007).

En studie genomförd vid en ögonklinik i England visade att telefonsjuksköterskor inom jourverksamhet fattade korrekta omvårdnadsåtgärder via den information som den vårdsökande angav (Marsden, 2000). Ingen patient som behövde akut omvårdnad nekades detta. De beslut som togs, såsom icke brådskande omvårdnadsåtgärder, var korrekt fattade. Det visade sig dock att samarbetet och kommunikationen mellan telefonsjuksköterska och en del läkare inte fungerade optimalt vid ställningstagande av en korrekt vårdprioritering, telefonsjuksköterskan fick vid dessa tillfällen ringa vårdsökande för kompletterande uppgifter (ibid.).

Genom sökning på internet framgår det att telefonrådgivning dagligen bedrivs vid ögonmottagningar inom både offentlig och privat sektor i Sverige. Utöver det mottar även Vårdguiden 1177 samtal gällande ögonsymptom (1177 Vårdguiden, 2013). Det finns vetenskaplig litteratur som behandlar telefonsjuksköterskors upplevelser av och komplexiteten med telefonrådgivning (Holmström, 2008; Wahlberg, 2004). Sökning efter vetenskaplig litteratur kopplat till telefonrådgivning i kombination med ögonsjukvård ger inga träffar. På grund av att forskning kring ögonsjuksköterskors erfarenheter av telefonrådgivning är bristande finns intresse att belysa deras upplevelser och erfarenhet av telefonrådgivning. Denna fråga är av särskild vikt då telefonrådgivning inte direkt utgör ögonsjuksköterskans specialiseringsområde men är en integrerad arbetsuppgift (Albrecht et al., 2009).

## **Teoretisk referensram**

Aron Antonovsky arbetade som professor i medicinsk sociologi och utarbetade teorin ”Känsla Av Sammanhang” (KASAM) eller ”Sense Of Coherence” (SOC) i slutet av 1900-talet (Eriksson & Lindström, 2005b). Antonovsky använde begreppet salutogen om sin utarbetade teori, vilket utgör en kombination av orden salus (hälsa och välfärd) och genesis (födelse eller ursprung). Med begreppet salutogenes ville Antonovsky påvisa vad som kan ge människan god hälsa oavsett situation och omständigheter i livet (Eriksson, & Lindström, 2005a).

Inom hälso- och sjukvården möter hälso- och sjukvårdspersonal dagligen människor med liknande sjukdomar men med olika inställning till livet och sig själva, men även med olika upplevelser av sammanhang. Utifrån ett salutogent perspektiv hittar varje

människa sin egen förmåga till sin självläkande kraft utifrån sina egna resurser (Eriksson, & Lindström, 2005a). Varje individs möjlighet att uppleva en känsla av sammanhang, grundar sig på personliga förutsättningar, egna kunskaper, omständigheter och tidigare upplevelser i sin barndom och efterkommande upplevelser i sitt vuxna liv. En god hälsa handlade inte om orsak till sjukdom, utan hur människan såg på sig själv, arvsanlag samt inre och yttre resurser i sitt tillstånd som sjuk. Inre och yttre resurser som Gudstro och stöd från anhöriga kunde hjälpa en person att klara av en svår situation lättare än personer som inte hade likande stöd. Vilka resurser som användes var beroende på vilken kapacitet individen själv hade som människa (ibid).

Enligt Antonovsky består KASAM av tre komponenter, som stärker varje individ till en känsla av sammanhang, vilka skapar tillit och en känsla av delaktighet i sin aktuella situation. De tre komponenterna är begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet och för att dessa komponenter skall stärka en person i en svår situation krävs en grundläggande tillit till sig själv och sin omgivning (Eriksson & Lindström, 2005a). Utifrån en individuell uppfattning av en aktuell situation skapas en känsla av begriplighet eller icke begriplighet. En känsla av begriplighet, som lagts till grund i en viss situation, kan senare användas med samma känsla och uppfattning och situationen blir hanterbar. En situation som utgör en utmaning i livet blir meningsfull, då den inre motivationen används för att vilja klara av och bemöta det inträffade (ibid).

Olika människors förmåga att se sin aktuella situation med en känsla av sammanhang är viktig att ta hänsyn till inom hälso- och sjukvården, där personer med sämre förmåga till hantering av sjukdom behöver mer stöd och hjälp och tid för att hantera sin situation (Eriksson & Lindström, 2005a; Wahlberg, 2007).

## **Problemformulering**

För att arbeta som ögonsjuksköterska krävs det särskilda kunskaper och förmågor för att hjälpa och stödja patienter på bästa sätt. Vid telefonrådgivning är beslutstöd ett hjälpmedel som tagits fram för att underlätta denna arbetsuppgift och som bland annat innebär att ge råd, bedöma vårdnivå samt samla in nödvändig patientinformation för att kunna ta ett beslut utan att utsätta patienter för risk. Då mycket forskning fokuserar på telefonrådgivning i stort och inga studier är genomförda avseende ögonsjuksköterskors arbetssituation och användandet av beslutstöd vid telefonrådgivning behövs det fördjupad kunskap i detta ämne.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva ögonsjuksköterskors upplevelser av användandet av beslutstöd vid telefonrådgivning.

## **Metod**

### **Design**

Studien utfördes som en kvalitativ intervjustudie. Kvalitativ innehållsanalys användes för att granska och tolka texterna från utskriften av de inspelade intervjuerna.

Intervjumaterialet analyserades med induktiv ansats och förutsättningslös analys av texter baserade på ögonsjuksköterskornas berättelser om sina upplevelser av användande av beslutsstöd. Semistrukturerade intervjufrågor användes med intervjuguide (bilaga 1) där samma frågor ställdes till alla för att få så öppna svar som möjligt (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Metoden användes för att beskriva upplevelser ge förståelse och lyfta fram orsaker till studien (Polit & Tatano Beck, 2010).

## Urval

Valet av informanter baserades utifrån syftet och inklusionskriterier, de skulle vara utbildade ögonsjuksköterskor, aktiva inom telefonrådgivning och ha erfarenhet av att använda beslutsstöd. Tre ögonmottagningar vid olika sjukhus i Sverige valdes ut och ögonsjuksköterskor tillfrågades vid två universitetssjukhus (mottagning A och B) och ett akademiskt sjukhus (mottagning C). Urvalet baserades utifrån att ögonsjuksköterskorna tjänstgjorde vid universitetssjukhus eller akademiskt sjukhus. Detta för att intresset för studien förväntades vara högre hos offentliga mottagningar med utbildnings- och forskningsinriktning. Ansvariga chefer för respektive ögonmottagning tillfrågades, kontakt togs och hölls via telefon, e-post och direkta möten. Kontaktuppgifter till ögonsjuksköterskorna erhöles från de ansvariga cheferna. I samråd med ansvariga chefer, tillfrågades alla ögonsjuksköterskor på förvalda ögonmottagningar via e-post och ett bifogat informationsbrev (bilaga 2). Till e-post-meddelandet bifogades intervjuguiden och en möjlighet att delge sin grad av erfarenhet av telefonrådgivning och beslutsstöd eftersom tidigare erfarenhet skulle ligga till grund för val av informanter. Mottagarna uppmanades att svara ja eller nej till deltagande inom en tidsperiod på två veckor.

Minst fyra informanter per klinik förväntades svara ja, vilket skulle innebära tolv tillgängliga informanter som utgångsläge. Uppnåddes inte tillräckligt antal intresserade informanter, skulle i så fall ytterligare ögonmottagningar tillfrågas. Sex stycken informanter skulle väljas ut av de som svarat ja till deltagandet i studien. Övriga intresserade skulle vara reserver om någon gjorde valet att exempelvis avböja innan eller under påbörjad intervju.

Av de tillfrågade ögonmottagningarna visade sig fyra vara intresserade på mottagning A, sju på mottagning B och en på C. Urvalet skedde efter att de tillfrågade ögonsjuksköterskorna hade lämnat ett preliminärsvår att delta. Eftersom strävan var att få spridning mellan klinikerna valdes den enda intresserade ut på mottagning C, två från mottagning A och tre från mottagning B. Valet baserades utifrån mottagningsstillhörighet, erfarenhet som ögonsjuksköterska och erfarenhet av att arbeta med beslutsstöd för att uppnå så varierad data som möjligt. Studiens resultat ansågs bli rikare på data, då informanter med olika bakgrund och erfarenhet deltog (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Vid förekomst av ögonsjuksköterskor med liknande erfarenhet och samma mottagningsstillhörighet valdes den som visat intresse först ut, därmed fick sex ögonsjuksköterskor fungera som reserver. Ögonsjuksköterskorna informerades via e-post om de var aktuella för intervju eller var reserver. Informanterna bestod av sex kvinnliga ögonsjuksköterskor mellan 38 och 59 år med erfarenhet av ögonsjukvård mellan sju och 37 år.

## Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data, det innebar öppna

svarsmöjligheter. Intervjuerna utformades med avsikt att ta 20-30 minuter och intervjutillfällena bokades in i samråd med informanterna. Intervjuguiden med huvudfråga och följdfrågor utformades utifrån studiens syfte. Huvudfrågan formulerades ”Vad har du för upplevelser av användande av beslutsstöd vid telefonrådgivning?”. Följdfrågornas ordningsföljd anpassades efter hur samtalet utvecklade sig. Tre intervjuer ägde rum via telefon och tre intervjuer utfördes genom personliga möten i avskilda miljöer, som valdes i samråd med informanten. Varje intervju utfördes enskilt med en informant och en intervjuare per tillfälle. Intervjuerna varade mellan sex och 34 minuter. De tre intervjuerna utförde två intervjuer var. Mobiltelefoner, laptop och/eller Ipad (voicerecorder) användes för att spela in intervjuerna.

## Databearbetning

Efter genomförandet av intervjuerna, transkriberades intervjumaterialet. Transkribering genomfördes av ansvarig intervjuare i direkt anslutning till intervjun. Vid transkriberingen gjordes en avkodning där intervjuerna benämndes som nummer 1 till och med 6. Transkriptionen bearbetades och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys utifrån det manifesta innehållet (Granheim & Lundman, 2004, Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Materialet analyserades stegvis, först enskilt var för sig och med gemensam reflektion över det insamlade intervjumaterialet.

Vid analysen av de transkriberade intervjutexterna lästes hela texten igenom flera gånger för att få ett grepp om helheten. Meningar eller fraser som innehöll information och som ansågs vara relevanta för syftet plockades ut. Omgivande text togs med så att sammanhanget kvarstod. Dessa meningar eller fraser benämndes som meningsbärande enheter, vilka därefter kondenserades genom att korta ned texten med en samtidig strävan att bevara innehållet (Graneheim & Lundman 2004). De kondenserade meningsenheterna kodades genom att formulera en mening som kort beskrev innehållet och bevarade dess budskap. Underkategorier formulerades vilka representerade och täckte in flera koder med liknande innehåll. På detta sätt grupperades koder ihop eller separerades. Underkategorierna utgjorde det framträdande innehållet. Sist formulerades huvudkategorier, där det dolda innehållet i intervjuerna kom fram. Formulerade underkategorier grupperades i huvudkategorier, som skulle återspegla det centrala budskapet i intervjuerna och svara på syftet (ibid).

Processen pågick fram och tillbaka mellan stegen (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Exempel på analysprocessens steg avseende meningsbärande enheter, kondensering, koder, underkategorier och huvudkategorier, sammanställdes i en tabell (tabell 1).

**Tabell 1. Analysprocess.**

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Och framför allt tror jag att det här beslutstödet är bra för då får man någon slags rutin som man inmatar fråga om det här och fråga om det där och så	Beslutsstödet är bra för då får man någon slags rutin om vilka frågor som är viktiga och så småningom kommer frågorna nästan automatiskt	Beslutsstöd, hjälp för nya att ställa rätt frågor. Kommer automatiskt med erfarenhet.	Erfarenhet styr behovet av beslutsstöd	Kunskapskälla vid behov

småningom kommer det nästan automatiskt				
För mig så handlar det bara för det mesta om som någon komihåglista så att säga. Jag tycker det ofta när jag pratar med någon i telefon så vill jag helst lyssna först bara	För mig handlar det för det mesta om komihåglista, vill jag helst lyssna först bara	Kom-ihåglista för minnet	Komplement till egen kunskap	
Det hjälper ju mig genom att vara säker på att jag gör ungefär likadant som andra och att jag förhoppningsvis gör rätt, i alla fall inte gör något allvarligt fel	Det hjälper mig att vara säker, och att jag förhoppningsvis gör rätt, inte något alvarligt fel	Ger en känsla av säkerhet	Trygghet vid bedömningar	Stöd i yrkesrollen
När jag tycker att dom skall gå någon annanstans än ögon, då tycker jag att den är bra att använda mig av. För pratar man med andra kollegor på akuten, och jag hänvisar till triagehandboken, för den har dom ju själv. Då har man lättare för att komma överens	När jag tycker dom skall gå någon annanstans, pratar man med andra kollegor och hänvisar till triagehandboken, då har man lättare att komma överens	Lättare att komma överens med andra vårdgivare	Hjälp vid prioritering och hänvisning av patienter	
Jag försöker att tänka på att inte ställa så ledande frågor för jag tycker att det lätt blir så med ett beslutsstöd det blir nästan att man tar orden ur munnen på patienten liksom	Försöker att inte ställa så ledande frågor, med ett beslutsstöd tar man orden ur munnen på patienten	Beslutsstöd ställer ledande frågor		Brister i beslutstödet
Jag tycker det är väldigt väldigt bra med beslutsstöd för att det blir en vad skall man säga eeh bra enhetligt, alla säger samma saker, det är kvalitetssäkrat, och bra vård för patienterna över lag tycker jag	Det är väldigt bra, enhetligt, alla säger samma saker, kvalitetssäkrat, bra vård för patienterna	Kvalitetssäker och god vård för patienterna		Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv

## Forskningsetiska överväganden

Genomförandet av denna intervjustudie innebar forskning av människor och fick därför genomgå en prövning av den lokala etikprövningsgruppen inom omvårdnad, sektionen för Hälsa och samhälle vid Högskolan i Halmstad.

Ansvariga chefer vid respektive klinik erhöll muntlig och skriftlig information om studien och fick på förhand ta del av informationsbrev och intervjuguide. Samtliga tre tillfrågade chefer bekräftade skriftligen ett godkännande om deltagande (bilaga 3). Det skriftliga godkännandet från respektive ansvarig chef erhöles före det att kontakt togs

med ögonsjuksköterskor och att intervjuerna ägde rum. Tillåtelse att intervjua ögonsjuksköterskorna på arbetstid erhöles.

Studiens informanter mottog skriftlig information i ett informationsbrev vid den första förfrågan om att delta och muntlig information i samband med intervjutillfället. Informerat samtycke fastställdes muntligen inför alla intervjuer (Kvale & Brinkman, 2009). Ett skriftligt informerat samtycke (bilaga 4) samlades in i samband med de intervjuer som utfördes via ett personligt möte. Vid intervjuer som genomfördes per telefon, erhöles det skriftliga samtycket i efterhand och mottogs via post. Ögonsjuksköterskorna informerades om att det fanns möjlighet att avbryta deltagandet när som helst utan att behöva förklara varför. De kunde även välja att avstå från att svara på en fråga om de önskade.

De sex utvalda ögonsjuksköterskorna, fullföljde sin medverkan. Samtliga frågor besvarades av informanterna och de gav inget intryck av att bli obekväma eller tappa tråden. Intervjuerna höll planerad tidsram och ingen intervju ledde till att informanterna önskade avbryta intervjun. En risk som fanns, var att intervjuarnas egna tankar och förståelse för intervjupersonerna, kunde påverka analysen (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Ljudupptagningarna och det transkriberade materialet förvarades inlåst på en lösenordsskyddad hårddisk, som endast de ansvariga för intervjuerna hade tillgång till. Efter färdigställande av studien och examensarbetet, raderades insamlat data såsom ljudfiler och transkriberat material samt uppgifter som kunde komma att kopplas till den enskilda individen (Högskolan Halmstad, 2013).

Forskningsstudien utfördes med avsikt att följa forskningsetiska principer och de huvudkrav som ingår i individskyddskravet vilket innefattade informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet, 2002; Personuppgiftslagen, 1998:2004). Informationskravet innefattade att informera de av forskningen berörda om den aktuella forskningsuppgiftens syfte. Samtyckeskravet innebar att informanterna i intervjustudien själva bestämde över sin medverkan. Nyttjandekravet innebar att uppgifter som insamlades endast användes för aktuell forskningsstudie. Med konfidentialitetskravet menades att insamlat material och uppgifter om informanter hanterades konfidentiellt vilket innebar att personuppgifterna förvarades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av dem. Vidare innebar det att uppgifter om identifierbara personer antecknades, lagrades och avrapporterades så att informanterna inte kunde identifieras av utomstående (Vetenskapsrådet, 2002). Personuppgifter behandlades med avsikt att skydda den personliga integriteten, enligt personuppgiftslagen (Personuppgiftslagen, 1998:2004).

## Resultat

Utifrån analysen framkom fyra huvudkategorier, **Kunskapskälla vid behov** med underkategorier *Erfarenhet styr behovet av beslutsstöd* och *Komplement till egen kunskap*, **Stöd i yrkesrollen** med underkategorier *Trygghet vid bedömningar* och *Hjälp vid prioritering och hänvisning av patienter*, **Brister i beslutstödet** och **Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv**.



## Kunskapskälla vid behov

Ögonsjuksköterskorna upplevde användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning som en källa för att tillägna sig kunskap i den specifika situationen.

## Erfarenhet styr behovet av beslutsstöd

Ett behov av beslutsstöd uttrycktes när erfarenhet av telefonrådgivning avseende ögonåkommor saknades. När erfarenhet förelåg användes inte beslutsstödet i lika stor utsträckning. Allt eftersom ytterligare erfarenhet erhöles, upplevdes ett minskat behov av beslutsstöd. Bedömning av vårdbehov ansågs stämma överens oavsett om den baserades på erfarenhet eller på beslutsstödet. De som betraktade sig som erfarna av arbetsuppgiften, att bedöma ögonbesvär, använde beslutsstödet ibland, vid sällan förekommande situationer. I situationer där liknande frågeställningar uppkom ofta, uttrycktes inte behov av beslutsstödet och vid dessa tillfällen gjordes bedömningar utifrån erfarenhet. Beslutsstödet upplevdes framförallt vara till hjälp för ögonsjuksköterskor med kortare erfarenhet av ögonsjukvård och telefonrådgivning. Det upplevdes som ett verktyg för att skapa rutin.

*”Framför allt tror jag att det här beslutsstödet är bra för då får man någon slags rutin som man inmatar fråga om det här och fråga om det där och så småningom kommer det nästan automaktiskt”*

Erfarenhet som ögonsjuksköterska samt av telefonrådgivning och beslutsstöd, bidrog till att samtal och symtom kändes igen och kunde beslut utan att titta i beslutsstödet i situationen. Ögonsjuksköterskorna som betraktade sig ha erfarenhet av yrket och arbetsuppgiften upplevde beslutsstödet användbart vid komplexa telefonrådgivningssituationer.

*”Alla situationer när man är ny tycker jag är det lämpligt men för mig som erfaren är det ju lämpligt när det är lite komplexa”*

## Komplement till egen kunskap

Beslutsstödet upplevdes användbart för att minnas vad som skulle beaktas vid telefonsamtalet med den vårdsökande. Det uttrycktes viktigt att först lyssna på vad den vårdsökande hade att säga, och sedan titta i beslutsstödet.

*”För mig så handlar det för det mesta om som någon kom ihåg-lista så att säga. Jag tycker det ofta när jag pratar med någon i telefon så vill jag helst lyssna först bara”*

Ögonsjuksköterskorna upplevde beslutsstödet som en påminnelse, det användes för att stämma av och för att komma ihåg att ställa vissa frågor som annars kunde missas. En ögonsjuksköterska använde beslutsstödet för att påminna sig om att fråga om dubbelseende. Beslutsstödet beskrevs som en nödvändighet vid sällan förekommande besvär och vid problemlösning.

*”...så känns det ju som ett stöd när man har kluriga frågor och så eller sånt som man inte varit med om på ett tag”*

En ögonsjuksköterska menade att det var ett komplement att ha stödet för att organisera och sortera den information som patienten delgav.

*”De få gånger jag använder det är som ett slags komihåglapp och då handlar det framför allt om att patienterna har gett en väldigt konstig anamnes”*

Ögonsjuksköterskorna fäste vikt vid det faktum att de hade tillgång till ett beslutsstöd, vilket uttrycktes positivt. De menade att i pressade och ovana situationer när samtalet inte alls blev som de tänkt sig, användes beslutsstödet. Då fungerade det som ett komplement till den egna erfarenheten av telefonrådgivningssituationer avseende ögonbesvär och ansågs bidra till att ställa viktiga frågor i strävan att få en klarare bild av situationen.

## **Stöd i yrkesrollen**

Ögonsjuksköterskorna beskrev upplevelser av användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning som ett stöd i yrkesrollen med utgångspunkt ifrån sig själva och rollen som ögonsjuksköterska.

## **Trygghet vid bedömningar**

Beslutsstödet ansågs ge en generell känsla av trygghet och upplevdes medföra en säkerhet i strävan efter att ta ett välgrundat beslut och därmed undvika att göra en felaktig bedömning.

*”Det hjälper ju mig genom att vara säker på att jag gör ungefär som andra och att jag förhoppningsvis gör rätt, iallafall inte gör något allvarligt fel”*

Beslutsstödet ingav trygghet för ögonsjuksköterskorna som menade att de undvek att utsätta vårdsökande för risk. Denna upplevelse uttrycktes vara särskilt viktig för mindre erfarna såsom nyutbildade och nyanställda inom telefonrådgivning vid ögonbesvär. Det upplevdes tryggt med klara och tydliga direktiv. Vidare beskrevs det som en känsla av säkerhet att ha kliniken bakom sig vid rådgivning och vid hänvisning till annan vårdinstans som till exempel vårdcentral.

Beslutsstödet beskrevs bidra till trygghet för att veta vilka vårdsökande som skulle bedömas akuta eller icke akuta för stunden. Ögonsjuksköterskorna menade att det används som ett stöd att luta sig mot, speciellt i fall där vårdsökande uttryckt kraftiga besvär men inte ansågs medicinskt brådskande. Vidare ansågs positivt att ha ett beslutsstöd formulerat utifrån medicinska behov. En känsla av säkerhet upplevdes när det fanns nedskrivet ”svart på vitt” vad som gäller. Användande av beslutsstöd ansågs minska osäkerhet vid bedömning av olika diagnoser och symptom.

*”När man känner sig lite osäker på olika diagnoser och vad man ska eller olika symptom snarare och hur man skall handlägga det och vad man ska tänka på vid förundersökning mm så det är själva näe det är generellt väldigt bra att arbeta med beslutstöd en trygghet”*

## Hjälp vid prioritering och hänvisning av patienter

Beslutsstödet upplevdes som ett hjälpmedel som underlättar kommunikation med vårdsökande och andra vårdgivare. I telefonrådgivningssituationer där den vårdsökande skulle hänvisas vidare exempelvis till neurolog upplevdes beslutsstödet underlätta en överenskommelse med den andra vårdgivaren. Ögonsjuksköterskan kunde hänvisa annan vårdgivare till beslutsstödet i situationer då den vårdsökandes besvär tillhörde en annan vårdkategori än ögonsjukvård.

*”När jag tycker att dom ska gå någon annanstans än ögon, då tycke jag att den är bra att använda mig av. För pratar man med andra kollegor på akuten, och jag hänvisar till triagehandboken, för den har dom ju själv. Då har man lättare för att komma överens”.*

Vad som ytterligare uttrycktes var att beslutsstödet hjälper ögonsjuksköterskor att inte bli personliga gentemot den vårdsökande i dialogen med denne. Ögonsjuksköterskorna menade, att på grund av att varje vårdsökande behandlas lika och att de prioriteras utifrån symptom och diagnos istället för den vårdsökande som verbalt uttryckt kraftigast besvär, kunde grunderna för beslutet förmedlas till patienten genom att förklara beslutsstödet funktion. Beslutsstödet beskrevs därför som en hjälp i dialogen med den vårdsökande för att denne skulle acceptera ögonsjuksköterskors beslut.

Beslutsstöd upplevdes medföra att ögonsjuksköterskorna prioriterade likvärdigt kollegor emellan. Ögonsjuksköterskorna ansåg att stödet var en viktig del i prioriteringen av vårdsökande. Stödet ansågs spara tid genom en snabbare prioritering så att de inte behövde rådfråga andra kollegor. Vid vetskap om hög arbetsbelastning beskrevs det som en hjälp i beslutet att boka in ytterligare patienter då det enligt beslutsstödet förelåg ett medicinskt behov av omhändertagande. Ögonsjuksköterskorna var positiva till beslutsstödet och dess funktion vid prioritering av vårdnivå vid olika ögonbesvär.

*”Att.. det står prioritering som till exempel att keratiter och iriter ska helst komma samma dag medan en misstänkt glaskroppsavlossning kan vänta så där är det ju bra att det finns prioriterat de patienter som skall komma till oss men vilka som måste komma först... en keratit ska ju komma samma dag och mm så där kan jag ju tycka det är viktigt”*

Beslutsstödet ansågs bidra till en helhetsbild av den vårdsökandes besvär. Vidare menade ögonsjuksköterskorna att det ger mer struktur i arbetet jämfört med att arbeta utan beslutsstöd.

## Brister i beslutsstödet

Beslutsstödet upplevdes inte kunna tillämpas i alla sammanhang, ögonsjuksköterskorna beskrev att det inte var användbart i alla situationer och uttryckte ett behov av utveckling av beslutsstödet. Ögonsjuksköterskorna upplevde att det fanns brister i beslutsstödet eftersom det kunde vara mödosamt att använda när vårdsökande hade svårt att uttrycka sina symtom. En annan svårighet som uttrycktes var när vårdsökande angav besvär eller symtom som inte fanns med i beslutsstödet, vilket kunde leda till att ögonsköterskan fick gissa sig fram till vad det kunde röra sig om. Beslutsstödet kunde inte användas vid situationer när den vårdsökande uttryckt stark oro och besvären enligt beslutsstödet inte ansågs akuta. En ögonsjuksköterska uttryckte att det kunde föreligga

ett behov av omhändertagande på grund av vårdsökandes grad av oro vilket inte kunde tillämpas utifrån beslutsstödet.

En ögonsjuksköterska menade att ett beslutsstöd kunde medföra att ledande frågor ställs, vilket ansågs som en nackdel eftersom det kunde leda till att ta orden ur munnen från den vårdsökande och därmed eventuellt missa viktig information.

*”Jag försöker att tänka på att inte ställa så ledande frågor för att jag tycker att det lätt blir så med ett beslutsstöd det blir nästan att man tar orden ur mun på patienten liksom”*

Beslutsstödet upplevdes medföra en risk för att samtalen kunde låta opersonliga om ögonsjuksköterskan läste direkt från beslutsstödet med givna frågor och beskrev det som att läsa från ett papper snarare än att prata med en människa. Aktivt tänkande och dialog ansågs ha betydelse i samtalet med den vårdsökande. Det uttrycktes vara viktigt att lyssna och låta den vårdsökande prata för att undvika risken i att forcera fram samtal.

*”Finns absolut situationer där beslutsstödet kan göra att man forcerar fram ett samtal när man egentligen hade kunnat få ännu mer information av att bara vara tyst och lyssna klart liksom”*

Förmåga till ett aktivt tänkande i användandet av beslutsstödet baserat på erfarenhet och kunskap, ansågs vara viktigt för att inte stirra sig blind på beslutsstödet.

*”Det är väl mindre lämpligt, om man helt förlitar sig på det här beslutsstödet utan att tänka logiskt och tänka till själv för det är ju trots allt ett komplement så att man får ju även komplement till ens erfarenhet och kunskap och så att man situationer vet jag inte men det är väl det första jag tänker på om man helt blint förlitar sig på detta stirrar sig blind utan att vara flexibel, då kan det ju vara lite farligt”*

Beslutsstödet uppfattades som en guide, som förutsatte att ögonsjuksköterskan hade god kunskap om ögonsjukdomar för att kunna göra rätt bedömning. I de fall då ögonsjuksköterskan var ny och oerfaren inom området, beskrevs ett behov av ett utförligare beslutsstöd. Behovet av ett bredare beslutsstöd med fler områden ansågs vara stort. Sammanhang där beslutsstödet upplevdes ha brister, var vid neurooftalmologiska diagnoser och vid postoperativa besvär, då en ögonsjuksköterska beskrev ett ofta förekommande behov, av att konsultera ögonläkaren. Det uttrycktes ett behov av kontinuerlig uppdatering av beslutsstödet samtidigt som kvalitetssäkring ansågs viktigt. Vid frånvaro av uppdatering, upplevdes risk att beslutsstödet innehöll brister.

## **Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv**

Användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning ansågs bidra till högre kvalitet för vårdsökande jämfört med att ge rådgivning utan beslutsstöd. Det beskrevs som kvalitetssäkert och ansågs bidra till god vård samt ge förutsättningar för bästa möjliga bemötande. Beslutsstödet upplevdes resultera i att vårdsökande erbjuds lika vård utifrån samma kriterier. Ögonsjuksköterskor beskrev att beslutsstöd medförde kontinuitet vid flera rådgivande ögonsjuksköterskor på en arbetsplats. Telefonrådgivning uttrycktes bli mer enhetlig med ett beslutsstöd då alla medarbetare säger samma saker. Det ansågs rättvist gentemot vårdsökande att bedömning görs utifrån behov.

*”Jag upplever ju då det positivt att det känns rättvist för patienterna att man bedömer alla utifrån deras behov”*

Det uttrycktes positivt för den vårdsökande när allvarligt sjuka går före utifrån samma förutsättningar med ett beslutsstöd.

*”Jag vet samtidigt att samma patienter om de hade varit allvarligt sjuka så skulle dom gå före därför att vi använder samma kriterier eller någorlunda samma”*

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Genomgående under arbetet med studien fanns en strävan efter att uppnå trovärdighet. Tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet värderades i relation till metodens delmoment, val av design, urval, datainsamling och databearbetning (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Det eftersträvades att beskriva metoden så utförligt som möjligt för att underlätta läsarens bedömning av studiens överförbarhet. Giltigheten stärktes av att studiens samtliga moment följts av handledare med erfarenhet av kvalitativa studier och innehållsanalys där åsikter och goda råd mottogs. (ibid.).

Tre ögonmottagningar deltog i studien, vilket gav en ökad variation i resultatet och stärkte giltigheten jämfört med om studien genomförts på en eller två mottagningar (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Informanterna bestod av sex kvinnor där åldern varierade mellan 38 och 59 år och erfarenheten som ögonsjuksköterska varierade mellan sju och 37 år. För att ytterligare öka giltigheten skulle det varit optimalt med fler informanter, informanter med manligt kön, yngre och med kortare arbetserfarenhet (ibid.). Valet var strategiskt utifrån de informanter som visade intresse. Studien ansågs ha en begränsad överförbarhet på grund av att antalet informanter är få samt för att deltagarnas ålder, erfarenhet och kön kunde varit mer varierat. Informanterna valdes ut enligt bestämda inklusionskriterier i enlighet med studiens syfte, vilket stärkte studiens giltighet och överförbarhet (Granheim & Lundman, 2004).

De tillfrågade på valda kliniker tog del av intervjuguiden tillsammans med informationsbrevet. Tanken med att lämna ut intervjuguiden i förväg var att ge en bild av vad deltagande i studien innebar samt ge informanten möjlighet att förbereda sina svar. Detta tillvägagångssätt kunde till viss del hindra informanten att ge spontana svar, men ansågs ge möjlighet till ökad datamängd. Beslutet att lämna intervjuguiden i förväg, medförde att den tillfrågade från början kunde besluta om ett eventuellt deltagande eller inte. Därmed undveks risken att informanterna skulle utsättas för överraskande frågor som han eller hon inte önskade svara på i enlighet med samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002). Detta förfarande var förenligt med att forskaren skulle informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om projektet och vilka villkor som gällde för deltagande i studien (Vetenskapsrådet, 2002). En avbruten intervju skulle innebära en förlust av det insamlade studiematerialet, vilket intervjuarna önskade undvika med valt tillvägagångssätt i valet av informanter.

Endast en intervjuare beslöt vara närvarande per intervjutillfälle. Valet gjordes för att skapa goda förutsättningar för informanterna att känna sig bekväma och

förhoppningsvis dela med sig mer av sina upplevelser. Tanken var att det skulle bli en mer avslappnad atmosfär i mötet, samt undvika att informanten kände sig i underläge, eftersom två intervjuare kunde skapa en obalans. Det ansågs nödvändigt att göra intervjuerna enskilt då geografiska omständigheter rådde. Långa avstånd förekom mellan intervjuarnas hemorter, enskilda intervjuer underlättade därför den fortskridande forskningsprocessen och tid sparades. Fler närvarande intervjuare skulle däremot ge möjlighet till ytterligare en observatör, som kunde inflika med följdfrågor som den andre inte tänkt på.

Studien utfördes genom kvalitativa intervjuer som spelades in. Fördelarna med att använda intervju som datainsamlingsmetod var att det passar syftet i aktuell studie (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). Intervjuarna hade ingen eller liten erfarenhet av att intervjua, vilket gav en lägre tillförlitlighet. Ytterligare en nackdel var att intervjuarnas ledande funktion riskerade att påverka dess utfall, det var intervjuaren som bestämde om och när följdfrågor skulle ställas (Kvale & Brinkman, 2009). För att minska intervjuarnas påverkan på intervjun, användes en intervjuguide med möjlighet till öppna svar. Det togs i beaktande att intervjuerna kunde påverkas av intervjuarnas erfarenhet av ögonsjukvård och telefonrådgivning å andra sidan sågs intervjuarnas förståelse som en viktig del i tolkningsprocessen. (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Datainsamlingen inleddes med en pilotintervju i syfte att pröva studiens intervjuguide och frågornas utformning för att identifiera eventuellt behov av justering inför kommande intervjuer (Paulsson, 2008). Det bestämdes att pilotintervjun skulle användas i resultatet, då dess innehåll var tillfredsställande och inga justeringar av intervjufrågorna gjordes. Pilotintervjun blev kortare än förväntat, 12 minuter, vilket bidrog till att det bestämdes att följdfrågor skulle ställas mer frekvent vid kommande intervjutillfällen. Strävan var att nå så stor datamängd som möjligt från varje intervju. Det material som insamlades vid de sex intervjuerna visade sig ge tillräckligt material för att sammanställa ett enhetligt resultat.

En nackdel som upptäcktes med inspelning som datainsamlingsmetod, var att det inträffade oförutsägbara tekniska problem under arbetsgången av en intervju där intervjun fick avbrytas innan den påbörjats, vilket fördröjde starten. Vid intervjuernas slut gavs möjlighet att tillägga något som vederbörande tänkt på eller undrat över under intervjun. Nackdelen med denna följdfråga, var att tre av de intervjuade fortsatte prata, trots att inspelningen hade avslutats. Det innebar att intressant data inte fångades upp och gick förlorad (Kvale & Brinkman, 2009, Patel & Davidsson, 2003).

Giltighet innebar att utvalda meningsbärande enheter svarade mot syftet och handlade om det som avsågs beskrivas (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). För att öka giltigheten granskades de meningsbärande enheterna flera gånger för att identifiera och sälla ut så att endast sådant som svarade mot syftet kvarstod. Tillförlitligheten i resultatet ökade eftersom samtliga transkriberade intervjuer lästes igenom av alla tre intervjuare, som hjälptes åt att identifiera meningsbärande enheter genom analys var för sig och med gemensam dialog (ibid.). Det var svårt att välja ut meningsbärande enheter (Graneheim & Lundman 2004). Om stora meningsbärande enheter valdes ut riskerade de att innehålla mer än en händelse. Valdes små meningsbärande enheter ut, riskerade materialet att förlora sin innebörd. I dessa båda fall kunde viktig information missas. Kategoriindelningen var ett kritiskt moment eftersom kategorierna skulle vara

fullständiga och ömsesidigt uteslutande. Det innebar att alla meningsbärande enheter skulle höra till en betydelsefull kategori, vilket innebar att inga meningsbärande enheter fick placeras i mer än en kategori. Kategorierna blev mer tydliga om de meningsbärande enheterna valdes ut för att belysa dem. I skrivandet och genomgången av kategoriindelningen uppstod ett hierarkiskt förhållande mellan kategorierna och därför var en uppdelning i form av huvudkategorier och underkategorier aktuell (ibid.).

Trovärdigheten i analysprocessen påverkades av att forskarna hade egen erfarenhet av ögonsjukvård, telefonrådgivning och beslutsstöd. (Lundman & Hällgren Granheim, 2008). En medvetenhet om att det i aktuell studie förekommer upplevelser utifrån tre olika beslutsstöd, förelåg och ansågs inte ha betydelse för resultatet.

Studiens potentiella informanter upplystes om frivilligt deltagande i studien och att de hade rätt att avbryta sin medverkan när som helst (Vetenskapsrådet, 2002). Svaret om de önskade delta i studien meddelades muntligen eller via e-post. Nackdelen att få svar via e-post, var att det innebar en längre väntan på svar från de tillfrågande än förväntat, detta ledde till en känsla av oro och osäkerhet från intervjuarnas sida. Oron och osäkerheten låg i att de potentiella informanterna i studien kanske hade ändrat sitt beslut om att delta i studien. Intervjutillfällena startade något senare än tänkt. Eftersom samtliga tillfrågade informanter valde att delta underlättades forskningsprocessen ur tidsperspektiv.

## **Resultatdiskussion**

Användandet av beslutsstöd upplevdes som ett nödvändigt hjälpmedel som gav stöd i komplexa fall och ansågs öka patientsäkerheten. Beslutsstöd uttrycktes framförallt vara till för oerfarna ögonsjuksköterskor men även för den erfarna i mer komplicerade situationer. Beslutsstöd ökar och säkrar möjligheten till god och säker omvårdnad på lika villkor till alla (SFS, 1998:531, kap. 2, 1§ & 6§). Ett bra beslutsstöd skall kontinuerligt uppdateras för att undvika felbedömningar och för att säkra vårdkvaliteten (Holmström, Rosenqvist & Röing 2013). För telefonsjuksköterskan gäller det att möta den vårdsökande i den aktuella situationen trots frånvaro av det fysiska mötet ”öga mot öga” och med det skapa en känsla av begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet (Edwards, 1998; Eriksson, & Lindström, 2005a).

## **Kunskapskälla vid behov**

Ögonsjukvården strävar efter ständig utveckling utifrån vetenskap, erfarenhet och evidens. För att skapa en god kommunikation och utarbeta ett välfungerande beslutsstöd krävs en utvärdering av behov i arbetet som telefonsjuksköterska (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). Kompetensbeskrivningen för telefonsjuksköterskor beskriver att sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning bör ha förmåga att hantera oförutsedda och komplicerade samtalssituationer vilket kräver ett professionellt förhållningssätt (Föreningen för telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård, TRIHS & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Resultatet i denna studie berör komplicerade och oförutsägbara samtalssituationer för ögonsjuksköterskor vid telefonrådgivning, vilket överrensstämmer med kompetensbeskrivningen för telefonsjuksköterskor.

Ögonsjuksköterskor som ansåg sig ha längre erfarenhet uttryckte ett mindre behov av beslutsstöd. Vid erfarenhet kunde samtal och symtom kännas igen, beslut togs då utan att titta i beslutsstödet. Det visade sig dock att trots erfarenhet av telefonrådgivning var

det viktigt att det fanns ett beslutstöd att luta sig mot, speciellt vid sällan förekommande diagnoser eller situationer de ej ställts inför på länge. Tidigare forskning har visat att en korrekt bedömning kräver just erfarenhet och ett beprövat beslutsstöd (Marklund et al 2007).

Patientsäkerheten kunde bland annat hotas när telefonsjuksköterskan arbetade under tidspress och inte var säker på att rätt eller för lite frågor ställdes om den vårdsökandes aktuella besvär (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). Ögonsjuksköterskor fann det viktigt med beslutstöd för att framförallt skapa rutin då oerfarenhet av arbetsuppgiften förelåg. Det visade sig också viktigt med ett beslutstöd vid längre erfarenhet av arbetsuppgiften. Särkilt viktigt visade det sig vara vid hänvisning till rätt vårdinstans och vid ovanliga situationer. Vid stress och sällan förekommande diagnoser betonar forskning vikten av ett välfungerande beslutsstöd (Marklund et al., 2007). Koppling kan även göras till en annan studie som har kommit fram till att beslut som görs över telefon även påverkas av den motstridighet som triagehantering innebär vilket kan ses som begränsade vid bedömning över telefon (Pure-Stephensson & Trasher, 2010).

Ögonsjuksköterskor upplevde beslutsstödet som en kunskapskälla att ta till vid behov genom att använda det som ett komplement till den egna kunskapen och minne vilket stämmer överens med forskning där det ansågs vara ett nödvändigt komplement till den egna kunskapen och erfarenheten (Ernesäter, Holmström & Engström, 2009).

En studie har kommit fram till att rollen som vårdgivare över telefon upplevdes begränsas av tid (Holmström & Dall' Alba, 2002). En strävan efter att spara tid kan utläsas ur studiens resultat. Beslutsstöd uttrycktes möjliggöra självständiga prioriteringar eftersom svar erhöles utifrån beslutsstödet istället för att fråga högre utbildade eller mer erfarna kollegor om råd. Ögonsjuksköterskornas upplevelser i studien talar för att beslutstöd mer eller mindre ersätter den tid det tar att finna en tillgänglig kollega, beskriva ett patientfall och erhålla ett svar som ögonsjuksköterskan därefter kan fatta ett beslut utifrån. Eftersom beslutsstödet tolkas tidssparande får det anses bidra till effektivitet.

Rollen som vårdgivare över telefon upplevs innebära stort ansvar samt kräva särskilda färdigheter för att kunna göra bedömningar, ge information och att kunna ta beslut (Ledin et al., 2011). Då ögonsjuksköterskor beskrev tiden som oerfaren av telefonrådgivning uttrycktes beslutsstödet vid telefonrådgivning vara en viktig kunskapskälla då det fungerade som ett komplement av den erfarenhet som ännu ej erhållits i yrkesrollen. Enligt kompetensbeskrivningen för ögonsjuksköterskor är fördjupad kunskap inom telefonrådgivning nödvändig i yrket (Albrecht et al., 2009). Ögonsjuksköterskornas upplevelser i studien tyder på att telefonrådgivning kräver specialistkunskaper. Beslutsstödet kan anses som ett hjälpmedel för de nyutbildade ögonsjuksköterskorna att uppnå och utveckla den kunskap som en specialiserad sjuksköterska bör ha.

## **Stöd i yrkesrollen**

Tidigare forskning har påvisat att sjuksköterskor upplever det svårt att bedöma lämplig vårdnivå över telefon (Wahlberg et al., 2003). Resultatet visade att beslutsstödet ansågs fungera som ett stöd i yrkesrollen och bidra till trygghet vid bedömningar och prioriteringar. Bland annat ansågs det minska risken att göra något allvarligt fel, vilket var en farhåga hos ögonsjuksköterskorna. Den trygghet som beslutsstödet innebär,



förmedlades vara särskilt viktig då ögonsjuksköterskorna blickade tillbaka på tiden då de var nya på sin arbetsplats. Det tyder på att beslutsstöd vid telefonrådgivning fyller ett viktigt behov som gäller även för ögonsjuksköterskor.

Deltagande ögonsjuksköterskor gav intryck av ett visst mått av erfarenhet av arbetsuppgiften och uttryckte en trygghet i sin yrkesroll. Ögonsjuksköterskornas upplevelser i den här studien tyder på att beslutsstödet bidrar till en känsla av sammanhang och kan kopplas till Antonovskys teori KASAM (Eriksson & Lindström, 2005a). I arbetet med telefonrådgivning ger beslutsstödet ögonsjuksköterskan möjlighet till begriplighet för samtal, patienter och symptom kopplade till olika ögonåkommor. Vidare tyder de identifierade upplevelserna på att beslutsstöd vid telefonrådgivning ger ögonsjuksköterskor möjlighet att hantera samtal, patientfall och situationer.

Minskad personal och ökad arbetsbelastning i hälso- och sjukvården är en faktor som har visat sig leda till stress hos sjuksköterskor (Holmström & Höglund, 2007). Tidigare studier har påvisat förekomst av stress till följd av prestationskrav hos sjuksköterskor med telefonrådgivande funktion (Farquharson et al., 2012). Beslutsstödet upplevdes som en hjälp vid pressade och ovana situationer, minska osäkerhet samt ansågs fungera som ett positivt hjälpmedel att basera beslut på vid hög arbetsbelastning. Upplevelser av att använda beslutsstöd kan tolkas bidra till reducerad stress, vilket i sin tur ger en positiv effekt på arbetsmiljön.

Ett anpassat bemötande leder till att råd och beslut lättare når den vårdsökande (Eriksson & Lindström, 2005a). Rådgivande ögonsjuksköterska överför en känsla av "begriplighet" med hjälp av god information om den situation som den vårdsökande befinner sig i med hänsyn till bakomliggande sjukdomar. Resultatet visar att beslutsstödet kan fungera som ett stöd i kommunikationen med den vårdsökande men även med personal vid andra vårdenheter. I en del fall förklarade ögonsjuksköterskan beslutsstödet upplägg och funktion som stöd i dialogen med den vårdsökande för att öka acceptansen av det beslut som fattades.

Ett etiskt dilemma som kan uppstå vid telefonrådgivning är att den vårdsökande blir för personlig (Holmström & Höglund, 2007). En personlig relation till den vårdsökande kan leda till att beslut styrs av känslor och inte enligt de riktlinjer som är uppsatta för beslut. Användandet av beslutsstöd bidrog att ögonsjuksköterskan undvek personlighetsrelaterade beslut gentemot den vårdsökande. Prioriteringen underlättades genom att den vårdsökande som gav uttryck för kraftiga besvär inte alltid bedömdes mest akut. Beslutsstödet stödjer opartiska beslut vilket leder till lika god och säker vård för alla (SFS, 1998:531, kap. 2, 1§ & 6).

Enligt ögonsjuksköterskorna och tidigare studier baseras de flesta beslut på tidigare erfarenheter och införskaffad kunskap bortsett från beslutsstödet (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). För att kunna sätta sig in i och se den vårdsökandes situation och behov, kompletterar beslutsstödet och det aktiva lyssnandet varandra. För att kunna göra en korrekt prioritering bortsett från beslutsstödet, uttryckte ögonsjuksköterskan vikten av att lyssna, tänka aktivt och inte forcera fram samtalet. Rösten och orden leder till en visualiserad bild av den vårdsökande och dennes problem (Edwards, 1998). Utifrån en tänkt bild som baserats på vad och hur en vårdsökande lägger fram sina problem görs en bedömning av omvårdnadsbehov eller egenvård.

För att kunna förstå omvårdnadsbeslutet på ett hanterbart sätt, krävs att den vårdsökande får god insikt om sitt ögonstillstånd och den hjälp och behandling som står till förfogande för just den specifika ögonåkomman. Personer med god insikt om sin ögonsjukdom och behandlingsform uppfattar att det finns möjlighet att påverka sin situation men är även medveten om eventuella begränsningar till bättring eller tillfrisknande (Eriksson & Lindström, 2005a). Vid råd om egenvård kan den vårdsökande få en känsla av ”meningsfullhet” med hjälp av att ögonsjuksköterskans motivering av behandling och förebyggande ögonvård. Ett anpassat förhållningssätt till varje enskild individ leder till att råd och beslut lättare når den vårdsökande, vilket resulterar i ett bra patientbemötande och en känsla av sammanhang.

## **Brister i beslutsstödet**

Enligt tidigare studier upplever telefonsjuksköterskor ofta stress över att bristen på resurser sätter gränser för att boka in en vårdsökande för undersökning (Farquharson et al., 2012; Holmström, & Dall'Alba, 2002). Arbetsrelaterad stress kan leda till psykisk ohälsa, bristande tillfredsställelse, bristande omvårdnad och risk för felbedömningar (Farquharson et al., 2012). Trots tidigare studier om stress, uppgav ögonsjuksköterskorna i förekommen studie inget uttryck för stress i sitt arbete som telefonrådgivare. Vid vetskap om hög belastning på mottagningen, upplevde ögonsjuksköterskorna beslutsstödet som en hjälp i att boka in ytterligare vårdsökande då det medicinska behovet enligt beslutsstödet pekade på det. Det som upplevdes negativt att beslutsstödet inte täckte alla situationer som till exempel vid postoperativa besvär och neurooftalmologiska diagnoser. Vid situationer där beslutsstödet inte är tillräckligt utformat finns en tänkt risk att tid kan behöva tas från efterkommande samtal på grund av konsultation med kollegor. Kringarbeten som inte är inräknat i telefonrådgivningstiden leder till att tidsschemat blir förskjutet (Holmström, Rosenqvist & Röing, 2013). Telefonrådgivning innebär arbete under tidspress och begränsat utrymme för extra arbetsuppgifter eller ingående samtal. Vårdsökande som inte får hjälp enligt överenskommen tid, kan bli irriterade och otrevliga, vilket skapar en osäker, stressfylld och ohälsosam arbetsmiljö.

Telefonrådgivare ställs ibland inför situationer där problemet inte är kopplat till fysisk sjukdom utan till stress och oro, vilket kan leda till svårigheter i bemötandet och i beslutstagandet om hänvisning till annan vårdinstans är aktuell (Holmström, & Höglund, 2007). Ögonsjuksköterskorna menade att beslutsstödet inte var fullt användbart utan var i behov av att ständigt utvecklas och uppdateras. Enligt resultatet i denna studie upplevde ögonsjuksköterskorna ibland tillfällen då beslutsstödet inte kunde användas, till exempel vid situationer när den vårdsökande uttryckte stark oro trots att besvären ur ögonsynpunkt inte var akuta. Ett välfungerande beslutsstöd som leder till goda omvårdnadsresultat kan utformas utifrån ett samarbete mellan ögonläkare och ögonsjuksköterskor (Hyun Jung & Hyeoun-Ae, 2011). Kunskap och insikt om människors olika förutsättningar av KASAM kan utgöra ett komplement till ett utformat beslutsstöd. Telefonrådgivaren kan utifrån kunskapen om KASAM hjälpa den vårdsökande att hitta ett hälsosamt förhållningssätt till sin situation och sjukdom, vilket kan minska oro och stress hos den vårdsökande (Eriksson & Lindström, 2005a).

## **Vårdkvalitet ur ett patientperspektiv**

Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvården innebär samma rättigheter för patienten som för övrig vård inom landsting och regioner, där omtanke och respekt att arbeta för

en god och säker vård är centrala begrepp (SFS, 1998:531, kap. 2, 1§ & 6§). Koppling till studien kan ses då ögonsjuksköterskorna ansåg att användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning bidrar till kvalitet och kontinuitet för vårdsökande. Ögonsjuksköterskorna beskrev vidare att beslutsstödet resulterar i att lika vård kunde erbjudas, trots att det kunde vara olika rådgivande ögonsjuksköterskor, detta ansågs positivt för patienten. Ögonsjuksköterskorna fann att beslutsstödet medförde att vårdsökande bemöts och tas om hand på bästa sätt, särskilt om det är många ögonsjuksköterskor på arbetsplatsen. Ett beslutsstöd utformat för telefonrådgivning är därför en hjälp vid kommunikation mellan telefonsjuksköterska och vårdsökande (Holmström & Dall' Alba, 2002). Vidare upplevde ögonsjuksköterskorna att patientkvaliteten ökade då allvarligt sjuka prioriteras med utgångspunkt från beslutsstödet och att alla vårdsökande bedöms utifrån samma kriterier, symptom och diagnos. Samband kunde ses med studien där Edwards (1998) menar att telefonsjuksköterskan bedömer den vårdsökandes situation och vårdbehov utifrån sin förmåga att skapa sig en tänkt bild av personen och dennes patologi samt genom utarbetade bedömningsformlär. Samband ses med vad Holmström, Rosenqvist & Röing (2013) kommit fram till, att ögonsjuksköterskorna med hjälp av en god kommunikation och ett välfungerande beslutsstöd skall kunna ge den vårdsökande säker vård (Holmström, Rosenqvist & Röing 2013).

## **Konklusion och implikation**

Användandet av beslutsstöd varierade beroende på erfarenhet och situation. Fyra kategorier framträdde ur analysen, kunskapskälla vid behov, stöd i yrkesrollen, brister i beslutsstödet och vårdkvalitet ur ett patientperspektiv. För ögonsjuksköterskor med erfarenhet av arbetsuppgiften användes beslutsstödet i komplexa och vid sällan förekommande situationer. Ett väl utarbetat beslutsstöd ansågs vara nödvändigt för oerfarna av arbetsuppgiften, vilket bidrog till att skapa rutin i arbetet. Beslutsstöd gav en känsla av trygghet vid bedömningar. Vikten av att uppdatera och komplettera beslutsstödet kontinuerligt ansågs stor i strävan efter att erbjuda säker vård på lika villkor.

Ökad kunskap kring ögonsjuksköterskors upplevelser av telefonrådgivning och beslutsstöd kan användas till ökad förståelse av denna arbetsuppgift. Kunskap om ögonsjuksköterskors upplevelser kan bidra till att främja och utveckla en god arbetsmiljö. Ur ett långsiktigt perspektiv kan ekonomisk vinst uppnås då en god arbetsmiljö har hälsosamma effekter på hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan leda till mindre sjukfrånvaro. En god arbetsmiljö med bra arbetsverktyg kan komma att leda till att ögonsjuksköterskan får större möjlighet att göra korrekta och effektiva vårdbedömningar, vilket kan leda till sänkta kostnaderna för hälso- och sjukvården och för den vårdsökande. Fortsatt utveckling av detta ämne rekommenderas då det upplevdes finnas brister i beslutsstödet både ur ett omvårdnads- och diagnostiskt perspektiv. För att komplettera bristen av beslutsstöd ur ett omvårdnadsperspektiv kan bedömning av varje enskild situation kompletteras med stöd av Antonovskys teori, KASAM. Utveckling av den diagnostiska delen av beslutsstödet kan utformas i samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal vid aktuell ögonklinik.

På grund av att studien är utförd i liten skala med sex deltagande ögonsjuksköterskor, anses den som en pilotstudie. Det rekommenderas att genomföra studien i en större

skala eftersom det kan vara av värde att även intervjua nyutbildade ögonsjuksköterskor med kortare erfarenhet av beslutsstöd vid telefonrådgivning.

## Referenser

- Albrecht, S., Libert, C., Källstrand-Ericson, J., Martin, L., & Östlinder, G. (2009). *Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialisering inom ögonsjukvård*. Riksföreningen för ögonsjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 14-05-29 från:  
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2226/Kompetensbeskrivning.pdf>
- Edwards, B. (1998). Seeing is believing - picture building: a key component of telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 51-57.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005a). Salutogenesis. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59, 440-442.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005b). Professor Aaron Antonovsky (1923-1994): The father of the salutogenesis. *Journal of Epidemiol Community Health*, 59, 511.
- Ernesäter, A., Holmström, I. & Engström, M., (2009). Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1074-1083.
- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C., & Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635.
- Föreningen för telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård, TRIHS & Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för telefonsjuksköterska*. Hämtad 2014-05-29 från:  
[http://www.esh.se/fileadmin/erstaskondal/Alumni/vanforeningen/vanforeningen\\_kompetensbeskrivning\\_telefonsjukskoterska.pdf](http://www.esh.se/fileadmin/erstaskondal/Alumni/vanforeningen/vanforeningen_kompetensbeskrivning_telefonsjukskoterska.pdf)
- Granheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Holmström, I; Rosenqvist, U; Röing, M (2013). Threats to patient safety in telenursing as revealed in Swedish telenurses' reflections on their dialogues. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 969-76.
- Holmström, I., & Dall'Alba, G. (2002). 'Carer and gatekeeper' -conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Nordic College of Caring Sciences*, 16, 142-148.
- Holmström, I., & Höglund, A T. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (10), 1865-1871.
- Holmström, I. (2008). Förord. Ingår i Holmström, I. (red) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*, (ss 13-17). Lund: Studentlitteratur.

Högskolan Halmstad. (2014). Ansökan om etikprovning. Hämtad 14-05-29 från: <http://www.hh.se/hos/student/upsatsinformation/ansokanometikprovning.65438602.html>

Hyun Jung, L. & Hyeoun-Ae, P. (2011). Development of Telephone Consultation Algorithm for Patient Discharged with Ophthalmic Disease. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 17, (3), 336-348.

Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Ledin, A., Olsen, L., & Josefsson, K. (2011). Sjuksköterskors syn på svårigheter i telefonrådgivning: En litteraturstudie. *Vård i Norden*, 100, 31(1), 11-18.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, G. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (ss 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, G. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (ss187-201). Lund: Studentlitteratur.

Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgquist, L., Baigi, A., & Fridlund B. (2007) Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of Nursing Management* 15, 180-187.

Marsden, J. (2000). An evaluation of the safety and effectiveness of telephone triage as a method of patient prioritization in an ophthalmic accident and emergency service. *Journal of Advanced Nursing*. 31(2), 401-409.

Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. Ingår i Granskär M., & Höglund-Nielsen, B. (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (ss 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Tatano Beck, C. (2010). *Essentials of nursing research -appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pure-Stephensson, R. J., & Trasher, C., (2010). Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 482-494.

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

SFS 1985:562. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

SFS 1998:531. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 2009:6. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Snooks, H. A., Williams, A. M., Griffiths, L. J., Peconi, J., Rance, J., Cheung, W-Y. (2007). Real nursing? The development of telenursing. *Journal of advanced nursing*, 61(6), 631-640.

Susan M. D., & Rose O. S. (2009). The First Year of Practice: New Graduate Nurses' Transition and Learning Needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (9), 403-410.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 14-05-29 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wahlberg, A. C., Cederslund, E., & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experiences of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 37-45.

Wahlberg, A.C. (2004). *Telephone advice nursing. Callers' perceptions, nurses experience of problems and basis for assessments*. Stockholm: Karolinska institutet.

Wahlberg, A. C. (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm: Liber AB.

1177 Vårdguiden (2014). Hämtad 2014-05-29 från: <http://www.1177.se/Om-1177/1177-Sjukvardsradgivningen/>

1177 Vårdguiden (2013). Hämtad 2014-05-29 från: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/?cat=%C3%96gon>

# **Bilagor**

## **Bilaga 1**

### **Intervjuguide**

#### **Huvudfråga:**

Hur upplever du användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning?

#### **Ytterligare frågor:**

Vilken typ av beslutsstöd använder ni?

Vad är din erfarenhet i användandet av beslutsstöd?

Vad är din åsikt om beslutsstöd vid telefonrådgivning?

Vilken betydelse, har beslutsstöd vid telefonrådgivning, för dig?

Hur använder du beslutsstödet vid telefonrådgivning?

Beskriv en situation som påverkat dig?

Finns det situationer när det är särskilt lämpligt med beslutsstöd vid telefonrådgivning?

Finns det situationer det är mindre lämpligt med beslutsstöd vid telefonrådgivning?

#### **Följdfrågor:**

Hur menar du?

Kan du utveckla det lite mer?



## Bilaga 2



### **Information om studien – Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning.**

**Bakgrund och syfte:** Vi är tre sjuksköterskor, som går en vidareutbildning till ögonsjuksköterskor på högskolan i Halmstad. I denna utbildning ingår ett vetenskapligt arbete på magisternivå inom ämnet ögonsjukvård, oftalmologisk omvårdnad. Vi är intresserade av telefonrådgivning inom ögonsjukvård och därför önskar vi fördjupa oss i det. Då vi funnit att forskning kring ögonsjuksköterskors erfarenheter kring telefonrådgivning är bristande, finns intresse att belysa deras upplevelse och erfarenhet av telefonrådgivning.

Syftet med intervjustudien är att beskriva ögonsjuksköterskors upplevelser av användandet av beslutsstöd vid telefonrådgivning.

**Förfrågande om deltagande:** Du tillfrågas om deltagande i studien då du arbetar som ögonsjuksköterska och har erfarenhet av telefonrådgivning inom ögonsjukvård. När och var intervjun skall utföras bestäms och bokas in i samråd med dig i det fall du tackar ja till ett deltagande i studien. Sänd med fördel din önskan att delta via den e-postadress som du fick med detta informationsbrev.

**Hur går studien till:** Endast en student kommer genomföra intervjun och vara närvarande vid intervjutillfället. Intervjun beräknas ta cirka 30 minuter. Frågorna som kommer att behandlas under intervjutillfället, återfinns som bilaga till denna förfrågan, vilka du med fördel kan läsa igenom innan intervjutillfället. Intervjun kommer att spelas in med ljudupptagning för att sedan skrivas ner och sammanställas i ett vetenskapligt arbete.

**Fördelar att delta:** Att delta i denna studie kan leda till att främja utveckling av den specifika verksamheten avseende telefonrådgivning och beslutsstöd inom ögonsjukvård.

**Hantering av data och sekretess:** Allt intervjumaterial aidentifieras, vilket innebär att insamlat material inte kommer kunna kopplas till dig personligen. Datamaterialet förvaras inlåst och enbart vi som ansvariga studenter för denna studie och handledaren kommer ha tillgång till insamlat intervjumaterial. Intervjumaterialet används endast i denna studie och kommer sedan att raderas. Önskar du avbryta under intervjuens gång kommer insamlat material att makuleras.

**Information om studiens resultat:** Om önskemål finns, skickas ett exemplar av studiens resultat till dig.

**Ersättning:** Ingen ekonomisk ersättning kommer att utbetalas.

**Frivillighet:** Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan förklaring.

**Ansvariga:**

Jenny Bjur, magisterstudent vid Högskolan i Halmstad  
mail: jenbju12@student.hh.se

Paloma Sangüesa, magisterstudent vid Högskolan i Halmstad  
mail: palsan12@student.hh.se

Sara Olausson, magisterstudent vid Högskolan i Halmstad  
mail: sarola12@student.hh.se

Handledare: Marie Lydell, lektor vid Högskolan i Halmstad  
mail: marie.lydell@hh.se

**Med vänliga hälsningar**

**Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson**

## **Bilaga 3**

### **Intyg från ansvarig chef på kliniken**

#### **Projekttitel**

Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning.

#### **Projektansvarig**

Jenny Bjur, Paloma Sangüesa & Sara Olausson

Härmed intygas att ovanstående studie genomförs vid ögonkliniken under förutsättningen att en ansökan är inskickad till Lokala etikprövningsgruppen vid Högskolan i Halmstad och godkänd.

Ort

2013

#### **Underskrift**

Namnförtydligande

Titel

**Aktuell klinik/enhet**

## **Bilaga 4**

# **Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning.**

### **Samtycke till deltagande**

Härmed samtycker jag till deltagande i studien ”**Ögonsjuksköterskors upplevelser av beslutsstöd vid telefonrådgivning**”.

Jag har fått såväl muntlig som skriftlig information om studiens syfte och genomförande.

**Ort:**

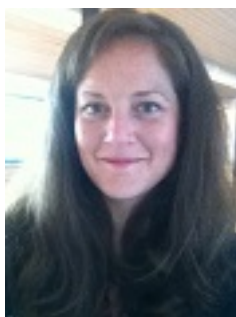
**Datum**

**Underskrift (informant):**

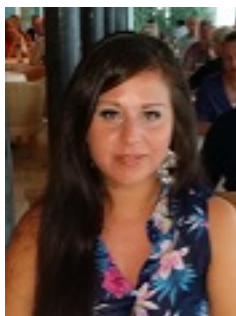
**Namnförtydligande:**

**Underskrift (intervjuare):**

**Namnförtydligande:**



Jenny. Sjuksköterskeprogrammet, 180hp, Fil. kand. omvårdnad, sjuksköterskeexamen, 2010, Högskolan i Gävle. Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad, 60hp, ögonsjuksköterska, Fil. mag. omvårdnad, 2014, Högskolan i Halmstad. kajkatrollet@icloud.com



Paloma. Sjuksköterskeprogrammet, 180hp, Fil. kand. omvårdnad, sjuksköterskeexamen, 2007, Högskolan i Skövde. Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad, 60hp, ögonsjuksköterska, Fil. mag. omvårdnad, 2014, Högskolan i Halmstad. psanguesa@hotmail.com



Sara. Sjuksköterskeprogrammet, 180hp, Fil. kand. omvårdnad, sjuksköterskeexamen, 2009, Högskolan Väst. Specialisering inom ögonsjukvård - oftalmologisk omvårdnad, 60hp, Ögonsjuksköterska, Fil. mag. omvårdnad, 2014, Högskolan i Halmstad. sara.olausson@hotmail.com



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3  
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad  
Telefon: 035-16 71 00  
E-mail: [registrator@hh.se](mailto:registrator@hh.se)  
[www.hh.se](http://www.hh.se)