

Professionellt vårdbedömningsarbete per telefon

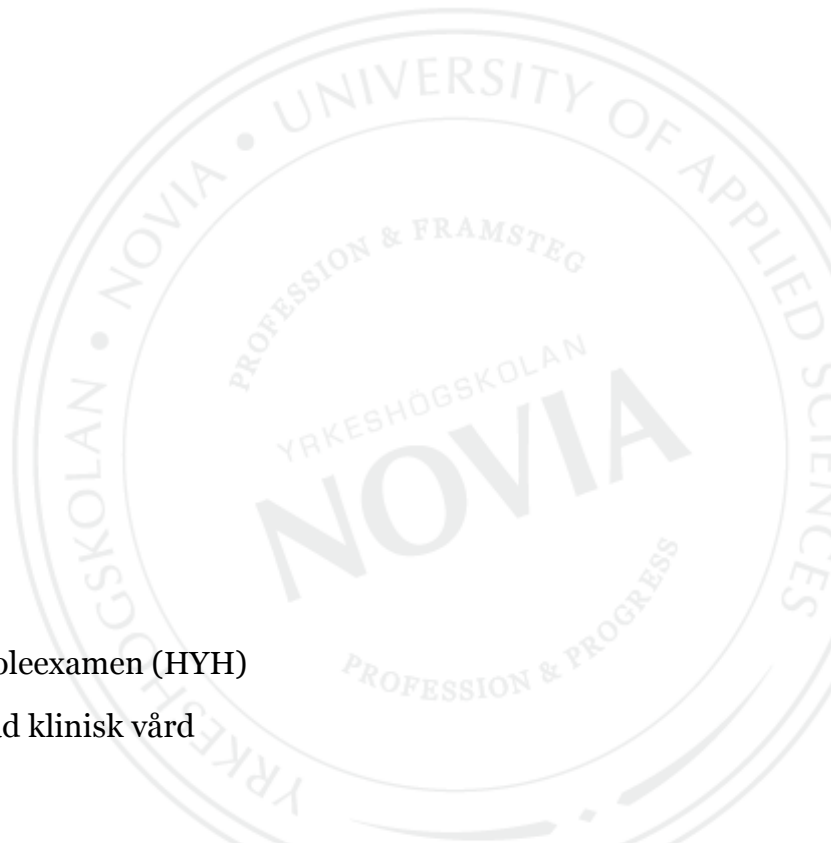
-En empirisk studie om vilka faktorer som bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete per telefon inom primärvården.

Backholm Ann-Charlotte

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen (HYH)

Utbildningsprogrammet för Avancerad klinisk vård

Vasa 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Backholm Ann-Charlotte
Utbildningsprogram och ort: Avancerad klinisk vård, Vasa
Handledare: Glasberg Ann-Louise

Titel: Professionellt vårdbedömningsarbete per telefon

Datum: juni 2014 Sidantal: 75 Bilagor: 7

Abstrakt

Syftet med studien var att synliggöra vilka faktorer som bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete, för att utveckla vårdbedömningsarbetet per telefon inom primärvården. Frågeställningen för studien var: Vilka faktorer bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete per telefon? På vilket sätt kan vårdbedömningsarbetet utvecklas?

Metoden är inspirerad av aktionsforskning med både kvantitativ och kvalitativ ansats. För att få ett heltäckande resultat användes tre olika datainsamlingsmetoder i studien. Först statistikfördes hur vårdkontakter hänvisades. Vårdare med vårdbedömningsuppgifter fick därefter svara på frågor i ett frågeformulär angående vårdbedömningsarbete per telefon. Vidare genomfördes intervjuer med anställda inom organisationen i ledande befattning. Data analyserades med deskriptiv statistisk metod och innehållsanalys. Utifrån resultatet utformades en modell som belyser vilka faktorer som bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete. Som utvecklingsarbete utformades ett kommunikationsverktyg med syfte att få ett mera strukturerat och enhetligt arbete vid vårdbedömningen. Kommunikationsverktyget utvärderades av både vårdare och ledningen inom organisationen och utformades därefter vidare.

Resultatet av studien visar att vårdbedömningsarbetet är krävande och att det ibland är svårt att avgöra svårighetsgraden enligt de symtom som beskrivs av den våldsökande. Vårdarens kompetens och arbetserfarenhet är klart avgörande för vårdbedömnings kvaliteten. Vårdarens personlighet har även stor betydelse i kommunikationen med den våldsökande.

Språk: Svenska Nyckelord: sjukvård per telefon, telefonsjukskötare, triage, telefontriage, telefonrådgivning, professionell, vårdbedömning

Förvaras: Yrkehögskolan Novia i Vasa

MASTER'S THESIS

Author: Backholm Ann-Charlotte
Degree Programme: Avancerad klinisk vård, Vasa
Supervisors: Glasberg Ann-Louise

Title: Professional healthcare assessment by telephone

Date: June 2014 Number of pages: 75 Appendices: 7

Summary

The aim of the study was to highlight the factors that contribute to professional health assessment work, in order to develop health assessment work by telephone in primary care. The research questions for this study were: What factors contribute to professional healthcare assessment work by phone? How can the health assessment process be developed?

The method was inspired by action research, with both a quantitative and qualitative approach. To get comprehensive results, three different data collection methods were used in this study. First statistics were collected about how the patients were referred. Nurses working with healthcare assessment tasks also filled in a questionnaire regarding health assessment work by telephone. Thereafter interviews with leading employees within the organization were conducted. Data were analyzed using descriptive statistical methods and content analysis. Based on the findings a model was designed that highlights the factors that contribute to the professional healthcare assessment work. A developmental communications tool was designed with the aim of getting a more structured and uniform work in health assessment. The communication tool was evaluated by both nurses and the management within the organization and thereafter designed into the final format.

The results of the study show that health assessment work is demanding and it is sometimes difficult to determine the severity according to the symptoms described by the care-seekers. The skills and work experience of the nurses is clearly decisive for the health assessment quality. The personality of the nurses also has an important role in communicating with the care-seekers.

Language: Swedish Key words: health assessment work professional, telenursing,
Telephone nursing, triage, telephone-triage, telephone advice

Filed at: Novia University of Applied Sciences, Vaasa

Innehåll

1 Inledning.....	1
2 Syfte och problemformulering.....	3
3 Teoretisk bakgrund.....	4
3.1 Vårdbedömning.....	4
3.1.1 Vårdbedömning enligt lagen.....	5
3.1.2 Vårdbedömningsarbete per telefon.....	7
3.1.3 Vårdbedömningsarbete vid Närpes hälsovårdscentral.....	9
3.2 Samtalsprocessen.....	10
3.2.1 Att kunna ställa de rätta frågorna.....	11
3.2.2 Prioritering.....	14
3.3 Organisatoriska förutsättningar för vårdbedömningsarbete.....	16
3.3.1 Kunskapsstöd i vårdbedömningsarbetet.....	17
3.3.2 Läkarstöd och riktlinjer.....	18
3.3.3 Arbetsmiljö.....	18
3.4 Egenskaper hos vårdaren.....	19
3.4.1 Kompetens och erfarenhet.....	19
3.4.2 Vårdare med expertkompetens i vårdbedömningsarbete.....	21
3.4.3 Personlighet.....	22
3.5 Upplevelser av vårdbedömningsarbete.....	23
4 Teoretisk referensram.....	24
4.1 Från novis till expert enligt Benner.....	24
4.2 Expertvetande enligt Benner.....	25

4.3 Erfarenhetsbaserad kunskap enligt Benner.....	26
4.4 Teknologisk kompetens enligt Locsin.....	27
5 Metod.....	28
5.1 Aktionsforskning.....	29
5.2 Kvantitativ och kvalitativ metod.....	31
5.3 Urval.....	32
5.4 Statistikföring av vårdhänvisningar.....	33
5.5 Frågeformulär med slutna och öppna frågor.....	34
5.6 Intervju.....	35
5.7 Dataanalysmetod.....	36
5.7.1 Kvantitativ analys.....	37
5.7.2 Kvalitativ analys.....	38
5.8 Undersökningens praktiska genomförande.....	38
5.9 Utveckling av modell och kommunikationsverktyg.....	41
6 Resultat.....	42
6.1 Hänvisning av vårdkontakter.....	42
6.2 Vårdarnas perspektiv på vårdbedömningsarbetet.....	43
6.2.1 Vårdarnas kompetens och erfarenhet.....	43
6.2.2 Förutsättningar och utveckling.....	45
6.3 Organisatoriskt perspektiv.....	50
7 Praktisk utveckling av modell och kommunikationsverktyg.....	58
8 Utvärdering av kommunikationsverktyg.....	59
9 Resultatdiskussion.....	60

10 Metoddiskussion.....	64
10.1 Litteratur och tidigare forskningar.....	64
10.2 Statistikföring av vårdhänvisningar.....	65
10.3 Frågeformulär.....	65
10.4 Intervju.....	67
10.5 Resultat och tolkning.....	68
10.6 Reliabilitet och validitet.....	69
10.7 Utveckling av modell och kommunikationsverktyg.....	70
10.8 Tillämpning av forskningsetik.....	71
10.9 Nyttan och innehållsrikedom	71
11 Slutdiskussion.....	72

Referenser

Bilagor

- Bilaga 1 1(2) Följebrev för statistikföring av vårdhänvisning
2(2) Statistikföringsblankett av vårdhänvisning
- Bilaga 2 1(3) Följebrev
2-3(3) Frågeformulär
- Bilaga 3 Intervju
- Bilaga 4 Anhållan om lov
- Bilaga 5 Resultat statistik
- Bilaga 6 Modell och modellbeskrivning
- Bilaga 7 1(8) Följebrev
2(8) Kommunikationsverktyg
3-7(8) Beskrivning
8(8) Utvärderingsblankett

1 Inledning

I dag genomförs vårdbedömningen i Finland i första hand via telefon, även om den vårdsökande har rätt att söka sig till hälsovårdscentralen eller sjukhuset (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 178-179). Telefonen har blivit ett viktigt arbetsredskap i hälso- och sjukvården för människor som söker råd och hjälp för medicinska problem. Intresset för medicinska frågor och frågor om egenvård har ökat vilket ställer ökade krav på den service som ges vid hälsovårdscentraler och specialistmottagningar enligt Marklund (2003).

Att vårda patienters kroppar har varit vårdarnas främsta uppgift och deras verktyget har varit människokroppen, t.ex. för att lägga om sår och att ge injektioner. Vård på distans utmanar dessa traditionella idéer. Patienter och vårdare behöver inte längre befinna sig på samma fysiska plats för att kunna etablera en relation. Vårdarrollen har ända tills alldeles nyligen varit knuten till sjukhuset. (Wahlberg, 2007, s. 15).

Hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon kan beskrivas utifrån tre olika perspektiv: vårdarens, den vårdsökandes och organisationens perspektiv. I detta arbete utgår respondenten dels ur ett vårdarperspektiv, dels ur ett organisatoriskt perspektiv. Utifrån dessa perspektiv består vårdbedömningen av fem arbetsområden där en vårdares uppgift är att: bedöma akut vårdbehov, ge råd, stöd och undervisning, bistå med hälso- och sjukvårdsinformation, hänvisa till lämplig vårdnivå samt samordna vård och omsorgsresurser som finns tillgängliga. (Wahlberg, 2007, s. 10).

På grund av att vårdaren i vårdbedömningen är en av de första kontakterna för den vårdsökande på en hälsovårdscentral bär vårdaren ett stort ansvar över hur hänvisningen av patienterna sker. Vårdaren skall kunna hänvisa den vårdsökande till rätt vårdnivå eller ge egenvårdsråd. (Wahlberg och Wredling, 1999; Wahlberg, 2007, s.10; personlig kommunikation med personal inom primärvården, 7.2.2014). Ett av problemområdena idag är att många patienter bokas in till akutmottagningen, även i de fall den vårdsökande inte har ett akut vårdbehov. Vårdtyngden blir därför hög på akutmottagningen (personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.2. 2014).

Under respondentens studietid inom avancerad klinisk vård har tankar kring vilka faktorer som är avgörande för en professionell vårdbedömning uppkommit. En stor del av vårdarnas arbete går ut på att bedöma om den vårdsökande behöver vård eller klarar sig med egenvårdsråd. Det är viktigt att vårdaren har kännedom kring de faktorer som har

betydelse inom ramen för vårdbedömningen. Målet skall vara att få rätt patient på rätt plats, rätt tid och verkställa rätt vård åt honom enligt Pousi (föreläsning, 10.5.2012).

Respondenten är framförallt intresserad av vilka faktorer som bidrar till en professionell vårdbedömning, samt att få fram evidens som stöder resultatet. Därför har respondenten i samarbete med ledningen vid Närpes hälsovårdscentral och ansvariga skötaren inom öppna vården kommit överens om att göra en kartläggning av hur vårdbedömningen fungerar i dag och hur man skulle kunna utveckla vårdbedömningsarbetet. Studiens syfte är att synliggöra vilka faktorer som bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete, för att utveckla vårdbedömningsarbetet per telefon inom primärvården.

Inom öppna vården vid Närpes hälsovårdscentral roterar vårdpersonalen inom olika arbetspunkter vilket medför att flera olika vårdare sitter i vårdbedömningen. Detta medför i sin tur att vårdbedömningen sker på många olika sätt. Vårdarna bedömer olika på grund av olikheter i kompetens och personlighet. Därför har ledningen på hälsovårdscentralen önskat utreda hur man på bästa sätt skall kunna utveckla en vårdbedömning som kan erbjuda en bra och enhetlig service åt invånarna vilket även leder till att organisationen gynnas.

Med resultatet vill man få fram en modell där det klart framgår vilka faktorer som är av betydelse i vårdbedömningsprocessen samt ett kommunikationsverktyg som skall kunna implementeras i vårdbedömningsarbetet. Med kommunikationsverktyget är målet att vårdbedömningsprocessen blir mera enhetlig och säker. Kommunikationsverktyget utvärderades av vårdarna och ledningen vid Närpes hälsovårdscentral.

2 Syfte och problemformulering

Utgående från behovet av att utveckla vårdbedömningen inom primärvården fick respondenten möjlighet att utreda vad som har betydelse för en professionell vårdbedömning. Studiens syfte är att synliggöra vilka faktorer som bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete, för att utveckla vårdbedömningsarbetet per telefon inom primärvården. Med hjälp av resultatet i studien utformas först en modell som beskriver vårdbedömningsprocessen och kan användas som stöd vid rekrytering och fortbildning av personal. Med hjälp av modellen strävar man efter att utforma ett kommunikationsverktyg med vilket man har som mål att utveckla ett enhetligt och professionellt arbetssätt i vårdbedömningen. Studien är inspirerad av aktionsforskning och kommunikationsverktyget utvärderas av anställda inom primärvården.

Frågeställningar:

Vilka faktorer bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete per telefon?

På vilket sätt kan vårdbedömningsarbetet per telefon utvecklas?

3 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel presenteras studiens teoretiska bakgrund samt aktuell forskning kring vårdbedömningsarbetet för att få en djupare förståelse kring vårdbedömningsarbetet. Litteratursökningen i studien har gjorts både elektroniskt och manuellt. Sökningen gjordes via olika databaser. De elektroniska som använts är Chinal (Ebsco) , Academic Search Elite (Ebsco) och PubMed. Den manuella sökningen gjordes i Vård i Norden. Sökorden har varit: hoidontarpeenarviointi, telenursing, telephone nursing, triage, telephone-triage, telephone advice, professionell, vårdbedömning .

Respondenten kommer i första hand att fördjupa sig i vårdbedömningens innehåll och dess faktorer som bidrar till att vårdbedömningsprocessen skall kunna utföras professionellt samt vårdarens viktigaste egenskaper för att kunna göra en professionell vårdbedömning via telefon. Med professionell menas ett förhållningssätt som kan härleda från att vårdaren strävar till att yrkesutövandet styrs av det som på kort eller lång sikt gynnar den vårdsökande (Wikipedia). I studien används ordet vårdare om olika professioner inom vårdarbetet som arbetar med vårdbedömningsuppgifter. Ordet vårdkontakt står för den kontakt som en person riktar till vårdbedömningen, det kan vara patienten själv, anhörig eller annan person. Med vårdsökande eller patient menas den person som är i behov av vård. Studien kommer att sätta stor vikt vid kompetens, erfarenhet och personliga egenskaper eftersom dessa uttryck framstår som viktiga faktorer i den evidensbaserade teorin kring ämnet.

3.1 Vårdbedömning

Det centrala elementet i hela hälsovårdssystemet är en fungerande vårdbedömning enligt Syväoja och Äijälä (2009, s. 7). Vårdbedömningen är specifik eftersom första kontakten till vården riktas dit. I detta skede bestäms det ifall den vårdsökande tas till vård. De vanligaste orsakerna för att ringa till vårdbedömningen är infektionssymtom som förkylningar, influensa, magsjuka, öroninflammation och vattkoppor. (Wahlberg och Wredling, 1999). Enligt vårdgarantin är vårdbedömningen det första steget till vård. Tillgängligheten till vård för den vårdsökande sker genom vårdbedömningen enligt lagen om patientens rättigheter. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 9).

3.1.1 Vårdbedömning enligt lagen

Enligt stadsrådets förordning om förverkligande av rätten att få vård, skall omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen ordnas vardagar under tjänstetid enligt Folkhälsolagen (66/1972) så att den som tar kontakt enligt eget val antingen skall kunna ta kontakt per telefon eller personligen besöka hälsovårdscentralen (§15 b, mom. 1). (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 13). Med tjänstetid avses de öppettider på vardagar som hälsovårdscentralen har meddelat offentligt. Utanför tjänstetid skall jour ordnas (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 13).

Vid bedömningen av vårdbehovet § 2 utreds orsaken till kontakten, sjukdomens symtom samt svårighetsgrad och hur brådskande situationen är med beaktande av de förhandsuppgifter som ges eller enligt en remiss. Bedömningen av vårdbehovet förutsätter att den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården har adekvat utbildning, arbetserfarenhet och kontakt med den verksamhetsenhet som ger vård samt tillgång till journalhandlingar (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 13-14).

I samband med patientens kontakt till vårdbedömningen kan den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården, utgående från sin utbildning och arbetserfarenhet samt överenskommen arbetsfördelning inom verksamhetsenheten, göra en bedömning av vårdbehovet på basis av de förhandsuppgifter som patienten gett och tillräckliga utredningar om patienten. Bedömning av vårdbehovet kan även göras per telefon (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 13-14).

Vårdbedömning får utföras av en person utbildad inom hälsovård. Med det menas att den personen är legitimerad. Yrkesutbildade personer som med stöd av lagen beviljas rätt att utöva yrket och har skyddade yrkesbeteckningar enligt förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 29).

I lagen beskrivs inte desto mera ingående hur lång erfarenhet en vårdutbildad person bör ha innan han/hon får rätten att göra vårdbedömning. Förordningarna säger enbart att arbetserfarenheten bör vara tillräcklig. När det gäller vårdbedömning är det klart att utbildning och arbetserfarenhetens längd är avgörande för bedömningens kvalitet. En längre utbildning samt mer arbetserfarenhet resulterar troligen i bättre vårdbedömning och patienten hänvisas till rätt vård i rätt tid (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 30).

Bedömning av vårdbehovet och den vårdanvisning eller det åtgärdsförslag som vårdaren givit skall antecknas i journalhandlingarna. Likaså skall personlig hälso- och sjukvårdsrådgivning eller hänvisning till tjänster som ges per telefon antecknas i journalhandlingarna. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 13).

Om anteckningar i journalhandlingar gäller dessutom vad som bestäms i 12 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001).(Finnlex).

År 2005 gjordes lagförändringar där målet är att säkra grundvårdens tillgänglighet samt minska på skillnader för befolkningen att lyckas komma till vård. Bakgrunden till förändringen, som ofta kallas vårdgaranti, står att finna i läkarbristen på hälsovårdscentraler och de obefogade regionala skillnaderna när det gäller volymerna för många av behandlingarna inom den specialiserade sjukvården. På grund av denna förändring skedde en förflyttning av en del uppgifter från läkarna till vårdarna där just vårdbedömning ingick. (Syväoja och Äijälä, 2009, s. 13-15; Kommunerna.net, 2014).

Denna lagförändring medförde för det första att tillgängligheten till vård förbättrades och åtgärderna effektiviserades. För det andra medförde lagförändringen att belastningen för akutens läkare minskade och onödiga besök till mottagningarna reducerades eftersom att många ärenden kunde skötas per telefon. Tredje förbättringen var att vårdarnas kompetens höjdes och den fjärde var att samarbete mellan läkare och vårdare förbättrades. För att detta skall lyckas är det viktigt med tillräckliga resurser och arbetsfördelning mellan personalen. Inom organisationen skall det finnas tillgång till kompetent personal. (Syväoja och Äijälä, 2009, s. 13-15; Kommunerna.net, 2014).

Enligt 15 b § i folkhälsolagen (855/2004) skall en patient vardagar under tjänstetid omedelbart få kontakt med hälsovårdscentralen. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt. Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. (Kommunerna.net, 2014).

Denna maximala väntetid på tre månader kan överskridas med högst tre månader inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras. Om vården inte kan ordnas på egen hälsovårdscentral inom den maximala väntetiden, ska den ordna vården genom att anskaffa den från någon annan serviceproducent i enlighet med 4 § i lagen om planering av statsandel för social- och hälsovården (733/1992). (Kommunerna.net, 2014).

3.1.2 Vårdbedömningsarbete per telefon

När någon insjuknar och behöver medicinsk hjälp, blir deras första kontakt med hälsovården ofta via telefon. I ungefär 75% av alla samtal som vårdaren tar emot i vårdbedömningen bedöms den vårdsökandes akuta behov. (Wahlberg & Wredling, 1999; Wahlberg, 2007; Leppänen, 2010).

Ibland pågår sjukdomsepidemier i vissa områden, till exempel vattkoppor eller influensa. Media har då stor genomslagskraft, vilket leder till att fler vårdsökande än vanligt ringer och frågar om den aktuella hälsoproblematiken eller använder den nyvunna omvärldskunskapen för att beskriva sina symtom. (Wahlberg, 2007, s. 43-44).

Vårdaren gör vårdbedömning genom undersökning samt enligt uppgjorda direktiv och riktlinjer (triage-direktiv, Käypä-hoitos rekommendationer m.m). Vårdaren ger vårdsökande medicinsk information, rådgivning och hänvisning i hälso- och sjukvårdsfrågor samt leder den vårdsökande till rätt vårdnivå (McEvoy, 2000; Holmström och Dall'Alba 2002; Ström, Marklund och Hildingh, 2006; Syväoja & Äijäl, 2009, s.2; Purc- Stephenson & Thrasher, 2010). Med hjälp av en god vårdbedömning påverkas patientstyrningen och onödiga besök förhindras vid akuten, vårdar- och läkarmottagningarna enligt Syväoja och Äijälä (2009, s. 25-26).

Vårdbedömning per telefon kan beskrivas utifrån tre olika perspektiv: *vårdarens* och *den vårdsökandes perspektiv* samt *organisatoriska perspektivet*.

Utifrån *vårdarens perspektiv* består vårdbedömningen av fem arbetsområden där vårdarens uppgift är att; bedöma akut vårdbehov, ge råd samt stöd och undervisning, bistå med hälso- och sjukvårdsinformation, hänvisa till lämplig vårdnivå samt samordna vård och omsorgsresurser. (Wahlberg, 2007, s.10).

Bedömningsgrunder relaterade till vårdaren kan delas in i olika kategorier. För det första de egna erfarenheterna där kunskapen är relaterad till vårdarens egna erfarenheter inom såväl professionen som från det egna livet. För det andra visualiseringen, utifrån den vårdsökandes beskrivning försöker vårdaren visualisera den vårdsökande, precis som när man försöker läsa en bok. (Wahlberg, 2007, s. 43-44).

Utifrån den *vårdsökandes perspektiv* kan vårdbedömningens uppgift beskrivas som att; skapa mera trygghet i vardagen för patienten, öka vårdtillgängligheten för patienten, stödja patientens egenvård och hjälpa patienten till rätt vård (Wahlberg, 2007, s. 11).

Utifrån det *organisatoriska perspektivet* är vårdbedömningens uppgift att befolkningen får vård på lika villkor, minskat antal besök till akutmottagningar och primärvård, effektivt resursutnyttjande och ökad tillgänglighet till vården (Wahlberg, 2007, s. 11).

Det finns flera faktorer som alltid bör klargöras och dessa måste även dokumenteras i patientens journal. För det första varför den vårdsökande tar kontakt, symtombild eller andra orsaker t.ex. behov av intyg eller recept. För det andra förhandsuppgifter (anamnes) där ingår grundsjukdomar, regelbundna eller tillfällig medicinering, andra behandlingar t.ex. fysikalisk behandling/rehabilitering. För det tredje det aktuella tillståndet (status) dvs. när har besvären börjat, hurdana är besvären nu, har den vårdsökande haft liknande besvär tidigare och hur har dessa behandlats. Det är viktigt att vara observant hurudant allmäntillståndet är just nu, speciellt viktigt då det gäller barn och äldre. (Syväoja och Äijälä (2009, s. 55-56).

Vårdbedömningsarbetet är dynamiskt och målorienterad. Det övergripande målet är att identifiera och möta patienternas behov. Vårdaren som en expert identifieras av allmänheten som kunnig och auktoritär. Detta ger den vårdsökande förtroende för vårdaren och vårdsystemet samt hjälper att etablera en vårdkontakt, vilket underlättar hela vårdbedömningsprocessen enligt Greenberg (2009). Det viktigt att kunna arbeta strukturerat i varje bedömning samt att kunna hantera svåra samtalssituationer, som kan vara oförutsedda och kräver professionellt handlande (Vårdförbundet, 2011).

Journalanteckningarna är ett av de viktigaste redskapen i det dagliga vårdarbetet. Dokumenteringen är även en lagstadgad skyldighet. Det är viktigt att kontaktorsak och hänvisning som anknyter till vård dokumenteras i den vårdsökandes journalhandlingar. När vårdaren gjort en bedömning av vårdbehovet anses det som att vården redan inletts. Samtal som endast gäller information utan medicinsk bedömning behöver inte dokumenteras, det

räcker då med en anteckning för statistiska ändamål. (Wahlberg, 2007, s. 54-57; Syväoja & Äijälä, 2009, s. 74).

Hantering av information och identifiering av den vårdsökande via telefon ske på ett konfidentiellt sätt samt med omdöme för att minimera risker för feldokumentering samt risker för allvarliga konsekvenser ifall den vårdsökande uppgett fel identitet. (Vårdförbundet, 2011).

Enligt Holmström och Höglund (2007) finns det fem olika etiska dilemman inom vårdbedömningsarbete via telefon. Dessa är för det första att tala via en tredje part, för det andra att diskutera personliga och känsliga problem via telefon, för det tredje sviktande resurser och organisationer inom hälsovård, för det fjärde att kunna balansera den vårdsökandes behov med det professionella ansvaret samt för det femte att kunna bedöma den vårdsökandes möjligheter.

3.1.3 Vårdbedömningsarbete vid Närpes hälsovårdscentral

Till vårdbedömningen vid Närpes hälsovårdscentral kommer alla telefonsamtal där vårdkontakt till sjukvård önskas. Några vårdare roterar med arbetsuppgifter inom vårdbedömningen, akutmottagningen, vårdarmottagningen och vid behov inom andra uppgifter inom öppna vården. Vårdbedömningen är öppen mellan kl. 8.00-16.00. (Personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.3-7.3.2014).

Oftast sitter en vårdare i vårdbedömningen på förmiddagen och en annan på eftermiddagen. Under tiden då hälsovårdscentralen har samjour, dvs. måndagar och torsdagar mellan kl. 16.00-22.00, sköts vårdbedömningen av akutmottagningens vårdare. Den tekniska utrustningen som vårdarna använder sig av består av ett databaserat teleoperativsystem med kö- och uppringningsfunktion. Ur detta teleoperativsystem finns det möjlighet att få information angående hantering av samtal. I medeltal har man vid Närpes hälsovårdscentral haft 1198 vårdkontakter varje månad till vårdbedömningen per telefon. Av dessa är medelvärdet på kötiden 2 minuter och 30 sekunder. Vårdkontakter som använder sig av återuppringningssystemet har i medeltal uppgått till 215 stycken per månad. (Personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.3-7.3.2014).

Till vårdarnas uppgifter i vårdbedömningen vid Närpes hälsovårdscentral hör problemlösningsarbete samt att sortera akuta och icke akuta patienter. Vårdarna har tillgång

till vårdjournaler inom allmän sjukvård för att ha tillgång till viss information. Akuta patienter kan skickas via laboratoriet före ankomst till akuten enligt uppgjorda direktiv om tillståndet tillåter en sådan fördröjning. Detta för att spara tid samt för att inte patienterna behöver skickas fram och tillbaka mellan avdelningarna. (Personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.3-7.3.2014).

Icke akuta patienter kan bokas till vårdarmottagningen där en vårdare gör en andra bedömning och kan då vid behov skicka patienten via laboratoriet. När laboratorieresultaten kommit kan vårdaren konsultera läkare. Läkarna ger rekommendationer angående behov av vidare utredning, vård och behandling eller om patienten klarar sig med egenvårdsråd. Läkarna kan vid behov skriva ut recept åt patienten och vårdaren ser till att patienten förstår ordinationen. En läkartid kan bokas ifall det inte är frågan om ett akut vårdbehov men patienten behöver få träffa en läkare. (Personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.3-7.3.2014).

Vårdarna i vårdbedömningen har möjlighet att konsultera läkare vid behov samt samarbeta med andra kollegor inom organisationen så som; laboratoriepersonal, röntgenpersonal, sekreterare och hälsovårdare på mottagningarna runt om i kommunen. (Personlig kommunikation med personal inom primärvården, 4.3-7.3.2014).

3.2 Samtalsprocessen

Det finns flera olika beskrivningar om hur samtalet borde struktureras vid vårdbedömning. De centrala faserna är problempresentation, utforskning och värdering av problem samt besked om åtgärder.

Enligt Wahlberg (2007) samt Stark (föreläsning, 23.10.2012) framkommer det att man i vårdbedömningen kan använda sig av en kommunikationsmodell som kan liknas vid en tratt. I modellen ingår fyra olika steg. Det första steget är *Kontaktfasen*, där vårdaren får kontakt, den vårdsökande förklarar sina symtom eller besvär. Det andra steget är *Öppningsfasen* där vårdaren ställer öppna frågor och ringar in eventuella problem. *Fördjupningsfasen* kommer som tredje steg och vårdaren ställer nyckelfrågor, om symtom och vitala funktioner osv. Till sist kommer *Beslutsfasen* där erfarenhet och intuition ger en helhetsbild. Vårdaren beslutar kring hänvisning samt egenvårdsråd.

I samtalsprocessen ingår även att vårdaren lyssnar aktivt på den vårdsökande, analyserar och bedömer problemet, motiverar patienten samt planera fortsatt undersökning eller behandling och till sist avslutar samtalet. För att få en så god kommunikation med patienten som möjligt så är det av betydelse hur samtalet inleds och det är viktigt att vårdaren inte avbryter den vårdsökandes beskrivning av problemen. I samtalet med den vårdsökande är det viktigt att vårdaren kan inge en trygg och säker ton. Vårdaren skall även visa trovärdighet, positiv auktoritet och kompetens gentemot den vårdsökande. (Gustafsson & Stenberg, 2010; Stark, föreläsning, 23.10.2012).

Vårdaren skall vara aktiv och empatisk. Den vårdsökande har rätt att få veta ifall vårdaren är osäker på de symtom som uppges. Vårdaren kan i detta fall använda sig av beslutsstöd eller konsultera om möjligt. Den som arbetar med vårdbedömning per telefon skall vid akuta situationer använda sig av lägre ton, tala i ultrarapid, tala tydligare, vara lugn och trygg. Det är även viktigt att kunna vara medveten om och distansera sig från den vårdsökandes ångest. (Gustafsson & Stenberg, 2010; Stark, föreläsning, 23.10.2012).

3.2.1 Att kunna ställa de rätta frågorna

Att ställa de rätta frågorna och veta när man skall hänvisa vidare är en faktor som spelar stor betydelse för patienten. Viktiga frågor som utesluter akut sjukdom får inte glömmas bort. Vårdaren bör med hjälp av samtalsprocessen kunna ställa rätt frågor för att kunna analysera och bearbeta det aktuella vårdbehovet. Tekniken för intervjun av den vårdsökande kan vara att vårdaren använder sig av både öppna och slutna frågor för att få ut så mycket som möjligt. Med öppna frågor har den vårdsökande möjlighet att säga mera om vad hon eller han har upplevt eller upplever just nu. Med de slutna frågorna får man enbart korta svar som t.ex. ja eller nej. Viktigt att komma ihåg att man bör undvika att ställa ledande frågor. (Wahlberg, 2007, s. 32-33; Syväoja & Äijälä, 2009, s. 57; Gustafsson & Stenberg, 2010).

Syväoja och Äijälä (2009, s. 55-56) beskriver vilka faktorer, *vårdbedömningens innehåll*, som alltid bör klargöras vid vårdbedömning per telefon (figur 1.). Sairaanhoidoliitto och Kuismaa et al. (2013) rekommenderar *ISBAR-modellen* (figur 2.) för strukturerad anamnes och rapportering. *ISBAR-modellen* används på flera hälso- och sjukvårdsinrättningar i Finland. ISBAR står för *Identifiering, Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation*.

Enligt Klerfors och Zaman (2012) har organisationer som använt sig av ISBAR-modellen uppnått en förbättrad kommunikation genom en bättre struktur, rätt och tydligare uppgifter samt effektivare rapportering. Samarbetet har förbättrats genom ökad organisationsförmåga, bättre arbetsklimat och mindre syndabockstänkande. Det var enklare att fatta beslut och att det kritiska tänkandet förbättrades. Rapporteringarna blev snabbare och ett tidigare ingripande kunde göras. För att införa denna typ av kommunikationsmodell på ett hållbart och effektivt sätt bör det ske på ledningens initiativ.

Varför tar den vårdsökande kontakt?	1. Symtombild ? 2. Annan orsak till kontakt?	
Anamnes	1. Grundsjukdomar? 2. Medicinering ? 3. Annan behandling?	Ta i beaktande att hos barn och äldre patienter, där bör större observationsförmåga tas
Status	1. När har symtomen uppkommit?	4. Tidigare haft liknande symtom?
	2. Hurudana är symtomen nu?	5. Hur har man lindrat symtomen tidigare i såfall?
	3. Hur uppkom symtomen?	6. Hur är allmäntillståndet nu?
Brådskanegraden	Hänvisning till rätt vårdnivå: -egenvård och ny kontakt vid behov -hänvisning till vårdarmottagning Anteckna givna vårdrekommendationer, hänvisningar samt arbetsdiagnos.	-hänvisning till läkarmottagning -omedelbar hänvisning till vård (ringa 112) Klargör att alla parter (vårdaren själv/vårdsökande) förstår det som är överenskommet

Figur 1. *Vårdbedömningens innehåll.* (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 55-56).

1. Identifiera	<p>Ange:</p> <ul style="list-style-type: none"> -patientens namn, ålder och personbeteckning
2. Situation	<p>Kontaktorsak:</p>
3. Bakgrund	<p>Information om:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tidigare och nuvarande sjukdomar, behandlingar och problem av betydelse - Allergier - Smittorisk/isolering
4. Aktuellt tillstånd	<p>Aktuellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitala funktioner - Aktuellt status som anknyter till situationen
5. Rekommendation	<p>Rekommendation:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Omedelbar handläggning -Intensifierad övervakning - Behandling - Förflyttning till annan enhet - Ändring i vårdplanen <p>Klargör</p> <p>Hur länge? Hur ofta? När skall kontakt tas igen? Fler frågor? Är vi överens?</p>

Figur 2. ISBAR-modellen. (Sairaanhoitajaliitto).

3.2.2 Prioritering

Prioritering ingår även i en telefonsjuksköterskans vardag. Prioriteringen handlar om att identifiera vårdbehovet eller brådskande graden av problemet. Prioriteringen styrs även av den information som vårdaren får från början. Till exempel vid ett samtal där man konstaterar att brådskande graden är hög går man från anamnesen snabbt över till identifiering av problem och identifiera rätt vårdnivå för patienten. (Greenberg, 2009).

Den läkarbrist som råder inom primärvården idag leder till att läkartiderna på hälsocentralen är begränsade. Detta kan medföra en svår prioritering av de patientärenden som kräver läkarbedömning. (Johansson, 2010, s. 2). I vårdbedömningen bedöms brådskandegraden och den vårdsökande hänvisas till rätt vårdnivå. Hänvisningen leder antingen till att den vårdsökande får egenvårdsråd och att ny kontakt kan tas till vårdbedömningen vid behov eller en tid till vårdarmottagning eller läkarmottagning som brådskande eller icke-brådskande. Hänvisningen kan även leda till omedelbart vårdbehov, där kontakt till nödcentralen helst tas av den vårdsökande eller dennes anhörige. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 56).

Brådskande graden kan bedömas med hjälp av triage-gradering. Triage-gradering används främst inom akutvården. Med hjälp av triage kan man skilja på vårdsökande som är i behov av en akut tid och de som kan vänta. Inom triage grupperas patienterna. Triage togs från början i bruk för mångskadepatienter samt vid storolyckor. Vid patientgrupperingar används färgkoder som röd, gul och grön, enligt sifferordningar eller enligt namngiven gruppering. (Macway-Jones, Marsden & Windle, 2008, s. 2; Syväoja och Äijälä, 2009, s. 94).

Triage kan användas vid hälsovårdscentraler då akutens tider är begränsade. Triagestyrning av de patienter som hör till akutmottagningen sällar bort de patientgrupper som inte hör till akuten. (Macway-Jones, Marsden & Windle, 2008, s. 2; Syväoja och Äijälä, 2009, s. 94). Målet är att få rätt patient på rätt plats, rätt tid och verkställa rätt vård åt honom enligt Pousi (föreläsning, 10.5.2012).

Flera olika triagemodeller har utvecklats och spridit sig globalt. Några av de vanligaste är Manchester Triage Scale (MTS) (Figur 3.) och Emergency Service Index (ESI) modellen samt en finsk variant, ”*Aikuisten hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi*” (vårdbehovsbedömning av brådskandegrad hos vuxna), som används i bl.a. Tammerfors, Kuopio och Helsingfors (Figur 4.). (Pousi, föreläsning, 10.5.2012). Utifrån dessa modeller

har Koskinen (2011) utvecklat en *ABCD-modell* (Figur 5.) för vårdbedömning vid en hälsovårdscentral i Tammerfors.

Kategori	Benämning	Färg	Max. väntetid
1	Omedelbar	Röd	Omedelbar
2	Mycket brådskande	Orange	Inom 10 minuter
3	Brådskande	Gul	Inom 60 minuter
4	Standard	Grön	Inom 120 minuter
5	Icke-akut	Blå	Inom 240

Figur 3. *Manchester Triage System – modellen.* (Macway-Jones, Marsden & Windle,, 2008, s. 2)

A	Kritiskt tillstånd, omedelbar kontakt till specialistsjukvård
B	Akut tillstånd, hör vanligen direkt till specialistsjukvården , bör träffa läkar inom 10 minuter vid hälsovårdscentralens akutmottagning
C	Skada eller symtom , som kräver bedömning av läkare vid akutmottagning, bör träffa läkare inom 1 timme
D	Skada eller symtom , som kräver bedömning av läkare vid akutmottagning, bör träffa läkare inom 2 timmar
E	Skada eller symtom, som inte kräver bedömning av läkare vid akutmottagning.

Figur 4. *ABCDE-triage "Aikuisten hoidon tarpeen kiirellisyyden arviointi"* . (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 95; Pousi, föreläsning, 10.5. 2012).

A	Vården bör påbörjas omedelbart
B	Vård påbörjas samma dag
C	Vård bör påbörjas samma vecka eller tid till läkarmottagning inom en vecka
D	Vård påbörjas genom att få en tid till läkarmottagninen

Figur 5. ABCD-modell. (Koskinen, 2011, s. 32-33).

3.3 Organisatoriska förutsättningar för vårdbedömningsarbete

En korrekt vårdbedömning per telefon är kostnadseffektivare, detta beror på att vårdaren kan ge egenvårdsråd som reducerar besöken på vårdinstansen. (Holmström & Dall'Alba, 2002; Marklund m.fl. 2007). Utifrån organisationens perspektiv kan vårdbedömningens effekter beskrivas på flera olika sätt. För det första att hela befolkningen får vård på lika villkor. För det andra att antalen besök till akutmottagningar och primärvård minskar. För det tredje ett effektivare resursutnyttjande samt en ökad tillgänglighet till vården. (Wahlberg, 2007, s. 11).

Organisatoriska förutsättningar är tillgångar som kunskapsstöd, läkarstöd, patientjournal. Viktigt att det finns vårdare med expertkunskap inom organisationen som kan erbjuda service åt patienterna. Kvalitet och tillgänglighet angående dessa faktorer kan ha signifikanta effekter på vårdbedömningsprocessen. (Greenberg, 2009).

Telefontjänsterna inom primärvården kan ske på många olika vis. Enklast är att styra vårdsökandens samtal direkt till olika nummer eller via växeln. Telefontekniken utvecklas och nya system för att förbättra telefonbetjäningen hittas konstant. Samtalen kan styras teknologiskt vilket medför ett effektivare system och ökad kvalitet. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 178-179).

3.3.1 Kunskapsstöd i vårdbedömningsarbetet

Vid vårdbedömning per telefon bör vårdarna ha möjlighet att använda sig av stödjande verktyg som evidensbaserade modeller och riktlinjer för att upprätthålla ett systematiskt arbetssätt. Detta skulle medföra att vårdbedömningen blir mera enhetligt. (Mitchell, 2010, s. 11).

Att göra beslut inom vårdbedömningen är ingen mekanisk linjär process, från A till B. Processen är mycket mera komplex. Databaserade stödprogram är en hjälp i undersökning av patienter som ringer till vårdbedömningen speciellt i specifika situationer men kan vara begränsade i användningen i den dagliga verksamheten. Vårdarnas professionalitet och livslångt lärande kan bli lidande om inte kunskapsstöden kan integrera med den professionella identiteten och vården. Man bör alltid ha i åtanke att de är symtombaserade och inte alltid är tillgängliga för alla situationer. (Holmström, 2007; Greenberg, 2009).

På flera olika instanser har databaserat kunskapsstöd implementerats. Kunskapsstöden är inte avgörande för olika beslut, utan stöder vårdarna till att fråga de rätta frågorna. (Holmström, 2007; Leppänen, 2010). Speciellt bra att vårdaren har möjlighet att använda sig av dessa stöd vid sådana tillfällen då patienterna klagat på ovanliga symtom (Wahlberg, 2007, s. 45-46).

Eftersom informationen ges från den vårdsökande till vårdaren per telefon måste den senare arbeta sig förbi telefonens begränsningar. Som en ersättning för den reducerade kommunikationen har man utvecklat kunskapsstöd som kan stödja vårdarens bedömning av vårdbehov. Kunskapsstöd kan ibland kallas beslutsstöd eller rådgivningsstöd och är oftast ett datorprogram. (Wahlberg, 2007, s. 45-46).

Kunskapsstödet består i regel av två delar. Den medicinska delen utgörs av riktlinjer vilkas innehåll ofta är grupperat utifrån symtomgrupper som till exempel buksmärtor eller symtom från öron, näsa och hals. Här återfinns de frågor som bör ställas vid ett specifikt symtom samt vilka åtgärder som bör vidtas utifrån de svar man får på frågorna. I regel finns det även information och länkar som är viktiga för vårdaren. (Wahlberg, 2007, s. 45-46).

Informationen blir oftast mera utförlig om man ställer öppna frågor och låter den vårdsökande presentera sitt problem utan att bli avbruten, dvs. vårdaren bör inte ställa ledande frågor. Ett bra kunskapsstöd ger bättre förutsättningar att ställa de rätta frågorna om olika symtom eller för att kunna utesluta en akut sjukdom. Ställs ”fel” frågor kan det

leda till att för lite information fås från den vårdsökande för att göra en korrekt bedömning. (Wahlberg, 2007, s. 33).

En databas som är lättillgänglig och lätt att använda är t.ex. Terveysporttis databas. Här kan även vårdaren uppdatera och stödja sina kunskaper. Terveysporttis databas är av hög kvalitet, då den grundar sig på tidigare undersökningar och forskningar (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 200).

3.3.2 Läkarestöd och riktlinjer

När databaserna inte är tillgängliga eller är inadekvata till att användas för ett visst problem, använder vårdaren sig av sin egen kompetens och erfarenhet och konsulterar läkare eller andra vårdare för råd i processen. Läkarens stöd och tillgänglighet är en viktig aspekt i vårdbedömningsarbetet. (Greenberg, 2009).

Konsulteringen är nödvändig för patientsäkerheten och för god och stödjande service, speciellt vid telefonrådgivning. Läkarkonsultationen ger vårdarna möjlighet att utveckla sina kunskaper och få stöd för egna beslut. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 175).

Det bör finnas utarbetade riktlinjer för verksamheten och dessa måste ständigt uppdateras. Riktlinjerna kan med fördel dokumenteras. På så sätt kan vårdarna känna sig trygga i sina bedömningar. Vårdpersonalen kan vara delaktiga i uppgörande av riktlinjerna men det viktiga är att den ansvariga läkaren är involverad och godkänner utformningen. (Wahlberg, 2007, s. 52-53).

3.3.3 Arbetsmiljö

I en studie som gjordes av Leppänen (2010) framkommer det att telefonsjuksköterskor som arbetar i ett skilt rum utan tillträde av obehöriga ger en högre grad av professionell diskretion. Börjesson (2011) menar att det finns många fysiska och subjektiva faktorer i arbetsmiljön som kan påverka samtalen med den vårdsökande. Trots alla faktorer som enligt ovan verkar påverka kommunikationen med den vårdsökande påverkas inte det slutliga beslutet eller råden som ges. Eftersom vårdarna ofta genom sin kommunikationsförmåga frågar upp och bekräftar det den vårdsökande sagt förvissas sig vårdaren om att man förstått varandra rätt.

3.4 Egenskaper hos vårdare

Huvudprinciperna har varit och är ännu att primärhälsovården skall vara lätt tillgänglig via telefon, och att den vårdsökande skall kunna få tala med en kompetent person som på ett adekvat sätt kan formulera och presentera problemet och ge relevanta råd. Vårdaren är på många sätt en nyckelperson i nutidens hälsovård (Holmström & Dall'Alba, 2002). Egenskaper samt de faktorer som ingår i vårdbedömningsprocessen ingår i en helhet för att kunna göra rätt beslut och hänvisa vårdsökande till rätt vårdnivå. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 208-213). Egenskaperna kommer att förklaras närmare i detta kapitel.

3.4.1. Kompetens och erfarenhet

Vårdbedömning per telefon kräver kompetens, träning och utbildning. Orsakerna till vårdkontakt indikerar till att vårdarena behöver bred kunskap inom hälsovården. Vårdarna har inte möjlighet att kunna allt om alla sjukdomar och besvär men måste kunna utvärdera de symtom som uppges. Vårdaren måste kunna avgöra hur pass allvarliga symtomen är genom att intervjua den vårdsökande samt genom aktivt lyssnande. (Wahlberg & Wredling, 1999; Hilama & Lattunen, 2013).

En vårdare i vårdbedömningen bör ha bred kunskap i att kunna analysera och bedöma vårdbehov, inklusive brådskande grad och vårdnivå. Vårdaren skall kunna besluta om vilken åtgärd som lämpar sig för den aktuella symtombilden, hänvisa vårdsökande till rätt vårdnivå samt kunna ge egenvårdsråd som är grundad på bästa möjliga evidens. Det är även av stor vikt att vårdaren är uppdaterad gällande vilka sjukdomar som är förekommande på respektive verksamhetsområde (Hilama & Lattunen, 2013, Vårdförbundet, 2011).

Kompetensområden en vårdare i vårdbedömningen bör ha är: för det första vårdbedömning enligt lagen, där både vårdarens och den vårdsökandens rättigheter och skyldigheter ingår och för det andra vårdbedömning samt andra uppgifter i organisationen. För det tredje bör vårdaren veta hur vårdbedömningsprocessen fungerar. Som fjärde kompetensområde skall vårdaren ha ett etiskt arbetssätt och kunna kommunicera både i telefon och vid fysisk kontakt med vårdsökande. Vårdaren bör kunna arbeta enligt ett individcentrerat förhållningssätt där den vårdsökande bemöts och bedöms enligt sina specifika behov, förutsättningar, erfarenheter, kunskaper och värderingar i den aktuella situationen. Som

sista kompetensområde bör vårdaren kunna göra arbetsdiagnoser samt ha ett teknologiskt kunnande gällande patientregisteranvändning och dataskydd. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 159; Hilama & Lattunen, 2013; Vårdförbundet, 2011).

Vårdaren skall kunna hantera telefontekniken, patientregister och patientjournaler samt känna till organisationens riktlinjer angående patientindelning (Triage). Det krävs även kunskaper angående vilka organisationens tidsbeställnings kriterier är vid läkar- och vårdarmottagningar. Vårdaren skall kunna avgöra ifall det är en brådskande eller icke-brådskande situation. I vissa fall räcker det med att vårdaren ger råd för egenvård. Personalen skall kunna samarbeta med kollegorna i organisationen för att få en fungerande vårdkedja. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 159; Hilama & Lattunen, 2013).

Vårdaren skall kunna bedöma alla vårdsökande jämlikt. Visa omsorg, respekt för den vårdsökandes autonomi, integritet och värdighet. Tillgängligheten påverkas inte av krav utan enbart av den vårdsökandes tillstånd. Vårdaren bör känna till sina egna gränser samt ha ett mångkulturellt kunnande. Kunna visa respekt för den vårdsökandes självbestämmanderätt. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 52; Vårdförbundet, 2011).

Samtliga kunskaper måste ständigt uppdateras. Att samordna vård och omsorgsresurser är tidskrävande och kräver omfattande omvärldskunskap enligt Wahlberg (2007). Vårdande kunskap kan beskrivas som en kombination av teoretisk kunskap, praktiskt erfarenhet och en specifik personlig egenskap (Hilama & Lattunen, 2013). Vårdarna i en studie som gjordes av Holmström & Dall´Alba (2002) säger att deras möjlighet att lyssna till det som blev osagt har utvecklats över åren av erfarenhet och ”learning-by-doing. (Holmström & Dall´Alba (2002).

För en god kompetensutveckling krävs feedback på arbetet och närhet till andra kollegor inom organisationen. För ökad självkänsla krävs utbildning inom området samt praktisk erfarenhet av vårdarbete där det gäller att hantera samtal. Det är viktigt att vårdaren har möjlighet att kontinuerligt kunna delta i fortbildning enligt Wahlberg (2007). Tio år verkar vara den tid som behövs för att hinna samla på sig tillräckligt mycket kunskap inom en disciplin för att kunna kallas expert. (Patel, Gaser & Arocha, 2000).

3.4.2 Vårdare med expertkompetens i vårdbedömningsarbete

Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar och nya krav ställs på alla yrkesgrupper. Internationellt har det skett en ökning av vårdarnas ansvar och befogenheter. (Åberg & Fagerström, 2005, s. 84-87). Kunskapsnivåerna inom vårdbedömningsarbete kan delas in i tre olika grupper: första nivån är nybörjare eller novis, i andra nivån är vårdaren kompetens och tredje i tredje nivån är vårdaren sakkunnig eller expert. Vårdbedömningens novisnivå räcker ungefär ett år. För att komma till expertnivå krävs flera års arbete inom vårdbedömningsarbete samt fysisk kontakt med de vårdsökande inom primärvården. (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 212).

Expertkompetens behövs hos vårdare idag för att kunna göra en akut vårdbedömning. Vårdaren bör vara trygg och säker i sin roll, kunna fatta egna snabba beslut och ha en bred medicinsk kunskap hämtat från den kliniska verksamheten. Dessa egenskaper har en klinisk specialist genom att omdevetet och intuitivt anpassa erfarenhetsbaserade kunskapen till den aktuella situationens krav. Enligt forskning förbättras tillgängligheten till vård av att kliniska specialistsjukskötare införs i vården (Åberg & Fagerström, 2005, s. 86; Chrisén och Holm, 2011).

Enligt Purc-Stephenson & Thrasher (2010) är en stark klinisk kompetens en central del till att kunna göra en vårdbedömning per telefon, denna egenskap skapas av erfarenheter och god interaktion med andra kollegor som är villiga att dela sin kompetens och expertis från sin specialitet.

Hos en klinisk specialist sjuksköterska bedöms de kliniska färdigheterna som den mest centrala kompetensen. I de flesta studier har kvaliteten på vården beskrivits som bättre på en klinisk specialist sjukskötermottagning. Enligt patienterna har helhetsvården och informationen varit bättre. En bred kompetens behövs för att kunna arbeta som klinisk specialist sjukskötare. Vårdare har möjlighet att utveckla sin kliniska kompetens genom utbildning inom avancerad klinisk omvårdnad. (Åberg & Fagerström, 2005, s. 84-87).

Klinisk specialist sjuksköterarkompetensen innehåller förmågan att genomföra fullständiga systematiska undersökningar, kartläggning av tidiga uttryck för sjukdom och riskfaktorer, att systematiskt sammanställa patientens anamnes, att kunna ta diagnostiska beslut utifrån tolkningar av kliniska och andra fynd så som resultat av laboratorie- och röntgenundersökningar, har tillräckliga kunskaper i farmakologi, göra upp individuella vårdplaner med beaktande av både medicin- och omvårdnadsaspekter, att utföra kliniska

interventioner, del vis säga sätta igång och genoföra vård och behandling (Fagerström, 2011, s. 132-133).

3.4.3 Personlighet

I Holmström och Dall'Albas (2002) studie beskrivs vilka personligheter som förväntas av vårdarna som arbetar med vårdbedömning. De egenskaper som förväntas är lugnt uppträdande, igenkännande, ödmjukhet och ha en bred kunskap i medicin, vård och pedagogik.

En viktig faktor förutom adekvat bedömning av problem, så är det lika viktigt för den vårdsökande som tar kontakt per telefon, att det är någon som lyssnar och ger ett bra bemötande poängterar Wahlberg och Wredling (2001).

Även kunskaper i god kommunikation som t.ex. öppnande och avslutande av samtal, röstläge, vänlighet och betjäning på den vårdsökandes språk är av stor vikt. (Syväoja och Äijälä, 2009, 159-160; Hilama och Lattunen, 2013).

Att ha ett känsligt öra, att kunna läsa mellan raderna och få ut det som blir osagt är viktiga kvaliteter hos vårdaren för att kunna hjälpa den vårdsökande på bästa sätt samt för att kunna skydda sin egen yrkesidentitet. Vårdarna har en förmåga att kunna utveckla ett system för interaktionen med den vårdsökande som kompenserar bristen visuell kontakt. Att kunna lyssna till det som är osagt är en viktig del i samtalet med den vårdsökande. Vårdaren kan kompensera bristen på ansikte mot ansikte kontakten genom att skapa en mental bild av den vårdsökande. (Pettinari & Jessopp, 2001; Holmström och Dall'Alba, 2002; Marklund m.fl., 2007; Purc- Stephenson & Thrasher, 2010).

Förmågan att kunna kompensera bristen baserar sig på vårdarens bakgrund samt erfarenheter. Vårdarens kompetens kan beskrivas som en kombination av teoretiskt kunnande, praktisk erfarenhet och en specifik professionell identitet. (Pettinari & Jessopp, 2001; Holmström och Dall'Alba, 2002; Marklund m.fl.,2007). Vid insamlande av information och bedömning primärbehoven, spelar även intuitionen en signifikant roll (Greenberg, 2009).

3.5 Upplevelse av vårdbedömningsarbete

Enligt Ström, Marklund och Hildingh (2006) upplever många vårdare att vårdbedömningsarbetet är stimulerande eftersom det främjar personlig utveckling, självständighet, samt att det är roligt och utmanande.

Vårdarna känner att de bör vara lojala mot både sin arbetsgivare och vårdsökande därför kan det bli en konflikt mellan den ideella vården de vill ge och den professionella vårdverklighetens som råder (Holmström & Dall'Alba, 2002). Att såväl vårdaren som den vårdsökande, och i vissa fall läkaren skulle vara nöjda med bedömningen går inte alltid ihop, vilket förstås höra ihop med vårdaren som portvakt (Wahlberg, 2007, s. 33).

Enligt Wahlberg (2007) så fann man i en studie att det som vårdarna uppfattade som ett problem i sitt arbete var svårigheter att bedöma det aktuella vårdbehovet. Dessutom upplevdes det som oerhört krävande att behöva göra så många komplicerade bedömningar under varje arbetspass.

Det problem som man främst uppger är att vårdaren inte kan se patienten som man skall bedöma. Att inte kunna se den person vars hälsotillstånd som skall bedömas är naturligtvis en försvårande omständighet. Att göra bedömningar i andra hand och försöka uppfatta det utsagda är ett annat problem. Det är ganska vanligt att den vårdsökande låter en anhörig ringa istället för att ringa själv. (Wahlberg, Cedersund & Wredling, 2002; Wahlberg, 2007, s. 32).

Det framkommer även att de vårdare som arbetar med telefonsjukvård har ibland en känsla av ångest inför att undersöka olika människor och deras problem. Där finns alltid en risk att fel värderingar har tagits och vårdarna behöver göra komplexa val efter bara några minuters samtal med kontakttagarna. På grund av formella direktiv angående vilka råd som borde ges, kan ibland vårdarna känna att deras personliga erfarenhet, deras tysta kunskap, inte stämmer överens med de råd de personligen har att ge enligt Leppänen (2010). Det är även svårt att veta om budskapet gått fram, det vill säga om den vårdsökande faktiskt förstått de råd som vårdarna ger. (Wahlberg, 2007, s. 34).

Enligt Holmström och Dall'Albas (2002) samt Leppänens (2010) studie kring vårdarnas erfarenheter av telefonrådgivning får man fram att telefonrådgivnings service kan karakteriseras i termer av konflikt mellan att både vara vårdare och portvakt. Faktorer som står i konflikt är: att läsa mellan raderna medan man står under tidspress; att ge

egenvårdsråd men att man är rädd för att misstolka situationen, samt patientens tillfredsställelse och otillfredsställelse.

Det kan även vara lätt för vårdaren att hoppa över delar av anamnesen och bedömningsfasen om hon för tidigt bestämmer sig för åtgärden till omvårdnadsproblemet. På så vis ställer hon inte mer ingående frågor och kan därför missa viktig information. Därför är det av betydelse att vårdaren följer samtalsprocessen och att alla delar finns med under samtalet. (Chrisén & Holm, 2011).

När en vårdsökande, dennes anhörig eller vän drabbas av ett hälsoproblem som man inte är bekant med eller har svårt att tolka, kan en viss känsla av otrygghet infinna sig. När denna känsla når en viss nivå kontaktar man vården för att därigenom uppnå en känsla av trygghet och kontroll. Vårdarens uppträdande är mycket viktigt för den vårdsökandes trygghetskänsla. Om den sökande får adekvata råd och ett vänligt bemötande ökar tilliten till vårdaren; därmed ökas chanserna att den vårdsökande följer de råd och anvisningar som ges. (Wahlberg, 2007, s. 80).

4 Teoretisk referensram

För god omvårdnad och vårdbedömning krävs bred kompetens enligt den teoretiska evidensen. Därför använder sig respondenten av Benners syn på generella teorier kring kunskap och erfarenhet i omvårdnadsarbete. Även hög kompetens inom teknologin är en viktig faktor i vårdbedömningsarbetet så även Locsins teori angående teknologisk kompetens kommer att redogöras för samt hans teori om att känna igen den vårdsökande via teknologin.

4.1 Från novis till expert enligt Benner

Benner (1993, s. 190) fastslår att sjuksköterskors kunskaper och erfarenheter är unika för yrkesgruppen. Det finns något som kan benämnas sjuksköterskekompetens med olika stadier från novis till expert.

Varje steg i utvecklingen från novis till expert karaktäriseras av en ökad skicklighet. Expertprofessionens direkta slutledningsförmåga har i Patricia Benners arbete översatts till expertsjuksköterskans förmåga att fatta beslut och handla utifrån en situationsbaserad

helhetssyn. ”Being in the situation” karaktäriserar hennes förhållningssätt; hon står inte längre som novis-sjuksköterskan utanför situationen utan är engagerad i den. (Benner, 1993, s. 190).

Praktisk kunskap är en situations- och erfarenhetsbaserad helhet hos vårdare med expertkompetens, som till stor del kontrasterar de linjära, kontextfattiga stegen i ”omvårdnadsprocessen”. Med hjälp av stegen i ”omvårdnadsprocessen” tydliggörs ett systematiskt tillvägagångssätt och den används därför ofta för vårdplanering och dokumentation. Inte sällan används den som en statistisk check-lista. (Benner, 1993, s. 190).

Problemlösning ter sig emellertid annorlunda för vårdare som nått expertnivå. Hon fångar omedelbart och utan medveten analys hela processen och urskiljer det som är väsentligt i situationen. Alla moment uppfattas på en gång: hon identifierar problemet, analyserar, resonerar, planerar, fattar beslut och handlar samtidigt. (Benner, 1993, s. 190).

Hur erfarenhetsbaserad kunskap uppkommer, förvärvas, fungerar och vidareutvecklas har intresserat genom tiderna och den har fått många namn: tyst kunskap, personlig kunskap, praktisk kunskap, förtroghetskunskap. Det är ibland också svårt att veta om t.ex. expertsjuksköterskans erfarenhetsbaserade kunskap till alla delar är tyst och osägbar eller om den är gömd och utsagd. (Benner, 1993, s. 191).

Benner utgår från att sjuksköterskekompetens redan finns hos verksamma sjuksköterskor. Bestämningen av kompetens behöver således inte förankras i exempelvis filosofiska satser eller i modeller över hur verkligheten borde vara. Hon menar även att sjuksköterskor redan har en kunskap som kan lockas fram, beskrivas och dokumenteras som sjuksköterskors egen kunskap. (Benner, 1993, s. 183).

4.2 Expertvetande enligt Benner

Expertvetande utvecklas när klinikern i sitt praktiska arbete prövar och förbättrar förslag, hypoteser och principbaserade förväntningar. Erfarenhet uppstår när förutfattade meningar och förväntningar utmanas, förbättras eller falsifieras av det faktiska förhållandet. Erfarenhet är därför en nödvändig förutsättning för expertvetande (Benner, 1993, s. 24-25).

Expertsjuusköterskan uppfattar situationen som en helhet, använder tidigare konkreta situationer som en helhet, använder tidigare konkreta situationer som paradigm och tar itu med den viktiga delen av problemet utan att slösa bort tid på att fundera över ett stort antal irrelevanta möjligheter. Expertvetande när det gäller komplicerat beslutsfattande av det slag som krävs inom omvårdnadsarbete, möjliggör tolkningar av kliniska situationer. Kunskapen som finns bakom expertvetande är av central betydelse för utvecklingen av omvårdnadsarbetet och omvårdnadsforskningen. (Benner, 1993, s. 24-25).

4.3 Erfarenhetsbaserad kunskap enligt Benner

För att beskriva hur sjuksköterskor förvärvar och utvecklar erfarenhetsbaserad kunskap har Patricia Benner i sitt arbete utgått från Deweys pragmatiska kunskapsuppfattning och tillämpat en modell, som Dreyfus och Dreyfus beskrivit. Författarna har studerat erfarenhetsinläring relaterad till kompetensutveckling och observerat hur t.ex. en profession i takt med ökad erfarenhet passerar olika stadier och blir allt skickligare i sin yrkesutövning (Benner, 1993, s. 189).

Genom erfarenheter från likartade situationer utvecklas den typ av ”know how”-kunskap som formell undervisning aldrig kan ge. Likt föregångare inom pedagogiken har Dreyfus och Dreyfus utvecklat klassificering, som beskriver olika steg i erfarenhetsbaserad kunskapsutveckling. (Benner, 1993, s. 189).

Från att som noviser ha förlitat sig på ett stelt och fragmenterat regelsystem, som moment för moment styr såväl kunskapsinhämtande som färdighetsträning utvecklar professionen genom de erfarenheter, som likartade situationer gett dem, sin analys- och syntesförmåga. De analyserar nu den aktuella situationen i ljuset av de tidigare erfarenheterna, resonerar, handlar ändamålsenligt och behöver inte längre förlita sig på ett regelsystem. (Benner, 1993, s. 189).

Professionen når så småningom en expertnivå och kommer då direkt att göra snabba bedömningar och fatta beslut, som följs av adekvata handlingar. De kommer inte längre att behöva analysera och resonera. De är i situationen och rekonstruerar och anpassar omedvetet sin erfarenhetskunskap till den aktuella situationens krav. Dreyfus och Dreyfus talar här om intuitiva handlingar. (Benner, 1993, s. 189).

4.4 Teknologisk kompetens enligt Locsin

Den teknologiska kompetensen inom vården är en harmonisk samexistens mellan teknologi och omsorg i omvårdnaden. Harmonisering av dessa begrepp placerar utövandet inom ramen för modern sjukvård och erkänner att dessa begrepp kan samexistera. (Locsin, 2005, s. 460-465).

Teknologin för den vårdsökande närmare vårdaren. När teknologin används för att känna den vårdsökande kontinuerligt i ögonblicket, är processen för omvårdnad levande. (Locsin, 2005, s. 460-465).

Teoretiska begrepp kring hela människan som berörs av teknologin inom sjukvården och kompetensen kring detta är enligt Locsin. Som första begrepp nämns *teknologiskt kunnande*. Detta innebär att processen av att känna igen den vårdsökande styrs av teknologiskt kunnande, i vilket den vårdsökande erkänns som en deltagare i sin vård snarare än ett föremål för omsorg. Vårdaren kommer in i den vårdsökandes värld. I denna process kan teknologin användas för att representera den verkliga personen, dvs. den vårdsökande. (Locsin, 2005, s. 460-465).

För det andra nämner Locsin *design* som innebär att både vårdaren och den vårdsökande planerar en ömsesidig vårdprocess från vilken vårdaren kan organisera vården enligt vårdbehov samt enligt den vårdsökandes egna önskemål kring vården. (Locsin, 2005, s. 460-465).

Som tredje begrepp nämns *genomförande och utvärdering* som innebär att det i processen ingår en alternering mellan genomförande och utvärdering av situationen. Vetenskapen om kontinuerligt kunnande, genomförande och utvärdering reflekteras i den cykliska processen av att känna igen den vårdsökande. (Locsin, 2005, s. 460-465).

Att *verifiera kunskap* används som fjärde begrepp vilket innebär den kontinuerliga, cirkulära processen visar den ständiga föränderliga, dynamiska karaktär av kunnande inom omvårdnad. Kunskap om den vårdsökande från kunnande, design och genomförande informerar vidare vårdaren och den vårdsökande. Detta leder till ökad förståelse för den vårdsökandes situation samt att vårdaren får ökad möjlighet till att stödja och uppfylla den vårdsökandes önskemål enligt Locsin (2005, s. 460-465).

5 Metod

I detta avsnitt redogörs för vilken metod som använts i forskningsprocessen. Stegen består av beskrivning av område där undersökningen utfördes, identifiering av problemområdet och formulering av syfte och frågeställningar, litteraturgenomgång, eventuell precisering av problemet, val av undersökningsuppläggning, val av undersökningsgrupp, val av teknik för datainsamling, genomförande, bearbetning och analys samt resultatredovisning. (Patel & Davidson, 2003, s. 39; Nyberg & Tidström, 2012, s. 116).

Det är inte alltid möjligt att arbeta sig igenom stegen ett efter ett i tur och ordning. En av anledningarna är att stegen inte är klart avgränsade utan överlappar varandra till viss del i verkligheten. En annan anledning är att det under hela forskningsprocessen erhålls ny kunskap och nya erfarenheter som tillförs arbetet. Händelsevis kommer man att återgå till tidigare steg för att genomföra revideringar. Av detta kan det konstateras att det inte alltid är önskvärt att arbeta i enlighet med sekvensen av steg. (Patel & Davidson, 2003, s. 39).

Det första steget i forskningsprocessen har att göra med att ett beslut måste tas angående vad som skall undersökas, dvs. identifiera problemområdet. Därefter behöver en utredning göras kring vilken kunskap som finns inom just det problemområdet. Utifrån den kunskap som redan finns kan vi slutligen bestämma exakt vad som skall undersökas. Problemområden uppkommer på olika sätt. Ett problemområde kan uppstå på grund av att något upplevs som problematiskt. Oavsett på vilket sätt problemområdet uppkommer, måste en granskning göras i några avseenden innan forskningsprocessen kan fortsätta (Patel & Davidson, 2003, s. 40-41).

Till att börja med måste man ta reda på om det verkligen finns behov av kunskap kring problemområdet. Kommer undersökningen att bidra till kunskapsutveckling inom området? Kommer någon att ha praktisk nytta av att undersökningen genomförs? Ifall det framkommer att det verkligen finns behov av kunskap inom problemområdet får man vidare fundera över om en undersökning är möjlig. Är undersökningen praktisk möjlig att genomföra? Är det möjligt att genomföra undersökningen med de resurser som finns? (Patel & Davidson, 2003, s. 40-41).

Det problemområde som väljs är till att börja med oftast otydligt i den bemärkelsen att det är svårt att förstå exakt vad som skall undersökas. Redan tidigt i forskningsprocessen är det klokt att arbeta med problemformulering. Problemformulering uttrycks i syfte- och frågeställning. Dessa återfinns i den slutgiltiga resultatredovisningen. Det är dock vanligt

att man börjar med ett preliminärt syfte och frågeställningar och att dessa förändras och förfinas under forskningsprocessen. All forskning syftar till att komma fram till ny kunskap och det är centralt att kontinuerligt reflektera över vilket tillskott som just detta forskningsarbete kan bidra med (Patel & Davidson, 2003, s. 41).

Metoden för detta utvecklingsarbete är inspirerad av aktionsforskning där en modell utformades samt ett man även utformade ett kommunikationsverktyg som kommer att kunna användas inom vårdbedömningen. Kommunikationsverktyget utvärderades av vårdare och ledningen vid Närpes hälsovårdscentral. Att ständigt förkovra sig i yrket medför en annan syn på hur kompetensutveckling ska läggas upp och genomföras. Aktionsforskningen kan ses som en väg att få kunskap om sin egen praktik och därigenom kunna förändra den. (Rönnerman, 2004, s. 11). Forskningsansatsen är både kvantitativ och kvalitativ. Datainsamlingsmetoden bestod av förundersökning, frågeformulär och intervju. Data analyseras med innehållsanalys.

5.1 Aktionsforskning

Aktionsforskning är idag ett återkommande begrepp när man talar om att utveckla en verksamhet. Metoden förknippas vanligtvis med praktiska, småskaliga forskningsprojekt. Det kan beskrivas som en ansats som har utgångspunkt i praktiken, verkar för samarbete mellan forskare och praktiker och verkar för en forskning som leder till förändring. (Rönnerman, 2004, s. 13; Denscombe, 2009, s. 169).

Aktionsforskning innebär en relation mellan tänkandet om praktiken och handlandet i praktiken. Det handlar med andra ord om att utveckla och förändra verksamheten men också om att skaffa sig kunskap om hur denna förändring går till och vad som sker under arbetets gång, vilket då kan resultera i respondentens lärande. (Rönnerman, 2004, s. 13).

Centrala moment blir att respondenten undersöker det tema som är av intresse, i detta fall vårdbedömningsarbetet, kartlägger vilka faktorer som behövs för professionell vårdbedömning, utformar en modell samt ett verktyg som utvärderas, följer processen och reflekterar över vad som sker. (Rönnerman, 2004, s. 13-14).

Förloppet för aktionsforskning innebär att det är respondenten själv som agerar till förändring. Genom ett perspektiv underifrån utgår man ifrån egna frågeställningar och behovet att pröva nya vägar till förändring. I processen används olika redskap genom vilka

hjälp fås med att identifiera ett problem, följa en utvecklingsprocess, reflektera och värdera den nya praktiken i relation till den gamla. Det handlar om att utifrån det vardagliga och kända formulera en fråga om det som man önskar veta mera om. (Rönnerman, 2004, s. 14).

Inom aktionsforskningsprocessen hänvisar man till en cirkel eller en spiral där de olika stegen: planera, agera, observera och reflektera, ingår. Dessa ska dock inte ses som en modell att slaviskt följa utan kan lika väl tjäna som en tankegång att reflektera utifrån. (Rönnerman, 2004, s. 14). Denscombe (2009, s. 169) använder sig av begreppet *cyklisk forskningsprocess*. Engagemanget i forskningsprocessen där tillämpningen av resultaten och utvärderingen av deras inflytande på praktiken blir en del av en cyklisk forskningsprocess. Processen kopplas dessutom ihop med en tendens att involvera dem som berörs av forskningen i utformningen och genomförandet av undersökningen.

Tillsammans ger detta fyra karakteristiska drag som definierar aktionsforskning. För det första *praktisk inriktning* där syftet är att gripa sig an ”verkliga” problem och frågor, huvudsakligen på arbetsplatser och i organisationsmässiga miljöer. För det andra *förändring*, vilken anses som en integrerad del av forskningen, både som ett sätt att ta itu med praktiska problem och som ett medel att få större kännedom om fenomen och företeelser. För det tredje en *cyklisk process* som innebär att forskningen inrymmer en återkopplingsmekanism, där de inledande resultaten ger möjlighet till förändringar som sedan implementeras och evalueras som utgångspunkt för fortsatta undersökningar. För det fjärde *Deltagarna*, de centrala personerna i forskningsprocessen är informanterna. Deras deltagande är aktivt, inte passivt. (Denscombe, 2009, s. 169-170).

Det räcker inte med att bedriva forskning som en del av arbetet, eftersom detta skulle kunna omfatta alla typer av datainsamling och analyser som har att göra med människor och system, vars resultat kanske inte har någon betydelse för eller samband med respondentens egen verksamhet. För att överensstämja med aktionsforskningens anda måste forskaren undersöka sin egen praktik med sikte på att förändra den på ett fördelaktigt sätt (Denscombe, 2009, s. 172).

5.2 Kvantitativ och kvalitativ metod

I detta utvecklingsarbete används såväl kvantitativ och kvalitativ forskningsansats. Innan man kan gå in på själva valet av metod uppkommer frågan om skillnaden mellan kvantitativa och kvalitativa undersökningar. Val av studietypen är beroende på problemställningen och syftet, samt de praktiska, etiska och ekonomiska betingelserna i studien. Även valet mellan kvantitativ och kvalitativ forskningsansats styrs av problemets natur och syfte med analysen samt var kunskapsläget befinner sig inom området. Om man vill förstå eller hitta ett mönster i en oklar omvärld bör en kvalitativ ansats väljas. (Hangsai & Allebeck, 1994, s. 29; Trost, 2012, s. 18).

Trost (2012, s. 18-23) menar att man på ett förenklat sätt kan säga att om man använder sig av siffror rör det sig om kvantitet. Det behöver inte bara vara siffror i mera avgränsad mening utan också i överförd betydelse. Om respondenten sålunda använder ord som *längre*, *fler* eller *mer* är jag inne på ett kvantitativt tänkande. Ett kvalitativt tänkande blir det om man helt lyckas undvika den sortens jämförelser. Den kvantitativa metoden strävar efter att göra det som studeras mätbart enligt Olsson & Sörensen (2011, s. 23). Det är vanligt att i samhälls- och naturvetenskapliga undersökningar använda sig av statistik. Oftast tas stickprov eller samplings. (Ejvegård, 2003, s. 67).

Statistik är den vetenskap där data ordnas, beskrivs och analyseras, vilket kan göras på olika sätt, deskriptivt eller genom hypotesprövning. Med deskriptiv statistik beskrivs det insamlade materialet och belyses forskningsproblemet med hjälp av siffror. I hypotesprövningen görs försök till att testa statistiska hypoteser. Kvantitativa forskningen kan även vara explanativ det vill säga förklarande eller experimentell. (Olsson & Sörensen, 2011, ss. 45-47, 109).

Inom kvalitativ forskning och utredning ser man ofta inte på de nominella skalorna som variabler utan de skilda ”värdena” utgör kategorier. Med kvalitativ ansats söker respondenten data som uttrycks med *ord* i stället för *siffror*. Avsikten med kvalitativa ansatser är att uttyda och förstå fenomen. Kvalitativa ansatser kan syfta till att förstå uppfattningar, upplevelser och avsikter. (Trost, 2005, s. 10; Trost, 2012, s. 23; Nyberg & Tidström, 2012, ss. 122, 125).

Båda metoderna är likvärdiga och den kvantitativa och kvalitativa metoden kan ofta användas i kombination med varandra. I vissa fall kan det vara fördelaktigt att kombinera

kvantitativa och kvalitativa element i samma undersökning eftersom resultatet kan stödja varandra (Nyberg & Tidström, 2012, s. 123). Respondenten använder sig av kvantitativa mätmetoder, ett kombinerat kvantitativt och kvalitativt frågeformulär samt en kvalitativ intervju som datainsamlingsmetoder i denna forskningsprocess.

5.3 Urval

Både vid kvantitativa och kvalitativa undersökningar är det oftast nödvändigt av praktiska skäl att göra ett urval av en population. Därför måste man bestämma en urvalsram, dvs. vilka kriterier som ska ligga grund till urvalet och hur man tänker gå tillväga för urvalet. (Hangsai & Allebeck, 1994, s. 30). Man bör då som författare redogöra för hur man kommit fram till det urval man gjort. Gäller det stratifieringar (urvalsmetoder) bör valet av strata (urvalsgrupper) motiveras. (Ejvegård, 2003, s. 67).

En av de viktigaste frågor respondenten måste ta ställning till är vilken population som undersökningen skall omfatta och hur denna population eventuellt ska representeras genom ett empiriskt urval. Populationen kan utgöras av nationer, institutioner eller personer. Ofta är populationen så stor att det handlar om att göra ett urval som exempelvis utgör en viss procent av populationen. I andra fall är populationen så begränsad att det mest rimligt inkluderar alla i undersökningen. I det senare fallet satsar vi på komplett data. (Befring, 1994, s. 32-42).

När ett urval görs går den huvudsakliga skiljelinjen mellan subjektiva urvalsmetoder och randomiserade urval. I det första fallet används bedömningsförmågan för att få ett rimligt representativt urval. I det senare fallet använder man sig av principen som innebär att chansen är lika stor för de enskilda enheterna i populationen att komma med. (Befring, 1994, s. 32-42).

Generellt är det tre faktorer som påverkar representativiteten i ett urval. För det första då urvalsmetoden innebär att alla enheter i populationen har lika stor chans att tas ut (eller inte tas ut) så har man att göra med ett slumpmässigt eller ett randomiserat urval. Detta är statistiskt sett det ideala. För det andra tvingas man emellertid att göra ett urval som baserar sig på subjektiva bedömningar. För det tredje görs ett urval beroende på homogenitet eller heterogenitet i populationen. Om det är liten variation hos egenskaperna

i fråga (alltså stor homogenitet) kan ett representativt urval lättare fås fram än när motsatsen råder. (Befring, 1994, s. 32-42).

Storleken på urvalet beror på att få möjlighet till att ett representativt urval fås fram. Om det inte handlar om miniatyrpopulation opererar vi statistiskt sätt sällan med ett urval som är större än 10 % av populationen. (Befring, 1994, s. 32-42). Även om en viss typ av målgrupp blir mer eller mindre given för en undersökning i och med att problemområdet och syftet är definierat, går det inte att formulera bra frågor förrän man vet närmare vilken kategori av människor som ska undersökas. (Hangsai & Allebeck, 1994, s. 30).

Urvalet för den statistiska undersökningen var automatiskt alla vårdkontakter per telefon som togs till vårdbedömningen inom en fastställd tidsperiod. Det urval av informanter som bäst kunde svara på syftet i studien var vårdare med erfarenhet av vårdbedömning inom primärvården. Studien genomfördes genom att frågeformulären delades ut till vårdare som i sitt dagliga arbete utövar vårdbedömningsarbete per telefon. Åtta av tio informanter lämnade in sina frågeformulär.

Eftersom resultatet blev för magert för att få en bra nyans i studien genomförde respondenten en kompletterande studie med att intervjua personal inom vården med ledande arbetsuppgifter. Kriterier för valet av informanter utgick från att de skulle ha ledande arbetsuppgifter inom organisationen för att få information kring vårdbedömningsarbetet ur organisatoriskt perspektiv. Två informanter valdes ut som har nära anknytning till vårdarbetet inom öppna vården. Båda informanterna ville delta i studien.

5.4 Statistikföring av vårdhänvisning

Enligt Trost (2005, s. 13-14) kan termen förstudier användas inom kvantitativ datainsamling. En kvantitativ metod med en statistisk parameter som förstudie har valts för att kartlägga hur vårdkontakterna hänvisas i vårdbedömningen (bilaga 1). Alla kontakter statistikfördes under en tre veckors period. Det fanns ett intresserad av att kunna ange med procent hur vårdkontakterna hänvisades. (Trost, 2012, s. 23). En uppfattning om den aktuella situationen framkom och man kunde gå vidare till nästa steg i forskningen.

Den kvantitativa datainsamlingsmetoden karaktäriseras av följande: standardisering, strukturerade instrument, uppgifter om kvantitet, informationsinsamling och analys

separerade, slumpmässiga/representativa urval, generalisering och deduktiv statistisk analys. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 148).

5.5 Frågeformulär med slutna och öppna frågor

Frågeformuläret i forskningen har utformats både som kvantitativ och kvalitativ datainsamling (bilaga 2). Ett frågeformulär är bara en del av en undersökning där man samlar in data som man mäter och använder sig av för att kunna sammanställa och ta reda på informanternas uppfattningar. Frågeformulär är en teknik för att samla information och bygger på frågor (Patel & Davidsson, 1994, s. 60).

Frågeformuläret måste utarbetas med största omsorg. Kvaliteten på data som insamlas är ju helt beroende av undersökningspersonernas vilja och förmåga att besvara frågorna. (Hangsai & Allebeck, 1994, s. 38) Kvantitativa delen med fasta svarsalternativ där informanten kryssar för alternativ eller graderar sina svar på en skala. (Trost, 2008, s. 72-79).

Ett frågeformulär med kvalitativ ansats, dvs. öppna svarsalternativ, innebär att informanterna själva formulerar och skriver svaren. (Trost, 2008, s. 72-79; Nyberg & Tidström, 2012, s. 126). Det går snabbt att samla information i stora mängder genom att använda sig av ett frågeformulär. Vid datainsamling av detta slag måste man vara helt säker över vilken information man önskar. Formuleringen skall täcka det område man vill undersöka och man är intresserad av. Något som är svårt är att avgöra hur noggrant informanten besvarat frågorna. (Carlsson, 1991, s. 71-72).

När frågeformulär görs är det en del saker man behöver tänka på. Först av allt skall frågorna vara enkla att svara på. Sedan ska man vara försiktig och inte göra så kallade dubbla frågor för då är det svårt att veta vilket man får svar på. Texten skall vara kort och koncis för att undvika missförstånd. För att få bästa resultat kan man testa formuläret i en provundersökning. Då hinner man rätta till eventuella fel och brister. Med frågeformuläret skickas ett följebrev där man förklarar syftet med undersökningen, vilket ofta ökar svarsantalet. (Körner & Wahlgren, 2006, s. 23).

De inledande frågorna i ett frågeformulär bör ha karaktären av uppvärmning, med enkla, gärna korta och intresseväckande frågor. En klassisk princip för enkät rekommenderas

”Tratt – tekniken” med vilket det innebär att man går från det allmänna till det speciella, dvs. börjar med breda, allmänna frågor i ämnet som steg för steg förs ned till allt mer specifika frågor på detaljnivå. Frågeformuläret bör vara uppbyggt på ett sådant vis så att respondenten kan försäkra sig om att all viktiga aspekter täcks och genomförs i en kronologisk ordning så att onödig överlappning sker (Hangsai & Allebeck, 1994, s. 39-40).

Ur de egentliga problemformuleringarna och deras teoretiska bakgrund växer småningom ett frågebatteri fram. Frågeformuläret innehåller 3 slutna frågor samt 4 öppna frågor. Frågeformuläret börjar med frågor om allmän bakgrundsinformation, för att vidare leda in på det ämne som respondenten söker svar på. I den kvalitativa studien försöker respondenterna förstå innebörden av vad informanterna svarar. (Kvale, 1997, ss. 34,70; Hangsai & Allebeck, 1994, ss. 15, 31-32).

5.6 Intervju

För att få ett så tillförlitligt data som möjligt görs även en kvalitativ intervju av två personer med ledande arbetsuppgifter inom Närpes hälsovårdscentral. Genom frågor är syftet att nå kunskap om undersökningens värld. För att nå ett gott intervjuresultat ska syfte och problemområde vara väl klarlagda före undersökningens början. Undersökningens *varför* och *vad* bör klargöras innan frågan om *hur* ställs. Vid planering av en kvalitativ intervju är det viktigt att tänka igenom alla faserna, även vad som händer när intervjun är slutförd (Olsson & Sörensen, 2011, s. 132).

Tre saker är viktiga att lägga på minnet vid intervjuer: En intervju är en dialog mellan minst två personer, och för att informanten ska lämna så bra upplysningar som möjligt måste ett samarbetsvilligt klimat skapas. Informanten ska få känna sig viktig och få tala till punkt. Upplysningarna som informanten lämnar måste var pålitliga och inte påverkade av en mängd ovidkommande faktorer. Intervjun ska ge den information som respondenten är ute efter, det vill säga svaren måste ha giltighet, vilket innebär att den informanten svarar på det som respondenten frågar om. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 132).

Intervjun är lågt strukturerad, det vill säga att informanten kan tolka frågorna fritt beroende på sina egna språkvanor, erfarenheter, värderingar och önsknings. Med en mera ostrukturerad intervju är avsikten att dels öka informantens samarbetsvilja, dels öka

möjligheten till att få intressanta och väsentliga upplysningar som annars skulle utebli på grund av respondentens förutfattade meningar. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 132-133).

Den kvalitativa forskningsintervjun är ett ämnesinriktat samtal där två personer talar om samma ämne som de båda har intresse av. Intervjun är fokuserad på vissa teman, för att syftet är att beskriva och förstå meningen i det som är centralt i informantens livsvärld. Öppenhet och lyhördhet för vad som sägs och för vad som inte sägs är viktigt. Målet med den kvalitativa forskningsintervjun är att få fram nyanserade beskrivningar av olika kvalitativa aspekter. (Trost, 2005, s. 33; Olsson & Sörensen, 2011, s. 134).

Det skall även vara klargjort var intervjun skall hållas. Informanten bör känna sig trygg i miljön. De flesta platser har både för- och nackdelar. Oavsett var intervjun sker så är det viktigt att man i anslutning till analysen av materialet kan resonera kring vilken inverkan lokalen kan ha haft på trovärdigheten hos data. (Trost, 2005, s. 33-34).

Vid kvalitativa intervjuer skall informanten i möjligaste mån tillåtas styra ordningsföljden i samtalet samt gällande val av delaspekter i intervjun. En lista kan göras upp över frågeområden, dvs. inget färdigt frågeformulär bör följas under intervjun. Listan bör vara kort men ta upp stora delområden (bilaga 3). (Trost, 2005, s. 50).

Vid intervjuer måste svaren dokumenteras ordentligt. Ofta stör det mer under intervjuprocessen om anteckningar skrivs ned än om en ljudinspelning görs. Användning av bandspelare under intervjun har både för- och nackdelar. Till fördelarna hör att man kan lyssna till tonfall och ordval upprepade gånger efteråt. En massa anteckningar behöver inte skrivas ned utan koncentrationen kan riktas på frågorna och svaren. Till nackdelarna hör att det tar tid att lyssna. Oavsett om bandspelare används eller inte är det till fördel att anteckningar görs efter intervjun. (Trost, 2005, s. 53-55; Nyberg & Tidström, 2012, s. 132).

5.7 Dataanalysmetod

Enligt Bell (2000, s. 97) är ett rikt urval källor av speciell betydelse i samband med innehållsanalysen. Man måste även kunna försvara sin urvalsmetod och urvalet måste vara tillräckligt för att det skall gå att dra hållbara slutsatser från det.

Utgångspunkten är den inledande statistikföringen, insamlade frågeformulär, intervjuer eller något av dokumenten. Den information som forskaren på detta sätt samlat på sig

måste reduceras för att vara hanterbart. Detta är själva grunden vid innehållsanalys. Även om det relativt ofta blir så att man börjar med den mera konkreta innehållsbeskrivningen och låter tolkningsdelen vara till ett senare skede av analysen måste ändå forskaren tankemässigt arbeta på flera abstraktionsnivåer samtidigt under hela analysprocessen. (Carlsson, 1991, s. 62).

5.7.1 Kvantitativ analys

Oavsett om den genomförda forskningen med kvantitativ inriktning har deskriptiv eller explanativ karaktär så är syftet vanligen att med utgångspunkt från ett stickprov ge en bild av hela populationen, jämföra resultat från undergrupper i en stickprovsundersökning, jämföra resultat från olika stickprovsundersökningar samt analysera resultat från olika, jämförbara, grupper i experimentella studier. I alla dessa fall är det otillräckligt att enbart redovisa och dra slutsatser från de konstaterade siffrorna, eftersom tillfälligheter (slumpen) kan ha spelat in i samband med urvalet av de deltagande personerna. Däremot är det möjligt att beräkna inom vilket period den sanna urvalet ligger. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 223).

Den statistiska analysen är nödvändig om riktiga slutsatser önskas komma ur undersökningsmaterialet. För att få en organiserad överblick kan materialet redovisas med kategorier i tabeller eller diagram. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 224).

Det kvantitativa resultatet redogörs med ett cirkeldiagram. Ett diagram bör göras överskådligt och lättläst. Cirkeldiagramet används framförallt när man vill ge en lättfattlig och klar bild av resultaten i en undersökning. Den används mest för att åskådliggöra en procentfördelning. De olika fälten i ett sådant diagram kallas sektorer. Den första sektorn skall alltid börja ”kl. 12” sedan följs sektorerna åt i storleksordning, medsols. I analysen tar respondenten hjälp av databaserade program. (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2011, s. 156-157; Nyberg & Tidström, 2012, s. 134).

Det kvantitativa resultatet i frågeformuläret analyserades även med statistiska metoder, kategoriserades och anges som procent i löpande text och redovisas i stapeldiagram. Tabeller/diagram används för att illustrera informanternas fördelning av ålderskategorier och erfarenhetskategorier. På samma sätt som tabeller och diagram hänvisas ska det även i texten finnas hänvisningar till bilagorna, i vilka frågeformulär och intervjufrågor bifogas. (Nyberg & Tidström, 2012, ss.134, 137).

5.7.2 Kvalitativ analys

Kvalitativ analys bygger på att man gör en innehållsanalys av det material som skall analyseras. Ofta använder man sig av material som ursprungligen producerats för helt andra ändamål än för forskning, men även innehållsanalys av material som direkt producerats för forskningsändamål förekommer. Innehållsanalys är definitionsmässigt bearbetning av ett budskap enligt vissa på förhand fastställda regler. Man kan t.ex. se hur ofta adjektiv, känslomässiga uttryck, utrop, sakliga beskrivningar och definitioner används. (Carlsson, 1991, s. 61).

Enligt Nyberg och Tidström (2012, s. 134-136) är analysmetoden för kvalitativ data på magisternivå, innehållsanalysen, som bygger på systematisk gruppering av text. Idén med metoden är att mängden material reduceras genom att man går från enskilda uttalanden till större helheter, grupper och klasser. Respondenten sammanförde flera utsagor under olika kategorier och underkategorier. Kategorierna har växt fram ur den teoretiska bakgrunden och den teoretiska referensramen. Efter att de övergripande kategorierna hittats bör eventuella underkategorier till dessa analyseras. Då resultatet redovisas kan kategorierna styrkas med väl utvalda citat. Innehållsanalys är ett flexibelt sätt att analysera kvalitativt material.

5.8 Undersökningens praktiska genomförande

I detta kapitel redogörs för undersökningens praktiska genomförande. Vidare beskrivs meningen med vad de centrala teman är i den intervjuades livsvärld och om vad en empirisk studie och innehållsanalys innebär (Hangsai & Allebeck 1994, ss. 15, 31-32; Kvale, 1997, s. 34).

Denna forskning är ett utvecklingsarbete för Närpes hälsovårdscentral. Datainsamlingsmetoden till den kvantitativa delen gjordes i muntligt samråd med avdelningssköterskan inom öppna vården. En blankett för statistikföring av vårdkontakter under en tre veckor lång period utformades. Målet var att få bättre överblick över hur vårdkontakterna hänvisades. Ett frågeformulär med slutna och öppna frågor utarbetades i samarbete med ledningen inom vårdarbete samt enligt evidensbaserade teorier inom vårdbedömningsarbete.

Målet är att få mera kunskap om vilka faktorer som har betydelse i vårdbedömningsarbetet, samt hur effektiviteten och arbetet kan stärkas så att en professionell patienthänvisning kan upprätthållas. Respondenten utformar en modell som beskriver vårdbedömningsprocessen ur vilket ett kommunikationsverktyg för vårdbedömningsarbetet utvecklades. Respondenten har skriftligen anhållit om lov från ledningen vid Närpes hälsovårdscentral (bilaga 4). Studien kommer senare att presenteras för beställaren.

Statistikföringen av vårdkontaktarna gjordes genom att blanketter (bilaga 1) för detta ändamål utformades och placerades ut vid samtliga telefoner där vårdare sitter i anslutning till att arbeta med vårdbedömningsuppgifter. I samråd med vårdarna som arbetar inom öppna vården statistikfördes alla vårdkontakter samt hur vårdkontaktarna hänvisades. Statistikföringen gjordes manuellt under en tre veckors period, en anteckning i den kategori där vårdkontakten hörde. Det kvantitativa resultatet utformades i ett dataprogram för att kunna redovisa resultatet på ett enkelt och synligt sätt i form av diagram (bilaga 5).

Man delade in vårdkontaktarna i sex olika kategorier beroende på vilken vårdbedömning vårdaren gjorde; akut, icke-akuta, läkarmottagning, expertsjukskötarmottagning, vårdarmottagning eller annat. Med "Akut" menas att den vårdsökande behöver vård inom samma dag. "Icke-akuta" innebär; ej akut, behöver läkarvård inom samma vecka men läkarmottagningstider finns ej att ge. Kategorin "Annat" innehåller de vårdkontakter som resulterar i att den vårdsökande får egenvårdsråd, rådgivning, förnyelse av recept eller på ett eller annat sätt får hjälp utan att det resulterar i att en tid bokas till någon mottagning.

Den blandade kvantitativa och kvalitativa studien genomfördes genom att frågeformulären sändes ut till alla anställda inom öppna vården vid Närpes hälsovårdscentral som i sitt dagliga arbete utövar vårdbedömningsarbete per telefon. Orsaken till detta urval är att få fram tillräckligt med tillförlitliga svarsalternativ.

Målet var att så många som möjligt deltog. Personalen informerades angående forskningen på ett gemensamt personalmöte en månad före frågeformuläret delades ut. Ett följebrev med beskrivning av syftet för studien sändes med varje frågeformulär (bilaga 2). Svaren lämnades tillbaka till respondenten till en på förhand angiven plats. Varje informant deltog anonymt.

Kvantitativt och kvalitativt ansatser används i frågeformuläret. Insamlingsmetoden var en empirisk studie av personalens upplevelse av vårdbedömningsarbetet i telefon samt hur de önskar utveckla vårdbedömningsarbetet. Frågeformulären analyserades som kvantitativ

och kvalitativ data med slutna och öppna frågor. Studien redovisas genom att en kvantitativ analys görs av det statistiska materialet med diagram. Den kvantitativa och kvalitativa innehållsanalysen reduceras och sammanfattas i kategorier tillsammans med evidensbaserade teorier. Resultaten redovisas i löpande text, kategoriseras och styrks med utvalda citat.

Efter de två datainsamlingarna fick respondenten fram ett för magert resultat så ett beslut gjordes i samråd med ledningen vid Närpes hälsovårdscentral att även en kvalitativ intervju skulle genomföras. Målet med intervjuerna var att få fram organisationens syn på vårdbedömningsarbetet. Ledningen gav muntligt lov till intervjuerna. Två intervjuer gjordes med två informanter med ledande arbetsuppgifter inom öppna vården. Intervjuerna bokades in två veckor på förhand och intervjuades enskilt. Båda informanterna fick information muntligt och skriftligt angående forskningen och problemområdet före intervjutillfället.

Intervjufrågorna utformades enligt frågeställningarna i studien. Informanterna fick ge sina egna åsikter och berätta fritt om hur de upplever vårdbedömningen, problemområden, svårigheterna och vilken utveckling de önskar. Båda intervjuerna bandades och små anteckningar skrevs ned. Inspelningarna lyssnades igenom flera gånger efter intervjuerna för att respondenten inte skulle gå miste om viktiga nyanser i deras berättelser. Svaren analyserades, reducerades och kategoriserades samt att svaren skrevs ned i löpande text och citat.

Resultaten från samtliga tre datainsamlingar redovisas. Likheter och olikheter från olika perspektiv sammanfattas. I studien presenteras även bakgrundkunskaper gällande vad vårdbedömningsarbetet i telefon innebär och vilka faktorer som är av betydelse för en professionell vårdbedömning och patientstyrning samt vilka problemområdena är inom vårdbedömningsarbetet.

Med hjälp av den teoretiska bakgrunden, tidigare forskningar samt resultatet från respondentens egen studie utformas en modell där viktiga faktorer i ett professionellt vårdbedömningsarbete är implementerade. Denna modell redovisas som (bilaga 6) och kan användas som underlag för att få fram vilka faktorer som krävs hos den vårdpersonal som skall arbeta med vårdbedömning i sitt arbete. Modellen kan användas för vidareutveckling av organisationens vårdbedömningsarbete, rekrytering samt fortbildning. För att få ett enhetligt vårdbedömningsarbete utformar respondenten även ett kommunikationsverktyg (bilaga 7) som kan användas som hjälpmedel under vårdbedömningsprocessens gång.

Med hjälp av kommunikationsverktyget har vårdarna möjlighet att utföra ett mera enhetligt vårdbedömningsarbete, ett visst system att samla data, vara mera förberedda för konsultering, vidareberapportering samt som stöd vid dokumentering. Kommunikationsverktyget kommer att utvärderas av ledningen vid Närpes hälsovårdscentral.

5.9 Utvecklande av modell och kommunikationsverktyg

En modell definieras som en förenklad bild av det vi upplever som verklighet. Förenklingen behövs för att göra denna verklighet hanterbar och tar bort allt utom de väsentligaste faktorerna. En modell utformas för att underlätta analys, diskussion och beslut i den aktuella situationen, dvs. vårdbedömningsprocessen. Respondenten vill därför att den valda modellen skall vara begriplig och att den täcker det problemområde som behöver analyseras. (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2011, s. 72-73).

Modellen är ett kommunikationsverktyg. Den ger en överblick över de centrala frågorna. Modellen hjälper till att förtydliga vad det hela handlar om. Den underlättar harmonisering och ökar handlingsberedskap. Ofta behövs olika modeller för att man enkelt, fort och billigt ska kunna pröva hur olika handlingsalternativt fungerar, utan att man rent praktiskt behöver genomföra dem. (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2011, s. 73-74).

Om en modell byggs på en väl samlad och dokumenterad erfarenhet är den sannolikt ett mycket effektivt verktyg. Modeller kan byggas på många olika sätt. Vanligen kan de delas in i tre olika typer: verbala, schematiska och matematiska. Respondenten väljer att använda sig av den schematiska modellen. Med hjälp av den schematiska illustrationstekniken kan respondenten framhålla vissa nyanser. Modellen illustreras med hjälp av figurer av olika slag och vi får en bild att se på i stället för enbart text. En schematisk modell är inte bara pilar och rutor. Utan den måste även innehålla en text som beskriver och förklarar modellens faktorer och samband. (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 2011, s. 74-75).

Modellen belyser faktorer som bidrar till en professionell och enhetlig vårdbedömning om den följs. Modellen har utarbetats enligt det resultat som framkommit i denna studie och beskrivning av de olika stegen i vårdbedömningsprocessen medföljer. Utifrån modellen och resultatet utformades även ett kommunikationsverktyg med syfte att få ett mera strukturerat och enhetligt arbete i kommunikationen med vårdsökande och för att vårdarna

skall vara bättre förberedda inför konsultation av kollegor och vid överrapportering och dokumentering.

Med ett strukturerat arbete strävar man även till en ökad patientsäkerhet med att vårdarna följer ett visst mönster för att få en så klar anamnes och analys angående patienten som möjligt. Verktøget inspirerades av ISBAR-modellen. Till kommunikationsverktøget har även en beskrivning utarbetats så att användaren skall kunna bekanta sig med materialet och dess användning (bilaga 7). Kommunikationsverktøget utvärderades av både personalen och ledningen vid Närpes hälsovårdscentral.

6 Resultat

Tre olika datainsamlingsmetoder har använts för att synliggöra vilka faktorer som bidrar till en professionell vårdbedömning samt hur denna kan utvecklas. Studiens kvantitativa resultat presenteras med hjälp av olika diagram för att göra dem mera åskådliga. Resultatet från frågeformuläret samt från intervjuerna reduceras och delas upp i kategorier. Där ingår även citat som belyser informanternas åsikter och upplevelser. Studiens resultat tolkas mot de teoretiska utgångspunkterna, mot den teoretiska bakgrunden och de tidigare forskningarna.

6.1 Hänvisning av vårdkontakter

Statistikföringen av vårdhänvisningarna registrerades via vårdbedömningen inom öppna vården. Vårdhänvisningen sker även från andra mottagningspunkter t.ex. läkartidsbokningen, vårdarmottagningen, företagshälsovård osv. Därför är detta resultat inte helt tillförlitligt utan visar enbart hur personalen i vårdbedömningen hänvisar patienterna.

I resultatet av den kvantitativa undersökningen framkom att 16% av vårdkontakterna hänvisades till akutmottagningen, 10% till icke-akuta tider, 6% till läkarmottagningen, 4% till expertsjukskötarmottagningen, 11% till vårdarmottagningen och 53% sköttes på annat sätt (bilaga 5).

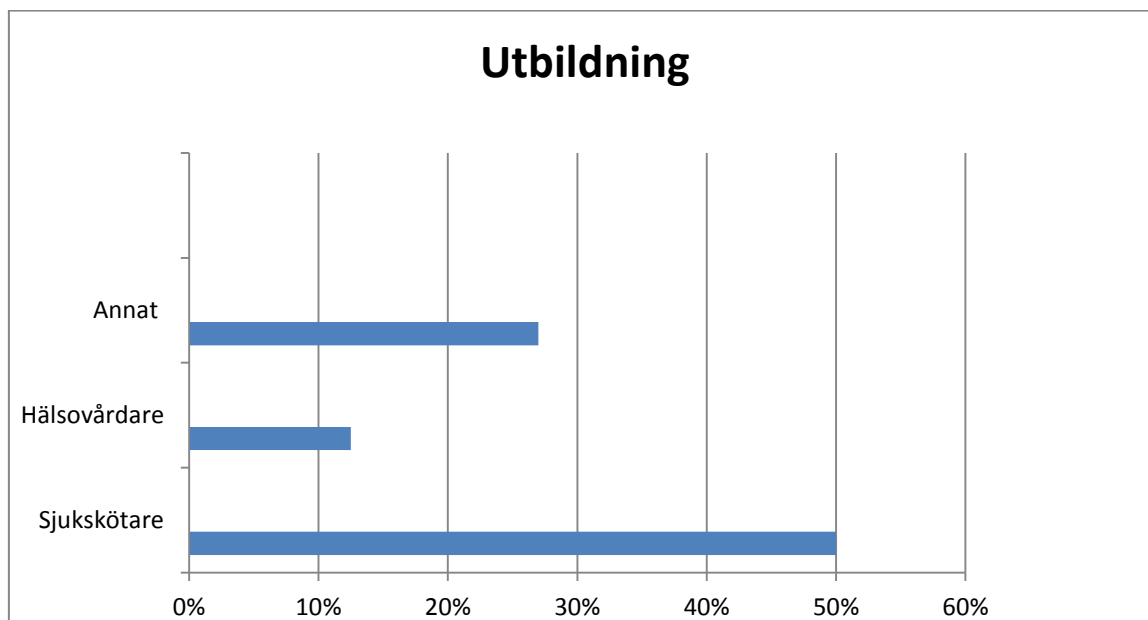
6.2 Vårdarnas perspektiv på vårdbedömningsarbetet

För den kvalitativa undersökningen delades totalt tio enkäter ut till personalen inom öppna vården på Närpes hälsovårdscentral. Totalt åtta frågeformulär returnerades, d.v.s. svarsprocenten var 80%. Informanterna svarade på alla frågor. Alla frågeformulär besvarades och behandlades anonymt. Alla undersökningssvar var unika. På samma gång kunde det ses likheter i informanternas svar samt olikheter kring upplevelser i vårdbedömningsarbetet.

6.2.1 Vårdarnas kompetens och erfarenhet

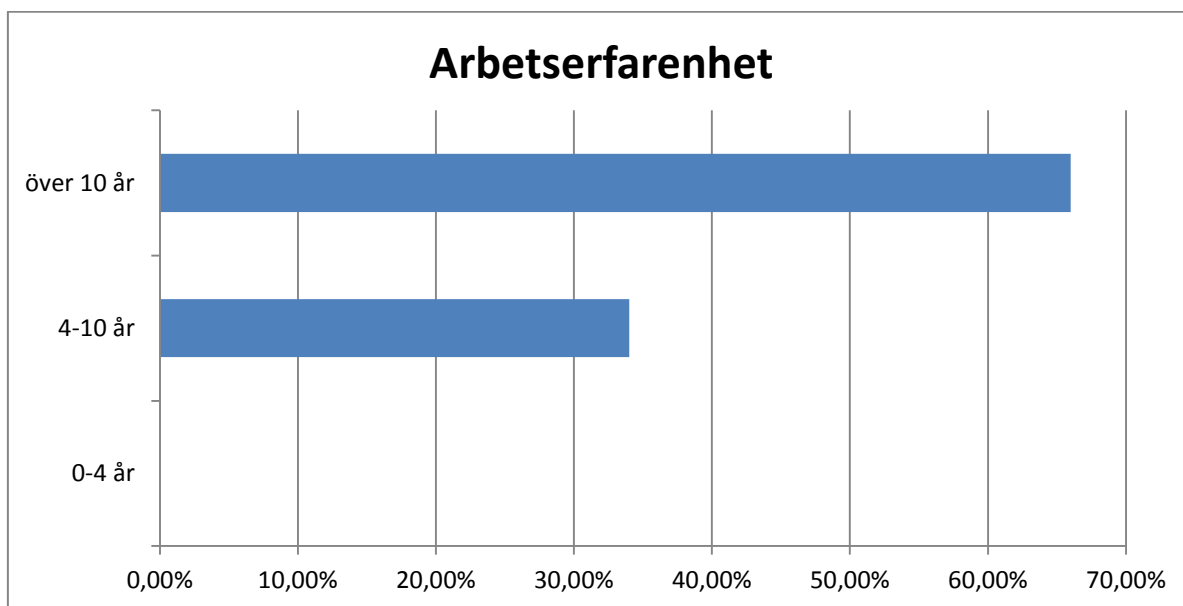
Beträffande arbetserfarenhet hade alla informanter arbetat över 4 års tid. Hälften av alla informanterna hade sjukskötarexamen. En fjärdedel av informanterna sitter mera än tre dagar per vecka i vårdbedömningen och hälften av informanterna arbetar ca. en till två dagar med vårdbedömningsuppgifter. Resultatet visar att majoriteten är rätt nöjda med hur vårdbedömningen fungerar idag.

Hälften av de som svarade var sjukskötare, 12,5% hälsovårdare samt 37,5% annat till utbildningen (Figur 6.).



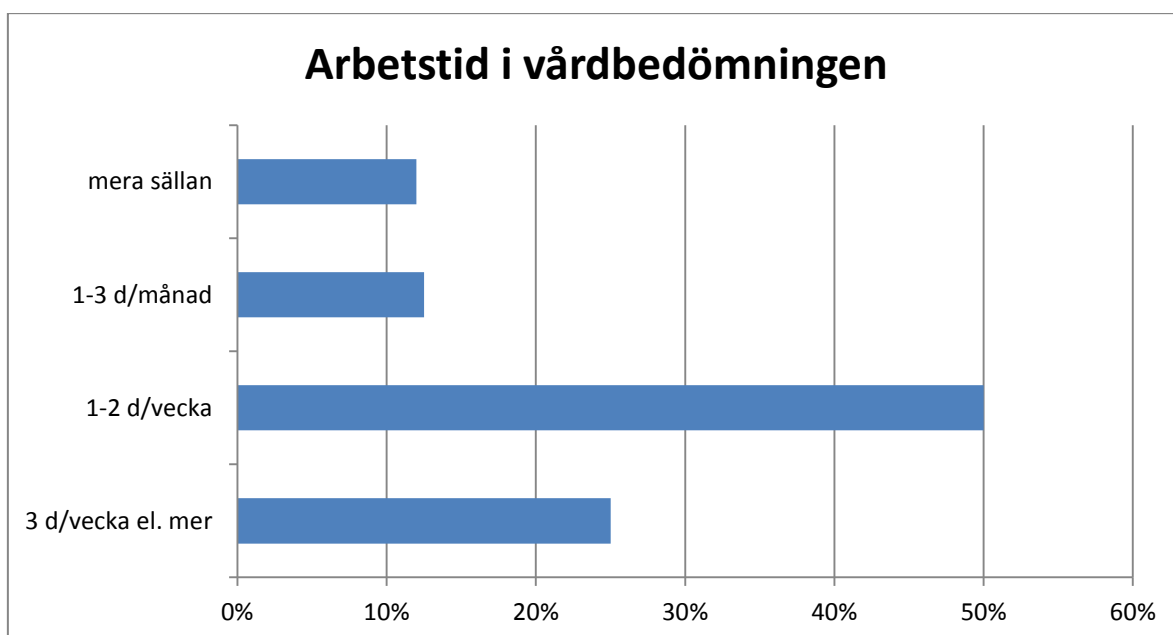
Figur 6. *Utbildning*

De flesta har lång arbetserfarenhet, 0% hade arbetat under 3 år, 34% hade en arbetserfarenhet på 4-10 år och 66% hade en arbetserfarenhet på över 10 år (Figur 7.).



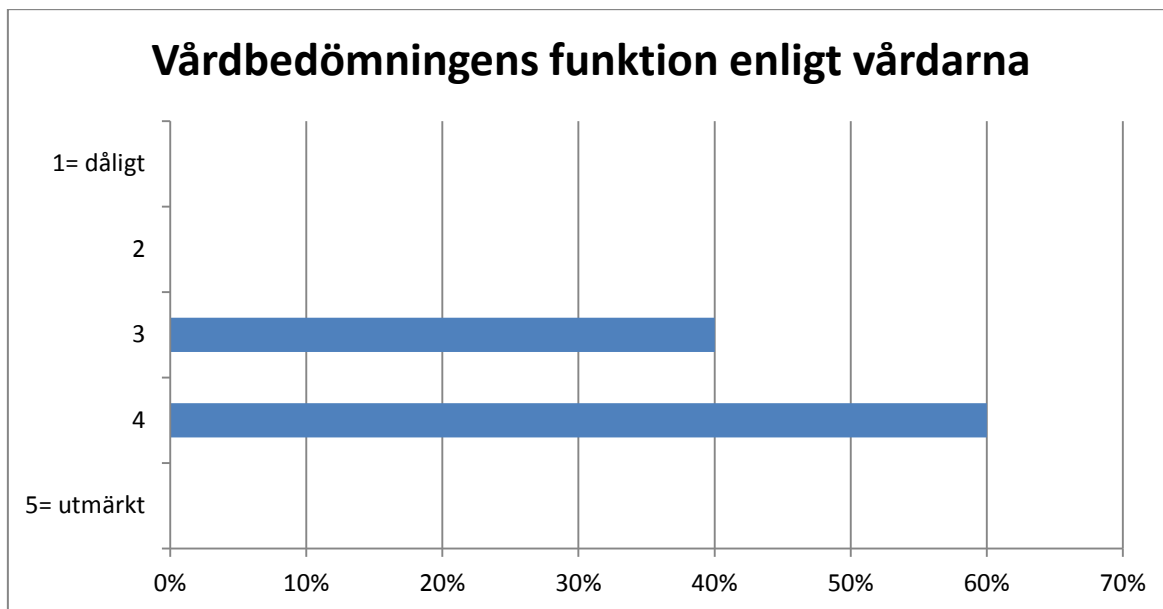
Figur 7. *Arbetserfarenhet.*

På frågan hur ofta personalen har kontakt med vårdbedömningsarbetet per telefon så svarade: 25% ca. 3 dagar/vecka, 50% ca. 1-2 dagar/vecka, 13% ca. 1-3 dagar/månad och 12% svarade att de har kontakt med detta arbete mera sällan (Figur 8.).



Figur 8. *Arbets tid i vårdbedömningen.*

För att få en uppfattning om hur personalen upplever situationen idag kunde de svara på en skala från 1-5 angående hur de tycker vårdbedömningen fungerar (graderades enligt: 1=dåligt till 5= utmärkt). Majoriteten av personalen anser att vårdbedömningen fungerar rätt bra (Figur 9.).



Figur 9. *Vårdbedömningens funktion enligt vårdarna.*

6.2.2 Förutsättningar och utveckling

Resultatet från frågeformulärets öppna frågor redovisas i detta kapitel. Respondenten har sammanfattat informanternas svar och kategoriserat dem i två kategorier: Svårigheter och krav samt Strategier och stöd. Under dessa kommer även underkategorier. Inom Svårigheter och krav vill respondenten få fram vilka faktorer som vårdarna upplever är problematiska och svåra i vårdbedömningsarbetet. Under kategorin Strategier och stöd vill respondenten få fram vilka faktorer som fungerar bra och stöder vårdbedömningsarbetet samt hur vårdarna önskar utveckla både sitt eget arbete och själva vårdbedömningen. Respondenten vill speciellt lyfta fram *kompetens, erfarenhet, personlighet, organisatoriska aspekter* och *organisatoriska funktioner* samt *utveckling* som underkategorier. Informanternas svar citeras med kursiverad text för att belysa deras åsikter.

Svårigheter och krav

Krav på kompetens och erfarenhet

Eftersom vårdbedömningsarbetet är mycket krävande anser majoriteten av de som svarat på frågeformuläret att den person som arbetar med vårdbedömningsarbete bör ha ett brett kompetensområde samt en arbetserfarenhet på ca.2-3 år. Kraven på bred kompetens är höga eftersom befolkningen ringer till vårdbedömningen om allt möjligt. Arbetet kräver lämplig utbildning och erfarenhet inom akutsjukvård och klinisk sjukvård samt kunskaper angående hur den egna organisationen fungerar. Även goda språkkunskaper krävs i svenska, finska och engelska.

Vårdarna upplever ibland svårigheter med att kunna avgöra vilka patienter som har ett akut vårdbehov. Speciellt i de fall då vårdaren inte kan se den vårdsökande utan bara hör beskrivning av symtom och besvär eftersom dessa kan beskrivas på många olika sätt. I dessa fall behöver vårdaren ha sådan kunskap och erfarenhet så att en bedömning kan göras. Vad patienten eller den vårdsökande vill är inte alltid det rätta. Många patienter vill ha tid samma dag, trots att de kanske inte är i behov av det och det är svårt att motivera vissa patientgrupper angående varför de måste vänta. Informanterna menar att vårdarna bör inneha sådana kunskaper så att man kan motivera patienterna till att förstå det beslut som tagits.

”Det rings om allt möjligt till vårdbedömningen”

”Ett mycket krävande arbete”

”Bör ha många goda råd att ge patienten”

”En sjukskötare med lång erfarenhet som även kan ha många goda råd att ge patienten”

Krav på personlighet

Enligt vårdarna krävs en viss personlighet i vårdbedömningsarbetet. Vårdaren bör vara lugn och tålmodig i bemötande med den vårdsökande. I vårdbedömningsarbetet krävs en god förmåga att lyssna och kommunicera men vårdaren behöver även vara objektiv och säker i sitt arbete.

”Vårdaren skall vara lugn och ha tålmod”

”Bör ha skinn på näsan... Veta vad man vill, man kan inte låta patienten välja”

Organisatoriska aspekter

Enligt informanterna i frågeformulären är vårdbedömningsarbetet inte bara krävande kompetensmässigt utan upplevs ofta som stressande. Det som upplevs vara mest stressande är att det ibland kan vara en rörig miljö där personalen har sitt arbetsutrymme för vårdbedömningen. Både vårdsökande och annan personal kommer in i arbetsutrymmet. Vårdsökande kommer in med olika behov och önskemål mitt under ett pågående samtal med andra vårdsökanden. Detta innebär även att data- och patientsekretessen blir kränkt.

Ett ökat tryck och mera vårdkontakter i början av veckorna gör så att vårdarna har begränsad tid för varje vårdkontakt. Flera av de svarande upplever rusningstider som t.ex. måndagsförmiddagar som extra stressiga. Vårdarna anser att det är mycket svårt i de fall då inte läkartider finns att ge ut, vilket gör att de bokas till akutmottagningen trots att behovet är en vanlig läkartid till mottagningen.

Vårdbedömningsarbetet per telefon är väldigt krävande i sig och vårdarna sitter ibland långa perioder i sträck. Det är svårt för vårdaren att komma ifrån för t.ex. konsultation. Personalen bör känna till sina egna begränsningar och möjligheter inom organisationen. Det upplevs som svårt att få en enhetlig vårdbedömning eftersom personal arbetar på olika sätt.

”Fungerar bra tidvis då det finns tider att ge ut, då det inte finns tider placeras ofta patienterna fel för att få in dem någonstans”

”Att bli avbruten av patienter som sticker in med olika behov och önskemål mitt under ett samtal höjer stressnivån”

”Att sitta ensam kan vara ett stort stressmoment...det är dessutom krävande i sig att sitta långa perioder i sträck”

”Svårt att motivera vissa patienter...”

Strategier och stöd

Utveckling av kompetens och erfarenhet

Personalen upplever att de behöver uppdatera sina kunskaper kontinuerlig. Mera teoretisk utbildning och gemensamma skolningar i vårdbedömning behövs för att få mera stöd i beslutsfasen där den vårdsökande inte nödvändigtvis behöver hänvisas till vård direkt eller bokas in till någon mottagningspunkt, utan vårdaren skulle istället kunna ge egenvårdsråd. Majoriteten av vårdarna önskade även få mera utbildning gällande gemensamma riktlinjer angående prioritering.

De flesta av de svarande på frågeformuläret önskar studiebesök vid olika arbetsplatser för att få en inblick i hur det fungerar inom andra områden och avdelningar. Vårdbedömningsarbetet upplevs positivt eftersom vårdaren får arbeta i praktiska arbetet parallellt vilket upprätthåller kompetensen. Någon ansåg även att det är det egna ansvaret att uppdatera sina kunskaper.

”Förutom mera skolningar är det även på eget ansvar att ta reda på aktuella saker samt att man uppdaterar sina kunskaper med jämna mellanrum”

”Skolning i gemensamma riktlinjer”

”Mera utbildning och stöd i att bedöma så att inte nödvändigtvis alla patienter hänvisas till vård direkt”

”Studiebesök vid olika instanser”

”Det positiva med arbetet är att det är flexibelt och att personalen kan arbeta i det praktiska arbetet utöver vårdbedömningsarbetet....”

Lämplig personlighet

Många av de som svarat anser att den vårdare som väljs till att arbeta i vårdbedömningen bör ha en lämplig personlighet. Den person som arbetar med vårdbedömningsarbete skall känna sig säker angående hur olika saker handläggs inom organisationen. En passande personlighet skapar en god kontakt till den vårdsökande.

”Viktigt att en vårdare med passande personlighet skall väljas till vårdbedömningsarbetet”

”Skall vara säker i sitt arbete...”

Utveckling av organisatoriska funktioner

Enligt de svar som frågeformulären visar så framkommer det att majoriteten av de svarande önskar att personalen håller en mera enhetlig linje i sina beslut och personalens samarbete är av stor vikt för resultatet. De flesta informanterna anser att vårdsökande per automatik inte bör få en akut tid. Några informanter uppger att det borde vara en skild grupp som skolas och cirkulerar i vårdbedömningen för att ha bättre förutsättningar för en enhetlig linje. Även andra mottagningar skulle gå via vårdbedömningen för att boka patienter. Detta skulle medföra att patienterna inte bokas in av utomstående vårdare som inte har inblick i hur vårdtyngden ser ut på akutmottagningen. Vid influensa epidemier bör en konsekvent linje användas för att lindra trycket på vårdpersonalen.

Flera informanter tycker att en extra resurs i vårdbedömningen under rusningstid skulle vara bra eftersom tiden per vårdsökande då blir mycket begränsad, samt att det även skulle vara bra om det finns någon som regelbundet kan komma och byta av personen som sitter telefon så att vårdaren slipper från en liten stund för t.ex. konsultation. En stor hjälp i vårdbedömningsarbetet är att ha möjlighet att konsultera. Tillfällen för läkarkonsultation eller konsultation av kollega skall utnyttjas vid behov samt att personalen använder sig av alternativet att ringa upp patienten på nytt när frågan eller problemet är utrett.

Informanterna anser även att mer information skulle gå ut till allmänheten vid de tidpunkter då läkarmottagningstider är minimala och att tillgängligheten till icke akuta tider är begränsade. Befolkningen bör respektera de patientgrupper som behöver de akuta tiderna.

”Alla har samma linje”

”Man skall komma ihåg att de olika mottagningarna inte är någon dörr till akuten”

”Vårdare från andra mottagningar skulle gå via vårdarmottagningen för att få sina patienter bokade till t.ex. akuten...inte sätta in bokningar själva eftersom de inte vet hur situationen ser ut”

”Logistiken borde vara vår styrka för att styra patientströmmarna”

”Bör få allmänheten informerade, icke akuta får vänta”

6.3 Organisatoriskt perspektiv

I detta kapitel redovisas resultaten från intervjuerna. Två informanter med ledande arbetsuppgifter blev intervjuade för att få ett organisatoriskt perspektiv på vårdbedömningsarbetet. Innehållsanalysen kategoriseras på samma sätt som resultatet från frågeformuläret, dvs. informanternas svar sammanfattades och kategoriserades i två kategorier: Svårigheter och krav samt Strategier och stöd. Underkategorierna delades även in på samma sätt som resultatet från frågeformuläret samt att en underkategori angående hälsofostran och egenvård finns med i detta resultat.

Båda informanterna anser att vårdbedömningen vid Närpes hälsovårdscentral fungerar både bättre och sämre. De vill båda framföra att vårdbedömningsarbetet är svårt. Och att vi inte får glömma att det fortfarande är människor vi har att göra med. På frågan angående hur vårdbedömningen fungerar uppger de:

”Både bättre och sämre”

”Fungerar tillfredsställande, emellanåt god”

”Det är fortfarande människor vi har att göra med...”

Svårigheter och krav

Krav på kompetens och erfarenhet

Informanterna uppger att det är en mycket krävande arbetsuppgift att arbeta i vårdbedömningen. Det är många som ringer och ofta tänker den vårdsökande enbart på sig själv oberoende av besvär. Vårdbedömningen resulterar inte alltid till det patienten själv vill utan det är vad besvären eller symtomen kräver. Det krävs en stor kompetens och lång erfarenhet hos vårdaren för att kunna ställa de rätta frågorna och sedan omvandla svaren så att det centrala i problemet snabbt kommer fram. En nyutbildad vårdare kan ha svårt att

göra en bra vårdbedömning, vilket kan bero på att det inte finns en erfarenhet att falla tillbaka på.

Informanterna berättar att det är svårt i de fall där det är en anhörige eller annan person som ringer för den sjuke. Svårt att bena ut det akuta om vårdaren inte pratar med patienten direkt.

Det är även ett etiskt dilemma att arbeta på en liten ort där många känner varandra vilket gör att vårdarna har svårt neka personer till att få tid trots att de inte har ett akut vårdbehov, i dessa fall kanske inte kompetensen avgör hur patienterna hänvisas. Informanterna beskriver vilka svårigheter och krav man dagligen möter i vårdbedömningen:

”...då jag är sjuk så är det akut...”

”Är det t.ex. en axel eller ett knä som varit sjukt länge men då personen tröttnat på problemet vill personen genast ha en tid...”

” Det är ett nytt problem för varje gång telefonen ringer och vårdaren skall snabbt avgöra om patienten skall komma,,,”

”Sätter du dit en nyutbildad får du en sämre vårdbedömning...beror på att det inte finns erfarenheten att falla tillbaka på...”

”Dagligen får vårdaren konfronteras med att det är besvären som avgör vad som är akut, det är inte patientens upplevelse av smärta eller sjukdom”

”...kan använda sig av att prata med patienten direkt...om de orkar prata hela meningar...”

”...skulle vi sitta i Helsingfors på vårdbedömningen eller i Närpes där vi känner en stor del av befolkningen. Vårdarna känner att de inte alltid är så populära ute i bygden...men många är ändå tacksamma”

Vårdarna hamnar att stå till tjänst med mycket och befolkningen ringer och frågar om allt möjligt. Detta kräver en omfattande kunskap av vårdarna, de skall ha en sådan kompetens och erfarenhet så att de klarar av att ge rådgivning och egenvårdsråd enligt den vårdsökandes behov. Många söker vård allt för tidigt och då har inte t.ex. laboratorievärden

hunnit börja visa någon avvikelse och en del söker vård för sent. I dessa fall är det viktigt att vårdaren har sådan kompetens och erfarenhet så att de vet hur de skall planera fortsättningen av patientens eventuella kontroller eller behandlingar. Informanterna berättar:

"...vårdarna skall inte behöva stå till tjänst med allt....befolkningen frågar rätt mycket..."

"...många kommer för tidigt till vården och då visar kanske inte värdena någon avvikelse, sedan då de kommer igen så kommer de lite väl sen då det hunnit bli..."

Krav på personlighet

Viktigt att vårdaren har god kommunikationsförmåga och kan lyssna till det den vårdsökande säger. Men enligt en informant spelar inte de personliga egenskaperna så stor roll eftersom det är just kompetensen och erfarenheten som avgör vårdbedömningsarbetet:

"Det handlar inte om en viss personlighet...de som är vårdare är oftast lite av samma personlighet...det hänger på erfarenhet och kompetens"

"Det finns ingen personlighet som förstår det bättre än någon annan...utan du kan bara lära dig via kompetens och erfarenhet...väldigt simpelt"

Organisatoriska aspekter

Ifall vårdaren i vårdbedömningen bokar in patienter till vårdarmottagningen för en andra vårdbedömning, bör det beaktas att vårdarmottagningen inte är en öppen port för patienterna till akuten. Det finns heller inte alltid möjlighet att ta sig från vårdbedömningen för att konsultera eftersom det då blir en fördröjning i arbetet och många patienter blir då otåliga.

"...vårdarmottagningarna är ej heller en öppen port till akuten..."

"...det finns inte alltid tid för att komma bort för konsultering"

Vårdarna arbetar lite olika och ett enhetligt system är svårt att hitta. De databaserade kunskapsstöden finns tillgängliga men kanske inte används i den utsträckning som önskas. Även språket kan vara en tröskel för att använda sig av det finska utbudet som t.ex. Terveysportti. Ej heller finns ett enhetligt vårdbedömningssystem med de hälsovårdscentraler som Närpes hälsovårdscentral samarbetar med. Båda informanterna uppger:

”svårt att hitta ett enhetligt system som fungerar...”

”...tyvärr är ju Terveysportti på finska så jag gissar att det är ju en lite stötesten för en stor del av personalen att snabbt ta till sig den finska texten...och ibland kan det ju vara invecklade handböcker....”

”...svårt att motivera patienter som hänvisats ta kontakt från en annan hälsovårdscentral...som kanske inte har ett faktiskt akutvårdsbehov...borde vara samma linje på alla ställen...”

Enligt informanterna är ett problem den grupp av patienter som behöver få sina sjukskrivningar förlängda eller de patienter som är inskrivna vid andra enheter eftersom de inte hör till akuten och inga läkartider finns att ges på mottagningen. Den ena informanten berättar:

”...framöver stora problem de som hör till psykosociala sidan och depression skötare eller psykiatriska mottagningarna inte har tider....och de behöver förlängning av sjukskrivning...måste till akuten trots att de ej hör dit gäller även andra sjukskrivningar...”

”Problemen oftast på måndagar...man behöver hitta rätt styrning för akuten är ej rätt plats...om man bara tänker akut på akuten...”

Krav på hälsofostran och kunskaper kring egenvård

Båda informanterna berättar att stor del av befolkningen har svårt att veta hur de skall sköta sig själva eller sina anhöriga med hjälp av egenvård. De vet inte hur de kan lindra

smärta tillräckligt utan de tar bara något läkemedel sporadiskt och inte får den effekt som krävs.

”Folk tar inte tillräckligt med smärtmedicin utan knapprar Burana eller Panadol sporadiskt...och uppnår då ingen effekt av dem heller...”

Strategier och stöd

Utveckling av kompetens och erfarenhet

Vårdbedömningsarbetet är både stort och krävande men upplevs ändå som något positivt och utmanande. Enligt båda informanterna bör en vårdare i vårdbedömningen vara erfaren och kompetent. Vårdaren skall ha arbetserfarenhet av akutvård och att man jobbat inom inre medicin och även sjukvård överlag.

Vårdaren bör ha bred kunskap kring de vanligaste åkommorna och sedan kan söka mer information genom de olika kunskapsstöden. Vårdaren skall kunna motivera patienterna till varför de hänvisas på ett viss vis eller bör vänta. Vårdaren skall kunna ge klara riktlinjer så att patienten vet vad han skall göra. I de fall där fortsatt vård eller vidare utredning krävs skall vårdaren kunna planera denna utifrån de behov och resurser som finns. Det krävs kanske inte en viss personlighet för att göra en bra vårdbedömning utan enligt informanterna är det erfarenheten och kompetensen som bidrar till hurudan vårdbedömningen blir.

Informanterna påpekar att det även är på vårdarnas ansvar att läsa på aktuella teman men att det ändå borde hållas kurser regelbundet som är anpassade för vårdbedömningspersonal. Det är bra om vårdarna kan rotera och arbeta parallellt på andra mottagningar, framförallt på en akutmottagning, där de kan utveckla sina kunskaper kring vad som är akut och de vitala funktionerna.

”...dit borde sättas den vårdare som har mest erfarenhet, längst erfarenhet och störst kompetens...då fungerar den som allra bäst”

”...genom erfarenhet kan man ställa de rätta frågorna...”

” Kunskaperna kring de vanligaste åkommorna bör vara automatiserade så att man har det i huvudet....tankesätt....tex. bröstsmärta är sådant som du inte skall behöva slå upp i någon handbok...men är det något mera ovanligt så kan handböcker var till hjälp...”

”...den erfarne klarar mera av det tryck som kommer utifrån...”

”...ge klara riktlinjer så att patienten vet vad han skall göra ...när, var och hur få laboratoriesvar...hela förloppet...men det ligger även på patienterna själva att få ut svaren...”

Lämplig personlighet

För att få en så bra vårdbedömning som möjligt strävar man till att välja vårdare som kan kommunicera och lyssna till vad den vårdsökande säger. Detta skapar en god kontakt så att vårdaren kan bena ut vad som är problemet och den vårdsökande kan ta emot den information som ges.

”En vårdare som kan kommunicera och tar till sig det som sägs ...få ut det centrala och kan motivera patienten”

Utveckling av organisatoriska funktioner

Viktigt att ett välfungerande samarbete med läkare, laboratoriepersonal, röntgenpersonal samt med de kollegor som arbetar vid de perifera hälsostationerna. Kommunikationen kollegor emellan är mycket viktigt. Informanterna påpekar att vårdarna skall använda sig av konsultationsmöjligheterna och att någon läkare nog alltid har möjlighet att hjälpa. Och att man kan ringa upp patienterna på nytt efteråt. Vårdaren i vårdbedömningen kan boka in patienter till vårdarmottagningen för en andra vårdbedömning ifall en osäkerhet finns kring de symtom som beskrivs via telefon. Faktorer som bör fungera inom organisationen enligt informanterna:

”Viktigt att man kommunicerar med varandra...för att styra patientflödet”

”...använda sig av konsultationsmöjligheterkan återkomma till patienten efteråt vid behov...många nöjda....”

”Den som sitter skall känna stöd av läkare och kollegor....”

”...det är bra om vårdaren har ett eget rum och att det inte är mycket folk som springer där ...men det är inte det som gör det. Vårdaren måste ha erfarenhet

Informanterna är eniga om att ett enhetligt system borde hållas. Vårdarna behöver få stöd och uppmuntran och alla borde hålla samma linje och ställer samma frågor. Viktigt att vårdarna får ett sådant stöd och använder sig av konsultering. Vårdarna kan även använda sig av olika databaserade kunskapsstöd som t.ex. terveysportti och Farmaca Fennica.

” Det är en stor utmaning att få vårdarna motiverade för en enhetlig vårdbedömning...”

”...vore bra med en checklista....med de mest centrala sakerna”

” ...vårdarna bör få stöd och uppmuntran så att de håller samma linje och ställer samma frågor så att de ej nekar fel personer...och att de inte missar något”

”Farmaca Fennica används flitigt men terveysportti används mera sällan eller sporadiskt...terveysportti borde man använda mera...borde behöva läsa och studera utanför arbetstid....”

För utveckling av vårdbedömningen anser informanterna att ca 3-4 vårdare regelbundet skall cirkulera mellan vårdbedömningsuppgifter och andra arbetsuppgifter inom organisationen. Att man sedan ordnar korta kontinuerliga arbetsplatsmöten, med de vårdare som sitter mest i vårdbedömningen.

”...hålla korta kontinuerliga möten, med de som sitter mest i vårdbedömningen och går igenom olika saker, man daterar upp sig och tar stöd av varandra och talar ihop sig... diskuterar svårigheter och problem så att man då samtidigt utvecklas...att man håller samma policy...”

”...korta skolningar med centrala och aktuella saker....”

"...att vårdarna själva läser på terveysportti och har lite intresse själva att studera utanför arbetstid..."

Utveckling av hälsofostran och möjlighet till egenvård

Befolkningen bör lära sig hur man skall sköta sig själv. Hälsofostran borde läras ut åt unga redan i skolåldern och sedan följa med vidare till föräldraförberedande kurser. Unga borde läras att ta värkmedicin utan att stå och köa i flera timmar efter att vårdarmottagningen öppnat. Det finns stort utbud kring egenvård via nätet.

"Föräldern har i dagens samhälle ett ansvar ochsamtidigt alla som har att göra med unga och skolelever...borde gå hand i hand hela tiden..."

"Vi hamnar ibland att både vara förälder och vårdare....på en och samma gång, därför att det kanske inte finns i samhället..."

"Det finns mycket bra information kring egenvård att hämta från nätet..."

7 Praktisk utveckling av modell och kommunikationsverktyg

Modellen utformades, enligt evidensbaserade teorier samt enligt de resultat som framkom i forskningen. Indelning gjordes i fem olika kategorier som vardera innehåller faktorer vilka påverkar de olika skedena i vårdbedömningsprocessen. Detta är ett system som vårdarna enhetligt borde följa för ett professionellt bemötande av den vårdsökande.

Enligt modellen har respondenten utvecklat ett kommunikationsverktyg som skall kunna användas som hjälpmedel för ett enhetligt arbete i vårdbedömningen. Kommunikationsverktyget är inspirerat av ISBAR-modellen och anpassades enligt verksamheten på Närpes hälsovårdscentral. De kategorier som finns med och som alltid skall klargöras i vårdbedömningsprocessen är: identitet, orsaken till vårdkontakt, bakgrund, aktuellt tillstånd, bedömning och rekommendationer. Vårdaren har möjlighet att göra anteckningar manuellt. Materialet kan senare användas vid analys av situation, konsultering, omprövning av vårdbehovet, rapportering samt dokumentering.

Anhållan om lov att få börja använda kommunikationsverktyget riktades till ledningen. Efter att anhållan beviljats utformades ett följebrev (bilaga 7) och en skriftlig anvisning om hur kommunikationsverktyget skall användas samt utvärderingsblanket. Det skriftliga materialet godkändes av ledningen och fick delas ut till personalen. Kommunikationsverktyget kopierades upp och kunde användas av personalen. En utvärderingsperiod på tre veckor genomfördes, för att personalen skulle kunna känna på hur det var att arbeta strukturerat enligt modellen. De kunde sedan utvärdera utformningen och ge respons på vad som var bra och mindre bra samt hur den kunde förbättras.

8 Utvärdering av kommunikationsverktyg

Kommunikationsverktyget utvärderades både av vårdare samt personal med ledande arbetsuppgifter inom organisationen. Verktöget användes under en tre veckor lång period i vårdbedömningsarbete per telefon.

De ansåg att verktygets utformning är lättöverskådligt och tydligt. Allt som bör klargöras i de fall där ett akut vårdbehov finns med. Det finns utrymme för anteckningar på blanketten. Ett bra stöd i ett strukturerat arbete för osäker eller ny personal. Positivt att kunna använda sig av samma blankett vid konsultering speciellt vid sådana tillfällen då vårdaren har många ärenden att konsultera om.

Kommunikationsverktyget upplevdes lite tidskrävande ibland, eftersom det inte kan följas slaviskt i alla situationer. Personalen bör lära sig i vilka situationer det känns relevant att använda sig av denna typ av stöd. I vissa fall kan vårdaren hoppa över frågor vid t.ex. lindriga förkylningar eller små sår osv.

Som förslag till vidareutveckling gällande kommunikationsverktyget är att det inte enbart används i vårdbedömningen utan även kan användas vid akutmottagningen eller förslagsvis även genom hela vårdkedjan t.ex. från kontakten till vårdbedömning till att patienten har träffat läkare och blivit behandlad. Det skulle vara till nytta vid de tillfällen då vårdaren vid vårdarmottagningen redan har mätt vitala värden. Detta reducerar onödiga dubbelmätningar och tidskrävande anamneser av patienter.

9 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer studiens resultat att tolkas mot en teoretisk referensram, den teoretiska bakgrunden samt mot tidigare forskningar. Likheter och olikheter i studien kommer att belysas. Största delen av informanterna anser att vårdbedömningsarbetet är svårt. Det krävs bred kompetens och erfarenhet.

Resultaten i denna studie visar att vårdbedömningsarbetet är mycket krävande och även stressande. Enligt Wahlberg (2007) anser vårdarna att det är svårt att avgöra svårighetsgraden enligt de symtom den vårdsökande uppger per telefon eftersom vårdaren inte kan se patienten. Enligt Holmström och Dall´Albas (2002) samt Leppänen (2010) kan vårdarnas roll i vårdbedömningen stå i konflikt mellan att både vara vårdare och portvakt, dvs. den som avgör tillgängligheten till vården. Med hjälp av en god portvaksroll påverkas patientstyrningen och onödiga besök förhindras vid akuten, vårdar- och läkarmottagningarna menar Syväoja och Äijälä (2009, s. 25-26). Den vårdsökande bör få tala med en kompetent person som på ett adekvat sätt kan formulera, presentera och ge relevanta råd enligt Holmström och Dall´Allba (2002).

Studien visar att en vårdare i vårdbedömningsarbete bör ha bred kompetens samt tillräcklig arbetserfarenhet. I kompetensen bör ingå både teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap i akutomhändertagande och klinisk sjukvård samt goda språkkunskaper i åtminstone svenska, finska och engelska. Dessa kunskaper behövs för att vårdaren skall kunna få en bra anamnes och analys för att sedan bedöma vårdbehovet, inklusive brådskandegraden och hänvisa patienten till rätt vårdnivå. Strukturerat och professionellt handlande krävs i oförutsedda och svåra samtalssituationer. Vårdaren bör ha stor kännedom kring vilka möjligheterna och begränsningarna är inom organisationen. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus, 2007, s. 696-697; Syväoja och Äijälä, 2009, s. 62; Vårdförbundet, 2011; Hilama och Lauttanen, 2013).

De rätta frågorna bör kunna ställas till den vårdsökande samt att vårdaren behöver veta när och hur patienten skall hänvisas vidare. Viktiga frågor som utesluter akut sjukdom vid olika typer av symtom får inte glömmas bort enligt Syväoja och Äijälä (2009, s. 55-60). Vårdaren skall snabbt kunna gå från anamnesen till identifiering av problem och identifiera rätt vårdnivå för patienten vid sådana tillfällen där det konstateras att brådskandegraden är hög menar Greenberg (2009).

I lagen framkommer det inte desto mera ingående hur lång erfarenhet en vårdutbildad person bör ha innan vårdaren får rätten att göra en vårdbedömning. Förordningen säger enbart att arbetserfarenheten bör vara tillräcklig. När det gäller vårdbedömning per telefon är det klart att utbildning och arbetserfarenhetens längd är avgörande för bedömningens kvalitet (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 30). Patel m.fl. (2000) säger att ca tio år verkar vara den tid som behövs för att hinna samla på sig tillräckligt mycket kunskap inom disciplin för att kallas expert.

Vårdaren som en expert identifieras av allmänheten som kunnig och auktoritär. Detta ger den vårdsökande förtroende för vårdaren och vårdsystemet samt hjälper att etablera en vårdkontakt, vilket underlättar hela vårdbedömningsprocessen enligt Greenberg (2009). Idag behövs expertkompetens hos vårdare för att kunna göra en akut vårdbedömning. Enligt internationella sjuksköterskeförbundet ICN rekommenderas att vårdare med utökade arbetsuppgifter skulle ha utbildning på magisternivå (Åberg och Fagerström, 2005, s. 86; Syväoja & Äijälä, 2009, s. 53).

I Benners (1993, s. 11) teori är kunskap kompetensbegreppets kärna. Enligt Benner leder inte erfarenhet i sig automatiskt till ökat kunnande. Det är när teoretisk kunskap och erfarenhet kombineras med en reflektiv förmåga och möjlighet att integrera innebörden av den egna personligheten, som expertkunnande kan uppstå. Det är genom erfarenhet från det praktiska arbetet och en ständig kunskapsutveckling som nybörjare kan särskiljas från experten. Kunskapsbasen har utvecklats genom många års erfarenhet inom samma område hos vårdare med expertkunnande.

Nortvedt och Grimen (2006, s. 199-200) förklarar skillnaden mellan teoretisk och praktisk kunskap på ett enkelt sätt. De menar att det finns olika fenomen eller perspektiv av begreppet praktisk kunskap, några av dem är t.ex. *"know how"*, *"tyst kunskap"* och *"handlingskunskap"*. Den teoretiska kunskapen är kunskap om vad något är, *"know that"* och är utbytbar, dvs. den kan vara densamma oavsett vem som bär den. Den praktiska kunskapen är kunskap om hur man gör något, *"know how"*. Den praktiska kunskapen visar sig genom handlingar, bedömningar, värderingar och beslut. De säger att det är svårt att skilja dem åt. För handling i olika situationer krävs teoretisk kunskap bakom eller tvärtom. Detta stöder resultatet i studien angående att vårdarens professionella handlande beror på den teoretiska och praktiska kompetensen samt erfarenheten.

Enligt Stark (föreläsning, 23.10.2012) skall vårdaren även visa en trovärdighet, positiv auktoritet och kompetens gentemot den vårdsökande samt att vårdaren bör vara aktiv och

empatisk. Vårdarnas kompetens kan vara en kombination mellan teoretiskt kunnande, praktisk erfarenhet och specifik professionell identitet. (Holmström och Dall'Allba, 2002; Marklund m.fl., 2007; Petinari och Jessopp, 2001).

Vårdarna skall även kunna använda sig av teknologin inom organisationen, dvs. patientregister och patientjournaler samt olika bokningssystem inom organisationen (Syväoja och Äijälä, 2009, s. 159; Hilama och Lattunen, 2013). Locsin (2005, s. 460-465) anser att den teknologiska kompetensen inom vården är en harmonisk samexistens mellan teknologi och omsorg i omvårdnaden. Harmonisering av dessa begrepp placerar utövandet inom ramen för modern sjukvård och erkänner att dessa begrepp kan samexistera. Teknologin för den vårdsökande närmare vårdaren. När teknologin används för att känna patienten kontinuerligt i ögonblicket är processen för omvårdnad levande. Vårdaren har även möjlighet till ökad förståelse för patientens situation samt en ökad möjlighet till att stödja och uppfylla patientens önskemål.

Studien visar att vårdarna har möjlighet och bör använda sig av de stödfunktioner som finns inom organisationen. Det finns nog alltid någon läkare eller annan kollega som vårdaren kan konsultera samt flera olika kunskapsstöd som kan användas. Nackdelen med kunskapsstöden är att de kan vara invecklade eller att språket kan begränsa användningen. Vårdarna bör dock komma ihåg att kunskapsstöden enbart skall vara ett stöd i vårdbedömningsprocessen i de fall då det är något ovanligare problem som skall bedömas.

Organisatoriska förutsättningar är karakteristiska eller tillgångar i organisationen som kunskapsstöd, läkarstöd och vårdare som expert. Kvalitet och tillgänglighet angående dessa faktorer kan ha signifikanta effekter på vårdbedömningsprocessen. Vårdarna stöder sig på databaser eller kunskapsstöd som referenser men har ändå alltid i åtanke att de är symtombaserade och inte alltid är tillgängliga för alla situationer. När kunskapsstöden inte är tillgängliga eller är inadekvata använder vårdaren sig av sin egen kompetens och erfarenhet och konsulterar läkare eller andra vårdare för råd i processen (Mustajoki m.fl., 2007, s. 696-697; Greenberg, 2009).

I resultaten framkommer det att en enhetlig linje i vårdbedömningsarbetet behövs för att vårdbedömningen skall bli rättvis samt att resurserna skulle användas mera ändamålsenligt. För att få ett enhetligt system för vårdbedömningen krävs ett gott samarbete mellan personalen. Vid vårdbedömning per telefon bör vårdarna ha möjlighet att använda sig av stödjande verktyg som evidensbaserade modeller och riktlinjer för att upprätthålla ett systematiskt arbetssätt. Det bör finnas utarbetade riktlinjer för verksamheten och dessa

måste ständigt uppdateras. Vårdarna kan vara delaktiga i uppgörande av riktlinjerna men det viktiga är att den ansvariga läkaren är involverad i och godkänner utformningen. Detta medför en mera enhetlig vårdbedömning enligt Wahlberg (2007) och Mitchell (2010).

Enligt resultaten i studien menar många att en lämplig personlighet behövs för ett professionellt vårdbedömningsarbete medan någon informant menar att det inte är personligheten som spelar roll utan kompetens och erfarenhet. En vårdare i vårdbedömningen bör vara lugn, tålmodig, god lyssnare, vara objektiv samt att vårdaren även har en säker ton och visar sig säker på sin roll i vårdbedömningsarbetet. En lämplig personlighet skapar en god kontakt till den vårdsökande. Holmström och Dall'Allba (2002) betonar vikten av ett lugnt uppträdande, igenkännande och att vårdaren är empatisk i kommunikationen med den vårdsökande.

Resultaten i studien tyder på att det krävs egna initiativ av vårdaren för att kunna utveckla vårdbedömningsarbetet. Vårdarena bör ha möjlighet att delta i gemensamma skolningar kring vårdbedömningsarbete och få information kring organisationens riktlinjer. Förutom ordnade skolningar är det på det egna ansvaret att själv läsa på för att uppdatera sina kunskaper kring det som är aktuellt i vårdbedömningsarbetet. Praktisk övning sägs även utveckla vårdarens vårdbedömning. Stöd och undervisning är de två andra viktiga delarna. Det måste finnas utarbetade riktlinjer för verksamheten och dessa måste ständigt uppdateras. (Wahlberg, 2007, s. 57).

Arbetsmiljön upplevs ofta som en stressfaktor i vårdbedömningsarbetet enligt resultatet i studien. Börjesson (2011) säger att miljön inte har betydelse för vårdarens slutliga bedömning av vårdbehovet eller de egenvårdsråd som ges. Det är vårdarens kommunikationsförmåga som fångar upp och bekräftar det den vårdsökande sagt.

I resultatet framkommer det att vårdbedömningsarbetet ändå upplevs som positivt och flexibelt ur vårdarnas perspektiv. Ström, Marklund och Hidlingh (2006) menar att många vårdare anser att vårdbedömningsarbetet är stimulerande eftersom det främjar personlig utveckling, självständighet och att vårdbedömningsarbetet dessutom är roligt och utmanande.

Intresset för medicinska frågor och frågor om egenvård har ökat vilket ställer ökade krav på den service som ges vid hälsocentraler och specialistmottagningar enligt Marklund (2003). Studien visar även att mera information och utbildning bör gå ut till befolkningen via hälsofostran under skoltiden eller via mödrarådgivningen för att de skall klara sin

egenvård bättre. Informationens syfte skulle även vara att befolkningen skulle förstå och respektera de patientgrupper som behöver de akuta tiderna.

10 Metoddiskussion

I detta kapitel granskas studien kritiskt med hjälp av Larssons (1994, s. 163-187), Holme och Solvangs (1997, s. 290), Eliassons (2006, s. 147-177), Olsson och Sörensens (2011, s. 39) , Denscombes (2009, s. 177), Ejvegårds (2009, ss. 47-48, 51, 77-78, 90) samt Eliassons (2013, s. 14-15) kvalitetskriterier. Kvaliteter i helheten kommer att lyftas fram samt resultaten och validitetskriterierna i studien. I denna studie användes tre olika datainsamlingsmetoder. Först gjordes en statistisk mätning av alla vårdkontakter för att få en uppfattning om hur vårdkontakterna hänvisades. Den andra datainsamlingsmetoden var ett frågeformulär med både slutna och öppna frågor för att få fram vårdarnas perspektiv i vårdbedömningsarbetet. Den tredje datainsamlingsmetoden var intervjuer av personer med ledande position i organisationen för att få fram det organisatoriska perspektivet i vårdbedömningsarbetet.

Respondenten har arbetat inom vård med vårdbedömningsuppgifter i två års tid, parallellt med akutvårds- och vårdarmottagningsuppgifter samt ca fem år inom prehospital akutsjukvård. Under de här åren har kunskap och erfarenhet kring vitala funktioner, akut vårdbehov samt triage-bedömning förvärvats.

10.1 Litteratur och tidigare forskningar

När valet av ämne för studien är klart och respondenten vet vad som skall undersökas närmare så börjar sökningen av litteratur och tidigare forskningar. Ofta sker sökningen med hjälp av olika sökord via bibliotekens databaser eller manuellt på biblioteket enligt Ejvegård (2009, s. 47-48). Sökningarna gjordes i tre olika databaser samt omfattande litteratursökning på två olika bibliotek. Orsaken till att enbart tre olika databaser användes var att det framkom många studier kring vårdbedömning men beslutet kom av att det inte hittades några riktigt omfattande forskningar kring vårdbedömningsarbetet i Finland. Syftet med litteraturgenomgången var att få fram evidensbaserad kunskap om vad som redan forskats om inom ämnet vårdbedömning.

Med hjälp av olika sökord kan man mera precis få fram den litteratur eller forskning man är intresserad av. Sökorden har varit: hoidontarpeenarviointi, telenursing, telephone nursing, triage, telephone-triage, telephone advice, professionell, vårdbedömning. Dessa är noggrant utvalda för att svara på forskningsfrågorna. All litteratur och forskning granskades kritiskt innan de användes i denna studie och därefter har beslut tagits ifall man kunnat lita på fakta. (Ejvegård, 2009, s. 90).

10.2 Statistikföring av vårdhänvisningar

En kvantitativ studie genomfördes först för att utreda hur vårdbedömningens hänvisningar ser ut. När kvantitativa resultat skall redovisas skall man vara försiktig så att inte felaktiga slutsatser dras utifrån data. Det är viktigt att ett bra förberedelsearbete genomförs för att studien skall kunna genomföras på ett bra sätt. Det handlar om att formulera ett problem så att det går att lösa med hjälp av vetenskapliga teorier och metoder. På basis av problemformuleringen skall sedan lämpliga teorier väljas för att lösa problemet samt att lämpliga påståenden skall prövas. Dessutom skall sådana metoder väljas som lämpar sig för det man vill studera. Studien måste också vara möjlig att upprepa med ett någorlunda likartat resultat, samtidigt som den måste svara på den den säger sig svara på. För att redovisa kvantitativa resultat används ofta diagram som presenteras i löpande text. (Eliasson, 2006, ss. 147, 150).

Studien genomfördes med hjälp av att vårdarna i vårdbedömningen statistikförde alla vårdkontakter via telefon för att få fram information angående i vilken utsträckning patienterna hänvisades. En tre veckors period valdes slumpmässigt ut. Respondenten anser att det är ett lämpligt tillvägagångssätt för att enbart få fram den statistiska informationen. Resultatet redovisas med hjälp av cirkeldiagram med beskrivande text för att tydliggöra resultatet. Tillvägagångssättet beskrivs utförligt så att det klart framgår hur studien utfördes. Med metoden som valts fås den statistik som den har för avsikt att mäta. Det finns en risk med att tidsperioden enbart var tre veckor och ett annat resultat kanske skulle framkommit om perioden skulle ha varit längre eller om den gjordes vid en annan tidpunkt.

10.3 Frågeformulär

Oavsett hur respondenten utformar texten, skall den utformas så att det blir lätt att förstå vad respondenten kommit fram till för läsaren. Redovisning för vad som blivit gjort för att åstadkomma pålitliga resultat bör finnas med. Även en redogörelse för vad respondenten gjort för att få fram att resultaten verkligen mäter det som de avsetts mäta (Eliasson, 2006, s. 148).

Om kombinerade kvantitativa och kvalitativa metoder används, så skall det vara klart angående vad man vill åstadkomma med den kombination av metoder som bestämts och respondenten bör låta detta styra uppläggnen. Slutsatser kan åskådliggöras genom att både visa på vad de kvantitativa resultaten säger och dokumentera hur det framkommer t.ex. i en intervju. (Eliasson, 2006, s. 147). Efter att den första studien genomförts valde respondenten att gå vidare och göra ett frågeformulär för att ta reda på hur vårdbedömningen fungerar ur ett vårdarperspektiv samt vilka faktorer som de anser är av betydelse för ett professionellt vårdbedömningsarbete. Vilka är de problemområden som behöver utvecklas enligt vårdarna. Respondenten utformade ett frågeformulär med slutna och öppna frågor.

Angående frågeformuläret har respondenten använt sig av evidens från tidigare studier samt litteratur för att utforma frågorna. Såväl ledningen samt sjukskötare med lång erfarenhet har involverats i studien. De slutna frågeformulärsvaren var alla ifyllda av samtliga informanter. Informanternas svar på de öppna frågorna var rätt innehållsfattiga, men det fanns en risk att respondenten utgående från diskussioner som fördes i samband med det dagliga vårdbedömningsarbetet samt respondentens egna erfarenheter kunde göra en egen och ibland en djupare tolkning av svaren i frågeformulären.

Den teoretiska utgångspunkten beskriver kompetens och erfarenhet enligt vårdteoretiker, vilket ger en enhetlig bild av fenomenet kompetens. Respondenten har ett intresse för arbetet inom vårdbedömning och patienthänvisning inom öppna vården. Nedskränningar och begränsade tider till läkarmottagningarna har inspirerat till att försöka utveckla arbetet samt att få med både vårdare och andra kollegors perspektiv på hur de vill att arbetet skall utvecklas.

De övergripande frågeställningarna är ”Vilka faktorer bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete per telefon?” och ”På vilket sätt kan vårdbedömningsarbetet per

telefon utvecklas?” Syftet var att synliggöra vilka faktorer som är av betydelse till ett professionellt vårdbedömningsarbete för att utveckla vårdbedömningen inom primärvården.

Larsson (1994, s. 178-185) anser att det bör finnas en intern logik vilket innebär att det skall finnas en harmoni mellan forskningsfrågorna, datainsamling, och analysteknik. Idén bakom den interna logiken är en helhet som alla enskilda delar kan relateras till och där kvalitet är graden av harmoni mellan del och helhet. En viktig aspekt av en vetenskaplig studie är huruvida den uppvisar god etik. Standardmetoden är att anonymisera platser så att de inte kan identifieras. Det finns en klar logik i alla de frågor som respondenten valt till frågeformuläret. De följer den ursprungliga frågeställningen. Respondenten har strävat efter att redogöra för ett så tillförlitligt resultat som möjligt där en kvantitativ och kvalitativ metod har använts för att få fram svar på studiens syfte och frågeställning. Det finns en harmoni mellan forskningsfrågorna, datainsamlingarna och analysteknikerna.

Antalet informanter var rätt lågt på grund av att respondenten ville få fram vårdarnas perspektiv. Formuläret delades ut till vårdare som arbetar med vårdbedömningsuppgifter inom öppna vården. Informanternas svar var inte så innehållsrikt som respondenten hade väntat sig. Informanterna hade informerats om studiens innebörd både muntligt och skriftligt så de var medvetna om vad syftet med studien var. Respondenten får dock ändå fram ett resultat som har en empirisk förankring i den teoretiska bakgrunden samt i de tidigare forskningarna som respondenten valt angående personalens perspektiv av vårdbedömningsarbetet.

10.4 Intervju

Eftersom det inte kom ett sådant rikt och djupt material som respondenten och ledningen önskat sig övervägdes att genomföra en intervju med två anställda med ledande arbetsuppgifter inom organisationen. Man måste vara noggrann i urval av vilka personer man väljer att intervjua. Med denna insamlingsmetod önskade respondenten och ledningen få fram ett mera tillförlitligt och rikt material samt att få fram organisationens perspektiv på hur en professionell vårdbedömning skall se ut. Frågorna i intervjuerna utgår från frågeställningarna och informanterna har möjlighet att fritt berätta ur sitt eget perspektiv. Vanligast är att en person intervjuas i taget. Intervjuerna bandades eftersom detta var mest praktiskt. Risker är att badspelare kan vara hämmande för vissa personer. Informanternas

berättelser skrevs ner som löpande text och reducerades för att sedan kategoriseras och tolkas mot det tidigare resultatet. Ett mera innehållsrikt material fås fram med hjälp av denna datainsamlingsmetod. (Ejvegård, 2009, s. 51).

10.5 Resultat och tolkning

Då det gäller kvalitativa studier handlar resultaten ofta om att gestalta något på ett sådant sätt så att nya innebörder uppstår. En avgörande kvalitet är då innebördsrikedomen. Kategorier som beskriver uppfattningar skall vara rika på innebörd och fånga det väsentliga med nyanserna i behåll. Som motpol till innebördsrikedom kan ställas kravet att resultaten har en god struktur. Detta innehåller ett krav på överskådlighet och reduktion av komplexitet. Analysen drivs mycket långt till en helhetsbeskrivning av fenomenet som studeras. Ett annat viktigt led är att resonemang går att följa utan att viktiga led är överhoppade. Detta kan kallas för ett krav på en röd tråd. (Larsson, 1994, s. 173-174).

Resultaten redovisas på ett sådant sätt att de är lättöverskådliga. De kvantitativa resultaten redovisas med diagram och förklaras med löpande text. Vilket gör att resultaten är lätta att förstå. Kvalitativ data redovisas skilt med kategorier och citat. Vårdarnas perspektiv och organisationens perspektiv redovisas skilt för sig för att sedan jämföras i tolkningen. Då framkommer en bättre nyans och djup i perspektiven. I studien framkommer de faktorer som bör finnas med i en professionell vårdbedömning samt de problemområden som behöver utvecklas.

Enligt Larsson (1994, s. 165-168) är sanningen alltid relativ och att det alltid gömmer sig alltid ett perspektiv bakom varje beskrivning av verkligheten. Det är därför viktigt att respondenten har perspektivmedvetenhet. Redan vid första mötet med det som skall tolkas har vi en föreställning om vad det betyder, d.v.s. vi har en förförståelse. Det är denna förförståelse som sedan ständigt förändras i tolkningsprocessen. Egna erfarenheter som är betydelsefulla och relevanta utmynnar i respondentens förförståelse av det som skall tolkas kan redovisas. Den egna förförståelsen baserar sig på erfarenhet av akut- och prehospital sjukvård och mångårigt arbete inom grundsjukvården, vilket gör det lättare att sätta sig in i vårdbedömningsarbetet och därmed se helheten i studien.

Tolkning av information är på många sätt en kritisk fas i forskningsprocessen. Man kan aldrig helt skydda sig för feltolkningar eller övertolkningar av ett material. Samtidigt är det

viktigt att det finns en medvetenhet om att tolkning inte är något som kan ses som en avgränsad och isolerad fas i slutet av forskningen. Tolkningar görs hela tiden, från den inledande teoriutvecklingen till det att rapporten redovisas enligt Holme och Solvang (1997, s. 290). Under hela studien har teorier och resultat som framkommit tolkats samt att det varit en ständigt pågående process.

Sanningen är i vår tid relativ och att det gömmer sig alltid ett perspektiv bakom varje skildring av verkligheten. Det finns oftast en tolkning i allt meningsfullt tänkande. Redan vid första mötet med det som skall tolkas har vi en uppfattning om vad det betyder, vi har en förförståelse som ständigt förändras under tolkningsprocessen. Genom att göra förförståelsen synlig blir utgångspunkten för tolkningsfrågan tydlig men det är inte lätt att redovisa förförståelsen. Redovisningen kan då handla om att klargöra forskningsläget, olika hypoteser eller tolkningar som tidigare formulerats. Förförståelsen kan dock redovisas genom att man valt en tolkningsteori (Larsson , 1994, s. 165-166).

Larsson (1994, s. 178-185) uppmärksammar kvaliteten hos resultatet. Man bör se på innebördsrikedom, struktur och teoritillskott när man granskar kvaliteten hos resultatet. Den empiriska förankringen handlar om överensstämmelse mellan verklighet och tolkning. I det realistiska kriteriet läggs vikten på konsekvenserna av det resultat som åstadkommit.

10.6 Reliabilitet och validitet

För att studien skall kunna genomföras på ett bra sätt, skall man redan från början se till att den får hög reliabilitet och validitet. I grunden handlar det om att studien är pålitlig, att den går att upprepa under likartade förhållanden och att man då får samma resultat. Ju mer man kan lita på att samma resultat går att upprepa desto högre reliabilitet har studien. Detta är viktigt ur vetenskaplig synpunkt för att data i studiens slutsatser skall kunna kontrolleras av andra. Ifall data i studien inte går att kontrollera kan trovärdigheten samt de slutsatser som man kommit fram till ifrågasätts. (Eliasson, 2013, s. 14-15).

Trovärdigheten eller reliabiliteten bestäms av på vilket sätt mätningarna utförts och hur noggrant de bearbetats. Ifall reliabiliteten är hög är förutsättningarna för hög validitet bättre. Validiteten i en studie berättar om man verkligen mäter det som är avsikten att mätas, dvs. är studien giltig. När data samlas in är det viktigt att informationen som samlats in kontrolleras, så att den är giltig. (Eliasson, 2013, s. 14-15).

Kvalitativa studier kan även innehålla validitet. Då en kvalitativ studie genomförs handlar det om att se till att uppgifter som fås fram är pålitliga. Det krävs att de inhämtade uppgifterna inte missförstås utan vem som helst skall kunna tolka data på samma sätt i händelse av att man vill upprepa studien. (Eliasson, 2013, s. 14-15).

Är det t.ex. frågan om en attitydmätning, kan en oklar formulering i en fråga göra att det ibland framkallar ett visst svar och ibland ett annat. Man brukar skilja mellan olika former av validitet. I denna studie har innehållsvaliditet (*content validity*) valts vilket innebär att alla komponenter av ett område som skall mätas täcks med frågor. Ett instrument som t.ex. skall mäta personalens tillfredsställelse bör inkludera attityder till alla aspekter som respondenten anser viktiga, såsom läkarnas och övrig vårdpersonals yrkesmässiga kompetens. En viss balans bör råda vad gäller antalet frågor som ställs på varje delaspekt. (Hansagi & Allebeck, 1994, s. 57-58).

Inom den kvalitativa forskningen finns flera kriterier som kan användas för att mäta validiteten. Diskurskriteriet innebär att data, argument och resonemang klarar en noggrann granskning. (Larsson 1994, s. 178-185). Studiens alla tre datainsamlingsmetoder täcker den helhet som man önskade mäta samt få kunskap om. Efter datainsamlingarna gjordes flera kontroller av data för att resultaten skulle vara pålitliga. Samtliga datainsamlingsmetoder går att genomföra på liknande sätt och samma svar förväntas då kunna inhämtas. I studien har flera olika perspektiv kunnat tas med för att innefatta det område man vill studera.

10.7 Utveckling av modell och kommunikationsverktyg

Ur resultatet fick man svar på hur vårdkontakterna eller patienterna hänvisades samt vårdarnas perspektiv och det organisatoriska perspektivet på hur vårdbedömningsarbetet ser ut och hur det kan utvecklas. Med hjälp av resultatet och den empiriska förankringen kunde en modell utformas som visar hur en professionell vårdbedömning bör fungera samt att ett kommunikationsverktyg utarbetades som vårdarna kan använda till hjälp i vårdbedömningsarbetet. Vårdare som arbetar med vårdbedömningsarbete dagligen samt anställda med ledande arbetsuppgifter inom organisationen utvärderade kommunikationsverktyget. Detta för att få flera perspektiv på uppbyggnaden, funktion och användningen av verktyget i vårdbedömningsarbete. Ett utvecklingsarbete bör vara ett idérikt och systematiskt utnyttjande av resultat från studier och vetenskaplig kunskap och

syfta till att utveckla eller skapa nya processer i redan existerande system. Utvärderingen krävs för att uppfylla kraven för utvecklinsarbete. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 39).

10.8 Tillämpning av forskningsetik

Larsson (1994, s. 170-173) poängterar att en vetenskaplig studie skall uppvisa god etik och innehålla etiskt tänkande, dvs. att respondenten är hederlig och bevarar anonymiteten hos de undersökta individerna, att sanningen kommer fram och inte egna antydningar. Enligt föreskrifterna skall intresset att få ny kunskap vägas mot kravet på skydd av individer som deltagit i studien. Kvaliteten i vetenskapliga arbeten förutsätter att respondenterna inte fuskar med vad respondenten själv uppfattar som sant. Resultatet i en studie ofta handlar om att gestalta något på ett sådant sätt att ny innebörd uppstår. En viktig kvalitet är därför innebördsrikedom i studien. Med innebördsrikedom menas också att man ska fånga det väsentliga men samtidigt behålla nyanserna.

Frågeformulären och intervjuerna har behandlats lika och det viktigaste ifrån dem presenteras i resultatet. Kategorier som beskriver uppfattningar skall vara rika och fånga det väsentliga men ändå bevara nyanser. Materialet har reducerats för att bevara anonymitet hos individerna. Strukturen har beaktats under arbetsprocessen och utvecklingsarbetet har en relativt bra struktur ändå finns kvaliteten i resultatet kvar.

Enligt Larsson (1994, s. 170-173) och Denscombe (2009, s. 177) finns det mycket påtagliga etiska problemet vid studier inspirerade av aktionsforskning, även om studien koncentrerar sig på informanternas aktivitet. Eftersom det närmast oundvikligen påverkar andra är det viktigt att ha en klar föreställning om när och var aktionsforskningen nödvändigtvis överskrider gränsen för den informationssamling som är rent personlig och bara rör informanterna själva. När den gör det, så måste respondenten iaktta de vanliga forskningsetiska reglerna: skaffa sig tillåtelse, behandla informationen konfidentiellt och skydda identiteter.

10.9 Nyttan och innehållsrikedom i studien

Efter genomgång av litteratur och tidigare forskningar har en förståelse kring vårdbedömningsarbete ökat. En fördjupning i ämnet har medfört att man har fått en bredare

kunskap kring vilka faktorer som krävs för en professionell vårdbedömning, där kompetens och erfarenhet speciellt betonas. Respondenten anser att utvecklingsarbetet är innebördsrikt i den meningen att under studiernas gång har det framkommit förslag till förbättring och utveckling inom vårdbedömningsarbetet i öppna vården.

11 Slutdiskussion

Syftet med denna studie var att synliggöra vilka faktorer som har betydelse för ett professionellt vårdbedömningsarbete. Resultatet i studien visar att en stor del av vårdarnas arbete i vårdbedömningen, förutom att hänvisa patienter till olika mottagningar, går ut på att ge egenvårdsråd och hjälpa den vårdsökande med olika praktiska arrangemang som t.ex. receptförnyelse. Akuta och icke akuta bokningar till akutmottagningen motsvara ca en fjärdedel av de totala hänvisningarna, där ca. hälften är sådana patienter som egentligen inte har ett akut vårdbehov.

I studien framkommer det att vårdbedömningsarbetet och vårdbehovsbedömningen inte är en mekanisk och linjär process från A till B utan det är en svår och krävande uppgift där bred kompetens och erfarenhet spelar stor roll. Eftersom vårdaren saknar visuell kontakt med den vårdsökande finns det många olika faktorer som påverkar vårdbedömningen. Det krävs ofta snabba beslut och problemlösningar. En nyutbildad vårdare har svårt att genomföra bra och relevant vårdbedömning enligt resultatet. I studien framkommer både åsikter om att vissa personliga egenskaper krävs hos den person som skall arbeta med vårdbedömningsuppgifter medan någon menar att det inte är det som avgör hur vårdbedömningen utförs utan det är kompetensen och erfarenheten.

Då kompetens, erfarenhet och lämpliga personliga egenskaper användas med ett öppet sinne vid alla patientkontakter samt att vårdaren kan ta tillvara de resurser som finns att tillgå läggs en grund för ett professionellt omhändertagande. De centrala faktorerna som bidrar till en effektiv vårdbedömning är enligt resultatet: lämplig examen inom vården, tillräcklig arbetserfarenhet, god kompetens inom teknologi, kundbetjäning, kommunikation och samarbete, dokumentering, informationshantering, självständigt arbete, analysförmåga och beslutstagande samt att vårdaren känner till den egna organisationens funktioner och begränsningar. I studien framkommer det att vårdarna anser att flexibiliteten i vårdbedömningsarbetet upplevs positivt och att de har möjlighet att arbeta på andra avdelningar parallellt.

Vårdarens beslutsprocess influeras av en kombination av vårdar-, patient- och organisationsrelaterade faktorer vilka bidrar till att skapa en bild av den vårdsökande. Vårdbedömningen är en balansering mellan att vara den vårdare beslutar om vårdkontaktens behov av vård och tillgängligheten till de resurser som finns.

Ett övergripande problem i vårdbedömningsarbetet är enligt vårdarna brist om tider till läkarmottagningarna. Enligt organisationens perspektiv kan vårdarna använda sig av vårdgarantin där patienter som bedöms som icke akuta kan vänta tills en tid finns tillgänglig inom tre månader om inte situationen kräver annat eller förändras. En viss kostnadseffektivitet ses även om man kan ge goda egenvårdsråd och styra de patienter som verkligen behöver vård till den rätta vårdnivån.

Med stöd av resultatet får respondenten även fram att en utökad användning av tillgängliga kunskapsstöd för vårdarna är en möjlighet till större kvalitetssäkring. Dessa kunskapsstöd behöver inte följas slaviskt. Det kan även vara så att kunskapsstöden inte är anpassade till situationen. De skall användas som ett komplement i sådana fall då vårdaren tar emot något mera ovanligt problem. Vårdaren bör ha den kompetens och erfarenhet så att en vårdbedömning av vanliga åkommor kan utföras utan stöd. En brist i de olika kunskapsstöden är kanske att de kan vara utvecklade på annat språk än vårdarens modersmål eller att de är invecklade att använda.

Det framkommer att samtliga informanter önskar ett mera enhetligt arbete för att få en rättvis bedömning av alla vårdkontakter. Detta skulle även resultera i en mera effektiv användning av resurserna. Men den stora utmaningen är tillvägagångssättet för att få vårdarna motiverade att följa ett enhetligt system. Klara riktlinjer inom organisationen önskas av vårdarna. Detta stöder även de empiriska teorierna.

I studien framkommer det att organisationen kunde gå ut med mera information till allmänheten för att beskriva hur organisationen fungerar, vilka resurser som finns samt på vilka grunder vårdbedömningen görs. Mera information och utbildning borde även ges åt befolkningen redan genom hälsofostran via skolhälsovården och rådgivningen för att befolkningen skall klara av sin eller anhörigs egenvård på ett mera ändamålsenligt sätt. Till egenvård räknas sådant som att klara t.ex. lindriga förkylningar, enklare smärtbehandling och sårvård. Informanterna lyfter dock fram att det inte får glömmas bort att det fortfarande är människor vårdarna har att göra med.

Resultatet i denna studie visar att vårdarna anser att vårdbedömningsarbete är svårt och ofta stressande. Arbetsmiljön upplevs ofta som en orsak till stress men enligt studier är miljön inte avgörande för själva vårdbedömningen. I början av arbetsveckan kan arbetsbelastningen vara hög på vårdbedömningen och vårdarna önskar få en extra resurs vid dessa tillfällen för att bättre hinna med. En stressfaktor är även upplevelse av att inte hinna med alla vårdkontakter så som vårdarna önskar.

Informanterna anser att en kompetensutveckling är viktig för att kunna utföra en professionell vårdbedömning. Kontinuerlig utbildning och uppdatering av aktuella teman och vårdbedömning. Det är även viktigt att vårdarna själva har ett ansvar och intresse att ta till sig ny kunskap. Eftersom vårdarna parallellt arbetar på andra mottagningar inom öppna vården är det en möjlighet att få en kompetensutveckling och erfarenhet på ett mera relevant sätt. Det är viktigt att vårdarna har goda kunskaper av akutvård och vitala funktioner hos patienterna.

Den här studien har gett respondenten förståelse för vilka faktorer som är av betydelse för att vårdaren skall kunna utföra en professionellt vårdbedömningsarbete. Kompetens och erfarenhet är det som genomsyrar hela studien. Vårdaren bör ha en tillräcklig utbildning och erfarenhet för att kunna göra en bra anamnes, kunna hantera information och göra en bra analys av det problem den vårdsökande uppger för att sedan kunna hänvisa till rätt vårdnivå.

Viktigt är att alla inom organisationen kan samarbeta och försöker sträva till ett enhetligt samarbete för befolkningens bästa. En ständig utveckling inom organisationen krävs för att kunna svara till befolkningens behov. Riktlinjer är viktiga och bör göras upp med ledande läkare för att alla skall veta vad som gäller.

Med tanke på det resultat som framkommer i studien tycker respondenten att det vore intressant att studera vidare kring hur en vårdbedömning, med enbart vårdare som är utbildade inom avancerad klinisk, skulle fungera och ifall det skulle bli någon markant skillnad. Men respondenten tror att det är svårt att rekrytera för att täcka arbetstiden.

En annan intressant studie enligt respondenten skulle vara att få fram hur effektiverad hälsofostran och rådgivning via t.ex. skolhälsovård och mödra-/barnrådgivning skulle påverka befolkningens egenvård och hur det påverkar omfattningen av kontakt till vårdbedömningen. Respondenten anser även att det skulle vara av intresse att få kunskap

om den vårdsökandes perspektiv på hur vårdbedömningsarbetet fungerar inom primärvården.

Nyttan med studien är att synliggöra de faktorer som har betydelse för ett professionellt vårdbedömningsarbete. Detta bidrar till att öka möjligheterna till ett mera systematiskt och enhetligt vårdbedömningsarbete och utnyttjande av tillgängliga resurser inom primärvården.

Referenser

- Befring, E. (1994) *Forskningsmetodik och statistik*. Lund: Studentlitteratur
- Bell, J. (2000) *Introduktion till forskningsmetodik*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert –mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Ingår i: Rookie, L. Lund: Studentlitteratur
- Börjesson, L. (2011). *Sjuksköterskors arbetsmiljö i telefonrådgivningen på vårdcentral – En pilotstudie*. Sahlgrenska akademien. Göteborgs Universitet, Göteborg.
- Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. Falköping: Almqvist & Wiksell.
- Chrisén, M. & Holm, S. (2011). *Faktorer som har betydelse för telefonsjuksköterskans triage och rådgivning*. Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken- För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejvegård; R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Ejvegård; R. (2009). *Vetenskaplig metod*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, A. (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, L.T. & Wiedersheim-Paul, F. (2011). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber
- Fagerström, L. (2011). *Avancerad Klinisk Sjuksköterska*. Lund: Studentlitteratur.
- Finlex. (u.å.) *Statsrådets förordning om förverkligande av rätten att få vård och om regionalt samarbete*. www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2004/20041019 (hämtad: 06.12.2012).
- Greenberg, M. E. (2009). A comprehensive model of the process of telephonenursing. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (12), 2621-2629.

Gustafsson, A-S. & Stenberg, C. (2010). *Telefonsjuksköterskors upplevelse av kommunikation och bedömning av uppringare inom telefonrådgivning*. Akademin för hälsa och arbetsliv. Högskolan i Gävle.

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur

Hilama, P. & Lattunen, K. (2013). *Ammattitaitovaatimukset puhelimessa tapahtuvaan hoidontarpeen arviointiin*. Opinnäytetyö, Hoitotyön Koulutusohjelma. Mikkeli University of Applied Sciences, Mikkeli.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik- Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur

Holmström, I. (2007). Decision aid software programs in telenursing: not used as intended? Experiences of Swedish telenurses. *Nursing and Health Sciences*. (9), 23-28.

Holmström, I. & Höglund, A. T. (2007). The faceless encounter: ethical dilemmas in telephonenursing. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1865-1871.

Holmström, I. & Dall'Alba, G. (2002). Carer and gatekeeper-conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (16), 142-148.

Johansson, B. (2010). *Att vara distriktssköterska på hälsocentral. Mångfacetterad erfarenhet – bästa stödet vid snabba beslut*. Akademin för arbetsliv och hälsa. Högskolan i Gävle.

Klerfors, L. & Zaman, B-M. (2012). *Ett möjligt kommunikationsverktyg?*. Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Sahlgrenska Akademin, Göteborg.

Kommunerna.net. (2005). *Vårdgarantin inom hälso- och sjukvården 28.04.2005*. <http://www.kommunerna.net/sv/kommunforbundet/cirkular-utlatanden/cirkular/2005/Sidor/Vardgarantin-inom-halso--och-sjukvarden.aspx>(hämtat: 02.03.2014)

Koskinen, M. (2011). *Hoidon tarpeen arviointi ohjeet Virtain terveyseskukselle*. Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma. Tampere University of Applied Science, Tampere.

- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (2013). *Ensihoito*. Helsingfors: SanomaPro
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Körner, S. & Wahlgren, L. (2006). *Statistisk Dataanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B & Svensson, P.G. (Red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Leppänen, V. (2010). Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry*. 17 (1), 14-25.
- Locsin, R. (2005). Technological Competency as Caring and the Practice of Knowing Person in Nursing. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Ingår i: Parker, M.E. & Smith, M.C. (2010). *Nursing Theories & Nursing practice*. (3. ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Macway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. (2008). *Emergency triage*. Manchester Triage Group. (2. ed.).
- Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgqvist, 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.
- McEvoy, P. (2000). Gatekeeping access to service at the primary/secondary care interface. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 7 (3), 241-242.
- Mitchell, K. (2010). Telephone triage. Your Job Is on the Line. *Once Connect*. (9). P. 9-11
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (2007). *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2009). Sensibilitet och reflektion- *Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.
- Nyberg, R. & Tidström, A. (2012). *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Stockholm: Liber

Rönnerman, K. (2004). Aktionsforskning i praktiken -*Erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur

Patel, V.L., Glaser, R. & Arocha, J. F. (2000). Cognition and expertise: acquisition of medical competence. *Clinical and Investigative Medicine*. 23(5), 256-260.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). Forskningsmetodikens grunder- *Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Pettinari, C.J. & Jessopp, L. (2001). Your ears become your eyes: managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*. 36 (5), 668-675.

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

Sairaanhoitajaliitto.(u.å.) ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun. 02.03.2014 [online]. www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön_hoitotyön_kehittaminen/potilasturvallisuus (hämtad: 02.03.2014)

Syvöja, P. & Äijälä, O. (2009). *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Tammi

Ström, M., Marklund, B. & Hildingh, C. (2006). Nurses' perceptions of providing advice via a telephone care line. *British Journal of Nursing*. 15 (20), 1119-1125.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Vårdförbundet. (u.å.). SBAR-Ett kommunikationsverktyg för säkrare vård. [online]. <https://vardforbundet.se/Min-profession/sakervard/SBAR> (hämtat: 02.03.2014)

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

Wahlberg, A.C., Cedersund, E. & Wredling, R. (2002). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*. (12), 37-45

Wahlberg, A.C. & Wredling, R. (1999). Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. (5), 164-170.

Wikipedia. (u.å.). *Professionellt förhållningssätt*. [online]. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Professionalism> (hämtat: 20.03.2014).

Åberg, J. & Fagerström, L. (2005). Expertsjukskötare en finländsk version av “nurse practitioner”- en möjlighet för sjukskötare och hälsovårdare att utveckla sin kliniska kompetens. *Vård i Norden*. 25 (3), 84-87.

Föreläsning:

Pousi, Jouni (2012). Bedömning och prioritering av vårdbehovet. Metropolia University of Applied Sciences. 10.05.2012 vid Silveria, Vasa

Stark, K. (2012). Telefonrådgivning. MedHelp AB. 23.10.2012 vid Tritonia, Vasa.

Statistikföring av samtal

Kommer under hösten att göra ett arbete inom ramen för forskningsmetodik. Jag har valt att göra en blankett där vi kan fylla i inkommande samtal och till vilken mottagning vi bokar in dem. Detta kommer att göras under en veckas period av den person som sitter i vårdbedömningen/akuten. Det är även viktigt att vi märker i varje samtal så långt det går för att få ett så optimalt resultat som möjligt. Jag kan vidare koppla detta till mitt kommande utvecklingsarbete. Önskar att ni kan ta er tid och bara fylla i ett streck i den kategori samtalet hör.

(1 blankett för varje dag, blanketterna märkta)

Kategorierna är:

-akuttid, behöver tid samma dag

-vårdsökande får en icke-akut tid till akutmottagningen (inom några dagar) pga att det ej finns läkartider att fås (kortisoninj., långtidssjuka ryggar och leder)

-läkartid

-expertsjukskötarmottagning

-vårdarmottagning

-annat (egenvårdsråd, information, recept, lab. m.m.)

Studerande, Novia

Avancerad klinisk vård, Högre YH

Backholm Ann-Charlotte

Registrering av inkommande samtal till vårdbedömningen/ (akuten), se bifogat brev för information.

Akuttid,	
Icke-akut	
Läkartid	
Expersjukskötarmottagning	
Vårdarmottagning	
Annat	

Jag är studerande inom avancerad klinisk vård, högre YH vid Novia Yrkeshögskola och ämnar göra ett utvecklingsarbete vid Närpes hälsovårdcentral. Utvecklingsarbetets syfte är att utveckla vårdbedömningen och patienthänvisningen inom öppna vården.

Anhåller om samtycke till att få utföra en undersökning bland personalen inom öppna vården vid Närpes hälsovårdcentral. Undersökningen riktar sig till personal som i sitt dagliga arbete har kontakt med vårdbedömningsarbete i någon form. Syftet med frågeformuläret är att få fram hur vårdarnas perspektiv angående hur vårdbedömningssystemet fungerar i dag och på vilket sätt vårdbedömningen kunde utvecklas. Resultatet kommer att ligga till grund för att utforma en modell gällande vårdbedömningsprocessen samt ett kommunikationsverktyg för vårdbedömningsarbete.

Frågeformuläret besvaras frivilligt. Du skall svara på frågorna så ärligt som möjligt, eftersom ditt svar hjälper mig att få fram ny och djupare kunskap om vårdbedömningsarbetet och dess utveckling. Undersökningssvaren kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas så att ingen svarsperson känns igen.

Studerande, Novia

Avancerad klinisk vård, Högre YH

Backholm Ann-Charlotte

Kontaktuppgifter:

Handledare: Glasberg Ann-Louise, programansvarig Avancerad klinisk vård, Novia

Kontaktuppgifter:

UNDERSÖKNING ANGÅENDE VÅRDBEDÖMNINGEN INOM ÖPPNA VÅRDEN

- **Arbetserfarenhet**

0-3 år ___

4-10 år ___

10 år eller mer ___

- **Hur ofta är du placerad i vårdbedömningen eller har kontakt med vårdbedömningsarbetet i någon form?**

3 dagar i veckan eller mer ___

1-2 dagar per vecka ___

1 -3 dagar per månad ___

Mera sällan ___

- **Hur upplever du att vårdbedömningen fungerar idag, på en skala 1-5?**

(1=dåligt, 5=fungerar bra, ringa in rätt alternativ)

1, 2, 3, 4, 5,

- **Hurudana upplevelser har du av vårdbedömningsarbetet på din egen arbetsplats?**

(bra, dåliga, svårigheter o.s.v.)

- **Vilken kompetens, erfarenhet eller personlighet borde den person som är placerad i vårdbedömningen ha?**

- **Vilken kunskap önskar du få eller utveckla för att känna dig mer bekväm med att arbeta med vårdbedömningsuppgifter?**

- **På vilket sätt anser du vårdbedömningen kunde utvecklas:**

Tack för att du tog dig tid!

Organisatoriskt perspektiv

Frågor:

Vilka faktorer anser du bidrar till ett professionellt vårdbedömningsarbete per telefon?

På vilket sätt tycker du vårdbedömningsarbetet per telefon kunde utvecklas?

Ledande skötare
Birgitta Udd
Närpes Hälsovårdscentral
Kyrkvägen 6
64200 Närpes

ANHÅLLAN Bilaga 4

ANHÅLLAN OM LOV FÖR FRÅGEFORMULÄRUNTERSÖKNING

Jag är studerande inom avancerad klinisk vård, högre YH vid Novia och ämnar göra ett utvecklingsarbete vid Närpes hälsovårdcentral. Utvecklingsarbetets syfte är att utveckla vårdbedömningsarbete inom primärhälsovården.

Jag anhåller om lov att få utföra en undersökning bland personalen inom öppna vården vid Närpes hälsovårdscentral. Undersökningen riktar sig till den personal som i sitt dagliga arbete har kontakt med vårdbedömningsarbete i någon form. Syftet med enkäten är att få fram vårdarnas perspektiv angående hur vårdbedömningssystemet fungerar i dag och på vilket sätt det kunde utvecklas. Resultatet kommer att ligga till grund för att utforma en modell gällande vårdbedömningsprocessen samt ett kommunikationsverktyg för vårdbedömningsarbete.

Studerande, Novia

Avancerad klinisk vård, Högre YH

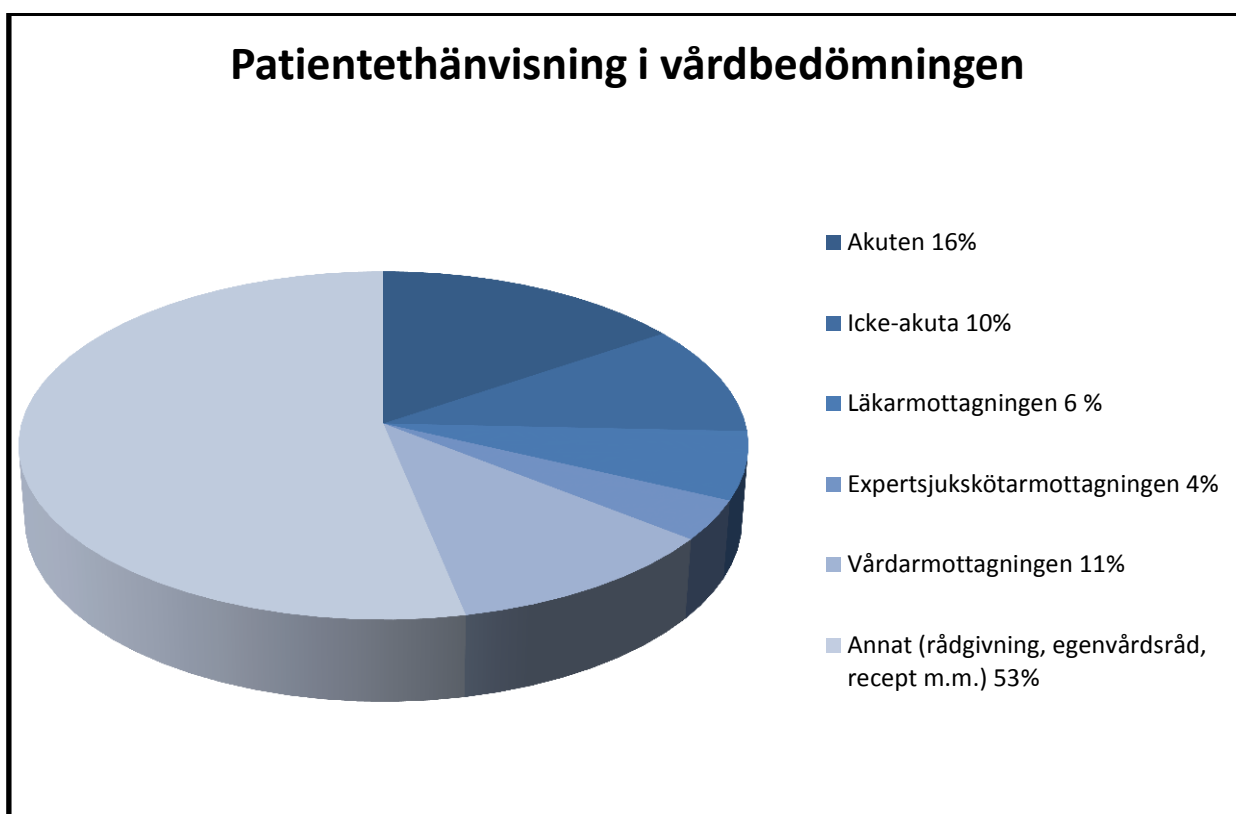
Backholm Ann-Charlotte

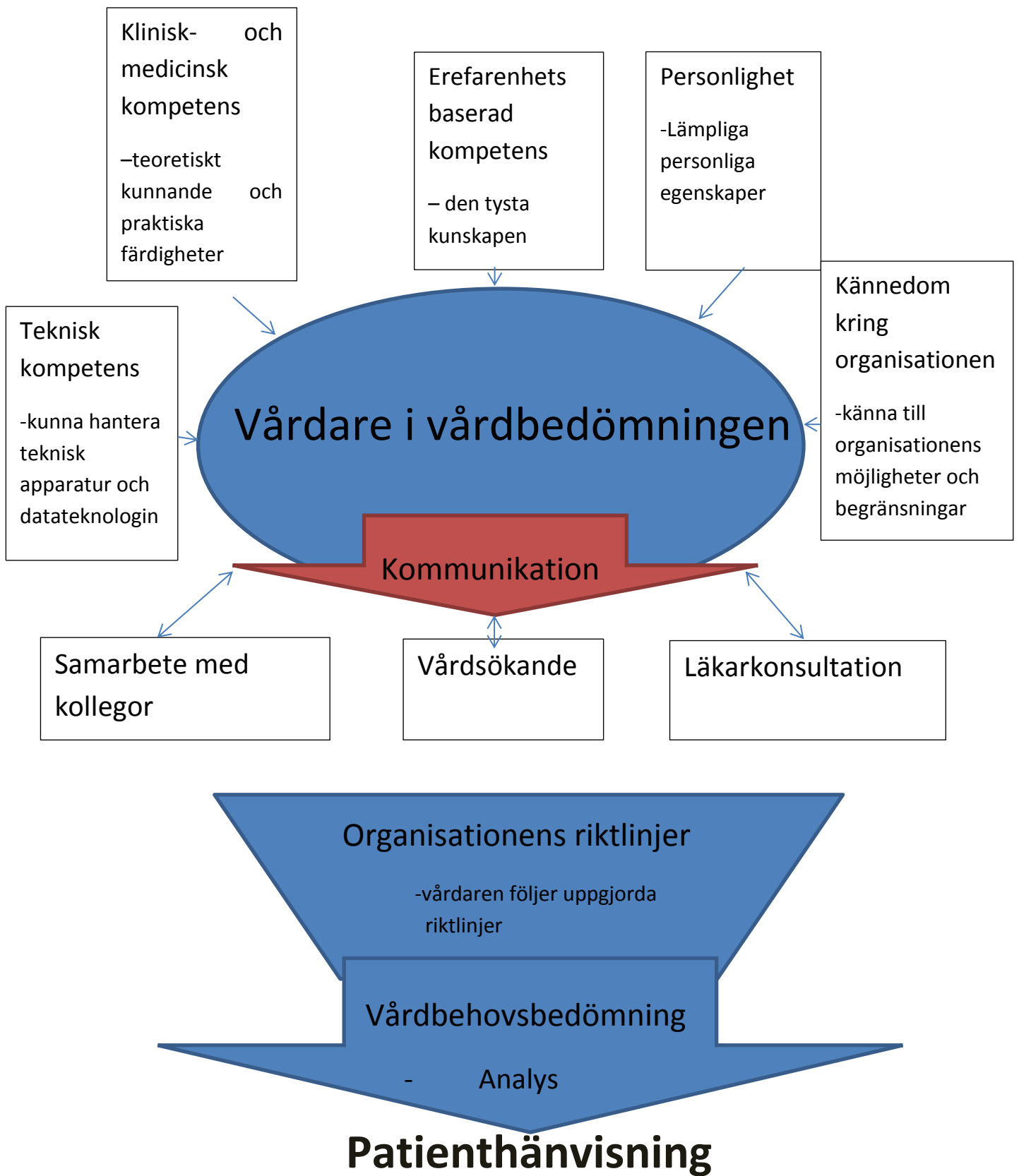
Kontaktuppgifter:

Handledare: Glasberg Ann-Louise, programansvarig Avancerad klinisk vård, Novia

Kontaktuppgifter:

I undersökningen har respondenten först sammanställt statistik över mottagna samtal i vårdbedömningen under en tre veckors period, 1-19.10.2012. I resultatet framkommer det hur patienterna styrs efter att vårdbedömningen gjorts. Styrningen har kategoriserats in i olika grupper akuta, halvakuta (patientgrupper som behöver läkartid men tid inte tillgänglig, bokas in till akuten an någon anledning), läkarmottagning, vårdmottagning, annat (egenvård, recept, övriga råd m.m.)





Vårdbedömningsprocessen är indelad i fem olika kategorier som vardera innehåller faktorer som påverkar de olika skedena i vårdbedömningsprocessen.

Första kategorin innehåller vilken *kompetens och egenskaper* vårdaren i vårdbedömningsarbetet behöver.



Andra kategorin är *kommunikationen* med andra kollegor, läkare och den vårdsökande.



Tredje kategorin är *organisationens riktlinjer*, dvs. riktlinjer som är uppgjorda av ledningen.



Fjärde kategorin är en *analys* av insamlade data med hjälp av stödfaktorer i organisationen samt organisationens riktlinjer görs och en bedömning av vårdbehovet.



Därefter kan en *hänvisning* göras. Enligt de evidensbaserade teorierna och det resultat som framkom i forskningen krävs bred kompetens och erfarenhet för att kunna komma till femte steget där hänvisning till rätt vårdnivå sker.



Professionell vårdbehovsbedömning

Har i mitt utvecklingsarbete utformat ett kommunikationsverktyg inspirerat av ISBAR-modellen. Syftet med kommunikations-verktyget är att få ett strukturerat och enhetligt vårdbedömningsarbete samt en ökad patientsäkerhet. Med detta kan man även ta tillvara på personalens kompetens.

Jag har strävat till att anpassa ISBAR-modellen enligt verksamheten på hälsocentralen. Det är viktigt att personalen som arbetar med vårdbedömningsarbete dagligen får vara delaktiga i utformningen så nu önskar jag få implementera den i ert arbete. En provperiod på ca. tre veckor kommer först att genomföras föra att sedan göra en första utvärdering. Jag önskar då att ni tar er tid att fundera igenom utformningen, vad är bra eller dåligt och vad önskar ni förbättra.

Med den utformade ISBAR-modellen finns en beskrivning av varför och hur kommunikationsverktyget används.

Vi kan tillsammans utveckla ett gemensamt enhetligt arbetssätt för att kunna göra en enhetlig anamnes, konsultation, rapportering och dokumentering.

Lämna in utvärderingen senast 3.4.2014 till Mikaela.

Tack för att du tog dig tid!

Respondent: Backholm Ann-Charlotte

Handledare: Glasberg Ann-Louise, Novia

ISBAR

Kommunikationsverktyg för anamnes-konsultation-vårdbehovsbedömning-rapportering
Vid Närpes hälsovårdscentral

I Identifiera

- Patientens namn
- Ålder/signum

S Situation

- Vad är problemet/
anledningen till kontakt?
- Symtombild, annan orsak till kontakt?

B Bakgrund

- Information om tidigare och
och nuvarande sjukdomar.
- Medicinering
- Aktuella problem och behandlingar
- Eventuella allergi
- Eventuell smittorisk

A Aktuellt tillstånd

- **Status:**
- När har symtomen uppkommit, hurdana symtom nu,
finns något som förvärrar/lindrar symtomen, liknande
symtom tidigare, hur har man lindrat symtomen isåfall?
- **A** luftvägar
B andning
C puls, blodtryck, saturation
D medvetande, smärta, orienterad tid/rum,
E temperatur, hud, färg, buk, urin, yttre skador
- **Bedömning** av tillstånd

R Rekommendation

- Åtgärd, hänvisning, behandling
- Tidsram (hur ofta, hur länge,
när ny kontakt v.b)
- Bekräftelse på kommunikation

ISBAR

FÖR STRUKTURERAD
KOMMUNIKATION I
VÅRDBEDÖMNINGSGÄLLANDE

God och säker vård förutsätter en effektiv kommunikation och att informationen överförs korrekt i alla led och vid alla tillfällen. Speciellt viktigt är detta vid akuta situationer och när kommunikationen sker under tidspress. Kommunikationen skall vara fullständig, korrekt och avgränsad.

Bristfällig kommunikation och överföring information kan leda till att patientsäkerheten hotas. Dialogen kan ske mellan personal, patienter och deras anhöriga eller personalen emellan.

Brister i kommunikationen kan leda till att inte syftet med kontakten framgår informationen innehåller faktafel eller missuppfattas samt att informationen kan vara ofullständig. Det kan även vara frågan om att speciella problem eller angelägenhetsgraden i situationen inte framhålls eller uppmärksammas. Rekommendationer om åtgärder saknas och att eventuella oklarheter inte klaras ut.

Med en enhetlig struktur för hur kommunikationen och informationsöverföringen ska gå till, minskar riskerna för att viktig information glöms bort eller missuppfattas.

Ett utarbetat material som ISBAR används på flera håll inom Finland som ett kommunikationsverktyg, där arbetet med kritiska moment ofta sker under tidspress. Strukturen skapar förutsättningar för att fokusera på det viktigaste i budskapet och för att irrelevant information undviks. Med ISBAR kan patientsäkerheten ökas genom att hela personalens kompetens tas tillvara.

ISBAR står för:

- *Identifiering*
- *Situation*
- *Bakgrund*
- *Aktuellt tillstånd*
- *Rekommendationer*

Informationsöverföringen blir enklare och säkrare. Kommunikationsverktyget är användbart vid:

- kommunikation mellan vårdsökande och vårdare, speciellt då ett akut vårdbehov finns
- konsultering av annan kollega eller läkare
- överrapportering av patienter
- sådana situationer som är ovana, stressande eller brådskande

Användning av kommunikationsverktyget ISBAR

I-Identifiera

Här skall patientens signum och namn finnas

S-Situation

Har skall en kort beskrivning av problem och anledning till kontakt.

B-Bakgrund

I bakgrunden skall det finnas en kortfattad sammanställning av relevant sjukdomshistorik för det aktuella problemet (diagnos, utredningar och behandlingar).

A-Aktuellt tillstånd

Här rapporteras fakta om det aktuella läget, dvs. status. Anteckna uppgifter om vitala parametrar om de finns tillgängliga samt eventuella förändringar i patientens tillstånd. En bedömning av situationen görs.

R-Rekommendation

Anteckningar om förslag till åtgärd, hänvisningar eller behandlingar. Ordinationer på när, var, hur länge, hur ofta eller när ta ny kontakt v.b. bör även finnas med här. Bekräfta att man förstått varandra i kommunikationen genom att ge utrymme för eventuella frågor och oklarheter.

Förslag på frågor i kommunikation med patient/vårdsökande

I-Identifiering

Personens namn, ålder/signum

S Situation

Varför kontaktar du vården?

B Bakgrund

Har du tidigare

- varit allvarligt sjuk?
- varit inlagd på sjukhus?
- blivit opererad eller fått annan behandling?
- några andra sjukdomar?

Finns ärftliga sjukdomar i din släkt? Vilka?

A Aktuella uppgifter

Vilka besvär har du?

Hur länge har du haft besvär?

Vad tror du själv kan vara orsaken?

Vitala funktioner? Har vitala värden mätts hemma?

Använder du läkemedel? Vilka?

Använder du naturläkemedel? Vilka?

Är du allergisk mot något läkemedel? Vilka?

Vanor? (Rökning? alkoholanvändning?)

R Rekommendation

Att komma ihåg efter aktuell vårdkontakt:

Vad är *viktigt* för mig?

Vad *måste* jag göra?

Vad ska jag *komma ihåg*?

Kom ihåg att använda ett klart språk och kontrollera att information och rekommendationen uppfattats korrekt. Lyssna aktivt och avbryt inte rapportering. Ställ frågor ifall det är något du inte uppfattar eller undrar över. I kommunikationen kan man återge informationen och rekommendationen för att bekräfta att man uppfattat korrekt.

Det man skall komma ihåg är att personalen inte behöver följa strukturen slaviskt eftersom vissa vårdkontakter eller problem inte förutsätter en så noggrann och strukturerad kommunikation.

För att få genomslag med ISBAR är det viktigt att alla yrkesgrupper inkluderas i denna kommunikationsform. För att öka förutsättningarna till implementeringen skall syftet med kommunikationsverktyget vara klart och dessutom vara anpassat till verksamheten.

Referenser:

ISBAR - menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun! www.sairaanhoitajaliitto.fi

Strukturerad kommunikation minskar riskerna i vården. www.skl.se

Utvärdering av kommunikationsverktyg

Kommentarer angående utformning:

Hur fungerade kommunikationsverktyget i vårdbedömningsarbetet?

Utvecklingsförslag:

