



Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i glesbygd med jour på distans

Nurses ' experiences of working in a rural environment with on call at a distance

Ylva Lundholm

Vårterminen 2017

Självständigt arbete, 15 hp

Handledare: Christine Bruhlin, professor, Institutionen för omvårdnad

I samarbete med Anna Alm Andersson, Närsjukvårdschef Kalix, Region Norrbotten

Varför behövdes denna studie?

- Glesbygden har och står inför stora utmaningar att tillhandahålla god och säker vård.
- Tekniken tillskrivs vara en viktig faktor för framtidens vård, särskilt när det gäller glesbygden.
- Arbetssättet jour på distans är inte studerat ur svenska glesbygdssjuksköterskors perspektiv.

Vad är det viktigaste som framkom vid studien?

- Sjuksköterskor som arbetar i glesbygd med jour på distans, behöver ha mycket kunskap och erfarenhet.
- Jour på distans innebär fördelar för patienten genom att vården är mer tillgänglig samt att omhändertagandet vanligtvis går snabbt.
- Sjuksköterskan upplever att läkarens tillit och fungerande teknik är betydelsefulla stöd i omhändertagandet av patienter vid jour på distans.

Hur kan resultatet användas för att influera politik/praktiks verksamhet/ forskning/ utbildning?

- I resultatet framkommer betydelsen av att sjuksköterskor som arbetar med jour på distans har god kunskap och erfarenhet, därav bör det i framtiden utformas utbildningspaket vilka är anpassade efter glesbygdens specifika behov och förutsättningar.
- Framtida forskning bör fokusera på att, mer i detalj beskriva sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Resultatet hade förmodligen kunnat ligga till grund för utformning av en kompetensbeskrivning.

Abstract

Syfte. Att: beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i glesbygd med jour på distans.

Bakgrund. Jour på distans innebär att sjuksköterskor, med stöd av läkare på distans, omhändertar patienter med olika slags akuta symtom. Frånvaron av nationella studier, rörande sjuksköterskors erfarenhet av jour på distans i kombination med behovet av att hitta nya sätt att bedriva vård i glesbygd, borde medföra ett intresse för studien.

Design: Deskriptiv intervjustudie med kvalitativ ansats.

Metod. Intervjuer genomfördes med 9 sjuksköterskor, vilka arbetar vid 2 olika hälsocentraler belägna i nordligaste delen av Sverige. Intervjuerna genomfördes våren 2017. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat. Analysen resulterade i de 4 kategorierna rollutveckling, fördelar för patienten, stöd samt osäkerhet. Sjuksköterskor beskriver sig ha ett arbete som på olika sätt medför rollutveckling. Fördelar för patienten framställs bestå av exempelvis minskat behov av resor samt möjlighet att få snabb bedömning utan att alltid behöva åka till sjukhus. Kategorin stöd belyser betydelsen av tillit från läkare och fungerande teknik. Sista kategorin påvisar att vissa situationer medför känslor av osäkerhet hos sjuksköterskan, som exempelvis när läkare har dålig kunskap om jour på distans.

Slutsats. Resultatet påvisar att jour på distans, sett ur sjuksköterskornas perspektiv, är ett bra sätt att tillvarata befintlig personal och teknik i syfte att tillhandahålla vård under jourtid i glest befolkade områden. Arbete med jour på distans kräver sjuksköterskor med god kunskap och erfarenhet och studien påvisar även betydelsen av utbildning samt stöd från läkaren.

Nyckelord. sjuksköterskor, glesbygd, jour på distans, telemedicin, kvalitativ metod, innehållsanalys, erfarenheter

Abstract

Aim. To: Describe nurses ' experiences of working in a rural environment with on call at a distance.

Background. On call at a distance means that nurses, supported by doctors remotely, manage patients with different types of acute symptoms. The lack of national studies involving nurses ' experience of on-call at a distance in combination with the need to find new ways to improve health care in rural areas, should imply an interest in the study.

Design: Descriptive interview study with a qualitative approach.

Method. Interviews were conducted with 9 nurses, who work at 2 different health centres located in sparsely populated areas, in the northern part of Sweden. The interviews were conducted in the spring of 2017. The material was analyzed using qualitative content analysis.

Result. The analysis resulted in the 4 categories role development, benefits for the patient, support and uncertainty. Nurses describe themselves to have a job that involves role development. Benefits for the patient are for example that the patient can get a quick assessment without going to the hospital. Support highlights the importance of trust from the doctor and functional technology. Last category indicates that certain situations lead to feelings of uncertainty among the nurses, such as when a doctor has poor knowledge of call out at a distance.

Conclusion. The result shows that on call at a distance is a good way to use existing resources and technologies in order to provide care in rural areas. On call at a distance requires nurses with good knowledge and experience, and the study also shows the importance of education as well as the doctors support.

Keywords. nurses, rural areas, on-call at a distance, telemedicine, qualitative method, content analysis, experience

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	7
1.1. Bakgrund	7
2. STUDIEN	11
2.1. Syfte	11
2.2. Kontext	11
2.3. Design	12
2.4. Urval	12
2.5. Datainsamling	12
2.6. Etiska överväganden	13
2.7. Analys	14
2.8. Trovärdighet	15
3. RESULTAT	16
3.1. Rollutveckling	17
3.1.1. <i>Självstyrande och ansvarstagande</i>	17
3.1.2. <i>Bred erfarenhet och kunskap</i>	18
3.1.3. <i>Stimulerande och utmanande</i>	18
3.2. Fördelar för patienten	19
3.2.1. <i>God tillgänglighet i känd miljö</i>	19
3.2.2. <i>Snabbt omhändertagande</i>	20
3.3. Stöd	20
3.3.1. <i>Tillit från läkare</i>	20
3.3.2. <i>Fungerande teknik</i>	21
3.4. Osäkerhet	22
3.4.1. <i>Okunskap om vård på distans</i>	22
3.4.2. <i>Känsla av ensamhet och otrygghet</i>	23
4. DISKUSSION	23
4.1. Begränsningar	27

5. SLUTSATS	28
Referenslista	30
Bilaga 1: Informationsbrev till verksamhetschef	36
Bilaga 2: Informationsbrev till deltagare	38
Bilaga 3: Intervjuguide	40

INTRODUKTION

Glesbygden har helt andra förutsättningar att bedriva en god och säker vård, på lika villkor och ofta är det svårt att rekrytera personal, både när det gäller läkare och sjuksköterskor. Därtill kräver arbetet stor kunskapsbredd och beredskap för att självständigt hantera en mängd olika symtom och tillstånd (Williams *et al.* 2001). Internationellt finns exempel på mottagningar i glesbygd där sjuksköterskor, med stöd av läkare på distans, omhändertar patienter med olika slags symtom och behov. Kontakten till läkaren sker då via telefon och/eller videouppkoppling i realtid (Henderson 2006, Herrington *et al.* 2013). Arbetssättet medför att en läkare kan ansvara över ett större område och personer därmed kan få tillgång till hälso- och sjukvård, trots att de befinner sig långt från mer tätbefolkade områden. Dessutom kan tillvägagångssättet också användas för exempelvis virtuella återbesök till specialistsjukvård (Lövtrup 2013). Sjuksköterskor i glesbygd utför ofta mer avancerade arbetsuppgifter, något som kan innebära både ökad stress, samtidigt som det visat sig generera yrkesmässig utveckling (Hunsberger *et al.* 2009). I Sveriges nordligaste län, Norrbotten, finns idag några hälsocentraler, där sjuksköterskor bedriver jourmottagning med läkare på distans (jour på distans). Såvitt jag funnit finns inte några nationella studier presenterade, vilka beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av jour på distans. Därav bör det finnas ett behov och intresse av att beskriva även svenska glesbygdssjuksköterskors erfarenheter av att bemanna en jourmottagning, med läkare på distans.

Bakgrund

Sjuksköterskebemannad jourmottagning med läkare på distans, så kallad jour på distans, är en form som inkluderas i området telemedicin. Telemedicin definieras enligt World Health Organization [WHO] (2010, s. 8) som ett tillvägagångssätt, där hälso- och sjukvård använder sig av teknik för att på distans utföra bedömningar, utbyta information, konsultera, behandla samt utbilda eller överföra medicinska data. American Telemedicine Association (2015) beskriver telemedicin som ett sätt att via teknik, överföra medicinsk information i syfte att förbättra patientens hälsa. De framhåller även att begreppet omfattar konsultation via video, överföring av stillbilder, monitorering av vitala parametrar, utbildning samt rådgivning via telefon. Sood *et al.* (2007) framställer att telemedicin överbygger geografiska avstånd och

ökar möjlighet till jämlik vård. Enligt Groth *et al.* (2014) är det huvudsakliga syftet med telemedicin, att erbjuda vård närmare patienten samt öka möjlighet till specialistkunskap där den behövs. Ofta handlar det om att virtuellt återskapa det fysiska rummet och möjliggöra bedömningar på ett så likartat sätt som undersökningar via fysiska möten.

Enligt Field (1996, s. 2) har telemedicin initialt tagits fram för att öka tillgängligheten till vård för personer boende i områden som är svårtillgängliga rent geografiskt. Hudson och Parker (1973) beskriver hur satellittelefoni i Alaskas glesbygd, blev ett sätt för befolkningen att få kontakt med sjukvård, från platser som tidigare inte kunde nås annat än genom fysiska besök. Vidare kan beskrivas att Alaska år 2005 hade utvecklat och implementerat ett telemedicinskt nätverk som länkade samman 248 mindre och större vårdinrättningar. Systemet innebar att befolkningen kunde erhålla bedömning av sitt hälsotillstånd, med hjälp av att muntlig information kompletterades med elektroniskt överförda bilder, elektrokardiografi, provsvar och auskultationsljud (Hudson 2005).

Trots att en stor del av världens människor lever i glest befolkade områden, finns inte någon enhetlig definition av begreppet glesbygd. I exempelvis England baseras definitionen glesbygd på bosättningsstruktur, där området värderas och bedöms till att passa en av 6 olika beskrivningar som sträcker sig från mestadels glesbygd till övervägande storstad (Government of England 2016). Glesbygdsverket (2008) har tagit upp några länders definition av glesbygd och sammanfattningsvis visar de på att definitionen vanligen grundar sig på geografiska skillnader, befolkningstäthet och avstånd till större orter/ städer. I Sverige har Glesbygdsverket (2007) beskrivit glesbygd som områden med mer än 45 minuters bilresa till närmaste tätort (med mer än 3000 invånare), samt öar utan fast landförbindelse. Definitionen baserar sig således på befolkningens möjlighet att nå arbete och service. Vidare skriver Glesbygdsverket (2008) att begreppet glesbygd ofta anses vara förenat med negativa associationer som exempelvis svaga förutsättningar för näringsliv, sviktande befolkningsunderlag, svårigheter att upprätthålla god service och långa avstånd till större orter.

Att i glesbygd omhänderta patienter med akut behov av vård, kan innebära flera problem. Patientflödet är mindre och variationen på symtom är stor. De medicinska resurserna är ofta bristfälliga och personalen har vanligtvis inte samma erfarenhet av

akut omhändertagande, som vid sjukhusens akutmottagningar. Det är också svårt att rekrytera och behålla läkare i glesbygd (Williams *et al.* 2001, Bourke *et al.* 2012) vilket bland annat beror på långa arbetsdagar, bristande möjlighet till vila och kollegialt stöd samt frekvent jourarbete (Iversen *et al.* 2002). Williams *et al.* (2001) samt Galli *et al.* (2008) menar även att läkarbristen är en viktig orsak till att glesbygden utvecklat alternativa arbetsätt, vilka ofta baseras på att andra yrkesgrupper, vanligtvis läkarassistenter eller sjuksköterskor, får ett ökat ansvar för omhändertagandet av patienten. Sjuksköterskor i glesbygd ska enligt Hegney och McCarthy (2000) hantera en mängd olika situationer, samtidigt som stöd från kollegor inte alltid finns tillgänglig. Bilden delas av Svensk förening för glesbygdsmedicin (2014) som beskriver att vårdpersonal i glesbygdens primärvård behöver ha bred kompetens och beredskap för en mängd olika sjukdomar, olycksfall och symptom. Långa avstånd till sjukhus, innebär att människor söker sig till jourmottagningar i primärvård, för symptom som i städer handläggs vid akutmottagningar.

Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i glesbygd, skiljer sig från att arbeta på eller i verksamheter nära sjukhus. Endacott och Westley (2006) beskriver att glesbygdssjuksköterskor ska vara förberedda och rustade med kunskap och förmåga att ta hand om personer med ett brett spektrum av symptom och sjukdomstillstånd, allt från att omhänderta svårt och/eller akut sjuka personer till mer enklare, administrativa uppgifter. Kidd *et al.* (2012) beskriver att grundutbildade sjuksköterskor i Australiens glesbygd anser att de förmodligen utför mer avancerade uppgifter och tar ett större ansvar, jämfört med kollegor verksamma på sjukhus. Vidare beskrivs att arbetet var krävande, då de inte hade tillgång till läkare i samma utsträckning. Flertalet upplever också att de inte har tillräckligt med kunskap samt att det saknas en specialistutbildning som motsvarar deras arbetsuppgifter. I en studie av Hunsberger *et al.* (2009) framkom att sjuksköterskor i glesbygd upplever att arbetet kräver omfattande kunskaper för att möta patienternas olika behov. Ofta tvingas sjuksköterskorna utföra självständiga bedömningar och stabiliserande åtgärder i väntan på läkare, vilket kunde upplevas som mycket stressande. Kraven innebar dock även att arbetet var utvecklande och medförde ett naturligt behov av att vilja lära sig mer. Hounsgaard *et al.* (2013) beskriver att sjuksköterskor på Grönland upplever att de ofta utför mer avancerade arbetsuppgifter och att gränsen mellan

sjuksköterske- och läkaruppgifter ibland tenderar att vara oklar. Vidare beskrivs att ensamarbete förekom frekvent.

För att ytterligare förbättra omhändertagandet av patienter i gles befolkade områden finns exempel på arbetssätt där sjuksköterskor utför bedömningar av patienter med stöd av läkare på distans, via videoupptäckning i realtid. Henderson (2006) beskriver att Mississippi, en delstat med stora områden glesbygd, har implementerat ett arbetssätt där avancerade kliniska sjuksköterskor (Nurse Practitioners) bemannar mindre medicinska center och omhändertar patienter självständigt med stöd av läkare på distans. Sjuksköterskorna använder sig av ett telemedicinskt system som innebär att läkare konsulteras via videosändning i realtid. Systemet har utvärderats som kostnadseffektivt och säkert. Herrington *et al.* (2013) beskriver hur ett liknande arbetssätt prövats i Australiens glesbygd, där sjuksköterskor bemannar mindre medicinska center och erhåller konsultation med läkare på annan ort via video i realtid. Läkaren såg allt som skedde i akutrummet, kunde samtala, både med patienten och sjuksköterskan, samt manövrerade själv kameran för att vid behov ändra fokus eller zooma in. Enligt Herrington *et al.* (2013) upplevde sjuksköterskorna även att arbetssättet medförde att de kunde erbjuda vård på högre nivå med bättre resultat.

För att förbättra vården i glesbygd finns i Sverige exempel på sjuksköterskebaserade jourmottagningar, utan en fysiskt närvarande läkare. Dock har sjuksköterskornas erfarenheter av jour på distans inte beskrivits vetenskapligt, ur svensk kontext. Lövtrup (2013) exemplifierar jour på distans, i ett reportage från det glesbygdmedicinska centret vid Storumans sjukstuga. Med hjälp av att sjuksköterskor vid de mindre hälsocentralerna, har möjlighet att konsultera läkare via telefon och/eller direktsända videosamtal från akutrummet, kan en läkare ansvara över ett område lika stort som Skåne, Blekinge och Halland tillsammans. Storumans sjukstuga var också först i landet med telemedicinsk specialistkonsultation, vilket inneburit att färre patienter behöver resa till sjukhus för att erhålla kvalificerad vård och/eller uppföljning, då det finns möjlighet att kommunicera via direktsända videosamtal (Lövtrup 2013). Enligt Herrington *et al.* (2013) innebär sjuksköterskebaserade mottagningar med läkare på distans via telemedicin, minskade kostnader till följd av minskat behov av transporter. Därtill påvisar Galli *et*

al. (2008) att det också medför att befintlig personal används på ett mer effektivt sätt.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det både nationellt och internationellt finns exempel på sjuksköterskor i glesbygd som omhändertar patienter, med läkarstöd på distans, via telemedicinsk teknik. En studie av sjuksköterskors erfarenheter av att under jourtid, med stöd av läkare på distans, omhänderta patienter med olika slags akuta behov och symtom, bör ge värdefull information till det fortsatta arbetet med att utveckla och utforma nya arbetssätt i glesbygd.

STUDIEN

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i glesbygd, med jour på distans.

Kontext

Föreliggande studie är genomförd inom ramen för Region Norrbotten som ansvarar för hälso- och sjukvård i Norrbottens län i Sverige. Norrbottens län omfattar 25% av Sveriges yta där 3% av landets invånare (motsvarar 250000 invånare) bor, vilket innebär att stora områden kan identifieras som glesbygd, där människor har långt till sjukhus och övrig samhällsservice (Länsstyrelsen Norrbotten 2014). I Norrbotten finns exempel på hälsocentraler i glesbygd, vilket under kvällar, helger och nätter bedriver jourmottagning bemannad av sjuksköterskor, som vid behov av stöd i omhändertagandet kontaktar sjukhusläkare via telefon eller direktsända videosamtal. På hälsocentralerna finns även några vårdplatser och ambulanspersonal är integrerad i verksamheten när de inte är ute på uppdrag. Patientflödet efter kontorstid är i regel litet och varierar från någon till några patienter per dygn. Avståndet mellan hälsocentralerna och sjukhuset är ca 8 mil, vilket innebär en bilresa på ungefär en timme (Norrbottens läns landsting 2014). Ena hälsocentralen är belägen vid finska gränsen, vilket medför att det är vanligt med finskspråkiga patienter.

Design

Studien genomfördes som en deskriptiv kvalitativ intervjustudie (Polit & Beck 2012, s. 505), där intervjudata analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Föreliggande studie följer instruktioner för Journal of Advanced Nursing.

Urval

Urvalet av deltagare genomfördes ändamålsenligt (Polit & Beck 2012, s. 516) vilket innebar ett aktivt sökande efter personer som hade erfarenhet av att arbeta på jourmottagning med läkare på distans. Inklusionskriterierna var legitimerad sjuksköterska (med eller utan specialistutbildning) samt minst ett års erfarenhet av regelbundet arbete vid någon av hälsocentralernas jourmottagning, under tider då läkare endast finns att tillgå via telefon och/eller videouppkoppling.

Hälsocentralernas verksamhetschefer informerades initialt om studien via telefonkontakt och erhöll även ett informationsbrev där de ombads underteckna sitt medgivande till genomförande av studie vid deras verksamhet (Bilaga 1).

Verksamhetscheferna försåg mig med kontaktuppgifter till arbetstagare som matchade inklusionskriterierna och därefter kontaktades, var och en, personligen via mail och/eller telefon. Deltagarna erhöll skriftlig information (Bilaga 2) som även inkluderade signering av informerat samtycke.

Totalt 17 sjuksköterskor, från 2 olika hälsocentraler belägna i Norrbottens glesbygd, erhöll information och inbjudan till att delta i studien. Av dem valde slutligen 9 att medverka. Sjuksköterskorna hade mellan 1 och 39 års arbetslivserfarenhet samt mellan 1 och ca 30 års erfarenhet av jour på distans. Alla deltagare var kvinnor, övervägande delen hade arbetat länge som sjuksköterskor (median = 28 år) och några av dem hade någon form av specialistutbildning.

Datansamling

Insamling av data utfördes genom semistrukturerade intervjuer utifrån en förberedd intervjuguide (Bilaga 3). Frågorna var utformade med syfte att erhålla personliga erfarenheter av hur det är att arbeta som sjuksköterska på en jourmottagning med läkare på distans. Intervjumetoden innebär att deltagarna guidas till och i ämnet,

samtidigt som de uppmuntras att berätta fritt, om personliga erfarenheter (Polit & Beck 2012, s. 537). Intervjuguiden kompletterades med uppföljande frågor lämpliga att ställa i syfte att erhålla mer nyanserade beskrivningar. Kvale och Brinkmann (2009, s. 180-181) beskriver betydelsen av att intervjuaren lyssnar aktivt till det deltagaren har att berätta och kan reagera på vad som sägs och på vilket sätt det förmedlas. Följdfrågor som exempelvis ”kan du berätta mer om” eller ”kan du ge något exempel på” användes för att exempelvis klargöra något eller uppmuntra till ännu bättre beskrivningar. Varje intervju startade genom att några frågor kring informanternas bakgrund ställdes och avslutades genom att deltagarna fick frågan om de hade något ytterligare att berätta vad gäller deras erfarenheter rörande det studerade ämnet. Intervjuerna spelades in på ljudfil och skrevs därefter ned till en text där det framgick tydligt vem som sagt vad. Transkriberingen av intervjun skedde samma eller påföljande dag.

Tre intervjuer utfördes genom personliga möten och resterande via telefon.

Intervjuerna som genomfördes i ett personligt möte, utfördes i ett enskilt rum, på sjuksköterskornas arbetsplats. De övriga intervjuerna utfördes genom telefonmöten, där deltagarna hade större valfrihet vad gällde tid och plats. Intervjuerna varierade mellan 25 och 55 minuter (median= 45 minuter), oberoende av intervjuform.

Intervjuerna utfördes under februari och mars månad år 2017.

Etiska överväganden

Studien utförs inom ramen av de etiska principer som utformats av Helsingforsdeklarationen (World Medical Association) (2013). I deklarationen poängteras bland annat vikten av informerat samtycke, skyddande av deltagarnas identitet, noggrann bedömning av eventuella risker med studien samt tydliggör forskarens ansvar över tidigare nämnda delar. Föreliggande studie är ett studentarbete och kommer därav inte granskas av någon etikprövningsnämnd.

Alla deltagare informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte och genomförande samt om deras möjlighet att när som helst avbryta sin medverkan utan att behöva ange något skäl. Deltagarna valde fritt om vilka erfarenheter de ville dela med sig, vilket också innebar att de kunde undanhålla information eller neka svar på vissa frågor. Konfidentialitet upprätthölls genom att intervjutext och ljudfil

erhöll en kod istället för personlig information, samt att skriftliga medgivanden ej förvarades tillsammans med datamaterialet. Insamlat material har endast varit tillgängligt för mig som student och min handledare.

Med anledning av att det är få hälsocentraler i Norrbotten, som bedriver jour på distans, är resultatet baserat på intervjuer av ett mindre antal medarbetare vid dessa enheter. För att skydda deltagarna ytterligare har jag därför valt en mer översiktlig presentation av deras bakgrund. Känsligt material, där situationens egenart kan innebära att konfidentialitet hotas, har endast tagits med som material i analysen och har ej varit aktuellt som föremål för citat i den färdiga rapporten. I och med att arbetsgivaren förmedlat arbetssättet som mycket positivt, fanns risk att deltagare som inte delar denna syn, antingen hämmades i sina berättelser alternativt valde att inte medverka. Kvale och Brinkmann (2014, kap. 4) beskriver att de fyra osäkerhetsområdena informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll kan användas som ram när etiska frågeställningar kring studien diskuteras. Tidigare beskrivna överväganden belyser det jag som student tagit i beaktan i genomförandet av studien.

Analys

Analysen genomfördes i enighet med Graneheim och Lundman (2004). Initialt lästes de nedskrivna intervjuerna igenom flera gånger i syfte att erhålla en känsla för helheten. Därefter påbörjades extraktion av meningar som svarade mot syftet, vilka kallas för meningsbärande enheter. Meningarna kondenserades därefter till kortare texter som sammanfattade innehållets betydelse med färre ord. De kondenserade meningsenheterna fick en kod, som beskrev betydelsen av den extraherade texten med något eller några få ord. Koder av likartad betydelse fördes samman till subkategorier som svarade mot syftet. Subkategorier med liknande beskrivningar sammanfogades i kategorier. Kategorierna är fullständiga och ömsesidigt uteslutande, vilket innebär att de meningsbärande textenheterna endast ska kunna tillhöra en kategori. Exempel på analysförfarandet presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysförfarandet presenterat i meningsbärande textenhet, kondenserad text, koder, subkategorier samt kategorier.

Meningsbärande textenhet	Kondenserad text	Kod	Subkategori	Kategori
”Och den här tryggheten försvinner också, tycker jag som sjuksköterska. När du har en läkare där på andra sidan som inte känner till det här... För det är ju lite unikt på så sätt av vi jobbar mot dem, på distans”.	Tryggheten försvinner när läkare inte känner till vård på distans	Otrygghet	Okunskap om vård på distans	Osäkerhet
”Det fungerade jättebra faktiskt. Det, det blev snabba ryck direkt och videon slogs på. Så att de (läkarna) kunde se vad vi gjorde. Och då prata genom kameran och ordinerade då läkemedel som skulle ges...”.	Det fungerade bra, det blev snabba ryck direkt och videon slogs på så att läkarna kunde se och prata genom kameran och ordinerade läkemedel	Video i akuta lägen	Fungerande teknik	Stöd

Trovärdighet

Enligt Polit och Beck (2012, p. 584-585) där Lincoln och Gubas kriterier framställs, kan kvalitativa studier värderas utifrån aspekterna trovärdighet, pålitlighet, bekräftbarhet och överförbarhet. Trovärdighet är det övergripande målet med kvalitativ forskning och baseras på att forskningen är utförd på det sätt som den är beskriven. Pålitlighet belyser stabiliteten i det insamlade datamaterialet, vilket har betydelse för att kunna värdera huruvida en upprepning av studien skulle ge samma resultat. Bekräftbarhet handlar om att framställt resultat verkligen representerar deltagarnas berättelser och överförbarhet omfattar läsarens möjlighet att värdera om resultatet även kan gälla andra områden.

Något som borde öka studiens trovärdighet samt pålitlighet är att hela forskningsprocessen (urval, datainsamling och analys) har framställts tydligt och vald metod samt deltagare, matchar studiens syfte. Därtill beskrivs deltagarnas bakgrund (dock utan att riskera konfidentialitet) och analysprocessen är exemplifierad via tabell 1. Citat från deltagarna framställs fortlöpande genom hela resultatet, något som har betydelse för studiens bekräftbarhet. När det gäller överförbarhet är deltagare och kontext framställt på sådant sätt att läsaren bör kunna värdera, om resultatet kan överföras till att gälla även andra sammanhang.

RESULTAT

Utifrån dataanalysen framkom nio subkategorier och fyra kategorier (Tabell 2). Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta på hälsocentral med jour på distans visade sig handla om rollutveckling, fördelar för patienten, stöd samt osäkerhet.

Tabell 2. Subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
<i>Självstyrande och ansvarstagande</i>	Rollutveckling
<i>Bred kunskap och lång erfarenhet</i>	
<i>Stimulerande och utmanande</i>	
<i>God tillgänglighet i känd miljö</i>	Fördelar för patienten
<i>Snabbt omhändertagande</i>	Stöd
<i>Tillit från läkare</i>	
<i>Fungerande teknik</i>	Osäkerhet
<i>Okunskap om vård på distans</i>	
<i>Känsla av ensamhet och otrygghet</i>	

Rollutveckling

Att som sjuksköterska arbeta med jour på distans innebär att vara självstyrande med stort ansvar. Arbetet kräver bred kunskap och erfarenhet samt beskrivs vara stimulerande och utmanande vilket sammantaget bidragit till en utveckling av sjuksköterskans roll.

Självstyrande och ansvarstagande

Av sjuksköterskornas berättelser framkommer beskrivningar som tyder på att de har ett arbete där de är både självstyrande och ansvarstagande, något som har medfört rollutveckling. Sjuksköterskorna beskriver sig ofta vara tongivande vad gäller beslut om lämplig vårdnivå och att våga ifrågasätta läkarens bedömning samt ibland till och med motsätta sig den, framställs som en förutsättning för arbetet med jour på distans. Att se och förmedla när patientens behov anses för stora, för att vid hälsocentralen hanteras på ett säkert sätt, är beskrivningar som visar på ansvarstagande. Några sjuksköterskor är dock mer försiktiga i sina beskrivningar och menar att de alltid försökte hävda sin åsikt, men att de ändå oftast accepterade läkarens beslut. När det gäller omhändertagande vid svår, akut sjukdom, framkom att sjuksköterskorna är självstyrande, genom att de snabbt tog beslut om vidaretransport och kontaktade läkare först när tillfälle gavs.

”Eh, vissa fall upplever man väl att, den här patienten vill jag skicka men doktorn tycker att vi ska ha is i magen och ha kvar patienten hos oss...Men vi är väl en ganska stark grupp också så att, vi bara ”nä, den här kommer vi att skicka”. Och så skickar vi. Då får de säga vad de vill..men den(patienten) kommer”

Sjuksköterskorna var vana att ta beslut och ville ta beslut. Alla sjuksköterskor beskriver att de regelbundet omhändertar patienter utan kontakt med läkare, vilket tyder på självstyrning. Det handlar exempelvis om mindre sårskador, egenvårdsråd eller byte av katetrar. Vidare framkom att sjuksköterskorna saknar delegation på akutläkemedel, vilket försvårar deras möjlighet att vid akuta situationer, initiera läkemedelsbehandling utan att först ta kontakt med läkare. Sådana situationer kan påverka den självstyrande rollen negativt.

Bred kunskap och erfarenhet

Av intervjuerna framkommer att arbete med jour på distans kräver bred kunskap och lång erfarenhet, vilket också har bidragit till utveckling av sjuksköterskans roll. Att göra bra bedömningar och ha en så kallad klinisk blick samt känna sig trygg med färdigheter som att exempelvis sätta perifer venkateter, hantera läkemedel och ta prover anses viktigt. En sjuksköterska betonar egenskapen handlingskraft, som innebär att man måste veta och göra utan att någon läkare ordinerat det, något som också baseras på erfarenhet och kunskap. Även utbildning, gärna inom akutsjukvård, anses betydelsefullt för att utvecklas i arbetet. Flera av sjuksköterskorna tar upp kursen klinisk bedömning, som en utbildning väl anpassad för arbete med jour på distans.

Deltagarna framställer att jour på distans, vanligtvis inte lämpar sig särskilt väl för nyutbildade sjuksköterskor eftersom arbetet kräver både lång erfarenhet och bred kunskap. Att erhålla en klinisk blick är inget som kan läras ut, utan anses komma med arbetslivserfarenhet och därav anses det som en fördel att sjuksköterskorna redan har erfarenhet när de börjar arbeta vid hälsocentralens jourmottagning.

”jag känner att jag kan göra egna bedömningar liksom. Och jag tror det har att göra med att man har kliniken, att man har både kunskapsbas och erfarenhet..det är svårare tror jag för de som är alldeles nya”

Stimulerande och utmanande

Av intervjuerna framkommer att arbetet med jour på distans är stimulerande och utmanande, i synnerhet när det gäller den initiala bedömningen av patientens tillstånd, något som även har betydelse för yrkesrollens utveckling. Vid omhändertagande av patienten utförs en bedömning som på många sätt framställs likna läkarens och baseras på att sjuksköterskan tagit anamnes, utfört relevanta kontroller och undersökningar samt vid behov tagit fram information från tidigare vårdtillfällen. Underlaget ska vara klart inför konsultation med läkaren, vilket innebär ett gediget och utmanande förarbete som samtidigt medför känslor av att vara pålitlig och kompetent. Därtill framställer sjuksköterskorna beskrivningar av att det känns bra att klara av att utföra mer avancerade arbetsuppgifter, vilket tyder på att arbetet är både stimulerande och utmanande. Att behandla patienter så att deras

tillstånd förbättras, framställs som stimulerande.

”det stärker mig och jag tycker att det är jätteroligt, att vi också tillåts att få göra så mycket ändå”

Även om arbetet är stimulerande och utmanande, så är det ibland med dubbla känslor. En sjuksköterska beskriver det som att klampa in på läkarens område och förväntas behärska saker utan att vara utbildad för det. En annan berättade helt sonika att hon utför en del av läkarens jobb, utan att få den lön hon förtjänar och att hon kanske egentligen inte borde acceptera det.

Fördelar för patienten

Sjuksköterskorna beskriver hur vård på distans innebär fördelar för patienterna. Bland annat är vården bekant och tillgänglig och dessutom går omhändertagandet i regel snabbt.

God tillgänglighet i känd miljö

Sjuksköterskorna ger genomgående beskrivningar som påvisar att jour på distans, innebär en tillgänglig och bekant vård som är till fördel för patienten. Att sjuksköterskorna kan utföra bedömningar och vid behov behandla olika slags symtom, utan att patienten behöver åka vidare till sjukhus, beskrivs som en stor fördel. Att patienten har närhet till anhöriga och möjlighet att få prata finska, var framställningar som visar på god tillgänglighet i känd miljö. Vid de tillfällen som patienten kan återgå hem efter besöket, har de alltid möjlighet att komma tillbaka till hälsocentralen om symtomen inte gick över eller försämrades, vilket också tyder på god tillgänglighet som är till fördel för patienten.

Tillgänglighet visar sig även genom att sjuksköterskorna ger beskrivningar om att de flesta patienter och i synnerhet de äldre, upplevs nöjda om de inte behöver åka vidare till sjukhus. Transporter innebär vanligen en viss risk beroende på väglag och tid på dygnet. Även om jour på distans ökar tillgängligheten till vård, beskrivs att patienten alltid har möjlighet att åka till sjukhusets akutmottagning, om de själv önskar det.

*”patienten vinner på att dom får vara på sin hemhälsocentral.
Kanske pratar de finska och många av patienterna känner vi, när*

det är en sån liten kommun, det blir tryggare för dem”

Snabbt omhändertagande

Sjuksköterskorna i studien beskriver att omhändertagandet av patienter vid hälsocentralerna, vanligtvis går väldigt snabbt, jämfört med sjukhusens akutmottagningar, vilket borde anses som en fördel för patienten. Eftersom patientflödet mestadels är lågt påbörjas undersökningen och lämpliga åtgärder i regel så fort patienten anlant till hälsocentralen. När det gäller att omhänderta personer med infektioner av mildare art, går processen oftast snabbt och patienten kan gå hem med exempelvis antibiotikabehandling och/ eller råd om egenvård.

” Ja, jag tänker nog att snabbare hjälp, kan jag tänka mig, det blir inte samma, vi har inte samma patientflöde som akuten har på sjukhuset utan, vi kan säkert alltid göra en första bedömning snabbare”

Även om det vanligtvis går snabbt att omhänderta patienter, framställde sjuksköterskorna att något som medför längre väntetider är hög belastning på hälsocentralens avdelning samt att det ibland tar tid att få tag på läkaren. När det däremot rör sig om riktigt akuta situationer, beskriver sjuksköterskorna att de i princip alltid erhåller snabb kontakt med läkaren.

Stöd

Att arbeta som sjuksköterska med jour på distans, innebär stundtals en mycket utsatt position och det framkommer att betydelsen av att känna läkarens stöd i omhändertagandet är viktigt. Dessutom framställs värdet av att befintlig teknik fungerar, där i synnerhet video som konsultationsform framställs som ett betydelsefullt stöd. Ett bra stöd i konsultationen medför ett säkrare omhändertagande av patienten.

Tillit från läkare

I intervjuerna framkom beskrivningar som tyder på att sjuksköterskorna vanligtvis upplever att läkarna har tillit till deras bedömningar, vilket ger dem stöd i beslut om fortsatt vård samt medför ett säkrare omhändertagande av patienten. Berättelserna visar att sjuksköterskorna överlämnar slutgiltig diagnostisering till läkaren, även om

det framkommer beskrivningar som tyder på att det är vanligt att läkaren delar sjuksköterskans bedömning, något som visar på tillit. Med anledning av att många av läkarna som svarar vid sjukhuset också gjort sina primärvårdsplaceringar vid hälsocentralerna, finns en kännedom om varandra, vilket beskrivs underlätta samarbetet och öka tilliten.

”jo jag tycker att dom har ett intresse... man får en känsla, oftast i alla fall att, dom litar på det jag ser och vad jag kan förmedla om patienten och det är ju stärkande förstås och det ger ju en slags bekräftelse på att man tänker rätt”

Genomgående framkommer beskrivningar om att läkarna kan fråga sjuksköterskorna vad de tycker vore bäst för patienten eller om de anser att patienten kan återgå hem, vilket påvisar att de har tillit till sjuksköterskornas bedömningar. En sjuksköterska med lång erfarenhet, framställer dock att hon ibland känner att läkarna nästan har för stort förtroende till hennes bedömning och beskrev sig därav önska en mer konstruktiv diskussion kring exempelvis behandling.

Fungerande teknik

Av intervjuerna framkom att fungerande teknik är en förutsättning för att genomföra konsultationer med läkaren och därmed få stöd i bedömning och åtgärder, vilket sammantaget medför ett säkrare omhändertagande. Som regel kontaktas läkare via telefon, vilket i de flesta fall anses tillräckligt för en säker och effektiv konsultation. Därtill finns också möjlighet till konsultation via video, vilket framställs som ett bra tekniskt stöd när det finns något på patienten som behöver visas upp, exempelvis utslag, sårskador eller ögonbesvär. Även när det gäller livshotande tillstånd, framställer sjuksköterskorna att videotekniken fungerar bra som stöd, genom att läkaren får möjlighet att medverka i akutrummet via direktsänd videolänk. Sjuksköterskorna beskriver därtill att det inte är så lätt att med ord berätta hur något ser ut och då är det bra att det finns tillgång till fungerande teknik som stöd i omhändertagandet.

”det är ju det där när man beskriver i telefon, det är ganska svullet det här och då frågade läkaren att hur svullet, nå rätt så svullet, utan att jag ville överdriva. Och så kom jag på att men du kan ju titta via video så ser du det själv och när han tittade på handen sa

han ”ojdå, vi måste skriva en remiss till ortopederna”

Sjuksköterskorna beskriver också att videokonsultation fungerar bra, men att det används för sällan, något som bland annat kan bero på att läkaren inte kan eller vill använda sig av videoteknik. Sammantaget framställer sjuksköterskorna att befintlig teknik fungerar väl som stöd i omhändertagandet av patienten, men att video bör användas oftare som konsultationsform.

Osäkerhet

Sjuksköterskorna i studien ger beskrivningar som tyder på att okunskap hos läkare om jour på distans samt känslor av ensamhet och otrygghet medför känslor av osäkerhet.

Okunskap om jour på distans

Sjuksköterskorna framställer beskrivningar som visar på att läkare med bristfällig kunskap om jour på distans är svåra att samarbeta med, vilket leder till känslor av osäkerhet. Sjuksköterskorna berättar om osäkra situationer där ovetande läkare ordinerat prover, undersökningar eller läkemedel som inte finns tillgängliga på hälsocentralen eller begärt att patienten snabbt tittar förbi akutmottagningen för en bedömning. Några sjuksköterskor framställer att de ibland är tvungna att förklara till läkaren hur jour på distans fungerar, vilket medför att konsultationen tar längre tid, inte känns lika säker och oftast ändå slutar med att läkaren vill ha patienten skickad till sig. Även om det rör sig om patienter som sjuksköterskorna, med stöd av ordinarie läkarkår, kan omhänderta utan att behöva skicka personen vidare till sjukhus.

”och framför allt att dom man jobbar mot, läkarna, på andra sidan att dom förstår var vi finns, vad har vi för resurser, att de förstår att vi inte är två minuter, en kvart ifrån sjukhuset. Vi finns en timme bort. Att de vet vad man har för resurser så att de inte tror att vi kan ta en blodgas”

Vidare framställer deltagarna beskrivningar som tyder på att läkare som inte har kännedom om jour på distans, inte litar lika mycket på sjuksköterskornas bedömningar samt vanligtvis inte kan genomföra videokonsultationer, något som beskrivs medföra känslor av osäkerhet hos sjuksköterskan. En sjuksköterska

beskriver att det känns mycket säkrare om läkarna har vetskap om vad de kan göra på hälsocentralen, att de så att säga utgår från samma punkt, något som tyder på att motsatsen medför ökad osäkerhet.

Känsla av ensamhet och otrygghet

Av sjuksköterskornas berättelser framkommer att de i vissa situationer upplevt sig ensamma och otrygga, vilket ger en känsla av osäkerhet. Sjuksköterskorna i studien arbetar ofta ensam tillsammans med en undersköterska och därav framkommer beskrivningar av att de kan känna sig ensamma i beslutsfattandet. Något som också tyder på otrygghet och osäkerhet är beskrivningar om att sakna en sjuksköterskekollega samt att känna sig rädd för att missa något viktigt i bedömningen. Att som ensam sjuksköterska, stå inför och hantera situationer som vanligtvis sköts av läkare, beskrivs ibland innebära känslor som tyder på osäkerhet, i synnerhet när det gäller sjuka barn, drogpåverkade eller förlossningar. Om patienten vårdas kvar vid hälsocentralens avdelning, trots att sjuksköterskan signalerat till läkare om att vårdnivån är fel, beskrivs det medföra en oerhört utsatt och otrygg situation.

”men att ibland kan man ju bli avhyst av läkaren, att nej men att nej vi har fullt på sjukhuset, låt patienten vara, men ibland har de inte ens tid att lyssna på hur dålig patienten är, men avvakta, avvakta”

Några deltagare framställer även beskrivningar av att de känt sig nonchalerade av läkare, vilket exempelvis kan handla om att läkaren inte lyssnar ordentligt på det sjuksköterskan behöver förmedla eller inte tror på det hon berättar. Något som också framställs medföra känslor av otrygghet och osäkerhet.

DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i glesbygd, med jour på distans. Resultatet framställs via de 4 kategorierna: Rollutveckling, fördelar för patienten, stöd samt osäkerhet. *Rollutveckling* omfattar beskrivningar som tyder på att sjuksköterskorna är självstyrande och ansvarstagande samt att arbetet kräver kunskap och erfarenhet och dessutom är stimulerande och

utvecklande. Vidare framställs *fördelar för patienten* genom minskat behov av resor, närhet till anhöriga samt snabbt omhändertagande. Kategorin *stöd* påvisar att läkarnas tillit och fungerande teknik är viktiga stöd i sjuksköterskornas arbete. *Osäkerhet* uppstår om läkaren är bristfälligt insatt i jour på distans eller när sjuksköterskan känner sig ensam och otrygg. Resultatet i föreliggande studie är jämförbart med tidigare forskning, vilket bör stärka resultatets trovärdighet samtidigt som tidigare forskning fortfarande borde kunna värderas som aktuell. Studien identifierar också områden med förbättringspotential.

Resultatet diskuteras med stöd av Patricia Benners teori om sjuksköterskans kunskapsutveckling från novis till expert samt några av de kompetensdomäner som kännetecknar kärnan i sjuksköterskans kliniska omvårdnadsarbete. Benner (1993, s. 37-45) menar att utvecklingen av sjuksköterskans kompetens sker i fem steg från novis till expert. Stegen beskriver hur praktisk erfarenhet, tillsammans med teoretisk kunskap, stimulerar till utveckling på respektive nivå. Benner (1993) framställer att sjuksköterskan utvecklar sin förmåga från att initialt helt förlita sig på riktlinjer och rutiner till att allt eftersom erfarenhet erhålls och kompetensen utvecklas, stödja sig mot den mer intuitiva förmågan. Kompetensdomänerna är baserade på verkliga situationer och ska kunna överföras till att gälla andra händelser.

Sjuksköterskorna i föreliggande studie ger beskrivningar som tyder på att deras arbete på olika sätt medfört rollutveckling, vilket visar sig bland annat genom självstyrning och ansvarstagande. Även om sjuksköterskorna har både kortare och väldigt lång yrkeserfarenhet framkommer beskrivningar om att de vågar stå för sin bedömning. Framställningen är jämförbar med Benner (1993, s. 123) som beskriver att sjuksköterskor på de högre kompetensnivåerna har förmåga att på ett övertygande sätt framföra sin information till läkaren, samt veta när hen ska vara benhård i sin åsikt i syfte att upprätthålla god och säker vård. Blue och Fitzgerald (2002) beskriver därtill att sjuksköterskor i glesbygd oftast inte är rädda för att ifrågasätta läkarens beslut och bedömning, såvida det utförs på ett taktfullt sätt och med ett bra faktaunderlag. Vidare framställer sjuksköterskorna i föreliggande studie att de ofta utför arbetsuppgifter som traditionellt tillhör läkare, i synnerhet när det gäller den initiala bedömningen av patienten. Även Kramer (2006) och Hounsgaard *et al.* (2013) beskriver att sjuksköterskor i glesbygd ofta tilldelas arbetsuppgifter vilka vanligtvis utförs av läkare.

Av resultatet i föreliggande studie framkommer att jour på distans kräver erfarenhet och kunskap och därav inte anses lämpa sig särskilt väl för nyutexaminerade sjuksköterskor. Ett ställningstagande som också delas av Misener, *et al.* (2008) och Montour *et al.* (2009) som beskriver att det är svårt som oerfaren sjuksköterska att arbeta vid mottagningar i glesbygd där läkare bara finns att tillgå på distans. Vidare framställs att sjuksköterskor i glesbygd bör ha förmåga att kunna hantera en mängd olika situationer på egen hand samt vara flexibel och uppskatta utmaningar. Kulig *et al.* (2008) och Kenny och Duckett (2003) beskriver vidare att sjuksköterskor verksamma i glesbygd måste ha bred kunskapsbas eftersom det vanligtvis inte finns tillgång till särskilt stort kollegialt stöd. Att som novis eller avancerad nybörjare ständigt ställas inför nya situationer som förväntas bemästras självständigt är, med stöd av Benner (1993, s. 113) förmodligen inte ett optimalt sätt att utveckla yrkesrollen. För att nyutexaminerade sjuksköterskor ska bli trygga nog att hantera ett arbete i glesbygd med jour på distans, krävs med hänvisning till tidigare forskning, antagligen lång inskolning och gediget stöd från mer erfarna sjuksköterskor. Benner (1993, s. 177) beskriver dessutom att läkarens arbete kan vara förgäves om det inte finns sjuksköterskor som har tillräcklig kunskap för att övervaka och utföra behandling på rätt sätt. Således är betydelsen av sjuksköterskans kunskap och erfarenhet elementär i arbetet med jour på distans.

Av intervjuerna framkommer att jour på distans innebär fördelar för patienterna i och med att vården blir mer tillgänglig samt att omhändertagandet oftast går fort. Enligt Mueller *et al.* (2014) finns det många vinster med att patienter i glesbygd kan vårdas kvar på hemorten, bland annat närheten till anhöriga och ett minskat behov av resor. Ward *et al.* (2015) påvisar vidare att patienter i glesbygd oftast är nöjda över att erhålla vård vid den lokala hälsocentralen, även om kontakten med läkare sker via video. Mueller *et al.* (2014) framställer att små akutmottagningar i glesbygd, utrustade med videoteknik, möjliggör att vårdenheter kan bemannas av andra yrkesgrupper än läkare, som exempelvis sjuksköterskor. Sjuksköterskornas beskrivningar i föreliggande studie stöds av tidigare forskning, något som tyder på att jour på distans kan vara ett bra sätt att erbjuda vård till personer boende i glesbygd. Jour på distans kan antagligen också ha betydelse när det gäller att öka möjligheten till jämlik och kostnadseffektiv vård i enlighet med de etiska principerna för hälso- och sjukvård (Proposition 1996/97:60). Med anledning till att patientflödet vid jourmottagningar i glesbygd vanligtvis är lågt kan jour på distans anses vara ett bra

sätt att erbjuda vård sett till behov och kostnad. När det däremot gäller patienter i glesbygd med livshotande tillstånd, vilka enligt behovsprincipen tillhör till den högst prioriterade gruppen, väcks funderingar om jour på distans kan likställas med ett omhändertagande där läkare finns tillgänglig fysiskt.

Resultatet visar att sjuksköterskorna oftast upplever att läkarna ger dem stöd och har tillit till deras bedömningar samt att samarbetet underlättas om läkare och sjuksköterska har viss kännedom om varandra. Benner (1993, s. 129) påvisar betydelsen av att det vårdlag som sjuksköterskan är den del av, fungerar väl och att alla synpunkter och bedömningar tas i beaktan vid planering av vårdens utformning. För att erhålla läkarens förtroende är det enligt Blue och Fitzgerald (2002) viktigt att sjuksköterskan uppvisar goda kunskaper i kombination med erfarenhet och självförtroende. Enligt Sävenstedt *et al.* (2002) är det vid konsultation på distans, viktigt med ömsesidig tillit mellan läkare och sjuksköterskor. Matziou *et al.* (2014) påvisar att nyutbildade sjuksköterskor upplever sämre förtroende från läkarna samt att sjuksköterskor med högre utbildning och längre erfarenhet i större utsträckning upplever att deras åsikter tas väl emot av läkarna. Cant *et al.* (2011) beskriver att utbildning som stärker sjuksköterskornas kliniska kunskaper kan ge ett bättre samarbete med läkarkåren och mer självständiga sjuksköterskor. Deltagarna i föreliggande studie upplever att läkarna vanligtvis har stort förtroende till deras bedömningar. Något som med stöd av tidigare nämnd forskning kan bero på att sjuksköterskorna uppvisar goda kunskaper i kombination med erfarenhet, samt att läkarna och sjuksköterskorna ofta har viss kännedom om varandra.

I föreliggande studie framställs att läkarkonsultation via video är ett bra stöd för att sjuksköterskorna ska kunna visa upp något på patientens kropp som med ord är svårt att förklara eller för att läkaren ska kunna medverka i akutrummet vid omhändertagande av svårt sjuka patienter. Nilsen Lundvoll och Moen (2008) beskriver att videokonsultation blir mer och mer vanligt och ger stöd för ett kollegialt beslutsfattande mellan olika vårdnivåer. Johansson *et al.* (2017) menar därtill att videosamtal är ett stöd för informationsöverföring. Mueller *et al.* (2014) och Wright och Honey (2016) framställer att videokonsultation i realtid innebär en trygghet för sjuksköterskorna vid omhändertagande av svårt sjuka patienter. Således finns belägg för att tekniken har betydelse för att sjuksköterskor i glesbygd ska erhålla stöd i arbetet med jour på distans.

Även om sjuksköterskorna i föreliggande studie, vanligtvis hanterar sitt arbete väldigt väl, framställs också situationer som medför osäkerhet, vilket bland annat orsakas av att läkaren är bristfälligt informerad om jour på distans. Mills *et al.* (2010) beskriver att glesbygdssjuksköterskor, vilka konsulterar läkare på distans som inte har kännedom om sjuksköterskornas roll eller behov, oftast inte erhåller medicinsk support utan vanligtvis måste skicka patienten vidare till läkaren. Benner (1993, s. 169) påvisar att sjuksköterskor som inte får snabba eller lämpliga gensvar från läkaren eller som upptäcker att kommunikationen fungerar dåligt hamnar i en outhärdlig situation och dessutom får sin effektivitet hämmad. Vidare framställs att sjuksköterskor som meddelar att det råder en akut situation och inte får ett effektivt gensvar av läkaren, kommer lämnas med känslor av skuld och hjälplöshet. Kidd *et al.* (2012) framställer vidare att sjuksköterskor vid akutmottagningar belägna i glesbygd ofta upplever osäkerhet och rädsla över att göra fel, något som anses bero av att det inte finns tillgång till samma kollegiala stöd som vid större verksamheter.

En del av resultatet handlar på olika sätt om sjuksköterskans kontakt och samarbete med läkaren. Relationen mellan sjuksköterskor och läkare är väl studerat och 1967 myntade Dr Leonard Stein uttrycket "the doctor-nurse game" där han beskrev hur interaktioner mellan de båda yrkesgrupperna var noga hanterad så att hierarkin, där sjuksköterskan tydligt underordande sig läkaren, bevarades intakt (Stein 1967). Stein *et al.* (1990) har reviderat "the doctor-nurse game" och konstaterat att sjuksköterskorna inte lekte leken mer utan hade utvecklat en profession med oberoende uppgifter, kunskaper och ansvar. När det gäller jour på distans framkommer inga tecken på att det förekommer något hierarkiskt spel mellan läkare och sjuksköterskor. Likväl som sjuksköterskan är beroende av stödet från läkaren, är läkaren också beroende av sjuksköterskans förmåga att inhämta och förmedla information om patienten. Dessutom är patienten beroende av sjuksköterskans handlingskraft eftersom hen på sätt och vis är läkarens händer, ögon och mun.

Begränsningar

En begränsning av föreliggande studie är att resultatet baseras på erfarenheter framställda av ett mindre antal sjuksköterskor, verksamma vid två hälsocentraler, vilka bedriver jour på distans mot samma sjukhus. Således en relativt homogen grupp

deltagare, jämfört med om det även inkluderats sjuksköterskor från andra hälsocentraler, vilka arbetat mot läkare vid andra sjukhus. Endast kvinnor deltog i studien och de flesta hade lång arbetslivserfarenhet samt gedigen vana av jour på distans, vilket också kan ses som en begränsning, jämfört med om sjuksköterskorna haft en mer varierande bakgrund. Enligt Kvale och Brinkman (2014, s. 206) är kvalitén på de ursprungliga intervjuerna avgörande för analysen kvalitét. Min begränsade erfarenhet av att genomföra intervjuer, har antagligen haft betydelse när det kommer till mängd och djup av insamlat datamaterial, vilket kan påverka resultatet. Vidare är urval beskrivet på sådant sätt att deltagarnas konfidentialitet inte avslöjas, något som kan påverka överförbarheten.

Några intervjuer utfördes genom personliga möten, men övervägande del via telefonsamtal, vilket kan ses som en begränsning, även om Kvale och Brinkmann (2014, s. 218-219) betonar att det trots allt är det som sägs som är viktigast för analys av talat språk. Omfattningen av intervjuerna i föreliggande studie var relativt lika, oberoende av intervjuform.

Min egen förförståelse för ämnet har antagligen betydelse för analys och tolkning av intervjuerna, vilket kan vara både en begränsning men också en fördel under tolkningsprocessen. Eftersom jag själv arbetar på hälsocentral i glesbygd, men utan erfarenhet av jour på distans, anser jag att dock att min förförståelse inte bör ha påverkat riktningen på intervjuerna och analysen. Däremot kan min bristfälliga erfarenhet av jour på distans eventuellt medfört en begränsning när det gäller att erhålla djup i beskrivningarna.

SLUTSATS

Resultatet påvisar att jour på distans, ur sjuksköterskornas perspektiv, är ett bra sätt att tillvarata befintlig personal och teknik i syfte att tillhandahålla vård under jourtid i gles befolkade områden. Arbete med jour på distans kräver att sjuksköterskorna har god kunskap och erfarenhet och studien påvisar även betydelsen av utbildning, gärna inom klinisk bedömning. Därtill tyder tidigare forskning och föreliggande studie på att även samarbetet med läkare underlättas om sjuksköterskorna har god kompetens, vilket ytterligare stärker vikten av utbildning och fortbildning.

När det gäller jour på distans skulle forskning som mer i detalj studerar sjuksköterskornas arbete, kunna utgöra grund för exempelvis kompetensbeskrivning och/ eller utbildningspaket. Vidare tyder resultatet i föreliggande studie, med stöd av tidigare forskning, att jour på distans kan vara till fördel både för den enskilde patienten i glesbygd men även sett ur ett större samhällsekonomiskt perspektiv då arbetssättet bör medföra att befintlig personal och teknik används mer effektivt och att vården blir tillgängligare samt att transporter till sjukhus reduceras. Även om sjuksköterskorna i föreliggande studie överlag framställer jour på distans i positiv benämning, framkommer också beskrivningar av situationer och omständigheter som kan medföra osäkerhet. Åtgärder för att minska sjuksköterskornas upplevelse av osäkerhet, förutom att säkerställa god kunskap hos sjuksköterskorna, är att konsulterande läkare alltid har kunskap om jour på distans samt förstår betydelsen av att kunna ge sjuksköterskan adekvat stöd.

De sammantagna fördelarna av jour på distans, baseras förmodligen på att sjuksköterskan har god kunskap och erfarenhet samt erhåller ett bra samarbete med läkaren. Annars finns risken att jour på distans bara blir en hållplats inför vidare transport till sjukhusets akutmottagning.

Referenslista

- American Telemedicine Association (2016). *About telemedicine*.
<http://www.americantelemed.org/about/about-telemedicine> (Hämtad 2017-02-06).
- Andrews, V. (2014) Using telemedicine in clinical decision-making. *Practice Nursing* **25**(1), 42-46. doi: 10.12968/pnur.2014.25.1.42
- Benner, B. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Blue, I. & Fitzgerald, Mary. (2002) Interprofessional relations: case study of working relationships between registered nurses and general practitioners in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing* **11**, 314-321. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00591.x.
- Bourke, L., Humphreys, Wakerman, J. & Taylor, J. (2012) Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place* **18**, 496-503. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.02.009.
- Cant, R., Birks, M., Porter, J., Jacob, E. & Cooper, S. (2011) Developing advanced rural nursing practice: A whole new scope of responsibility. *Collegian* **18**, 177-182. doi:10.1016/j.colegn.2011.08.001.
- Endacott, R. & Westley, M. (2006) Managing patients at risk of deterioration in rural hospitals: A qualitative study. *Australian Journal of Rural Health* **14**, 275-279. doi: 10.1111/j.1440-1584.2006.00829.x.
- Field, M. (1996) *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications for Health Care*. National Academies Press. E-bok.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45448/pdf/Bookshelf_NBK45448.pdf
(Hämtad 2017-01-19).
- Fitzgerald, R. (2008) Rural nurse specialists: Clinical practice and the politics of care. *Medical Anthropology* **27**(3), 257-282. doi: 10.1080/01459740802222757.
- Galli, R., Keith, J., McKenzie, K., Hall, G. & Henderson, K. (2008) Tel: Emergency: A novel system for delivering emergency care to rural hospitals. *Annals of Emergency Medicine* **51**(3), 275-284. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.04.025.

Glesbygdsverket. (2007) *Fakta om Sveriges gles- och landsbygder*. Östersund: Glesbygdsverket.

<https://www.tillvaxtanalys.se/download/18.4258ed2314e1fb32612361a5/1435231067563/fickfakta-om-glesoch-landsbygder-2007-07.pdf> (Hämtad 2017-01-25).

Glesbygdsverket. (2008) *Landsbygdsdefinitioner i Sverige och andra länder*. Östersund: Glesbygdsverket.

<https://www.tillvaxtanalys.se/download/18.4258ed2314e1fb3261236197/1435231055716/landsbygdsdefinitioner-i-sverige-och-andra-lander-08.pdf>

(Hämtad 2017-01-24).

Government of England. (2016) *Defining rural areas*.

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/538957/Defining_rural_areas__Jan_2016_v2.pdf (Hämtad 2017-02-05).

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24** (2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Groth, K., Algiers, G., Arnelo, U., Eliasson, G., Larsson, J. & Molén, T. (2014)

Telemedicin leder till ökad patientnytta. *Läkartidningen* **43**.

<http://lakartidningen.se/EditorialFiles/XT/%5bC3XT%5d/C3XT.pdf> (Hämtad 2017-01-23).

Hegney, D. & McCarthy, A. (2000) Job Satisfaction and Nurses in Rural Australia *Journal of Nursing Administration* **30**, 347-350.

Henderson, K. & Miss, J. (2006). Tel Emergency: Distance Emergency Care in Rural Emergency Departments Using Nurse Practitioners. *Journal of Emergency Nursing* **32**, 388-393. doi:10.1016/j.jen.2006.05.022.

Herrington, G., Zardins, Y. & Hamilton, A. (2013) A pilot trial of emergency telemedicine regional Western Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare* **19**(7), 430-433. doi: 10.1177/1357633X13506531.

Hounsgaard, L., Jensen, A-B., Præst Wilche, J. & Dolmer, I. (2013) The nature of nursing practice in rural and remote areas of Greenland. *International Journal of Circumpolar Health* **72**. doi:10.3402/ijch.v72i0.20964.

- Hudson, H. (2005) Rural Telemedicine: Lessons from Alaska for Developing Regions. *Telemedicine and e-Health* **25**(1), 17-25. doi: 10.1111/j.1748-0361.2009.00194.x.
- Hudson, H. & Parker, E. (1973) Medical Communication in Alaska by Satellite. *New England Journal of Medicine* **289**, 1351-1356.
doi:10.1056/NEJM197312202892506.
- Hunsberger, M., Baumann, A., Blythe, J. & Crea, M. (2009) Sustaining the rural workforce: Nursing Perspectives on Workline Challenges. *The Journal of Rural Health* **25**(1), 17-25.
- Iversen, L., Farmer, J. & Hannaford, P. (2002) Workload pressures in rural generalist practice: a qualitative investigation. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* **20**, 139-144. doi: 10.1080/028134302760234573.
- Johansson, A., Lindberg, I. & Söderberg, S. (2017) Healthcare personnel's experiences using video consultations in primary healthcare in rural areas. *Primary healthcare research & development* **18**, 73-83.
- Kenny, A. & Duckett, S. (2003) Educating for rural nursing practice. *Issues and Innovations in Nursing Education* **44**(6), 613-622. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02851.x.
- Kidd, T., Kenny, A. & Meehan- Andrews, T. (2012) The experience of general in rural Australian emergency departments. *Nurse Education in Practice* **12**, 11-15. doi: 10.1016/j.nepr.2011.05.001.
- Kramer, M., Patricia, M. & Schmalenberg, C. (2006). Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *Journal of Nursing Administration* **36**(10), 479-491.
- Kulig, J., Andrews, M-E., Stewart, N., Pitblado, R., MacLeod, M., Bentham, D., D'Arcy, C., Morgan, D., Forbes, D., Remus, G. & Smith, B. (2008) How do registered nurses define rurality? *Australian Journal of Rural Health* **16**, 28-32.
doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00947.x.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Länsstyrelsen Norrbotten. (2014) *Fakta om länet Norrbotten*. Luleå Grafiska: Luleå.
<http://www.lansstyrelsen.se/norrbotten/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/om%20lansstyrelsen/fakta-om-norrbotten-2014.pdf> (Hämtad 2017-02-06).

Lövtrup, M. (2013) *Sjukstugan 3.0. Läkartidningen*. 43-44.
<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2013/10/Sjukstugan-30/> (Hämtad 2017-02-08).

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K. (2014) Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* **28**(6), 526-533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.

Mills, J., Birks, M. & Hegney, D. (2010) The status of rural nursing in Australia: 12 years on. *Collegian* **17**, 30-37. doi:10.1016/colegn.2009.09.001.

Misener, M., MacLeod, M., Banks, K., Morton, M., Vogt, C. & Bentham, D. (2008) There´s rural, and then there´s rural: Advice from nurses providing primary healthcare in Northern remote communities. *Nursing Leadership* **21**(3).

Montour, A., Baumann, A., Blythe, J. & Hunsberger, M. (2009) The changing nature of nursing work in rural and small community hospitals. *Rural and Remote Health* **9**, 1-13.

Mueller, K., Potter, A., MacKinney, C. & Ward, M. (2014) Lessons from Tele-Emergency: Improving care quality and health outcomes by expanding support for rural care systems. *Health Affairs* **33**(2), 228-234. doi:10.1377/hlthaff.2013.1016.

Nilsen Lundvoll, L. & Moen, A. (2008) Teleconsultation – collaborative work and opportunities for learning across organizational boundaries. *Journal of Telemedicine and telecare* **14**(7), 377-380. doi:<https://doi.org/10.1258/jtt.2008.007012>.

Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Jämtlands läns landsting & Landstinget Västernorrland. (2014) *Vård och omsorg i glesbygd. Norrlandsinland, världsledande i utvecklingen av framtidens vård och omsorg i glesbygd. Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara*.
<https://nll.se/publika/lg/verk/Kansli/Lst/2014/Bilagor/141030/V%c3%a5rd%20och%20omsorg%20i%20glesbygd.pdf> (Hämtad 2017-02-07).

Norrbottnens läns landsting. (2014) *Strategi för vård på distans i Norrbottens läns landsting*.

<https://nll.se/publika/lg/verk/Kansli/Lst/2014/Bilagor/140527/L%c3%a4nsstrategi%20distansv%c3%a5rd.pdf> (Hämtad 2017-02-01).

Opie, T., Dollard, M., Lenthall, S., Wakerman, J., Dunn, S., Knight, S. & MacLeod, M. (2010) Levels of occupational stress in the remote area nursing workforce. *The Australian Journal of Rural Health* **18**, 235-241. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01161.x.

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

Sood, S., Mbarika, V., Dookhy, R., Doarn, C., Prakash, N. & Merrell, R. (2007) What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine and e-Health* **13**(5), 573-590. doi:10.1089/tmj.2006.0073.

Stein, L. (1967) The Doctor- Nurse Game. *Archives of General Psychiatry* **16**(6), 699-703. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730240055009.

Stein, L., Watts, D. & Howell, T. (1990) The doctor-nurse game revisited. *The New England journal of medicine* **322**(8), 546-549.

Svensk förening för glesbygdsmedicin. (2014).

<http://www.glesbygdsmedicin.info/foreningen.htm> (Hämtad 2015-09-08).

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2014) *Så möter vi rekryteringsutmaningarna i vården och omsorgen*.

<http://skl.se/download/18.a827c16146db10f89acf057/1405502427086/skl-rekryteringsutmaningar-vardochomsorg.pdf> (Hämtad 2017-02-16).

Proposition 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GKo360 (Hämtad 2017-05-15).

Sävenstedt, S., Bucht, G., Norberg, L. & Sandman, PO. (2002) Nurse-doctor

interaction in teleconsultations between a hospital and a geriatric home. *Journal of Telemedicine and Telecare* **8**, 11-18. doi: 10.1258/1357633021937406.

Ward, M., Jaana, M. & Natafqi, N. (2015) Systemic review of telemedicine applications in emergency rooms. *International Journal of Medical Informatics* **84**, 601-616. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2015.05.009.

Williams, J., Ehrlich, P. & Prescott, J. (2001) Emergency medical care in rural America. *Annals of Emergency Medicine* **38**(3), 323-327.
doi:10.1067/mem.2001.115217.

Wright, J. & Honey, M. (2016) New Zealand nurses experience of tele-consultation within secondary and tertiary services to provide care at a distance. *Nursing Praxis in New Zealand* **32**(2), 30-38.

World Health Organisation [WHO]. (2010) *Telemedicine. Opportunities and developments in Member states*.

http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf

(Hämtad 2017-01-20).

World Medical Association [WMA]. (2013) *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*.

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (Hämtad 2017-

03-19).



Bilaga 1

Till verksamhetschef xx

Ansökan om tillstånd att få genomföra en intervjustudie bland sjuksköterskor anställda vid Er hälsocentral.

Bakgrund

I världen finns olika exempel på hur sjuksköterskor verksamma i glesbygd, självständigt omhändertar patienter med stöd av läkare på distans. Konsultationen till läkare sker vanligtvis via telefon och/ eller videoupkoppling. Arbets sättet används på ett mindre antal verksamheter i Sverige, men området är föga studerat ur sjuksköterskornas perspektiv. Resultatet kan förhoppningsvis komma både patienter och personal till gagn, genom att exempelvis ligga till grund för fortsatta forskningsstudier, anpassa/ utveckla arbetssätt eller genom att utforma utbildningar riktade till glesbygdssjuksköterskans specifika arbetssituation.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att bedriva jourmottagning i glesbygd, med stöd av läkare på distans.

Metod

Till studien söker jag efter personer som för närvarande arbetar som sjuksköterska vid Er hälsocentral och som har minst 1 års erfarenhet av att omhänderta patienter under jourtid, med stöd av läkare på distans. Intervjuerna sker på svenska och därav är det viktigt att deltagaren behärskar språket så pass bra att deras beskrivningar inte hämmas på grund av språkliga brister. Urvalet till studien är ändamålsenligt, vilket innebär att jag kommer leta efter personer som bär på de erfarenheter som jag avser att undersöka. För att samla in material till studien har jag valt att använda mig av en kvalitativ metod, där jag genomför intervjuer med deltagarna var och en för sig. Intervjuerna sker antingen genom personliga möten eller via telefon och beräknas ta mellan 30-60 min. Intervjuerna spelas in på ljudfil, för att därefter skrivas ned ordagrant till en sammanhängande text. Texterna ligger till grund för analys och resultat.

Etiska bedömningar

Deltagarna bestämmer själv vilka erfarenheter de vill dela med sig av och materialet kommer att hanteras med försiktighet i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204). Inför transkribering, analys och sammanställning kommer personuppgifter att ersättas med en kod. Endast jag som student samt min handledare, kommer ha tillgång till ljud och textmaterial. Deltagandet sker på frivillig basis och deltagaren kan närsomhelst avbryta sin medverkan utan att behöva ange någon specifik anledning.

Studien genomförs inom ramen för masterexamen och handledare tillhandahålls av Institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet.

Med vänlig hälsning

Ylva Lundholm
Student

Christine Brulin
Professor/ Handledare

Tel 0768328067
yllu0001@student.umu.se

090-7869120
christine.brulin@umu.se

Härmed ges tillstånd för att genomföra studien:

_____ den.....

Namnteckning.....



Sjuksköterskors erfarenheter av att bedriva jourmottagning i glesbygd, med stöd av läkare på distans.

Förfrågan till deltagande i en intervjustudie

Vid institutionen för omvårdnad, vid Umeå universitet, påbörjas nu ett projektarbete, som syftar till att studera sjuksköterskor i glesbygd och deras erfarenheter av att bedriva jourmottagning med stöd av läkare på distans.

Till studien söker jag Dig sjuksköterska som har minst 1 års erfarenhet av att omhänderta patienter som uppsöker jourmottagning, med stöd av läkare på distans. Sjuksköterskors erfarenheter av att omhänderta patienter vid jourmottagningar, utan tillgång till fysiskt närvarande läkare, är föga studerat och därav är det av stort intresse att beskriva Era unika erfarenheter. Resultaten kan förhoppningsvis ligga till grund för att exempelvis utforma utbildningar och kompetensbeskrivningar som är anpassade till de specifika förutsättningar Ni har i Ert arbete.

Studien kommer genomföras med hjälp av enskilda intervjuer och fokus läggs på Dina erfarenheter av att bedriva jourmottagning med stöd av läkare på distans. Intervjuerna kan ske via telefon eller personligt möte och varje intervju beräknas ta mellan 30- 60 minuter. Intervjun spelas in och skrivs därefter ordagrant ut till en löpande text som i nästa steg kommer att analyseras och slutligen sammanställas till en rapport.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och Du har rätt att avbryta deltagandet när som helst utan att behöva ange orsak. De inspelade och nedskrivna intervjuerna kommer behandlas konfidentiellt, vilket innebär att ingen annan än undertecknade kommer ta del av intervjuerna. Ljudinspelningar kommer att förvaras oåtkomliga för obehöriga och raderas efter att rapporten är klar. Alla personuppgifter hanteras enligt Personuppgiftslagen (1998:204) och ansvarig för dina personuppgifter är Umeå universitet.

Resultatet sammanställs i en rapport som kommer att bedömas för masterexamen inom ämnet omvårdnad vid Umeå universitet.

Accepterar Du att delta i intervjustudien? Jag ber att du svarar ja eller nej på avsedd plats nedan och signerar med Din namnteckning. Om Du vill delta i studien, var vänlig och fyll i kontaktuppgifter. Returnera i bifogat, frankerat kuvert. För mer information, var vänlig kontakta i första hand Ylva Lundholm.

Accepterar Du att delta i intervjustudien? Svar _____

Datum _____ Namnteckning _____

Kontaktuppgifter _____

Med vänlig Hälsning

Ylva Lundholm
Student
Tel 076-8328067

Christine Bruhlin
Professor/ Handledare
090-7869120

yllu0001@student.umu.se

christine.brulin@umu.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Bakgrundsinformation:

- Man/ kvinna?
- Vilken/vilka utbildningar har du?
- Antal år i yrket?
- Hur lång erfarenhet har du att arbeta med att omhänderta jourpatienter med stöd av läkare på distans?

Huvudfrågor

- Beskriv hur du som sjuksköterska omhändertar patienter vid er jourmottagning under kvällar, nätter och helger.
- Berätta om dina erfarenheter av att omhänderta jourpatienter med stöd av läkare på distans.
- Berätta om vilken betydelse tekniken har för att du som sjuksköterska ska kunna omhänderta patienter utan en fysiskt närvarande läkare.
- Berätta om positiva situationer som du varit med om när det gäller omhändertagande av patienter med stöd av läkare på distans?
- Beskriv eventuella vinster som finns för patienter som omhändertas av sjuksköterska, när läkarkontakt sker på distans.
- Berätta om negativa situationer som du varit med om när det gäller omhändertagande av patienter med stöd av läkare på distans?
- Beskriv eventuella risker som finns för patienter som omhändertas av sjuksköterska, när det inte finns tillgång till fysiskt närvarande läkare.
- Beskriv hur du anser att dessa risker skulle kunna minimeras, förutom att det fanns tillgång till en fysiskt närvarande läkare.
- Vilka råd skulle du vilja ge till andra enheter som planerar att införa liknande arbetssätt.

Sista frågan:

Är det något mer du vill berätta när det gäller dina erfarenheter om att arbeta på jourmottagning med stöd av läkare på distans?

Följdfrågor:

- * Hur kändes det?
- * Hur tänkte du då?
- * Berätta mer om.

- * Vad innebar det för patienten?
- * Kan du ge ett exempel?
- * Kan du ge en mer detaljerad beskrivning?
- * Hur blir det då?