

Vårdbedömning av patienter via telefonkontakt inom primärvården

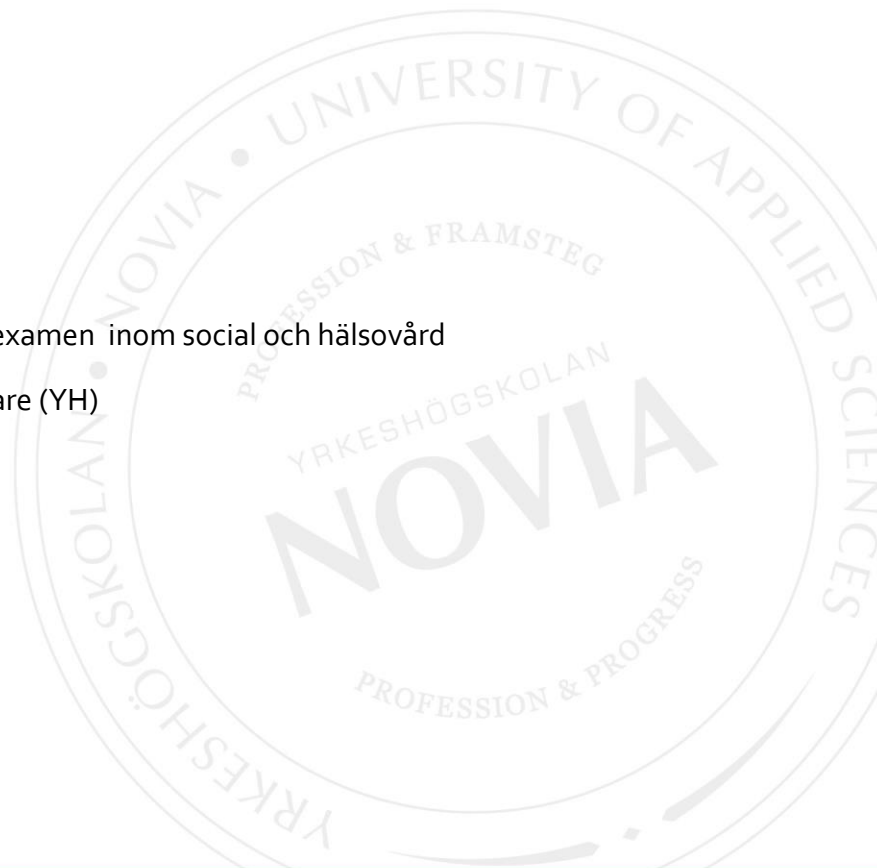
**Simulering som inlärningsmetod för professionella inom
hälsovård**

Jamina Ek
Erica Heinull

Examensarbete för (YH)-examen inom social och hälsovård

Utbildningen till sjukskötare (YH)

Åbo 2020



EXAMENSARBETE

Författare: Jamina Ek & Erica Heinull

Utbildning och ort: Sjukskötare och Hälsovårdare, Åbo

Handledare: Hanna Limnell

Titel: Vårdbedömning av patienter via telefonkontakt inom primärvård - Simulering som inlärningsmetod för professionella inom hälsovård

Datum 23.04.2020

Sidantal 27

Bilagor 3

Abstrakt

Detta examensarbete är en del av projektet DigiSimÅbo, vars syfte är att vård- och socionomstuderande ska lära sig använda simulation för att i framtida arbetsliv kunna säkerställa patientens eller klientens goda vård eller service inom social- och hälsovårdssektorn.

Syftet med examensarbetet är ta reda på vilka faktorer som bidrar till en mångsidig och professionell vårdbedömning via telefonkontakt och att bygga upp ett simuleringsscenario. Frågeställningarna i arbetet är: Hur utförs vårdbedömning via telefonkontakt? Vilka faktorer bidrar till en mångsidig vårdbedömning via telefonkontakt? och Hur kan man via simulering träna på vårdbedömning av patienter via telefonkontakt?

Examensarbetet är en litteraturstudie. Som bilaga finns sökhistoriken av de artiklar som ingår i arbetet samt en redogörelse av de avgränsningar som gjorts.

Resultatet av studien är ett simuleringsscenario som ska piloteras. Som hjälp vid vårdbedömningen av patienter via telefonkontakt har skribenterna valt att göra en struktur för att underlätta vårdbedömningen.

Språk: svenska

Nyckelord: simulation, handledning, vårdbedömning, distanskontakt, triage

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jamina Ek & Erica Heinull

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja (AMK) ja Terveystenhoitaja (AMK), Turku

Ohjaaja: Hanna Linnell

Nimike: Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse perusterveydenhuollossa - Simulointi terveydenhuollon ammattilaisten oppimismetodina

Päivämäärä 23.04.2020

Sivumäärä 27

Liitteet 3

Tiivistelmä

Tämä opinnäyte on osa DigiSimÅbo-projektia, jonka tavoitteena on opettaa terveyden- ja sosiaalialan opiskelijoita käyttämään simulaatiota varmistaakseen tulevassa työelämässä potilaan/asiakkaan hyvän hoidon tai palvelun sosiaali- ja terveysalalla.

Opinnäytön tarkoituksena on selvittää mitkä asiat edistävät monipuolista ja ammattimaista terveysarviointia puhelinkontaktin kautta ja rakentaa simulaatioskenaario. Tutkimuskysymykset opinnäytteessä ovat: Miten hoidon tarpeen arviointi suoritetaan puhelimitse? Mitkä tekijät edistävät monipuolista hoidon tarpeen arviointia puhelinkontaktin kautta? ja miten voi harjoitella potilaan hoidon tarpeen arviointia puhelinkontaktin kautta simulaation avulla?

Tämän opinnäytetyön menetelmä on kirjallisuuskatsastus ja myöhemmin tutkielmassa esitetään mitä lähteitä on käytetty. Liitteenä on myös haettujen artikkeleiden hakuhistoria, joka sisältää tehdyt rajoitukset.

Tutkimuksen tulos esitetään simulaatioskenaariona, jota pilotoidaan. Auttaakseen potilaiden arviointia puhelimitse, kirjoittajat ovat päättäneet luoda rakenteen hoidon arvioinnin helpottamiseksi.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: simulointi, opastus, hoidon tarpeen arviointi, etäisyyskontakti, triage

BACHELOR'S THESIS

Author: Jamina Ek & Erica Heinull

Degree Programme: Degree Programme in Nursing and Public Health Nursing

Supervisor: Hanna Limnell

Title: Health Assessment Through Phone Contact in Primary Care - Simulation as a learning Method for Professionals in Health Care.

Date 23.04.2020

Number of pages 27 Appendices 3

Abstract

This bachelor's thesis is a part of the project DigiSimÅbo, the purpose of which is to teach health and social students how to use simulation so that they in their future working life will be able to assure patients/clients good care or service in the social sector and the healthcare sector.

The purpose of this bachelor's thesis is to find out which factors contribute to a comprehensive and professional health assessment via telephone contact and to construct a simulation scenario. The research questions in this bachelor's thesis are: How is health assessment achieved via telephone contact? Which factors contribute to a comprehensive health assessment via telephone contact? How can one with the help of simulation practice assess health of patients via telephone contact?

The method for this bachelor's thesis is a literature review and later in the thesis different kinds of sources that have been used are mentioned. The search history for the articles that have been used where the different kinds of delimitations have been included, can be found in the appendices.

This study's results are presented in the form of a simulation scenario, which will later be a pilot study. As an aid in assessing health of patients via telephone contact, the authors have also chosen to form a structure to ease health assessment.

Language: Swedish

Key words: simulation, guidance, health assessment, distance contact, triage

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte, problemformulering och avgränsning.....	2
3	Metod.....	2
3.1	Datainsamling.....	3
3.2	Pilotering av simulationsscenario	4
3.3	Forskningsetik och tillförlitlighet	5
4	Vårdbedömning enligt Finlands lagar	6
5	Tillgång till primärvård.....	7
6	Vårdbedömning per telefon	9
6.1	Kommunikation och intervju av patient	10
6.2	Dokumentation i journalhandlingarna	11
6.3	Samordningen av vård- och omsorgsresurser	12
7	Olika perspektiv på vårdbedömning	13
8	Faktorer som påverkar vårdbedömningen.....	15
8.1	Kompetens och erfarenhet hos vårdaren	15
8.2	Arbetsmiljö	16
8.3	Etik vid telefonsamtal.....	16
8.4	Patientsäkerhet vid vårdbedömning.....	18
8.5	Sekretess och datasäkerhet.....	19
9	Simulationspedagogik.....	20
9.1	Simulation inom sjukvården.....	20
9.2	Planering av ett simuleringsscenario	22
9.3	Hur ett simulationsscenario är uppbyggt.....	23
9.4	Simuleringsetik	25
10	Diskussion	26
	Källor	28

Bilagor

Bilaga 1 sökhistorik för artiklar

Bilaga 2 scenariobotten

Bilaga 3 struktur

1 Inledning

Kvaliteten och säkerheten inom sjukvården beror på framgångsrik interaktion mellan individer, team och användningen av rätt resurser. Simulering inom sjukvården är känd som en metod för att utbilda individer och team i olika situationer. För att kunna skapa meningsfulla simuleringar för att träna de icke-tekniska färdigheterna som används, finns det ett behov av att utföra simuleringar med utmaningar för att utveckla inlärningsresultaten. (Zhang, Grandits, Härenstam, Hauge, & Meijer, 2018, s. 2.)

Kostnaden för misslyckanden är hög, den samhällsekonomiska bördan av ökade kostnader beror på långvarig behandling eller sjukhusvistelse (Zhang, Grandits, Härenstam, Hauge, & Meijer, 2018, s. 2). Genom att säkerställa god vård och service inom sjukvården via teoretiskt och praktiskt kunnande förbättrar man patientvården och minskar även kostnaderna för samhället. Detta gör att vårdbedömningen via telefonkontakt är viktig för att kunna ta rätt beslut och undvika onödiga besök. Men också ge vård till de som behöver den när det behövs. Genom detta kan man undvika möjliga komplikationer och eventuella sjukhusvistelser på grund av utelämnad vård vid hälsovårdscentralen.

Inom hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon finns i genomsnitt tre olika perspektiv man utgår ifrån: sjuksköterskans, den vårdsökandes och organisationens perspektiv. Till sjuksköterskans uppgift inom telefonkontakt hör att bedöma akuta vårdbehov, kunna ge råd, stöd och undervisning åt den vårdsökande, upplysa om hälso- och sjukvårdsinformation, hänvisa till passande vårdnivå och anpassa vård- och omsorgsresurser. Det andra perspektivet, den vårdsökandes, har som mål att öka patientens trygghet i vardagen, utöka patientens tillgänglighet, stöda patientens egenvård och hjälpa denne till rätt slags vård. Det sista perspektivet är organisationens och till det hör att se till att vården sker på samma villkor för hela befolkningen, minska mängden besök till akutmottagningar och primärvård, effektivt utnyttja resurser och öka åtkomligheten för vården. (Wahlberg A. C., 2007, ss. 10-11.)

Vårt examensarbete är en del av projektet DigiSimÅbo, vars syfte är att vård- och socionomstuderande ska lära sig använda simulation för att i framtida arbetsliv kunna säkerställa patientens/klientens goda vård eller service inom social- och hälsovårdssektorn. Inför detta projekt har vi valt att utveckla ett simuleringsscenario som baserar sig på teori inom vårdbedömning, samt hur man utför vårdbedömning via telefonkontakt. Med detta

examensarbete vill vi ge en inblick i hur simulation fungerar som inlärningsmetod, och vi vill även ge en inblick i hur man bedömer vårdbehovet individuellt via telefonkontakt.

2 Syfte, problemformulering och avgränsning

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på vilka faktorer som bidrar till en mångsidig och professionell vårdbedömning via telefonkontakt och att bygga upp ett simuleringsscenario som behandlar bedömning av individens vårdbehov via telefonkontakt på hälsovårdscentralen. Studien ska ge en inblick gällande vårdbedömning av patienter utan fysisk kontakt. I detta arbete syftar vi på sjukskötare och hälsovårdare när vi skriver om vårdpersonal. För att uppnå studiens syfte använder vi oss av frågeställningarna:

1. Hur utförs vårdbedömning via telefonkontakt?
2. Vilka faktorer bidrar till en mångsidig vårdbedömning via telefonkontakt?
3. Hur kan man via simulering träna på vårdbedömning av patienter via telefonkontakt?

Vi har avgränsat vårt examensarbete om vårdbedömning via telefonkontakt genom att utesluta akutvården och den fysiska kontakten samt den fysiska undersökningen av patienten för att fastställa vårdbehovet. Vi valde att inrikta oss på telefonkontakten inom primärvården och framförallt vid en hälsovårdsmottagning. Valet av detta område och avgränsningarna gjordes för att vi själva har upplevt det svårt att göra vårdbedömningar via telefonkontakt inom primärvården. Även vårdkontakten på distans har ökat i dagens samhälle då elektroniken gör stora framsteg även inom sjukvården. Resurserna inom primärvården i Finland räcker inte till, vilket gör vårdbedömningen via telefonkontakt ännu viktigare, med förbättrad kunskap och färdigheter hos sjukskötarna kan flera onödiga besök vid hälsovårdscentralerna undvikas. Applikationer och videosamtal är under process och utvecklas för att underlätta och effektivera vårdbedömningar och avlasta primärvården.

3 Metod

Metoden som använts i examensarbetet är litteraturöversikt. Litteraturöversikten är en del i forskningsprocessen som ger en bakgrund till forskningen och ger information om särskilda frågor eller problem. Den ger också en överblick över den forskning som redan har gjorts inom området så undersökningen kan använda tidigare kunskap. (Denscombe, 2018, s. 475.)

Litteraturöversiktens uppgift är att identifiera forskningsprojektets tankemässiga ursprung. De studier som ingår i litteraturöversikten är framsökta för att informera om vilka arbeten som anses vara mest relevanta för att sammanställa detta examensarbete. För att forskningen ska vara trovärdig ska vi som genomför forskningen ha gjort bakgrundsförberedelser och ha medvetenhet om vad som betraktas som god teori och praktik inom området, vilket på så sätt ökar forskningens trovärdighet. Material från litteraturens innehåll är relevanta och noggranna för projektets syfte och för att besvara frågeställningarna. (Denscombe, 2018, s. 476.)

För att genomföra en litteraturöversikt kan man följa dessa fem steg: 1. Identifiera frågeställning(ar), sökfrågor och förberedande urvalskriterier. 2. Sammanställ en sökstrategi och genomför sökningen av litteratur samt anteckna sökningen. 3. Relevansbedömning. I detta steg rensar man bort icke relevant litteratur utgående från abstrakt och titel, eventuellt fulltext. Även här ska avgränsningarna dokumenteras. 4. Kartläggning av olika studier, vilket innebär att utvinna och forma informationen som erhållits från litteraturen på ett meningsfullt sätt och man kan eventuellt utföra en kvalitetsbedömning på den samlade litteraturen. 5. I det sista steget sammanfattar man resultaten från litteraturen till ett resultat och berättar om den kunskap man samlat in. (Månsdotter, o.a., 2017)

Litteraturöversikten har använts som metod för att samla in teoretisk kunskap från olika källor och sammanställa ett tillförlitligt arbete av vårdbedömning av patienter via telefonkontakt. Vi har sökt information från artiklar och böcker, läst igenom materialet och sedan kort sammanfattat informationen från källorna i detta arbete.

Avsikten med detta arbete är, som tidigare beskrivit i syftet, att ta reda på vilka faktorer som bidrar till en mångsidig och professionell vårdbedömning via telefonkontakt. Hälso- och sjukvården skiljer sig mer eller mindre mellan olika länder och därför är det viktigt att använda sig av finländska källor. För att specifikt kunna ta reda på hur hälso- och sjukvården tillämpas i Finland samlar vi information och kunskap från olika finländska källor. De finska källorna som vi har använt oss av nämns under nästa stycke, datainsamling.

3.1 Datainsamling

I arbetet kommer vi att tillämpa oss av litteratur från olika böcker, både fysiska och elektroniska. Vi fokuserar oss på böcker som berör vårdbedömning inom primärvård och kommunikation mellan sjukskötare och den vårdsökande. Datainsamlingen till denna

litteraturoversikt har även gjorts elektroniskt via olika databaser. De databaser som vi har använt oss av för att hämta litteratur är CINAHL (EBSCO).

Sökorden vi använder oss av är bland annat: *simulation in nursing*, *professionell*, *vårdbedömning*, *health assessment*, *telephone triage* m.fl. och hela sökhistoriken av artiklarna finns som bilaga 1.

För att få en så mångsidig datainsamling som möjligt har vi även använt olika aktuella nätsidor. För att få bredare kunskap om hur vårdbedömningen ska ske just i Finland har vi använt oss av Finlex, där vi har utgått från olika lagar som är aktuella för hälso- och sjukvården i koppling till detta arbete, så som Hälso- och Sjukvårdslagen och Lagen om patientens ställning och rättigheter. Andra nätsidor där vi tagit relevant information från är social- och hälsovårdsministeriet samt THL, institutet för hälsa och välfärd och Valvira.

3.2 Pilotering av simulationsscenario

En pilotstudie (pilotering) kan definieras som en experimentell, utforskande, testande försöksomgång där man undersöker om en metod eller procedur fungerar. En pilotstudie är en småskalig preliminär studie där man utreder ifall de viktigaste och mest avgörande komponenterna i den huvudsakliga studien är genomförbara. När man utfört en pilotering kan man ställa frågan ”Kan man utföra studien som den var planerad eller ska någon eller några komponenter ändras?”. En utförd pilotstudie kan vara informativ, inte enbart för de som utför den, utan även för andra som gör liknande verk. (Thabane, o.a., 2010, ss. 1-3, 10.) För att försäkra sig om att informationen man fått genom en pilotstudie kan användas optimalt, ska de som utfört studien vara tydliga med vad syftet är för pilotstudien de planerat och ska ha i åtanke den övergripande forskningsfrågan som kommer att tas upp i framtida studier (Moore, Carter, Nietert, & Stewart, 2011, s. 336).

Vår pilotering av simulationsscenario baseras på teoridelen i vårt examensarbete om vårdbedömning via telefonkontakt inom primärvården. Vi planerade ett scenario som kan uppstå vid en hälsovårdscentral när den vårdsökande ringer in och tar kontakt för vård. Valet att utveckla detta scenario är för att vårdbedömningen är en viktig del för att avgöra om ett besök vid en hälsovårdscentral är nödvändig eller inte samt för att lära sig viktiga saker att veta vid utförandet av vårdbedömning. Simuleringen utgår från inlärningsmålen att handleda och kommunicera med vårdsökande via telefonkontakt. Scenariot avbryts när den vårdsökande är nöjd med de anvisningar som getts och de frågor som sjukskötaren besvarat.

Observatörerna får ta del av inlärningsmålen för observation vid piloteringen. Scenariobotten för simulationsscenarioet finns bifogat som bilaga 2.

Piloteringen äger rum i Yrkeshögskolan Novias klinik. Efter att ha piloterat vårt simuleringsscenario kan vi göra möjliga ändringar av eventuella brister som uppstått i vår beskrivning för att förbättra slutresultatet och utveckla produkten ytterligare. För att underlätta piloteringen av simulationsscenarioet har vi även utarbetat en struktur för hur man kan gå tillväga vid en vårdbedömning samt vilka saker som är viktiga att ta reda på, strukturen finns bifogad som bilaga 3.

3.3 Forskningsetik och tillförlitlighet

Öppenhet och transparens är centrala värden inom forskning. Grundläggande kriterier inom forskning uppfylls inte om forskningen inte delas med andra. Om ingen delade med sig av den forskning man gjort skulle vetenskapen fortskrida långsamt. Med god vetenskaplig praxis reflekteras öppenhet och när man öppet delar med sig av de metoder, material och resultat man fått i sin forskning kan man bekräfta forskningsresultatets tillförlitlighet och validitet och kan på så sätt skapa förtroende för forskningsprocessen och medförande resultat. Öppen vetenskap ger även samarbetsmöjligheter och ökar möjligheten att använda redan existerande forskningsmaterial och resultat. (Mustajoki, 2019)

I Finland är forskningsetik en allomfattande term för etiska perspektiv och bedömningar i samband med vetenskap och forskning. Ordet forskningsetik motsvaras i Finland av den engelska termen *research ethics*. Med forskningsetik avses att använda och främja verksamhetsformer som är etiskt försvarliga och korrekta i den vetenskapliga verksamheten och att identifiera och förebygga lagöverträdelse och oärligt vetenskapligt arbete inom vetenskapsområden. Vissa kunskapsområden har egna etiska riktlinjer och verktyg. Exempel på dessa är till exempel den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvård (ETENE), delegationen för bioteknik (BTNK) och den nationella kommittén för medicinsk forskningsetik (TUKIJA). Dessa kunskapsområden kan i sin tur ge mer detaljerade yrkesetiska anvisningar om exempelvis förhållandet mellan forskaren och undersökningsobjektet. (Varantola, Launis, Helin, Spoof, & Jäppinen, 2012, ss. 16-17.)

Litteraturen vi har valt är blandad mellan både äldre och nyare källor samt utländska, nordiska och finländska källor, detta på grund av att det finns lite forskning i Finland inom området. Vi har kritiskt granskat de utländska och äldre källorna vi har valt för att bibehålla

tillförlitligheten i arbetet. Vi har jämfört källorna med Finlands lagstiftning och enligt social- och hälsovårdsministeriet. Vi har även gallrat våra källor för att få de mest relevanta artiklarna för vårt examensarbete och för att besvara vårt syfte och frågeställningarna.

När man undersöker är det viktigt att man håller sig till det område som ska undersökas, alltså har en god validitet. Dels också att det görs på ett tillförlitligt sätt, alltså har en god reliabilitet. För att veta vad som mäts så måste mätningen vara tillförlitlig. (Patel & Davidson, 2003). De forskningar och artiklar vi har valt och använt oss av har varit forskade inom det område vi skriver om, vårdbedömning via telefonkontakt, vilket bidrar till en god validitet av valet av källor. Databasinsamlingen som använts är relevant för det problem som undersöks. De källor vi har valt har påpekat samma eller liknande saker i både artiklarna och böckerna och är av hög reliabilitet.

4 Vårdbedömning enligt Finlands lagar

Enligt kapitel 6, 51 § i (Hälso- och Sjukvårdslag, 1326/2010) ska kommunen ordna sin verksamhet på så sätt att en patient kan få kontakt på vardagar under tjänstetid med hälsovårdscentralen eller annan verksamhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra bedömningen av vårdbehovet senast den tredje vardagen från att patienten tog kontakt om vårdbedömningen inte gjorts första gången.

Enligt (Lag om patientens ställning och rättigheter, 785/1992) kap 2, 3 § har patienten rätt till god kvalitet på hälso- och sjukvård och vården ska ordnas så att patientens människovärde inte kränks och patientens integritet respekteras. Patientens modersmål, kultur och individuella behov ska så långt som möjligt beaktas i både vården och bemötandet.

I statsrådets förordning (1019/2004) om förverkligande av rätten att få vård och om regionalt samarbete framgår i kap 1, 2§ att vid bedömningen av vårdbehovet ska det utredas orsaken till kontakten, sjukdomens symtom och svårighetsgrad samt hur brådskande situationen är med beaktande av de förhandsuppgifter som den som tar kontakt ger. Bedömningen av vårdbehovet förutsätter att den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården har adekvat utbildning, arbetserfarenhet och kontrakt med den verksamhetsenhet som ger vård, även ha tillgång till journalhandlingarna. I kap 1, 3§ framgår att bedömningen av vårdbehovet och den vårdanvisning eller åtgärdsförslag som givits ska antecknas i journalhandlingarna. Även hänvisning till tjänster som ges per telefon ska antecknas i

journalhandlingarna. Den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården ska försöka identifiera patienten och om någon annan tar kontakt för patientens räkning. Även på vilket sätt patienten och kontaktpersonen har identifierats ska antecknas i journalhandlingarna.

5 Tillgång till primärvård

Vårdanmälningregistret inom den öppna primärvården (Avohilmo) är en del av en större helhet som görs av vårdanmälningssystemen för socialvården samt hälso- och sjukvården (Hilmo). Registret innehåller uppgifter om besöksorsaker och åtgärder inom den öppna primärvården. Utgående från uppgifterna som samlas in produceras officiella statistiska uppgifter om primärvården, med dessa uppgifter genomför Valvira och THL gemensam uppföljning av tillgången till vård inom primärvården. För den öppna primärvården anges vilka uppgifter som poster som hämtats ur datasystemen ska innehålla. Avohilmo-posten utgörs av kontakt, vårdbedömning, tidsbokning och genomförandet av besöket. (Arajärvi, o.a., 2019, s. 13.)

I datainnehållet i primärvården ska det framgå grundläggande uppgifter om klienten, basuppgifter om besöket eller vårdperioden, kontakttagandet, bedömning av vårdbehovet, tidsbokning, eller sättande i vårdkö, genomförande av besöket eller vårdperioden, diagnoser, besöksorsaker och åtgärder, medicineringsuppgifter, uppgifter om vaccination, fysiologiska mätningar, hälsotillstånd, fortsatt vård, remiss till specialiserad sjukvård och eventuellt annullering. (Arajärvi, o.a., 2019, ss. 14-19.) De uppgifter som finns i registret är som stöd för planeringen och beslutsfattandet, dessa uppgifter kan tjänstetillhandahållarna använda vid uppföljningen och utvecklingen av verksamheten (THL).

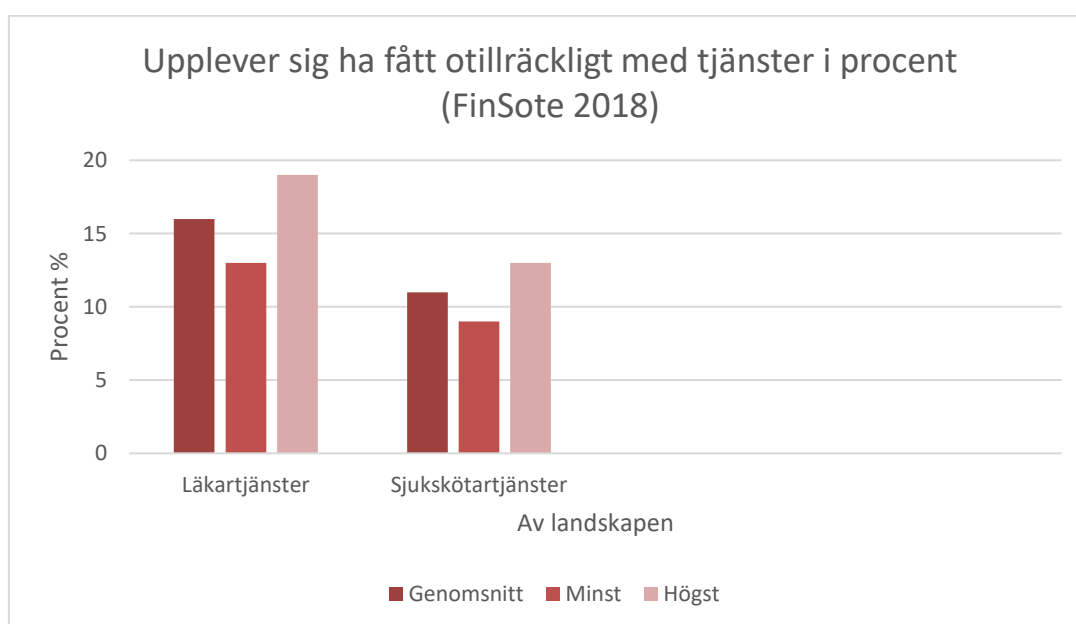
I Finland finns omkring 160 hälsocentraler. Social- och hälsovårdsministeriet har ansvar för lagstiftningen och beredningen av lagar inom hälsovård. För kommunens invånare är hälsovårdscentralen den mest använda vårdplatsen. Hälsovårdscentralerna erbjuder de hälso- och sjukvårdstjänster som kommunen ordnar men följer även upp och främjar befolkningens hälsa. (Social- och hälsovårdsministeriet).

Tillgången till primärvård varierar avsevärt regionalt. Skillnaderna beror på både strukturella orsaker som har att göra med de kommunala tjänsteordnarnas beslut. Problemen med likvärdig tillgång till tjänsterna beror på regionala skillnader i tillgången på läkare inom primärvården och antalet läkare i förhållandet till behovet. Behovet av läkare regionalt varierar mellan 4,4 och 8 per 10 000 invånare. Bristen på läkare inom primärvården ökar

användningen av sjukhustjänsterna och kostnaderna. (THL, institutet för hälsa och välfärd, 2018, s. 4.)

År 2017 använde ungefär tre fjärdedelar av Finlands befolkning primärvårdens öppenvård. Totalt var besöken över 25 miljoner, varav läkarbesöken utgjorde 26 procent, sjukskötar- och hälsovårdsbesök var 1,6 gånger fler än läkarbesöken. Besöken till den öppna sjukvården var år 2017 den största servicegruppen inom öppna primärvården och utgjorde 44 procent. Hälsovårdscentralerna hade 2,8 miljoner kunder inom den öppna sjukvården och hade 11 miljoner besök, varav hälften var läkarbesök. De senaste åren har användningen av primärvårdens tjänster nästan varit oförändrade, läkarbesöken har minskat men andra besök såsom sjukskötar- och hälsovårdsbesök ökade med 10 procent. (THL, institutet för hälsa och välfärd, 2018, ss. 21-22.)

Knappt hälften av patienterna fick komma till en läkarmottagning inom den öppna sjukvården för icke-brådskande vård inom en vecka från att de hade tagit kontakt till mottagningen. I Finlands landskap varierade tillgången till vård, som lägst 26 procent och som högst 70 procent hade en väntetid på under en vecka. Var sjätte av de som behövde tjänsten fick otillräckliga läkartjänster enligt FinSote 2018. 11 procent av dem som behövde läkartjänster hade fått otillräckliga tjänster av sjukskötare istället. I diagrammet nedanför framgår hur stor andel av landskapen (i procent) som upplevt sig ha fått otillräcklig läkar- eller sjukskötersketjänster. (THL, institutet för hälsa och välfärd, 2018, s. 10.)



Figur 1 Hur stor %-andel av landskapen som upplevt sig ha fått otillräcklig läkar- eller sjukskötersketjänster

Nettodriftskostnaderna för den öppna primärvården var nästan två miljarder euro 2017. Utgifterna gick upp till 355 euro per invånare. Skillnaderna mellan landskapen var stor, mellan 297 och 531 euro. Dock har nettodriftskostnaderna per invånare inte ökat de senaste åren. (THL, institutet för hälsa och välfärd, 2018, s. 23.)

År 2015 var arbetskraften inom socialservice och hälsotjänster sammanlagt 35 400 personer i egentliga Finland. Enligt yrkesbarometern som publicerades hösten 2017 råder i Egentliga Finland brist på bland annat läkare, närvårdare, sjukskötare, hälsovårdare samt förstavårdare. (THL, institutet för hälsa och välfärd, 2018, s. 7.) Personalen är en viktig framgångsfaktor och strategisk resurs för social- och hälsovårdsbranschen. Man kan inverka på vårdtjänstens kvalitet och resultat samt personalens välbefinnande om man utvecklar personalresurserna på vårdenheten. (Social- och hälsovårdsministeriet).

6 Vårdbedömning per telefon

Vårdbedömningen är en viktig del för att kunna planera vidare åtgärder för patientens vårdbehov. Alla patienter ska få vård men patientens allmäntillstånd avgör för hur prioriteringen av vårdåtgärder vidtas. Förmågan att snabbt kunna bedöma patientens allmäntillstånd är viktigt, grunden för detta bygger på systematik och grundlighet hos vårdaren. (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Leksell, & Karlsson, 2016). Att bedöma vårdbehovet via telefon är centralt för hälso- och sjukvårdsrådgivningen och detta kallas ibland för triage, vilket betyder sortering (Wahlberg A. C., 2007, s. 29). Det är ytterst viktigt att vårdaren som tar emot samtalet av den vårdsökande har aktuell kontaktinformation till andra vård- och serviceenheter så att patienten sedan kan hänvisas framåt till andra enheter (Mackaway-Jones, Marsden, & Windle, 2014).

I dagens läge behöver patienter och sjukskötare inte längre vara anträffbara på samma plats fysiskt tack vare telefonen och vården man kan få via den. Den fysiska kontakten mellan patienten och sjukskötaren har under lång tid varit sjukskötarens främsta verktyg för att vårda patienten. Vård på distans är utmanande eftersom man inte kan se den andra personen fysiskt och på så sätt kan sjukskötaren inte använda sig av alla sina sinnen, såsom syn och känsel. År 2007 fanns det vissa inom hälso- och sjukvårdspersonalen som ansåg att telefonrådgivning inte är ”riktig” vård. (Wahlberg A. C., 2007, s. 15.)

Telefonbedömning innebär att den första bedömningen görs av sjukskötaren för att avgöra den vårdsökandes hälsotillstånd och behov av vård. Bedömningen görs på basis av den

vårdsökandes uppgifter och resulterar i samordning av vård- och omsorgsresurser, bokning av läkartid eller annat vårdbesök, rådgivning och undervisning för att utföra egenvård. (Suserud & Lundberg, 2016, s. 113.) När den vårdsökande ringer till en vårdmottagning ska vårdaren utgående från informationen som samlats in genom intervjun kunna ta ett beslut om hur brådskande vårdbehovet är. Besluten som ska göras är: 1. Behöver patienten omedelbar och brådskande vård? 2. Behöver patienten vård inom de närmaste timmarna? 3. Kan vården skjutas upp till de närmaste dagarna? Och 4. Räcker det med endast råd och egenvård? (Mackaway-Jones, Marsden, & Windle, 2014).

Med hjälp av telefonrådgivning kan en del av de problem som vårdsökande har åtgärdas via primärvården. Även de som söker vård kan bli bättre hänvisade vidare till läkarmottagningen. Det är klokt att göra bedömningen av vårdbehovet redan första gången patienten tar kontakt, i och med att efterfrågan på service/telefonrådgivning ökar. Enligt rapporten om fältbesök inom ramen för det nationella hälso- och sjukvårdsprojektet 2004 anser vårdsökande inom primärvården att rådgivning via telefon är nödvändig. (Social- och hälsovårdsministeriet, 2004).

6.1 Kommunikation och intervju av patient

Trots att telefonen har blivit ett så viktigt kommunikationsredskap begränsar den kommunikationen avsevärt. Majoriteten av kommunikationen (55 %) som sker mellan två individer består av icke verbala uttryck, kroppsspråk, som till exempel ansiktsuttryck, gester och ögonkontakt. 38 % av kommunikationen baserar sig på hur man uttalar sig verbalt, dvs ton- och röstläge. De resterande 7 % av kommunikationen sker via de uttalade verbala uttrycken. Detta betyder att en sjukskötare förlorar 55 % av informationen, eftersom ansiktsuttryck och gester inte kan uppfattas via telefonkontakt. (Hickey & Newton, 2006, ss. 524-526.)

Det finns en samtalsprocess i fem faser: öppningsfasen, lyssnandefasen, analys- och bedömningsfas, åtgärdsfas samt avslutningsfasen (Suserud & Lundberg, 2016, s. 115). I öppningsfasen ska sjukskötaren lyssna på vårdsökaren och använda en röst som förmedlar intresse och trygghet. I lyssnandefasen fortsätter sjukskötaren lyssna på vårdsökaren, både på det verbala och icke-verbala språk/uttryck, samt gör en sammanfattning på det som vårdsökaren har berättat. I analys- och bedömningsfasen ställs frågor för att ta reda på eventuella orsaker till problemet, sammanfatta sinnessillstånd och känslor samt skapa en bild av problemet. I åtgärdsfasen förklaras bedömningen och råd samt information ges och

sjuuskötaren försäkrar att vårdsökaren uppfattat informationen rätt. I avslutningsfasen lämnas information om eventuella symtom som vårdsökaren ska uppmärksamma och en överenskommelse görs att vårdsökaren kontaktar vården igen om dessa symtom uppstår eller om vårdsökarens tillstånd inte blir bättre. (Holmström, 2008, ss. 71-76.)

Det finns olika tips för hur sjuuskötaren kan effektivt utföra vårdbedömningen av en patient på distans och de är följande; Lyssna noggrant vad den vårdsökande har att säga och inte anta diagnosen efter några utbytta meningar. Fråga öppna frågor, det ger mera information när den vårdsökande själv får beskriva sina symtom än om personen bara har slutna svar. Samla in tillräckligt och omfattande med information, begär personen att exempelvis mäta sin temperatur. Avbryt inte den vårdsökande utan låt personen prata färdigt innan följdfrågor ställs samt undvik att prata i medicinsk terminologi, utan på en nivå som den vårdsökande förstår. (Hickey & Newton, 2006, ss. 524-526.)

Att aktivt lyssna på vad personen i andra änden telefonluren har att säga är nyckeln till en framgångsrik intervju. Eftersom sjuuskötaren inte kan se patientens kroppsspråk är det ytterst viktigt att sjuuskötaren koncentrerar sig på vad patientens säger, ställer de rätta frågorna och inte drar förhastade slutsatser. Genom att ställa öppna frågor som patienten fritt kan besvara med egna ord får vårdaren mer information än om patienten bara skulle svara ja eller nej på frågorna. På så sätt känner patienten även att sin röst blir hörd och det byggs en tillit mellan vårdaren och patienten. Att upprepa det som sägs är ett bra verktyg för en effektiv kommunikation. När sjuuskötaren upprepar det patienten har sagt kan patienten uppleva att vårdaren faktiskt förstår vad hen upplever och försöker förklara och vårdaren kan klargöra information som kanske blivit missförstådd. Det är viktigt att i slutet av samtalet upprepa det som sagts och sammanfatta vilka symptom patienten upplever sig att ha och när båda parterna anser att man gått igenom allt kan vårdaren avsluta intervjun med att fråga ”finns det något annat jag kan hjälpa till med?”. (Hickey & Newton, 2006, ss. 524-526.)

6.2 Dokumentation i journalhandlingarna

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets förordning (298/2009) om journalhandlingar 6 § får yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av patienten göra anteckningar i journalen och den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården som dikterat anteckningarna ansvarar även för det som antecknas. Enligt 7 § ska de journalanteckningar som antecknas ha tillräckligt med betydande uppgifter som behövs för att god vård ska kunna ordnas, planeras, tillhandahålls och följas upp för en patient. Endast

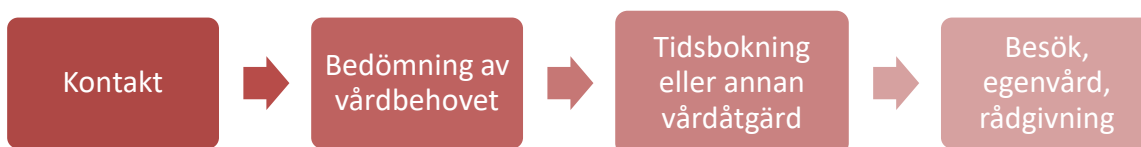
kända och godtagna begrepp och förkortningar får användas. Fler punkter på vad som får och inte får skrivas i journalhandlingarna finns i social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009/298.

I icke-brådskande fall ska alltid uppgifter om bedömning av vårdbehovet registreras i patientdatasystemet enligt 51§ i (Hälso- och Sjukvårdslag, 1326/2010).

Inom vårdarbetet är patientens journal ett av de viktigaste arbetsredskapen. Det är därför viktigt att alltid anteckna och dokumentera det som diskuteras, det man kommer fram till och de råd man ger den vårdsökande. Även för en telefonsjukskötare är detta mycket viktigt. En patientjournal kan innehålla den vårdsökandes *identitet*, *vem som ringt* in samtalet ifall det är någon annan än den som har hälsoproblemet. *Kontaktorsaken* bör även dokumenteras och vad bakgrunden till varför den vårdsökande söker vård är. Här kan beskriva symptom, symptombeteende, sjukdomsförloppet, medicinering, pågående vårdkontakter och eventuella diagnostiserade sjukdomar. *Bedömningen* som sjukskötaren gör ska dokumenteras och även *kontaktresultatet* där det exempelvis ingår egenvårdsråd och hänvisning till möjliga vidare kontakter. *Åtgärder och handlingsplanen* ska innehålla vilka åtgärder som gjorts och vilka framtida planerade åtgärder som kommer att göras, exempelvis återuppringning. I samband med detta ska även tidsangivelse finnas, så att man vet tidpunkten för dessa åtgärder. (Wahlberg A. C., 2007, ss. 54-55.)

6.3 Samordningen av vård- och omsorgsresurser

Efter att den vårdsökande tagit kontakt och sjukskötaren har utfört en vårdbedömning av den vårdsökandes vårdbehov kan samtalet leda vidare till en tidsbokning för ett läkarbesök eller annat vårdbesök på hälsovårdsmottagningen, rådgivning och undervisning om egenvård eller hänvisning vidare till en annan vårdenhet. Den vårdsökande kan också eventuellt annullera sin bokade tid innan besöket.



Figur 2 Processen vid telefonkontakten

Om bedömningen av vårdbehovet leder till ett besök på hälsovårdsmottagningen får man tidsbokningen till sin egen hälsovårdscentral som är den primära vårdplatsen vid alla sjukdomsfall (Turku).

Egenvård innebär att själv, eller med hjälp av någon annan familjemedlem eller annan person upprätthålla sin hälsa och att främja utveckling av hälsan (Taylor & Renpenning, 2011, s. 3). De riktlinjer för de åtgärder som ingår i egenvården kan variera beroende på patientens situation och hälsotillstånd. Vårdpersonalen gör en individuell bedömning tillsammans med patienten om hur egenvården ska genomföras och planeringen av egenvården bör ha patientens fysiska- och psykiska hälsa och livssituation som utgångspunkter för att verkställa vården på ett säkert sätt. (Martin, 2018, ss. 145-146.)

Beslutsfattning inom triage består i stora drag av olika steg som gör att man kommer fram till ett beslut. Till de tre huvudsakliga stegen hör identifiering av problemet, beslutsfattande om alternativen och valet av det mest lämpliga alternativet. Ett tillvägagångssätt för att göra ett kritiskt beslutsfattande är att följa fem steg: 1. Identifiera problemet, 2. Samla och analysera information relaterat till lösningen, 3. Överväg alla alternativ och välj en för genomförande, 4. Genomför de utvalda alternativen, 5. Övervaka genomförandet och utvärdera resultaten. (Marsden, Newton, Windle, & Mackway-Jones, 2015).

7 Olika perspektiv på vårdbedömning

Vårdsökande kan uppleva att väntetiden innan de får fram sitt telefonsamtal blir för lång. De kan också oroa sig över om det var nödvändigt för dem att ringa, eftersom de är osäkra på om deras hälsoproblem är tillräckligt allvarliga för att kräva professionell hjälp. Föräldrar till sjuka barn som ringer kan också uppleva osäkerhet och oro kring sitt barn. Ofta känner de sig tryggare och bekräftade efter att ha fått samtala med vårdpersonalen. Vårdsökande ringer oftast i situationer när de själva känner sig otrygga eller osäkra, när de inte kan bedöma/värdera sitt eget eller ens närståendes hälsoproblem. (Suserud & Lundberg, 2016, s. 115.)

I en empirisk studie som gjordes för att få fram den vårdsökandes perspektiv via telefonrådgivning framkom det att vårdsökande uppfattade telefonsamtalen som en professionell, pålitlig och tillgänglig tillgång i vardagen. De ansåg att egenvården främjades av de personliga råden som de fick. Telefonrådgivningen blev uppfattad som bra när vårdpersonalen var vänlig, stödjande, respektfull och lugn. Den upplevdes som

tillmötesgående och acceptansen ökade när de vårdsökande uppfattade att de fick delta aktivt i rådgivningen. De uppfattade också lättillgängligheten som enkel och tidsbesparande. (Ström, Marklund, & Hildingh, 2009).

Studier av (Edwards, 1998), (Pettinari & Jessopp, 2001), (Wahlberg, Cedersund, & Wredling, 2005) har visat att sjuksköterskan som svarar i telefonen kompenserar för att de inte kan se patienten, de skapar istället en mental bild av den vårdsökande och situationen. Även hur viktigt det är att vara uppmärksam på bakgrundsljud och symtomljud, när sjuksköterskan kan prata med någon annan än den som har hälsoproblemet. De som svarar i telefonen kan också uppleva sig vara utsatta i och med att de behöver en bred kunskap och riskerar att bli ifrågasatta. (Suserud & Lundberg, 2016, s. 116.) De upplever också att det saknas resurser i vården och det gör det svårare att hänvisa den vårdsökande till rätt vårdnivå (Holmström, 2008, s. 57). I en studie som gjordes för att få fram sjuksköterskans perspektiv på telefonrådgivning framkom att sjuksköterskorna uppfattade jobbet som stimulerande genom att det främjade personlig utveckling, autonomi och gav utmaningar. Sjuksköterskorna är också utsatta på grund av deras position, där det krävs omfattande kunskap och för att de utsätts för kritik. Jobbet uppfattades som hanterbart förutsatt att sjuksköterskorna är lyhörda, inte oroliga för deras prestationer, målmedvetna och självmedvetna. (Ström, Marklund, & Hildingh, 2006).

I Storbritannien har man redan i flera årtionden använt sig av telefontjänst inom vården. Tjänsten är en del av National Health Service (NHS). Via NHS Directs telefonnummer får man hjälp, och via tjänstens hemsida samt via digitelevisionen hittar man mycket information om till exempel olika sjukdomar. NHS telefonrådgivningslinje är öppen 24 timmar om dygnet och på tjänsten jobbar erfarna sjuksköterskor. (Syväoja & Äijälä, 2009, ss. 134-135.) NHS beskriver vad som bör ingå för en hållbar sjukvård. Vården ska finnas nära hemmet, inläggningar på sjukhus ska vara sällsynta och nyckelkomponenten är välbefinnande och den som söker vård ska få direkt hjälp via internet, telefon eller på vårdcentralen. Att den vårdsökande kan få primärvård på dagtid kostar mindre än om akut- eller jourmottagning vårdar patienten. Under helg och nattetid då primärvårdsresurserna inte är tillgängliga så hänvisas den vårdsökande till akutmottagning istället, fast vårdbehovet inte egentligen räknas till akutvård. (Suserud & Lundberg, 2016, ss. 116-117.)

8 Faktorer som påverkar vårdbedömningen

För sjukskötare som ska bedöma en patients hälsa och vårdbehov på distans finns det flera olika faktorer som påverkar vårdbedömningen. De faktorer som kan påverka vårdbedömningen är vårdarens kompetens och erfarenheter, arbetsmiljön, etiken och moraler samt riskfaktorer. För att kunna säkerställa en god och säker vård för patienten krävs det att dessa faktorer tas i beaktande och förbättras i mån av möjlighet.

8.1 Kompetens och erfarenhet hos vårdaren

Den vårdpersonal som jobbar inom primärvården med telefonbedömning av vårdbehov inom hälso- och sjukvårdens områden behöver en bred kompetens. För att ha en bred kompetens behövs också erfarenhet. Den sjuksköterska som svarar i telefon ska gärna ha klinisk kunskap inom omvårdnad. Om sjuksköterskan har kunskap inom området ger det en god bedömnings- och observationsförmåga samt förmågan att tillämpa och kunna tolka icke-verbal kommunikation. (Suserud & Lundberg, 2016, s. 115.) Bedömningen av vårdbehovet blir med tiden, och med mer erfarenhet och kunskap allt snabbare, detta kallas för ”pattern recognition” (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, Leksell, & Karlsson, 2016, s. 56). Med det menas att sjukskötaren lär sig känna igen samma typer av situationer för att lättare kunna göra en bedömning av vårdbehovet, en så kallad igenkänningsfaktor. Telefonsamtalet är oftast kort och ska hållas professionellt, vilket innebär att för den vårdsökande är det viktigaste är att få goda råd, möta en trevlig och sympatisk sjukskötare och få en tidsbokning inbokad. (Ledin, Olsen, & Josefsson, 2011, s. 11.)

Sjukskötaren som gör bedömningen ska ha kunskap i hur man intervjuar, och inte dra slutsatser för vårdbedömningen innan alla frågor är ställda (Mitchell, 2010). Sjukskötarens bedömning kan leda till tidigare vårdåtgärder och undvika onödiga akutvårdssituationer som kan uppstå (Wickersham, 2010). Att ha kompetenta sjukskötare som gör vårdbedömning via telefon säkrar god patientvård och minskar kostnaderna för samhället. Sjukskötaren som gör vårdbedömningen via telefon lyssnar aktivt, gör flera saker samtidigt, svarar empatiskt och utför vårdbedömningen självständigt med sitt eget självförtroende. Dessa färdigheter är indikatorer på emotionell intelligens och kritiskt tänkande som påverkar sjukskötarens arbets kvalitet, beslutsfattande och resonemang. Till emotionell intelligens hör färdigheter såsom problemlösning, stresshantering och kontrollerande av impulsivt beteende. Till kritiskt tänkande hör färdigheter att samla information utgående från frågor, tolka informationen och nå en slutsats. (Kroontz, 2019).

8.2 Arbetsmiljö

Arbetsmiljön spelar en stor roll för hur samtal mellan sjukskötare och den som ringer utspelas. Det händer ofta att telefonen finns på expeditionen eller i receptionen där personalen sitter och där alla datorer och faxar finns. Om man däremot som telefonsjuksköterska har någon annan telefonsjuksköterska i närheten ses det som en positiv sak eftersom man då kan fråga råd och kan dra nytta av både sin egen men också andras kompetens och erfarenhet. Att arbeta med kollegor i stället för att jobba ensam ses därför som en positiv sak eftersom man alltid har någon att fråga råd av. (Wahlberg A. C., 2007, ss. 92-93.) Det är viktigt att ha en sådan arbetsmiljö där telefonsamtalet är privat för patientens konfidentialitet. Om andra patienter vid mottagningen ser och hör sjukskötaren diskutera andra patienters problem, är sannolikheten större att de inte ringer nästa gång de har problem. (Hickey & Newton, 2006, s. 524.)

I en studie gjord 2018 av Josefsson med flera, undersökte de vilka erfarenheter av en hälsosam arbetsmiljö hälsopersonalen på en hälsovårdscentral har. Med denna studie ville de öka förståelsen av hur personalen upplever att en hälsosam arbetsmiljö på en välfungerande hälsocentral är. De kom fram till olika indikationer på en bra arbetsmiljö. En positiv, tillgänglig och rättvis ledare gör arbetsmiljön bättre, skicklig och saklig kommunikation mellan personalen och ett hjälpsamt tillvägagångssätt mellan personalen bidrar till en hälsosam och trevlig arbetsmiljö. Både chefer och personalen uppmuntras att aktivt arbeta, inte bara för att skapa och upprätthålla en hälsosam arbetsmiljö, utan även för att stöda organisationens goda moral, anställdas engagemang i arbetet, glädje och trivsel på jobbet och öka personalens prestationer på jobbet, vilket främjar både personalen, patienter och samhället. (Josefsson, Avby, Andersson Bäck, & Kjellström, 2018, ss. 406-409.)

8.3 Etik vid telefonsamtal

Många av de svåra telefonsamtalen inom primärvården innehåller en etisk dimension, ett etiskt problem eller dilemma. Ett utav de etiska problematiska situationerna är att kommunicera via en tredje part, vilket är vanligt när det gäller små barn, men redan när barnen blivit tonåringar blir det problematiskt. Det är även vanligt att kvinnor ringer för maken är sjuk eller mamman till ett vuxet barn ringer. Här sätts patientens autonomi i fokus, i och med att man inte vet om den som är i behov av vård vill få vård. Med autonomi inom vårdetiken avses att varje människa är fri, självständig och har både rätt och möjlighet att så

långt som det är möjligt fatta egna beslut om vad som ska ske i sitt eget liv. (Holmström, 2008, ss. 95-96.)

Ett annat etiskt problem är att diskutera personliga och känsliga problem via telefon. När man svarar i telefonen kan man aldrig vara säker på att den som ringer är den personen de uppger sig för att vara. Uppringaren lämnar information om namn och personbeteckning, men vårdpersonalen kan ändå inte kontrollera att det är rätt person. I detta fall äventyras integriteten. Med integritet avses att något är okränkbart och syftar på att inte bli kroppsligt kränkt och att känsliga upplysningar om patientens hälsotillstånd hanteras ansvarsfullt och inte blir utlämnat för andra. (Holmström, 2008, s. 97.)

Ett etiskt dilemma är otillräckliga resurser och bristande organisation, vilket medför prioriteringar i vården. När man prioriterar rangordnas behovet av vården som anses vara viktigt och värdefullt före något som bedöms vara mindre viktigt och angeläget. Prioriteringen kan ske enligt tre olika principer, människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och rättigheter. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att den som har störst behov av vård ska ges företräde och hänsyn ska ges till de svaga och utsatta grupperna. Kostnadseffektivitetsprincipen innefattar att sjukvårdens resurser ska användas där de gör mest nytta, behandlingar som är kostsamma och inte effektiva ska inte sättas in. (Holmström, 2008, s. 99.)

Ett annat dilemma är att balansera informationsbehovet med det professionella ansvaret. Genom att samla in information från tidigare journalanteckningar får man bland annat information om ålder, kön, sjukdomar och tidigare vårdkontakter. I samtalet kan vårdaren ställa frågor för att samla in övrig information och få en uppfattning om den vårdsökandes hälsotillstånd och livssituation. När vårdaren har en uppfattning om symtombilden rekommenderas den mest lämpliga vården för den vårdsökande. I vissa fall kan vårdsökande ta sina symtom på mindre allvar och tycka att den rekommenderade vården är onödig och avstå. Då uppstår en etisk konflikt mellan den vårdsökandes rätt att säga nej till information och behandling och sjukskötarens yrkesetiska plikt om att ge råd för den vård och behandling den vårdsökande behöver. (Holmström, 2008, ss. 100-101.)

Sjuksköterna kan ha olika uppfattningar och gör därför olika bedömningar gällande den vårdsökandes trovärdighet och rätt att få vård. Vilket kan gälla personer som ofta söker vård och räknas som besvärliga, tidskrävande eller hypokondriska enligt vissa sjukskötare, medan

andra sjukskötare anser att de har samma rätt till en korrekt vårdbedömning som andra vårdsökanden. (Holmström, 2008, ss. 101-102.)

I princip har varje yrkesgrupp inom vården egna etiska regler. Etisk kompetens är att följa etiska riktlinjer. Alla situationer är olika och unika måste sjukskötaren göra egna reflektioner och bedömningar gällande etiskt svåra situationer. Den egna etiska kompetensen och det egna moraliska ansvaret är något som varje enskild yrkesutövare arbetar med. Men det är även i uppgift för arbetsledningen att organisera arbetet så att yrkesutövaren kan utveckla sin yrkesetik och behålla den etiska kompetensen på en hög nivå. (Holmström, 2008, s. 103.)

8.4 Patientsäkerhet vid vårdbedömning

Eftersom vårdbedömningen sker via telefon kan det uppstå vissa problem och svårigheter. Risken finns att man inte får tillräckligt information för att kunna ge lämpliga råd, dokumenteringen blir bristande gällande de givna råden och oförmågan att förstå att genom att ge råd och anvisningar åt patienten skapar det en viss plikt åt patienten. Även om vårdpersonalen som tar emot samtalet har bristande kunskap eller är okvalificerad att ge lämpliga råd kan det orsaka fara för den vårdsökande. (Buppert, 2009, ss. 40-41.)

En av de vanligaste riskerna i samband med vårdbedömning via telefon är felkommunikation och missförstånd. I de fall där vårdbedömningen utförs av en tredje part, en närstående till den som behöver vård, ökar också risken eftersom de kanske inte kan beskriva exakta symtom eller missa vitala symtom helt och hållet. På grund utav den snabba arbetstakten via telefonkontakt kan sjukskötaren känna stress och fatta beslut snabbt med potentiella konsekvenser. (Baylis, 2012). Det finns också risker för felbedömning av vårdbehovet på grund av att en vårdsökande som ofta tar kontakt kan uppfattas som besvärlig, tidskrävande eller hypokondrisk. Här finns risken att sjukskötaren inte tar samtalet på allvar och slutar lyssna på den vårdsökande. (Holmström, 2008, s. 102.)

Det finns även risker med att patienten överdriver eller underdriver vid beskrivning av symptom och besvär. Det kan ibland vara svårt att veta när och om den vårdsökande över- eller underdriver sin ohälsa. För vissa vårdsökande kan det vara katastrofalt att ha en liten värta på handen medan det för andra kan vara en småsak att ha 40 graders feber. Orsaken till att man överdriver sina symptom kan vara att tillgängligheten för vård har minskat och den vårdsökande har lärt sig att man genom att överdriva symptomen snabbare får en läkartid. Här spelar även kulturskillnader en stor roll eftersom man i vissa kulturer omedelbart söker

vård för symptom som man i andra kulturer inte överhuvudtaget söker vård för. Det är bland annat i sådana fall som sjuksköterskan kan uppfatta att den vårdsökande överdriver. Att underdriva är inte heller något ovanligt och det visar sig att människor underdriver allvaret i livshotande symptom om de själva eller någon anhörig har drabbats. (Wahlberg A. C., 2007, s. 35.)

Risken finns att den vårdsökande inte uppfattat eller inte förstått vad sjuksköterskan sagt. Det är svårt för telefonsjuksköterskan att veta om budskapet gått fram och patienten har förstått de råd som sjuksköterskan givit. För att undvika att detta sker kan man avsluta samtalet med att sammanfatta det man sagt och de överenskommelser som gjorts med den vårdsökande. Genom att ge den vårdsökande möjligheten att i slutet av samtalet ställa frågor om sådant som blivit oklart minskar risken för missförstånd. (Wahlberg A. C., 2007, s. 34.)

Stress i arbetslivet kan vara arbetskrav, tidspress och motstridiga krav. Balansen mellan arbetsrelaterade krav och arbetstagarens egenkontroll är avgörande för upplevd stress och hälsa. Om arbetstagaren känner att arbetet ger en känsla av hög egenkontroll och möjlighet att använda sig av sina färdigheter och kunskaper upplevs en stimulerande arbetssituation. Däremot om arbetstagaren upplever för höga krav i samband med låg egenkontroll kan det leda till en spänd arbetssituation som på sikt kan leda till arbetsrelaterad stress och andra ohälsosamma effekter. Vid stress i arbetet ökar risken för felbedömning, vilket kan äventyra patientsäkerheten. För sjukskötarens hälsa är en hållbar arbetssituation viktig. (Ledin, Olsen, & Josefsson, 2011, s. 12.)

8.5 Sekretess och datasäkerhet

Social- och hälsovårdens handlingar är sekretessbelagda, handlingarna och de uppgifter som ingår får inte lämnas ut till obehöriga, uppgifter får lämnas ut endast om personen det gäller har gett sitt samtycke för det. Dock får sekretessbelagda uppgifter med samtycke av klienten eller hans lagliga företrädare lämnas ut till annan myndighet eller privat serviceproducent. Patientuppgifter kan lämnas ut utan samtycke mellan sjukvårdsdistriktet och hälsovårdscentralerna inom dess område när detta är nödvändigt för vård av patienten. Patienten kan förbjuda utlämnande av personliga uppgifter genom ett meddelande till sjukvårdsdistriktet eller hälsovårdscentralen. (Social- och hälsovårdsministeriet)

Alla tillhandahållare av social- och hälsovårdstjänster ska ha en dataskyddsansvarig som följer upp och övervakar hanteringen av personuppgifter. Övergången till riksomfattande

elektroniska klientdatasystem är en pågående process. Att ha ett enhetligt arkivsystem leder till bättre vård och tjänster men även bättre patient- och informationssäkerhet. (Social- och hälsovårdsministeriet)

När det gäller tystnadsplikten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården får en yrkesutbildad person inte avslöja en persons eller familjs hemlighet som hen fått reda på genom sin ställning eller uppgift. Denna tystnadsplikt finns kvar även efter att yrkesutövningen upphört. Tystnadsplikten gäller personer som är anställda hos en myndighet i tjänste- eller arbetsförhållande och personer som besitter ett förtroendeuppdrag. Tystnadsplikten medför förbud att avslöja en handlings sekretessbelagda innehåll. (Valvira, 2018).

9 Simulationspedagogik

Simulationsbaserad inläring var ursprungligen grundat för medicinsk utbildning som en metod för att lära sig särskilda färdigheter och rutiner för livshotande situationer. Därefter introducerades simuleringsbaserat lärande gradvis till hela behandlingsprocesser där hela vårdteamet som behövs för utförande av behandlingen deltog. Simuleringsbaserad inläring upptäcktes bland annat vara väl lämpad för sjukskötutbildningen. Men de tillämpningsområdena sträcker sig längre än till bara inom akuta situationer, till interaktion, etiska frågor och patientvägledning. (Poikela, Poikela , & Hanhimäki, 2012).

Enligt den vanliga förekommande uppfattningen finns det endast två slags kunskande, teoretisk och praktisk. Denna uppfattning om kunskap är förankrad djupt i västerländskt tänkande och kan spåras tre århundraden tillbaka till karesisk filosofi. Det handlar inte bara om att åtskilja teori från praktik utan också att skilja sinnet från kroppen, tänkandet från utförandet och det abstrakta från det konkreta. Teoretisk kunskap är den information som omvandlas till en konceptuell och symbolisk form och blir meningsfull för individen endast genom att bearbeta den. Praktisk kunskap fastslås av konkreta saker, såsom en maskin där kunskap är i en materialiserad form eller en myrkoloni som en del av miljön, dvs. organisk och ekologisk kunskap. (Poikela, Poikela , & Hanhimäki, 2012, ss. 18-20.)

9.1 Simulation inom sjukvården

Det kan sägas att pre-simulering inom medicinskt område grundades för ungefär hundra år sedan, 1911, när sjukskötaren Anna Bloomfield inrättade ”ett demonstrationsrum”

(Bloomfield, 1916). Simulationsbaserad inläring var inte helt introducerat till sjukskötarutbildningen innan slutet av 1900 och början av 2000-talet. Simulationsbaserad utläring fokuserar på problemlösning, multiprofessionellt samarbete och olika roller inom sjukvården. (Poikela, Poikela , & Hanhimäki, 2012). Galloway (2009) anser att när patientsäkerheten redan diskuteras i grundstudierna, kombineras simuleringsövningarna lärandet och de saker som rör patientsäkerheten på ett bra sätt.

Rollspel används i sjukskötarutbildningen för att förbättra studerandes sociala interaktion och förmåga till empati. Rollspelet gör det möjligt för studerande att testa sina metakognitiva förmågor. Användningen av riktiga patienter har varit vanligare inom medicinsk utbildning än i vårdutbildning i flera år. Denna inlärningsmetod kräver mer omfattande tillämpning av multiprofessionellt kunnande från studerande, flera studier om metoden har gjorts på grund av etiska aspekter. Det är också tekniskt möjligt att skapa en virtuell sjukvårdsmiljö. De enda hindren för att använda den är höga upphandlings- och underhållskostnader. Trots utmaningar utvecklas virtuella sjukvårdsmiljöer konstant. Mänskliga patientsimulationer (MPS) är nyckeln för simulatorutvecklingen. Simulatorerna har använts med goda resultat i medicinsk utbildning av studeranden och kliniska arbetare. (Poikela, Poikela , & Hanhimäki, 2012, ss. 32-33.)

När man talar om mänskliga patientsimulationer ges rollen som patient till en person som på förhand har lärt sig att porträttera patienten och alla dess hälsoproblem och bekymmer. MPS kan ta sig an många olika roller, allt från att vara en patient med små eller stora problem eller vara en familjemedlem. Dessa MPS har involverats i nyare typers simulationer, såsom sammanträffanden via telefonen och sammanträffanden via datorer. Den som har simulerat en patient har möjlighet att förse feedback till de andra i gruppen från ett patientperspektiv. Den personen ser allt ur patientens perspektiv och har på så sätt en större förståelse för patientens erfarenhet. Personen som simulerat patienten har möjlighet att ge muntlig feedback under debriefingen eller skriftlig feedback för senare reflektioner. När man ger rollen som patient åt en person att simulera kan man tänka på att informera personen om följande saker för att få en så tydlig och klar bild som möjligt av hurdan patienten är. 1. Patientens information: namn, ålder, födelsedatum, kön, etnicitet eller annan specifik information, exempelvis, ärr på kroppen eller andra fysikaliska fynd. 2. Påverkning: hur interagerar patienten (talesätt, emotionellt tillstånd) och ändras detta under simulationens gång eller på grund av någon händelse. 3. Orsaken för mötet: vad är huvudorsaken till att patienten tagit kontakt ur patientens perspektiv. 4. Det nuvarande medicinska problemen: detaljer om patientens nuvarande tillstånd (beskrivning av symptom, livskvalitet osv.) 5.

Ytterligare information om hälsan: allergier, tidigare sjukhusvistelser, medicineringar osv. 6. Familjehistoria: hälsoproblem inom släkten. 7. Social historia: hurdan livssituation patienten har, civilstånd, yrke, finansiell status, hobbyer, personliga vanor (diet, motion, användning av olika substanser). 8. Frågor eller bekymmer: ska patienten ha frågor som ska ställas under simuleringen eller ska hen ha bekymmer angående något. (Chiniara, 2019, ss. 33-37.)

Simulationsbaserad inläring är en metod för att skapa en erfarenhetsbaserad inlärningsupplevelse för studeranden. Ur studerandes synvinkel anses metaforen att förmedla information från teori till praktik och metaforen för informationskonstruktion i arbetslivet vara den viktigaste. Inläringsteorier leder inte logiskt till inlärnings principer, ändå kan undervisningen förändras under simuleringen. Tanken bakom simuleringsbaserat lärande är att när studerande utför simuleringen, överförs både tekniska och manuella omvårdnadsfärdigheter och metakognitiva förmågor till praktiken. Genomförandet av simulering inom omvårdnadsscenarioer kan aldrig uteslutas ur läroplanen utan finns där för att förbättra den kliniska kompetensen och patientsäkerheten. Det är en pågående process för ytterligare förbättringar och utveckling och kräver fortsatt forskning, särskilt inom det kliniska utbildningsområdet. (Poikela, Poikela, & Hanhimäki, 2012, ss. 68-70.)

Det konstruktiva konceptet för framgångsrik inläring belyser nödvändigheten av att utforma utbildningsmålen, arbetsformer och bedömning av målen för att uppnå det avsedda resultatet. Om simuleringen har icke-kliniska inlärningsmål, måste scenariot behandla exempelvis effektiv kommunikation i ett lämpligt sammanhang. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, s. 78.)

9.2 Planering av ett simuleringsscenario

När man planerar ett simuleringsscenario bör man först tänka på att simuleringens läroplan är giltigt och vetenskapligt korrekt. Genom att planera ett simuleringsscenario utgående från verkliga händelser kan man inte alltid garantera att scenariot blir det bästa möjliga. Innehållet bör vara interaktivt och engagerande. För att vara engagerande ska simuleringen utgöra en utmaning för deltagarna, men utan att misslyckande leder till nedsatt professionell självkänsla. (Chiniara, 2019, s. 210.)

Ett välplanerat scenario följer strukturen av en bra novell. I en novell kallas den första delen introduktion medan det i simulation kallas briefing. Under briefing ges deltagarna

information om omgivningen där simuleringen äger rum, karaktärerna som ingår i simuleringen, och den inledande case-relaterade informationen. Målet med simuleringen och förväntningarna bör framgå i briefingen. Den huvudsakliga delen i simuleringen motsvarar "the body of the plot" i litteraturskrifter. I den här delen äger det mesta av handlingarna rum. Beroende på hur oförutsedd eller förutsedd ett scenario är kan det ingå en höjdpunkt, en klimax, i innehållsdesignen. Om ett givet scenario har en kritisk prestationsindikator som bestämmer ifall scenariots resultat var framgångsrikt eller inte, kommer det att utgöras av höjdpunkten. Deltagarna i simuleringen avgör innehållet och händelserna i simuleringen men i debriefingen är det där man lär sig av det man simulerat och där den själva inläringen sker. Därför är det viktigt att debriefingen är noggrant utvecklat och dokumenterat. Debriefingen sker oftast efter simuleringen men det finns undantag. (Chiniara, 2019, ss. 210-211.)

9.3 Hur ett simulationsscenario är uppbyggt

Simulationsövningar är utvecklade enligt ett förbestämt tidsschema, där den som lär ut skriver casescenariot på förhand och integrerar följande komponenter: En översikt över scenariot där det ingår den ungefärliga tiden som krävs för att slutföra simuleringen och debriefingen, en kort sammanfattning av caset, målen med caset, förkunskaper, specifika instruktioner. En patientrapport ska ges till studerande, inklusive tid och kliniska symtom. All annan relevant patientinformation, såsom födelsedatum och sjukdomsbakgrund. En checklista för all nödvändig utrustning såsom material, dokumentationsformulär och mediciner. Hur många deltagare behövs i simuleringen. En exakt dokumentation av interventionen, inklusive tidsgränser, men utan dialog. Separat skrivs en lista över de korrekta omvårdnadsåtgärderna, de korrekta diagnoserna och en schemalagd förberedelse för debriefingen. (Poikela, Poikela, & Hanhimäki, 2012, s. 68.)

Man kan dela in simulationen i tre olika faser, den första faser handlar om planering och pre-briefing, den andra faser handlar om implementering av scenariot och tredje faser handlar om debriefing och utvärdering (Ulrich och Mancini, 2014, s. 92). Första faser, uppvärmningen börjar med pre-briefing och omfattar de aktiviteter som ska ta plats innan scenariot påbörjas. Hur deltagarna presenteras för simuleringen påverkar också simulationsresultatet och hur deltagarna fokuserar och aktiverar sig i simulationen. Om uppvärmningen varit kort eller saknas kan deltagarna uppleva det som svårt att integrera i simulationen. (Poikela, Poikela, & Hanhimäki, 2012, ss. 43-44.) Följande fas om implementering av scenariot innebär att deltagarna utför scenariot med de roller de blivit

angivna. Vid simuleringen kan man aldrig förutspå det som kommer hända under simulationen, men vid planeringen ska man planera utgående från vad man förväntar sig att deltagarna gör. Vid detta tillfälle kan man försöka styra deltagarna till rätt riktning genom att ge olika direktiv för att uppnå inlärningsmålen med simulationen. (Poikela, Poikela, & Hanhimäki, 2012, ss. 44-45.) Efter att simuleringsscenarioet är utfört börjar den tredje fasen, debriefingen och utvärdering.

Syftet med briefing är att bygga upp handlingen för scenarioet, hjälpa deltagarna uppnå scenariomålen, att skapa en psykologisk säker miljö för deltagarna och att genomföra briefing så realistiskt som möjligt. Deltagarna i briefing instrueras om vilka procedurer som kan eller inte kan utföras på exempelvis en docka, samt hur man utför dessa procedurer och hur dessa skiljer sig åt från de som utförs på en människa. (Abrandt Dahlgren, Rystedt, Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 61-62.) Pre-briefing och briefing är nyckelelement för simulationsbaserad inläring. The Society for Simulation in Healthcare definierar pre-briefing (också kallad orientering eller pre-simulation briefing) som pedagogisk presentation och briefing som introduktion till caset eller scenarioet. (Chiniara, 2019, ss. 471-472.)

Före själva simuleringen inleds görs en pre-briefing där man informerar deltagarna angående förhandsinformation som kan vara relevant till caset och man informerar även vad som förväntas av deltagarna under simuleringen. Det är handledaren som ger förhandsinformationen och det kan exempelvis vara bakgrundsinformation om klientens situation. (Osborne, Benner, Sprague, & Cleveland, 2016, s. 339.) Pre-briefingen sätter grunder för inläringen och hjälper deltagarna att få en psykisk säker omgivning och motiverar till att utföra simuleringen. I pre-briefingen är det nödvändigt att låta deltagarna bekanta sig med rummet där simulationen kommer att äga rum. Deltagarna kan även under pre-briefingen ställa frågor, testa och röra de olika föremålen som kommer att användas i simuleringen. (Chiniara, 2019, ss. 477-478.)

Debriefing inom simulering som inlärningsmetod kan ses som en av den mest kritiska och viktigaste fasen i simuleringen som stöder deltagarnas inläring. I debriefing tar man upp och diskuterar och reflekterar deltagarnas emotionella reaktioner, handlingar och interaktioner som uppstått ur simuleringsscenarioet. Debriefing är ett sätt att koppla ihop upplevelsen man haft om en händelse med att lära sig av det. Det vanligaste är att debriefingen äger rum först efter att man slutfört simuleringen. Debriefing-diskussionen kan ledas av en facilitator som följer en för-definierad strukturerad metod eller så kan debriefing-diskussionen vara självledd av de som deltagit i simuleringen. (Abrandt Dahlgren, Rystedt,

Felländer-Tsai, & Nyström, 2019, ss. 141-142). Under debriefingsprocessen diskuterar studeranden händelserna i simulationen, svarar på frågor, stöder varandra och arbetar tillsammans för att komma fram till vad som hände under simuleringsscenarioet och varför det hände. Studeranden blir även mer medvetna om vilka problem som kom upp under simulationen och kan diskutera och reflektera hur man kunde förbättra dem. (Mariani, Cantrell, & Meakim, 2014, s. 330.)

9.4 Simuleringsetik

Enligt vårdlitteratur kan empati beskrivas på många olika sätt. Uttrycket ”att gå en mil i patientens skor” är ett viktigt uttryck som bra beskriver empati. Empati definieras i kontext med patientvård som att kunna förstå patientens erfarenheter, oro och perspektiv kombinerat med att kunna kommunicera med patienten på ett sätt som får hen att förstå att man vill hjälpa. Empati kan även beskrivas som tre aspekter; attityd, kompetens och uppförande. Dessa tre aspekter är användbara inom utbildningen eftersom det gör empati mer konkret och tillämpligt. (Beest, van Bommel, & Adriaansen, 2018, ss. 1390-1391.)

Etiskt beslutstagande inom vården är ett komplicerat problem som kräver att vårdarna tänker kritiskt när det gäller olika situationer. Sjukskötare har alltid varit tvungna att ta komplicerade och svåra etiska beslut till exempel när det gäller palliativ vård, patientens rättigheter och sårbara individer såsom psykiatriska patienter och äldre. Eftersom tekniken går framåt vilket leder till förbättrad hälsa och som i sin tur leder till en åldrande population, kommer etiska problem att spridas och bli mer komplicerade. Sjukskötare måste kunna tänka kritiskt om etiska problem, kunna ta stöd av beslutstagande-modeller och kommunicera effektivt. Med hjälp av utbildning inom pedagogik kan sjuksköterna bli bättre på att ta dessa etiska beslut som kommer upp i vardagen. (Gropelli, 2010, ss. 104-105.) Genom att uppleva rollen som patient inom simulation lär sig sjukskötarstuderande viktiga aspekter kring empati. Man får förståelse för hur patienten känner och kan på så sätt förbättra sin kunskap i att kommunicera och få kontakt med patienten. Det etiska tänkandet utvecklas med tid och erfarenhet, vilket gör att unga, nyblivna sjukskötare ibland saknar samma etiska beslutsförmåga eftersom de har mycket lite erfarenheter i praktiken. (Beest, van Bommel, & Adriaansen, 2018, ss. 1390-1391.)

Idag är simulering en populär undervisningsmetod inom sjuksköterskeutbildningar. Fastän simuleringar med hög trovärdighet och realism har varit framgångsrika med att förbereda vårdare för olika situationer finns det vissa saker som begränsar inläringen. Deltagarna kan

känna sig obekväma med att tala med en docka som har begränsad eller ingen alls talförmåga. (Gropelli, 2010, s. 104.)

10 Diskussion

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på vilka faktorer som bidrar till en mångsidig och professionell vårdbedömning via telefonkontakt och att bygga upp ett simuleringsscenario som behandlar bedömning av individens vårdbehov. Studien ska ge en inblick gällande vårdbedömning av patienter utan fysisk kontakt. Vårt arbete strävade till att besvara frågeställningarna ”Hur utförs vårdbedömning via telefonkontakt?”, ”Vilka faktorer bidrar till en mångsidig vårdbedömning via telefonkontakt?”, ”Hur kan man via simulering träna på vårdbedömning av patienter via telefonkontakt?”.

Utgående från detta examensarbete kan man konstatera att vårdbedömningen via telefonkontakten är viktig, med tanke på tillgången till primärvården i Finland. Sjukskötarens egen kompetens och färdigheter har en stor inverkan på hur vårdbedömningen utförs och resultatet av den. Detta har även en stor betydelse för att undvika de så kallade onödiga besöken vid hälsovårdscentralerna. För att bidra till en mångsidig vårdbedömning krävs det att sjukskötaren känner till organisationens resurser, har färdigheter i kommunikation och intervju, har egen erfarenhet inom området och kan göra etiska beslut. Simulationerna inom social- och hälsovårdsbranschen är ett tryggt inlärningsredskap för att öva på ett scenario innan man utsätts för det i arbetslivet. Simulationerna är också viktiga med tanke på att kunna säkerställa god och säker patientvård i framtiden.

Eftersom befolkningmängden ökar runtom hela världen blir det allt fler personer som behöver vård. Den ökade befolkningmängden ökar efterfrågan på vård och man kommer hela tiden fram till nya sätt att utföra vården för att kunna erbjuda all den vård som behövs. Det blir allt vanligare att söka vård via distanskontakt, till exempel via applikationer eller nätet. Denna studie är aktuell i dagens samhälle eftersom allt mer inom hälso- och sjukvården digitaliseras och vård på distans blir allt mer aktuellt.

Som resultat i denna studie planerade vi ett simuleringsscenario och tanken var att pilotera scenariot (testa att scenariot fungerar) men på grund av virus-pandemin covid-19 var vi tvungna att avboka piloteringen pga. regeringens beslut i maj 2020 om att yrkeshögskolorna stängs och att man inte får samlas i en grupp på mer än tio personer men hoppas att andra i framtiden kan ha nytta av och simulera detta simuleringsscenario. På grund av detta kunde

vi inte heller utveckla och förbättra simuleringsscenarioet på basen av feedbacken från piloteringen. Simuleringsscenarioet som vi skapat handlar om en kvinna som ringer in pga. smärta vid urinering och vill nu ha hjälp av sjukskötaren som sitter vid hälsovårdscentralens telefonmottagning. I denna simulering fokuserar man på bemötning, handledning och vård av patienten.

Under arbetets gång och tack vare de handledningstillfällen och opponentskap vi fått kom vi fram till att göra en struktur för att underlätta vårdbedömningen av patienter via telefonkontakt. Syftet med denna struktur är att den ska vara lättläst och att man som vårdpersonal inom hälso- och sjukvården kan ha den som en riktlinje så man inte glömmer någon viktig aspekt.

Detta arbete grundar sig på vetenskapliga evidensbaserade artiklar, böcker och andra evidensbaserade källor såsom exempelvis de finländska lagarna och THL. Trots den pågående viruspandemin Covid-19 har samarbetet mellan skribenterna fungerat bra från början till slut. På grund av att biblioteken stängdes (pga. Covid-19) var det svårt att få tag på böcker. Vissa böcker som skulle varit relevanta i detta arbete blev tyvärr uteslutna men vi hittade liknande information på andra sätt, till exempel med hjälp av artiklar.

Inom vården har utvecklingen kring vård på distans gått framåt och kommer även i framtiden att utvecklas. Forskning kring området kommer i framtiden att bli mer och mer aktuellt och allt fler sjukskötare kommer att arbeta med telehälsa. Till arbetsuppgifterna kommer det antagligen att ingå rådgivning via e-post och internet och inte enbart via telefonrådgivning. Allt fler vårdsökande och patienter som blivit utskrivna från vården kommer i framtiden att övervakas via telefon och allt fler kommer att få uppföljningssamtal. (Wahlberg A. C., 2007, ss. 105-108)

Vi vill tacka de som hjälpt oss under denna process, speciellt vår handledare och gruppen inom samma projekt, DigisimÅbo, som stöttat oss och kommit med nya synpunkter.

Källor

- Abrandt Dahlgren, M., Rystedt, H., Felländer-Tsai, L., & Nyström, S. (2019). *Interprofessional simulation in health care - materiality, embodiment, interaction*. Cham: Springer .
- Arajärvi, M., Häkkinen, P., Järvelin, J., Mölläri, K., Saukkonen, S.-M., & Väyrynen, R. (2019). Hilmo, Vårdanmälan för socialvården samt hälso- och sjukvården 2019 . Institutet för hälsa och välfärd.
- Baylis, D. (2012). Minimising the risks in telephone triage. *Practice Nurse*, 42, 24-25.
- Beest, H., van Bommel, M., & Adriaansen, M. (2018). Nursing student as patient: experiential learning in a hospital simulation to improve empathy of nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1390-1397.
- Bloomfield, A. (1916). A demonstration room. *American journal of nursing*, 16, 705-707.
- Buppert, C. (2009). Guidelines for Telephone Triage. *Dermatology nursing*, 40-41.
- Chiniara, G. (2019). *Clinical Simulation : Education, Operations and Engineering*. Elsevier Science & Technology.
- Denscombe, M. (2018). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: studentlitteratur.
- Edwards, B. (1998). Seeing is believing - picture building: a key component of telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 51-57.
- Galloway, S. (2009). Simulation techniques to bridge the gap between novice and competent healthcare professional. *The online journal of issues in nursing*, 14.
- Gropelli, T. M. (2010). Using Active Simulation to Enhance Learning of Nursing Ethics. *Continuing Education in Nursing*, 104-105.
- Hickey, M., & Newton, S. (2006). Tips on performing Telephone Triage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 524-525.
- Holmström, I. (2008). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och Sjukvårdslag, 1326/2010. (den 30 12 2010). *Finlex*. Hämtat från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Josefsson, K., Avby, G., Andersson Bäck, M., & Kjellström, S. (2018). Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, 406-414.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., Leksell, J., & Karlsson, I. K. (2016). *Praktiska grunder för omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Kroontz, K. (2019). Professional Issues. Hire not fire! Selecting the best qualified candidate for telephone triage nursing. *Medsurg nursing*, 28, 264-268.

- Lag om patientens ställning och rättigheter, 785/1992. (den 17 8 1992). *Finlex*. Hämtat från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=patientens%20st%C3%A4llning%20och%20r%C3%A4ttigheter>
- Ledin, A., Olsen, L., & Josefsson, K. (2011). Difficulties in telephone advice as perceived by registered nurses: a literature study. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical*, 31, 11-18.
- Mackaway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2014). *Emergency Triage : Manchester Triage Group*. Chichester: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Mariani, B., Cantrell, M., & Meakim, C. (2014). Nurse Educators' Perceptions About Structured. *Nursing Education Perspectives*, 330.
- Marsden, J., Newton, M., Windle, J., & Mackway-Jones, K. (2015). *Emergency Triage: Telephone Triage and Advice*. Chichester: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Martin, L. (2018). *Informatik i vården*. Studentlitteratur.
- Mitchell, J. (2010). Telephone triage. *ONS connect*, 25, 8-11.
- Moore, C., Carter, R., Nietert, P., & Stewart, P. (2011). Recommendations for Planning Pilot Studies in Clinical and Translational Research. *CTS Journal*, 332-337.
- Mustajoki, H. (den 14 02 2019). *Vastuullinen tiede*. Hämtat från <https://vastuullinentiede.fi/sv/forskningsarbetet/oppen-vetenskap-och-forskningsetik>
- Månsdotter, A., Aspevall, O., Hansson Glantz, Y., Godoy, K., Guldbransson, K., Henriksson, R., & Högborg, P. (2017). *Folkhälsomyndigheten*.
- Osborne, V., Benner, K., Sprague, D., & Cleveland, I. (2016). Simulating Real Life: Enhancing Social Work Education on Alcohol Screening and Brief Intervention. *Journal of Social Work Education*, 337-346.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder - att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. studentlitteratur.
- Pettinari, C., & Jessopp, L. (2001). "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 668-675.
- Poikela, E., Poikela, P., & Hanhimäki, L. (2012). *Developing nursing simulation in a European network*. Rovaniemi: University of Applied Sciences.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (den 25 08 2004). Hämtat från telefonrådgivning inom primärvården: https://yhdenvertaisuus.fi/sv/web/stm/artikkeli/-/asset_publisher/telefonradgivningen-inom-primarvarden
- Social- och hälsovårdsministeriet. (u.d.). *hälsovårdscentraler*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://stm.fi/sv/halsovardscentraler>

- Social- och hälsovårdsministeriet. (u.d.). *klient- och patientuppgifter samt sekretess*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://stm.fi/sv/klient-och-patientuppgifter-samt-sekretess>
- Social- och hälsovårdsministeriet. (u.d.). *Personal inom social och hälsovården*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://stm.fi/sv/personal-inom-social-och-halsovarden>
- Ström, M., Marklund, B., & Hildingh, C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British journal of nursing*, 15, 1119-1125.
- Ström, M., Marklund, B., & Hildingh, C. (2009). Callers' perceptions of receiving advice via a medical care help line. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 682-690.
- Suserud, B.-O., & Lundberg, L. (2016). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.
- Syväoja, P., & Äijälä, O. (2009). *Hoidon tarpeen arviointi*.
- Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. Springer Publishing Company.
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L., . . . Goldsmith, C. (den 06 01 2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *Medical Research Methodology*, ss. 1-10.
- THL. (u.d.). *Vårdanmälningar inom den öppna primärvården (Avohilmo)*. Hämtat från THL, institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/datainsamlingar/varदानmalningar-inom-den-oppna-primarvarden-avohilmo>
- THL, institutet för hälsa och välfärd. (2018). Social- och hälsovårdstjänster: Egentliga Finland: Utvärderingsrapport, våren 2018. *Social- och hälsovårdstjänster : Egentliga Finland : Utvärderingsrapport, våren 2018*.
- Turku. (u.d.). *Hälsostationer*. Hämtat från Turku, social- och hälsovårdstjänster: <http://www.turku.fi/sv/social-och-halsovardstjanster/halsovard/halsostationer>
- Wahlberg, A. C. (2007). *Sjuksköterskans telefonrådgivning*. Stockholm: Liber AB.
- Wahlberg, A., Cedersund, E., & Wredling, R. (2005). Bases for assessments made by telephone advice nurses. *Journal of telemedicine & telecare*, 11, 403-407.
- Valvira. (den 16 11 2018). Hämtat från [valvira.fi](https://www.valvira.fi/web/sv/hal-so-och-sjukvard/god-arbetsutovning/sekretess/sekretess-och-tystnadsplikt): <https://www.valvira.fi/web/sv/hal-so-och-sjukvard/god-arbetsutovning/sekretess/sekretess-och-tystnadsplikt>
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoo, S., & Jäppinen, S. (den 14 11 2012). Forskningsetiska delegationen. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*.
- Wickersham, C. (2010). What resources do you use for telephone nursing triage? *ONS connect*, 25, 12.

Zhang, C., Grandits, T., Härenstam, K. P., Hauge, J. B., & Meijer, S. (den 27 July 2018). A systematic literature review of simulation models for non-technical skill training in healthcare logistics. *Advances in simulation*.

Bilaga 1

Sökhistorik för artiklar

Datum för sökningen	Databas	Söktermer och kombinationer	Antal träffar	Avgränsningar	Antal träffar efter avgränsningar	Antal valda artiklar
22.01.20	EBSCO	Simulation in nursing education AND nursing	11 403	Full text	1 866	0
22.01.20	EBSCO	Nursing AND simulation	97	Full text	7	0
22.01.20	EBSCO	Telephone triage AND nursing	3551	Full text	481	2
01.03.20	EBSCO	simulation AND nursing	294	Full text	43	1
01.03.20	EBSCO	simulation AND nursing AND ethics		Full text	850	1
01.03.20	EBSCO	simulation in nursing students		Full text	8	1
23.01.20	EBSCO	Nursing health assessment	2130	Full text, årtal	512	3
27.01.20	EBSCO	Telephone triage nurse	17	Full text, årtal	9	2
28.01.20	EBSCO	Telephone nurse bases for assessment	3270	Full text, årtal	1801	2
08.04.20	EBSCO	simulation in nursing education AND planning AND simulation scenarios		Full text, 2015-2020	944	0
12.04.20	EBSCO	simulation based learning AND planning AND nursing		Full text	3056	0

Bilaga 1

18.04.20	EBSCO	Prebriefing AND simulation		Full text	1	0
18.04.20	EBSCO	Simulation AND nursing AND scenario		Full text	510	0
18.04.20	EBSCO	Prebriefing AND debriefing		Full text	1	0
18.04.20	EBSCO	Simulation real life		Full text	4	1
18.04.20	EBSCO	Telephone triage AND primary care	2	Full text	0	0
20.04.20	EBSCO	Primary care AND triage		Full text	1	0
20.04.20	EBSCO	Primary care AND work environment	17 992	Full text, 2014–2020	7254	1
20.04.20	EBSCO	Workplace environment AND phone triage AND nursing		Full text, 2014–2020	197	0
20.04.20	EBSCO	Simulation AND pilot study AND health care	19 506	Full text	2545	0
20.04.20	EBSCO	Litterature review	12	Full text	2	0

Bilaga 2

Scenariobotten

<p>Scenario (namn och författare):</p> <p>Vårdbedömning av patient via telefonkontakt</p> <p>Erica Heinull & Jamina Ek</p>	<p>Kliniskt problem:</p> <p>-</p>	<p>Icke-tekniskt problem (CRM):</p> <p>Handledning och kommunikering med patient</p>
<p>Inlärningsmål:</p> <p>Handleda och kommunicera med patient via telefonkontakt</p>	<p>Tekniska:</p> <p>-</p>	<p>Icke-tekniska</p> <p>Öva patienthandledning och kommunikation med patient, professionellt bemötande via telefonkontakt</p>
<p>Scenario sammanfattning för alla deltagare (Alla deltagare får beskrivning av bakgrundsfaktorer och av utgångspunkten):</p>	<p>En kvinna i 70-års åldern ringer in till hvc där du har ansvaret för telefonsamtalen som kommer in till hvc. Hon berättar att hon haft smärta vid urinering. Sjukskötarens uppgift är att handleda och vårda patienten via telefonkontakt.</p>	

Bilaga 2

Miljö: Hälsovårdscentralens telefonmottagning och patientens hemmiljö	
Förberedelser i simulator/rum:	
<p>Patientens rum: en stol och ett bord att sitta vid Sjukskötarens rum: ett bord och en stol att sitta vid, ta fram nödvändig rekvisita</p> <p>Om både patientrollen och sjukskötarrollen utspelar sig i samma rum, behövs skärmar för att avskilja</p>	
Rekvisita:	
Låtsastelefon x 2, låtsas dator för dokumentering, anteckningsmaterial, penna, eventuellt skärmar	
Patient/klient:	
<p>Kvinna 70 år: Allmänt pigg och frisk äldre kvinna, 70 år. Har tidigare haft UVI. Använder inga rusmedel, röker inte. Gift. Brukar gå ut på promenader några gånger i veckan med sin man.</p> <p>Anamnes: diabetes typ 2, mild hypertoni, annars allmänt frisk.</p> <p>Medicinering: diabetes medicineras med tablett, losartan.</p>	
Information/rapport (anamnes och ordinationer) till deltagare som simulerar:	
<p>Kvinna 70 år: Allmänt pigg och frisk äldre dam, 70 år. Har tidigare haft UVI. Använder inga rusmedel, röker inte. Gift. Brukar gå ut på promenader några gånger i veckan med sin man.</p> <p>Anamnes: diabetes typ 2, mild hypertoni, annars allmänt frisk.</p> <p>Medicinering: diabetes medicineras med tablett, losartan.</p>	
"Life savers"	
<p>En annan sjukskötare på hvc kommer förbi, ifall sjukskötaren inte kan svara på patientens frågor, och kan ge råd och svara på eventuella frågor.</p> <p>Kan med hjälp av datorn söka information, ex. terveysportti</p>	

Bilaga 2

Kriterier för att simulationen tar slut:

Kvinnan (patienten) är nöjd med vården och har fått alla frågor besvarade och vet hur den fortsatta vården blir. Simuleringen tar slut när samtalet avslutas.

Inlärningsdiskussion (debriefing) tillsammans

- Hur har deltagarna upplevt rollen, patienten och sjukskötaren?

Deltagarna som observerar har fått anvisningar om de saker som ska observeras:

- Bemötande
- Handledning
- Kommunikationen

Scenario manuskript:

Kvinna, 70 år, ringer in hälsovårdens telefonmottagning och behöver hjälp och råd angående hennes besvär. Hon berättar att hon på senaste tiden haft smärta vid urinering och ökad vattenkastning. Som sjukskötare på telefonmottagningen som tagit emot kvinnans samtal har man ingen tidigare kunskap om kvinnan och måste därför fråga sig fram (fråga efter personnummer, ta upp patientens journal om sådan finns, fråga om anamnes mm.) Sjukskötaren ska bemöta, handleda och vårda patienten via telefonkontakt. Sjukskötaren ska handleda patienten i att ta ett urinprov hemma och föra det in till labbet eller handleda patienten i att komma in till hvc för urinprov, beroende på vilket som passar patienten bättre. Före samtalet avslutas försäkrar sig sjukskötaren om att situationen är under kontroll och kvinnan har förstått instruktionerna som getts och att ingenting är oklart.

Patientens roll:

Du är en kvinna på 70 år, du är gift och brukar gå på promenader med din man. Du har haft smärta vid urinering och ökad vattenkastning. Du har även tidigare haft UVI. Nu sitter du hemma vid köksbordet och beslutar dig för att ringa till din hälsovårdscentral för att få en vårdbedömning. Du svarar på frågorna som sjukskötaren ställer. Vid vidare diskussion framkommer det att du vill ta ett urinprov hemma. När du är nöjd med de instruktionerna och anvisningarna du fått avslutas samtalet.

Sjukskötarens roll:

Du sitter vid telefonmottagningen vid hälsovårdscentralen och får ett samtal av en 70 årig kvinna. Du frågar kvinnans personnummer, öppnar journalen och frågar om patientens anamnes. Du ska bemöta kvinnan professionellt och handleda samt göra en vårdbedömning. Vid vidare diskussion framgår det att ett urinprov tas hemma. Du undervisar och handleder kvinnan i hur man tar ett UVI-prov. Innan

Bilaga 2

Samtalet avslutas säkerställer du att all information har blivit förstådd. (Du kan ta hjälp av strukturen bilaga 3)

Anvisningar till klient/patient (kan ges åt skådespelaren)

Patienten ringer in till hvc och berättar till sjukskötaren om sina symptom (Smärta vid urinering, ökad vattenkastning. Ingen smärta vid nedre magen eller ryggen ifall sjukskötaren frågar)

Patienten vill ta urinprovet hemma och vill ha handledning i hur man gör det.

Anamnes: diabetes typ 2, mild hypertoni, annars allmänt frisk.

Medicinering: diabetes medicineras med tablett, losartan.

Anvisningar till anhöriga/föräldrar (kan ges åt skådespelaren)

-

Bilaga 3

Struktur

En struktur för att underlätta vårdbedömningen

Här har vi sammanfattat en struktur för att underlätta vårdbedömningen via telefonkontakt för vårdare inom hälso- och sjukvården. Tanken är att denna struktur ska sammanfatta saker som underlättar vårdbedömningen och kan fungera som en handbok/checklista. Tanken är att strukturen ska vara lättläst och kort så att man snabbt kan se igenom och kolla att man inte glömt någonting. Denna struktur är baserad på den teori och kunskap som framkommit i vårt examensarbete.

1 Vem ringer?

- Vem är patienten? Personnummer? (identifiera personen)
- Är det den som ringer som söker vård? eller är det någon annan än den som ringer som ska ha vård?

2 Vad är kontaktorsaken? Identifiera problemet

- Låt personen med egna ord berätta vad kontaktorsaken är
- Ställ öppna frågor (frågor man inte kan svara ja eller nej på) exempelvis:
 1. När började symptomen? Symptomljud? Symptombeteende? Har symptomen blivit värre?
 2. Sjukdomsförlopp?
 3. Anamnes
 4. Medicinering

Bilaga 3

3 Bedömning

- Är problemet akut/icke akut?
- Räcker det med råd och egenvård?
- Krävs besök på mottagning eller hänvisning till annan vårdenhet?
- Behövs läkartid/läkarkonsultation?

4 Problemlösning

- Hur kan man på bästa sätt lösa patientens problem?
- Diskutera med patienten

5 Åtgärder

- Hur ska problemet åtgärdas?
- Uppföljning via telefon?
- Handled för eventuell egenvård
- Boka eventuella besök på mottagning eller hänvisa till annan enhet vid behov

6 Dokumentera!

- Viktigt att dokumentera vad som diskuteras
- alla de råd som man ger
- de beslut man tar

Bilaga 3

Kom ihåg!

- Dokumentera!
- Lämna ingenting oklart
- Man kan alltid be om hjälp/råd av en kollega