JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Ge egenvårdsråd till föräldrar

-En intervjustudie om distriktssköterskors erfarenheter i telefonrådgivning

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad, examensarbete för magister, 15 hp*
FÖRFATTARE: *Martina Holst & Jenny Ankarstrand*
JÖNKÖPING 2021 januari

JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Provide self-care advice to parents

- An interview study about district nurses' experiences in telephone counselling

MAIN AREA: *Nursing Science, Thesis, One year Master, 15 credits*
AUTHORS: *Martina Holst & Jenny Ankarstrand*
JÖNKÖPING 2021 januari

Sammanfattning

Bakgrund: Av alla telefonsamtal från föräldrar till vårdcentralen får hälften av dessa egenvårdsråd till sina barn, vilket kan främja hälsa, förhindra och förebygga sjukdom. Om förmågan till egenvård sviktar hos föräldrarna har distriktssköterskorna en viktig roll i att stötta och undervisa.

Syfte: Att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral.

Metod: Studien genomfördes med kvalitativ metod med induktiv ansats. Datainsamlingen bestod av 12 semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor på vårdcentral. Materialet analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys och tre kategorier och nio subkategorier framkom.

Resultat: Tre kategorier framkom i resultatet. *Verktyg för samtalet* med underkategorierna kommunikation, undervisning, stöd och hjälpmedel. *Nyttan med egenvårdsråd* med underkategorierna stärkt föräldraroll, tillgänglig som samtalskontakt och färre vårdbesök. *Utmaningen med egenvårdsråd* med underkategorierna komplexiteten i telefon, föräldrar är olika och kulturella olikheter och språksvårigheter. Distriktssköterskorna erfor att föräldrarna fick stöttning, råd och hjälp med sin oro i telefonsamtalen. Det fanns svårigheter i telefonsamtalet som att inte kunna se barnet och stressen när samtal drog ut på tiden.

Slutsats: Distriktssköterskorna arbetade personcentrerat och stöttade föräldrarna till egenvård så att de kunde verka för god hälsa och förebygga sjukdom hos sina barn. Undervisning i egenvårdsråd stärkte föräldrarollen samt minskade deras oro.

Nyckelord: Kommunikation, Kvalitativ innehållsanalys, Orem, Telefonrådgivning, Vårdcentral

Summary

Background: Of all telephone calls to the health care centres, half come from parents' who receive self-care advice for their children, which can promote health and prevent illness in children. If the parents' ability to self-care fails, the district nurse has an important role in supporting and teaching.

Aim: To describe district nurses' experiences to provide self-care advice to parents in telephone counselling in health care centrals.

Method: The study was implemented with a qualitative method with an inductive approach. The data collection consisted of 12 semi-structured interviews with district nurses at health care centres. The material was analysed with a qualitative content analysis that resulted in three categories and nine subcategories.

Results: Three categories emerged in the result. *Tools for the conversation* with the subcategories communication, teaching, support and aids. *The benefit of self-care advice* with the subcategories strengthened parenting role, available as a conversational contact and fewer care visits. *The challenge with self-care advice* with the subcategories of the complexity of the telephone, parents are different and cultural differences and language difficulties. The district nurses experienced that the parents received support, advice and help with their concerns in the telephone conversations. There were difficulties in the phone call such as not being able to see the child and the stress when the call dragged on.

Conclusion: District nurses worked person-centered and supported parents in self-care so they could work for good health and prevent illness in their children. Teaching in self-care advice strengthened the parental role and reduced their worries.

Keywords: Communication, Community Health Centres, Orem, Telephone counselling, Qualitative Content Analysis

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Primärvården och vårdcentraler 1
Distriktssköterskors omvårdnadsarbete 1
Telefonrådgivning 2
Distriktssköterskors stöd till föräldrar 2
Egenvård 3
Problemformulering 4

Syfte 4

Metod 4

Design 4
Urval 4
Datainsamling 5
Dataanalys 5
Etiska överväganden 6

Resultat 7

Verktyg för samtalet 7
Nyttan med egenvårdsråd 8
Utmaningen med egenvårdsråd 9

Diskussion 10

Metoddiskussion 10
Resultatdiskussion 11

Slutsats 14

Kliniska implikationer 14

Referenser 15

Bilaga 1 - Informationsbrev till verksamhetschef

Bilaga 2 - Informationsbrev till deltagare

Bilaga 3 - Semistrukturerad intervjuguide

Inledning

I många länder är det fler personer än tidigare som vänder sig till primärvården för lättare åkommor (Fielding et al., 2015). I telefonrådgivning har distriktssköterskorna en viktig roll i att samla information, triagera och utföra omvårdnadsinsatser för att tillgodose omvårdnadsbehoven (Greenberg, 2009). Distriktssköterskorna har i uppgift att stödja föräldrar efter behov och förmåga för att de ska kunna utföra egenvård på sina barn (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I ungefär hälften av samtalen från föräldrar ges egenvårdsråd av distriktssköterskor. Medianåldern på barnen som föräldrarna ringer om är 3,5 år (Kaminsky et al., 2010). Många av de som ringer till telefonrådgivningen uttrycker oro i samtalen (Ernesäter et al., 2015; Ernesäter et al., 2012) och det är ofta oron som är orsaken till att föräldrar ringer vården (Kaminsky et al., 2013). Distriktssköterskornas råd har stor påverkan på de åtgärder som personer utför (Banks, 2010). Som blivande distriktssköterskor vill vi lära oss mer om och få fördjupade kunskaper kring arbetet med att ge egenvårdsråd i telefonrådgivning till föräldrar.

Bakgrund

Primärvården och vårdcentraler

I Sverige finns 21 regioner som bedriver hälso- och sjukvård (Anell, 2015; Kullander, 2020) och regionerna är huvudmän för primärvården. Primärvården är enligt hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) en verksamhet inom hälso- och sjukvård som bedriver öppenvård för alla personer oavsett ålder eller sjukdom. Arbetet inom primärvården är förebyggande, rehabiliterande och omvårdande. Behandling utgörs av medicinska åkommor och sjukdomar som ej kräver slutenvård eller annan specialistkompetens (SFS 2017:30). Det finns 1140 vårdcentraler i Sverige och av dessa bedrivs 644 i offentlig regi och 496 i privat regi (Sveriges kommuner och Regioner, 2020c). Förutom hälso- och sjukvårdslagen finns ingen fastställd beskrivning av primärvårdens uppdrag (Socialstyrelsen, 2016). Primärvården kan ses som basen i hälso- och sjukvården (Sveriges kommuner och regioner, 2020b) och kostnaden för primärvården i Sverige år 2019 uppgick till drygt 58 miljarder vilket är cirka 16 % av den totala kostnaden för regionernas verksamheter (Fransson & Holm, 2020). I södra Sverige har majoriteten av befolkningen stort eller ganska stort förtroende för vårdcentralen (Sveriges kommuner och regioner, 2020a). Det ser olika ut på landets vårdcentraler vilka professioner som arbetar på vårdcentral. Anell (2015) beskriver att på vårdcentraler jobbar distriktsläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, men också arbetsterapeuter, undersköterskor, psykoterapeuter och vårdadministratörer kan arbeta på vårdcentral. I primärvården är distriktssköterskor de som oftast har första och tätaste kontakten med de personer som söker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). En stor del av distriktssköterskornas jobb inom primärvården innefattar rådgivning i telefon (Kaminsky et al., 2020). Fortsättningsvis kommer benämningen distriktssköterskor användas för både sjuksköterskor och distriktssköterskor.

Distriktssköterskors omvårdnadsarbete

Omvårdnad är den specifika kompetens som distriktssköterskorna besitter. Omvårdnaden är ett kunskapsområde och en vetenskaplig disciplin och i det kliniska arbetet utgår omvårdnaden från en människosyn som är humanistisk (Arman et al., 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). I omvårdnadsarbetet använder sig distriktssköterskorna av sex kärnkompetenser vilka är *personcentrerad vård*, *samverkan i team*, *säker vård*, *evidensbaserad vård*, *förbättringskunskap för kvalitetsutveckling* och *informatik* (Cronenwett et al., 2007). *Informatik* innebär bland annat att vården ska vara mer tillgänglig för personer och deras närstående samt att det ska vara lätt att nå sin journal och information om sin vård digitalt vilket bidrar till att stärka personers förmåga till egenvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Distriktssköterskorna ska ha gedigna kunskaper inom omvårdnad men också inom vårdpedagogik, folkhälsovetenskap och medicinsk vetenskap. Professionen ska vara ett stöd både för unga som gamla med ohälsa utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Distriktssköterskorna ska ha kunskap om kulturella och socioekonomiska olikheter inom det territorium där distriktssköterskorna arbetar och ha god kunskap om barn och ungdomars hälsa och utveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Enligt lagen om Förenta nationernas konvention om barns rättigheter ska barnen få den hälso-och sjukvård de behöver för att må så bra som möjligt. Barnens bästa ska alltid försäkras (SFS 2018:1197). I mötet mellan distriktssköterskor, personer och deras närstående skapas förutsättningar för god samskapande omvårdnad som kan leda till ett bra

vårdresultat (Batalden et al., 2016; Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Distriktssköterskors bemötande bör vara av hög kvalitet då det påverkar upplevelsen av mötet hos personerna (Nygren Zotterman et al., 2015). Enligt ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a) har distriktssköterskor skyldighet att ge information på lämpligt och passande sätt för att personer ska kunna förstå och lära sig utav det. Genom information och undervisning ska distriktssköterskor stötta personer att ta eget ansvar för hälsa genom att stärka den enskildes resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I telefonrådgivningen kan tiden vara pressad och det gör att distriktssköterskorna kan känna sig stressade när råd ska ges (Nygren Zotterman et al., 2015; Röing et al., 2013). Samtalen kan ibland vara svåra för distriktssköterskorna i telefonrådgivningen då det kan förekomma språkförbistring eller när personer som ringer är irriterade eller arga (Nygren Zotterman et al., 2015).

Telefonrådgivning

Vårdcentraler i Sverige får mer än 3 miljoner samtal per år (Sveriges kommuner och regioner, 2020a). Av alla telefonsamtal till vårdcentralen berör mer än vart fjärde samtal barn upp till 12 år (Leppänen, 2010) och över hälften av de samtal som rings in gällande barn berör de under 5 år (Kaminsky et al., 2010). Vid behov av vård i Sverige så ringer personer till den vårdcentral de tillhör, till 1177 eller vid akut hjälp till 112 (Franzén Ekros, 2020). I telefonsamtalet får personer prata med distriktssköterskor som svarar på frågor eller hänvisar personerna vidare (Franzén Ekros, 2020; Kaminsky et al., 2020).
Samtal i telefonrådgivningen utgår från specifika processer där distriktssköterskor samlar in information från den som ringer. I första fasen ställer distriktssköterskorna frågor och styr samtalet för att göra det möjligt att identifiera problemet och dess prioriteringsgrad. Distriktssköterskorna är aktiva och lyhörda i sitt lyssnande för att uppmärksamma det som personerna kommunicerar verbalt men även underförstått, det som sägs mellan raderna. Genom det kan distriktssköterskor tolka och bedöma personers resurser och förstå situationen och den oro som personerna eventuellt har (Greenberg, 2009). Det är en stor utmaning att göra bedömning via telefon och särskilt av barn eftersom de själva inte ringer. Distriktssköterskor i telefonrådgivning anser att de går miste om information av att de inte kan se personerna. Hur personer uttrycker sig med ansiktet och kroppen berättar en del som ord inte kan beskriva i telefon (Eriksson et al., 2019). I den andra fasen identifierar distriktssköterskorna vad huvudproblemet är, kontrollerar informationen med personerna och beslutar om hur det ska åtgärdas. I sista fasen vidtas alla omvårdnadsinsatser för att möta personernas behov, till exempel ge egenvårdsråd, boka tid på vårdcentralen, hänvisa till annan vårdinstans eller förnya recept. Ett stödjande förhållningssätt som att uppmuntra, lugna eller undervisa använder sig distriktssköterskorna av under hela samtalsprocessen (Greenberg, 2009).

Det nationella Rådgivningsstödet Webb, RGS Webb, är ett symtombaserat stöd som finns att använda för distriktssköterskor i primärvården i telefonrådgivning för att lättare kunna avgöra personers behov av vård och dess brådskandegrad. Det överensstämmer med 1177.se och dess telefontjänst vilket är en fördel för att alla vårdsökande ska få likvärdiga svar. RGS Webb hjälper och leder distriktssköterskor till att bedöma personers symtom och ge pålitliga och tydliga anvisningar om behandling, läkemedel och egenvårdsråd (Friedmann, 2020). Distriktssköterskor använder stöd när det är möjligt och lämpligt och som komplement till sin egen kunskap och erfarenhet (Greenberg, 2009). Svårigheter med att använda rådgivningsstödet blir det när distriktssköterskors egna erfarenheter inte alltid stämmer överens med rådgivningsstödet (Wahlberg & Björkman, 2018). När distriktssköterskorna är osäkra på bedömningen eller om beslutet är svårt vänder de sig till sina kollegor för att få råd (Greenberg, 2009). Föräldrar ringer snabbare till telefonrådgivningen när det handlar om deras barn än om de själva är sjuka, eftersom det är svårare att tolka någon annans symtom (Kaminsky et al., 2013). Föräldrar är särskilt osäkra om det är första barnet som är sjukt och har då svårare att bedöma hur allvarligt och bråttom det är med åtgärd (Gustafsson et al., 2018).

Distriktssköterskors stöd till föräldrar

Distriktssköterskor ska alltid sätta barnens bästa i fokus när hälso-och sjukvård ges till barn och inget barn ska undantas sin rätt att få nödvändig vård (SFS 2017:30; SFS 2018:1197). Det är en mänsklig rättighet för alla, även barn, i Sverige att ha möjlighet till god hälsa och långt liv enligt propositionen En förnyad folkhälsopolitik (Proposition 2007/08:110). Som barn räknas de som är under 18 år och vårdnadshavaren har det juridiska ansvaret och huvudansvaret för barnens hälsa och utveckling tills barnen fyller 18 år (SFS 2018:1197). Vårdnadshavare blir enligt föräldrabalken (SFS 1949:381) den som föder barnen eller är gift med den som föder barnen, den som får bekräftat föräldraskap eller den som adopterar barnen. Fortsättningsvis används ordet föräldrar även för vårdnadshavare.

Distriktssköterskor ska ha kännedom om att staten har skyldighet att stötta föräldrar i barnen hälsa och utveckling (SFS 2018:1197) och alla föräldrar ska erbjudas samma möjlighet till stöd och hjälp i föräldraskapet. Regeringen ska uppmuntra regioner och kommuner att ha rätt kunskap att kunna stödja föräldrarna med det de behöver (Prop. 2007/08:110; Socialstyrelsen, 2015). Enligt En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd (Regeringskansliet, 2018) definieras föräldrastöd som *"en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk" (s. 4)*. Det egna sociala nätverket är det viktigaste stödet för föräldrarna (Folkhälsomyndigheten, 2014). Föräldrar ser det som positivt att ha vänner och familj omkring sig för att diskutera barnens sjukdomar med och oron kan då minska (Gustafsson et al., 2018). Men om inte det räcker eller finns behövs professionell rådgivning (Folkhälsomyndigheten, 2014), där distriktssköterskor kan komma in som stöd (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Oro är en orsak till att föräldrar söker stöd i telefonrådgivning. Föräldrar känner press, krav och saknar stöd i sin föräldraroll (Kaminsky et al., 2013). Media kan skrämma upp och oroa föräldrar men om distriktssköterskor informerar om fakta om sjukdomen och hur behandling ska ske lugnar det oftast föräldrarna (Gustafsson et al., 2018). Personerna som ringer känner sig utlämnade eftersom de inte klarar av problemet själva eller för att de är oroliga och rädda (Gustafsson et al., 2018; Ström et al., 2009). Om föräldrarna inte upplever att distriktssköterskorna tar problemet på allvar minskar tilliten till distriktssköterskorna och risken är att de inte ringer för rådgivning igen utan söker vård på annat sätt (Kaminsky et al., 2013). Distriktssköterskor bör verka för att ha god kommunikation med föräldrarna vilket har betydelse för att tillsammans komma fram till sätt att återställa hälsan hos barnen (Batalden et al., 2016). Föräldrar vill helst inte behöva åka iväg när barnen är sjuka och ännu mer problematiskt blir det om det geografiska avståndet är långt och det finns syskon hemma som måste tas med. Det är smidigare, enklare och mer tidssparande att kunna ringa ett samtal och genom telefonrådgivning få egenvårdsråd än att behöva åka till vårdcentralen (Kvilén Eriksson et al., 2015; Ström et al., 2009).

Egenvård

Egenvård definieras som förmågan att främja hälsa, förebygga sjukdomar, bibehålla hälsa och kunna hantera sjukdomar och funktionsnedsättningar hos personer, familjer och samhälle med eller utan hjälp från vårdpersonal (World Health Organization, 2020). Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (1985) beskriver egenvård som medvetna aktiviteter som individen själv initierar och utför för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Orem skiljer på hälsa och välbefinnande. Hälsa är ett tillstånd som karakteriseras av att den fysiska och psykiska funktionen hos personerna är hela och friska. Välbefinnande karakteriseras av personernas egna upplevelser av sitt tillstånd (Orem, 2001). Enligt Orems egenvårdsteori, The Theory of Self-Care Deficit (den generella teorin om egenvårdsbrist), kan personer ha god nytta av omvårdnad då förmågan att utföra egenvård både för egen del eller för närstående brister. Även omständigheter i miljön kan påverka egenvårdskapaciteten (Orem, 1985). Egenvårdsteorin beskriver egenvården som både ett beteende som lärts in men även som en handling som utförs medvetet (Orem, 1985; Orem, 2001).

Orem delar in egenvårdsbehoven i tre grupper där den första gruppen är att de universella egenvårdsbehoven, som är detsamma för alla personer under livet, beskrivs som processer som utförs för att upprätthålla integritet, funktion och välmående. Den andra gruppen är de utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven som är relaterade till personers utveckling och processer som sker under hela livet och behoven kan se olika ut efter var i livet personer befinner sig. Den tredje gruppen består av de egenvårdsbehov som relaterar till problem med hälsan, sviktande mänskliga funktioner och sviktande välbefinnande och effekterna som kommer av detta som diagnos och behandling (Orem, 2001). För att egenvårdsbehoven ska bli till godosedda behöver personer utföra terapeutiska egenvårdskrav som är aktiviteter personen själv utför eller får hjälp av andra att genomföra för att uppnå normala kroppsliga funktioner, hälsa, tillfredställelse och utveckling. Egenvårdskapaciteten är personers förmåga att för sig själv eller för närstående kunna tillgodose egenvårdsbehoven. Om personen ej kan utföra de egenvårdskrav som ställs blir den en obalans mellan kraven och egenvårdskapaciteten vilket innebär att förmågan till egenvård sviktar. Distriktssköterskorna kan hjälpa personer genom omvårdnadshandling, handledning, ge psykologisk eller fysisk hjälp, att skapa och upprätthålla en miljö som stödjer utveckling och att undervisa personer så att de får kunskap som leder till förmåga att utföra egenvård på egen hand (Orem, 2001).

Distriktssköterskors arbetsuppgifter har skiftat från att stötta i akuta ärenden till att ge mer egenvårdsråd (Wahlberg & Björkman, 2018). Legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal kan delegera

egenvård som en hälso-och sjukvårdsåtgärd till personer att utföra självständigt eller med insats från andra, till exempel föräldrar (Socialstyrelsen, 2013; SOSFS 2009:6). Distriktssköterskor ska kunna bedöma om personer som ringer kan utföra egenvården utan att riskera dess säkerhet. Det ska ske i dialog och samverkan med personerna och utifrån hur personernas situation ser ut (SOSFS 2009:6). Ibland gör distriktssköterskor uppföljande samtal för att se om egenvårsråden som gavs fungerade men även som extra säkerhet för att försäkra sig om att bedömningen som gjorts var korrekt (Röing et al., 2013). Barn behöver hjälp av sina föräldrar att tillgodose sina behov (Orem, 1985; Orem, 2001).

Problemformulering

Efterfrågan på vård ökar och detta gör att fler personer än tidigare ringer till vårdcentralen (Fielding et al., 2015). Många föräldrar som ringer har en oro och en osäkerhet i att själva kunna utföra egenvård för sina barn (Gustafsson et al., 2018; Ström et al., 2009). Distriktssköterskor behöver vara medvetna om sin viktiga roll i att kunna lugna och stötta allt fler föräldrar som ringer. Telefonrådgivning är en stor del i distriktssköterskors arbete där information, stöd och undervisning till föräldrar i egenvård ges för att öka deras egenvårdskapacitet. Distriktssköterskor på en vårdcentral behöver ha fördjupade kunskaper i att främja hälsa och förebygga sjukdom och att stötta med egenvårdsråd. Med den utgångspunkten väcktes intresset av att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar.

Syfte

Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral

Metod

Design

Designen på studien var kvalitativ då distriktssköterskors erfarenheter var det som undersöktes (Marshall & Rossman, 2016). Induktivt förhållningssätt användes vid innehållsanalysen av intervjuerna. Det innebar att analysen av intervjuerna gjordes förutsättningslöst (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterier i studien var yrkesverksamma distriktssköterskor på vårdcentraler i södra Sverige och distriktssköterskorna skulle ha erfarenhet av att ha jobbat med telefonrådgivning i minst två år. Exklusionskriterier var grundutbildade sjuksköterskor och andra specialistutbildade sjuksköterskor som ej var distriktssköterskor. Ändamålsenligt urval genomfördes då deltagarna skulle vara verksamma på vårdcentral och förväntades kunna ge riklig med information som kunde ligga till grund för att få syftet besvarat (Henricson & Billhult, 2017). Informationsbrev (Bilaga 1) skickades innan sommaren 2020 ut via mejl till åtta verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Sverige för att få samtycke att genomföra intervjuer med distriktssköterskor. Efter sommaren kontaktades återigen verksamhetscheferna via mejl för att få återkoppling om intresse fanns att delta i studien. Fem av åtta verksamhetschefer tackade nej till att delta i studien på grund av tidsbrist och brist på distriktssköterskor. De tre övriga tackade ja. Informationsbrev skickades ut till ytterligare tre verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Sverige. Av dessa svarade två verksamhetschefer att det fanns intresse att ingå i studien. Den tredje verksamhetschefen svarade inte, då beslutades att ej skicka påminnelsemejl då det fanns 12 distriktssköterskor som tackat ja till att ingå i studien. En del av informanterna fick mejladresser till författarna av verksamhetschefen och återkopplade via mejl. I några fall fick författarna mejladresser till frivilliga informanter av verksamhetscheferna.

Via mejl skickades sedan informationsbrev (Bilaga 2) om studien till distriktssköterskor som tackat ja till att ingå i studien. I mejlet kom information om studien att presenteras. Distriktssköterskorna fick sedan betänketid för att få möjlighet att fundera på om de ville ingå i studien. Efter det togs ny kontakt med distriktssköterskorna via mejl eller telefon och tid och plats för intervju bestämdes. I informationsbrevet beskrevs tydligt att deltagandet i studien var frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Deltagandet måste vara helt frivilligt (Kjellström, 2017; Sandman & Kjellström, 2013) och information om studien och tid att betänka deltagandet ska ges (Kjellström, 2017).

Både vårdcentral i privat och offentlig regi ingick i studien. Studien grundades på erfarenheter av 12 distriktssköterskor från fem olika vårdcentraler i södra Sverige. Alla informanterna var kvinnor. Bakgrundsdata representeras i Tabell 1. Medianålder för distriktssköterskorna var 48,4 år och medianen för antal år som distriktssköterska var 9,3 år.

Tabell 1. Demografisk data av urvalet (n=12).

Distriktssköterska	**Kön**	**Ålder**	**År som distriktssköterska med telefonrådgivning**
Nr 1	K	31–35 år	2
Nr 2	K	46–50 år	9
Nr 3	K	46–50 år	7
Nr 4	K	56–60 år	7
Nr 5	K	56–60 år	11
Nr 6	K	56–60 år	6
Nr 7	K	31–35 år	2
Nr 8	K	31–35 år	8
Nr 9	K	46–50 år	7
Nr 10	K	51–55 år	12
Nr 11	K	61–65 år	31
Nr 12	K	41–45 år	7

Datainsamling

I samband med intervjuerna gavs även muntlig information om studien och samtycke till studien bekräftades. Förtydligande gjordes även i samband med intervjuerna att studien gällde telefonrådgivning till föräldrar med barn 1–18 år och att materialet skulle avidentifieras och förvaras oåtkomligt för obehöriga. De semistrukturerade intervjuerna skedde på distriktssköterskornas arbetsplats förutom en intervju som skedde i distriktssköterskans hem. Miljön där intervjuerna ägde rum var lugn och fick deltagarna att känna sig bekväma (Danielson, 2017a; Polit & Beck, 2021). En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 3) utformades tillsammans för att frågorna skulle kunna svara på syftet. Intervjuguiden innehöll öppna frågor och förslag på följdfrågor och var ett stöd under intervjuerna. Följden på frågorna anpassades efter hur intervjun fortgick (Danielson, 2017a; Polit & Beck, 2021) vilket var bra då informanterna ibland nuddade vid någon av de andra frågorna och då blev det den frågan som fortsatte intervjun. Öppningsfrågan var ”vad är din erfarenhet av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefon”. I den frågan kunde informanterna svara fritt om deras erfarenhet av ämnet och i resterande frågor svara mer djupgående. Följdfrågor användes för att få mer beskrivande och detaljerade svar, sista frågan tillät informanterna att tillägga ytterligare information om ämnet som inte kommit fram innan. Intervjuerna skedde under september år 2020, de spelades in och skrevs sedan ut exakt efter vad som sagts, 12 intervjuer genomfördes.

Den första intervjun gjordes gemensamt och var en provintervju, resterande intervjuer delades upp lika mellan författarna och gjordes enskilt. Provintervjun gjorde det möjligt att testa inspelningsutrustning, intervjuguide och se om tiden som var beräknad för intervjun stämde (Danielson, 2017a). Den gemensamma provintervjun gjorde det möjligt för intervjuarna att komma överens om hur utförandet skulle genomföras för att kommande intervjuer skulle bli så lika som möjligt då de gjordes enskilt av intervjuarna. Det visade sig att intervjuguiden och den beräknade tiden fungerade väl under provintervjun och därför valdes den att inkluderas i studien. Intervjuer spelades in med mobiltelefon med kodlås via applikation efter godkännande av informanten.

Dataanalys

En kvalitativ manifest innehållsanalys gjordes enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av tillvägagångsättet. Intervjuerna transkriberades ordagrant av den som utfört intervjun allt eftersom de gjordes. I steg 1 av analysen lyssnades intervjuerna igenom minst två gånger för att se till att ha fått med alla ord och skiftningar i texten och därefter lästes det transkriberade materialet igenom flertalet gånger. I steg 2 avidentifierades intervjuerna genom att numreras från ett till tolv (Danielson, 2017a). I steg 3 markerades de meningsbärande enheter som svarade mot syftet i det transkriberade materialet. Efter det flyttades de meningsbärande enheterna till ett analysschema. I steg 4 kondenserades enheterna ner till det väsentliga av de meningsbärande enheterna (Graneheim och Lundman, 2004). Från

kondenserade enheter bildades koder i steg 5 som var nyckelord som sammanfattade de kondenserade enheterna.

Analysarbetet av den första intervjun gjordes gemensamt medan resterande intervjuer i dessa steg gjordes enskilt. När osäkerhet fanns i analysarbetet och för att hålla sig till det manifesta, textnära innehållet diskuterades delar av analysarbetet tillsammans (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I steg 6 fortsatte analysen gemensamt genom att koderna skrevs ner på separata post-it lappar och placerades efter det i grupper med samma betydelse. Grupper av koder med liknande innebörd sammanfördes sedan till subkategorier. Kategorier uppstod utifrån innebörden i subkategorierna. När analysen var klar framkom nio subkategorier under tre kategorier. Under analysprocessen har förförståelsen diskuterats och tagits hänsyn till. Tabell 2 visar exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet som leder fram till en kategori.

Tabell 2. Analysschema med exempel på analysprocessen utifrån Graneheim och Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	**Kondenserad enhet**	**Kod**	**Subkategori**	**Kategori**
”Men det är ju alltid det där när man inte ser barnet.”	Inte ser barnet	Ser ej	Komplexiteten i telefon	Utmaningen med egenvårdsråd
”Det är ju väldigt olika vilken erfarenhet man har, hur ung förälder är, vad de har med sig i bakgrunden, vilken stöttning de har utifrån deras föräldrar och omgivning.”	Olika erfarenhet man har, hur ung förälder är, bakgrund, stöttning de har utifrån föräldrar och omgivning.	Olika erfarenhet Ålder på förälder Olika bakgrund Olika stöttning anhöriga	Föräldrar är olika	Utmaningen med egenvårdsråd
”Andra kulturer. Just telefonen kan ju vara rätt så svårt alltså med språket. Eh. Där kan man ju både missa kanske lite information från föräldern. Och föräldern kanske har svårt att förstå vad man menar eller så ibland.”	Andra kulturer, svårt med språket, man kan missa information från föräldern och föräldern kan ha svårt att förstå vad man menar.	Andra kulturer Språksvårigheter	Kulturella olikheter och språksvårig-heter	Utmaningen med egenvårdsråd

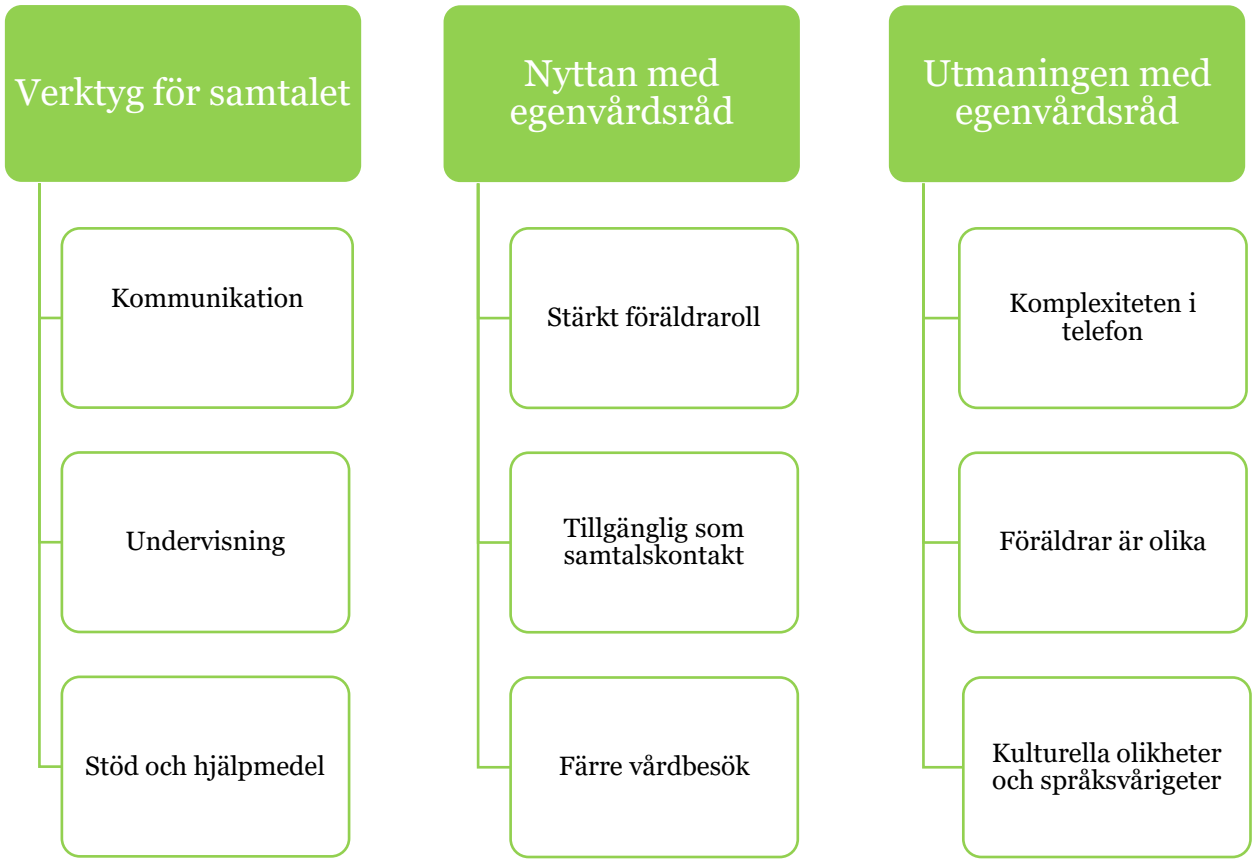
Etiska överväganden

Innan start av studien genomfördes etisk egengranskning med hjälp av blankett från forskningshuvudman, Jönköping University. Enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver inte godkännande av etisk kommitté ske för högskoleuppsats på avancerad nivå då underlag för studien inte anses utgöra någon risk för personer. Hänsyn har under arbetet med studien tagits till de etiska principerna *respekt för person*, *rättviseprincipen* och *göra-gott-principen* (Belmontrapporten, 1978). Skriftlig och muntlig information om studien gavs till deltagarna. Muntligt informerat samtycke samlades in där det tydliggjordes att det var frivilligt att medverka samt att deltagandet kunde avbrytas när som helst under studien vilket innebar att hänsyn togs till principen *respekt för person* (Belmontrapporten, 1978). Urvalet av deltagare i studien gjordes utifrån möjligheten att få syftet besvarat. Deltagarna behandlades lika under studien och på så vis kunde hänsyn till *rättviseprincipen* tas. *Göra-gott-principen* beaktades genom att nyttan med studien, erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral, var att detta kunde användas framöver för förbättringar och reflektioner inom området. Hänsyn togs till deltagarnas välbefinnande och personuppgifter skyddades (Belmontrapporten, 1978). Författarna har haft det inspelade materialet på mobiltelefon med kodlås, det transkriberade materialet har funnits på dator med lösenord alternativt inlåst på USB för att inte obehöriga ska kunna nå det. Materialet har avidentifierats, detta för att

garantera deltagarnas konfidentialitet och att deras integritet ska behållas (Kjellström, 2017; Polit & Beck, 2021). Ingen av deltagarnas personuppgifter har registrerats eller sparats då detta ej är tillåtet utan personuppgiftsregister enligt lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (SFS 2018:218). Det insamlade materialet som använts i studien kommer att förstöras när studien är examinerad.

Resultat

Resultatet av det insamlade materialet ledde under analysprocessen fram till tre kategorier: *verktyg för samtalet, nyttan med egenvårdsråd* och *utmaningen med egenvårdsråd*. Nio subkategorier framkom totalt under de tre kategorierna. Kategorier och subkategorier presenteras i Figur 1. Citat från informanterna har använts för att förstärka och förtydliga innebörden i den löpande texten.



Figur 1. Resultatet presenteras med tre kategorier och nio subkategorier.

Verktyg för samtalet

Kommunikation

I telefonsamtalet med föräldrarna var det viktigt att ta sig tid och inte stressa. Att vara lyhörd och verkligen lyssna på det föräldrarna hade att säga var också angeläget. Distriktssköterskorna poängterade att kunna fånga in det icke-verbala var viktigt för att få fullständig bild av situationen. Att tidigt i samtalet kunna skapa sig en bild av föräldrarna man pratade med var betydelsefullt för att få fortsatt bra kommunikation. I dialogen med föräldrarna försökte distriktssköterskorna använda öppna, ej ledande frågor för att bilda sig en uppfattning av allmäntillståndet hos barnen. Att skapa förutsättningar för god tvåvägskommunikation, bra kontakt med föräldrarna och att individanpassa kommunikationen var betydelsefullt för att kunna ge egenvårdsråd.

”Jag försöker lyssna in vad de har för tankar, frågor och farhågor och försöker att inte stressa igenom samtalet utan att jag kan bemöta deras frågor” (Intervju 12)

Undervisning

Distriktssköterskorna fick många gånger undervisa och lära ut egenvård till föräldrarna för att de själva skulle kunna ta hand om sina sjuka barn. Distriktssköterskorna utbildade dem också om hur information om egenvård söktes på internet. Många föräldrar hade innan de ringde vårdcentralen googlat på olika sidor på internet, det kunde ibland ses som nackdel då föräldrarna kunde bli skrämda och oroliga av det de läst. Distriktssköterskorna fick ibland hjälpa föräldrarna att sortera bland all information som de hittat på internet och hänvisade de till att använda 1177.se då det var samma stöd som distriktssköterskorna använde. Råden distriktssköterskorna gav överensstämde då med de råd som föräldrarna själva kunde läsa om på 1177.se. Ibland behövde distriktssköterskorna skicka skriftlig information till föräldrarna, detta skedde både som sms och som brev.

”Man utbildar dem i omhändertagandet om ett sjukt barn. Vi hänvisar mycket till 1177 . . . de ska läsa i första hand” (Intervju 10)

Stöd och hjälpmedel

I telefonrådgivningen användes olika verktyg för att underlätta arbetet. Distriktssköterskorna använde RGS Webb och tyckte detta var ett bra hjälpmedel. Rådgivningsstödet kunde ibland erfaras vara snävt. Distriktssköterskorna kände trygghet i sin yrkesroll och kunde därför använda den egna erfarenheten som stöd i telefonrådgivningen. När distriktssköterskorna var osäkra eller inte hade kunskap rådfrågades kollegor på vårdcentralen såsom andra distriktssköterskor eller läkare. Ibland togs även kontakt med barn och-ungdomshälsan, barnmedicin och BVC-sköterskan för att få stöttning av dem.

”. . . man ska aldrig vara rädd för att ta kontakt med andra, tycker jag, kollegor och så. Det tycker jag också man lär sig med åldern att det finns så mycket instanser man kan ta hjälp av. Att man inte bara går till sin egen kunskap . . .” (Intervju 3)

När föräldrarna hade svårt att beskriva utslag kunde distriktssköterskorna och föräldrarna titta på samma sidor på internet för att se om de kunde hitta bilder som överensstämde med utslagen. Barnens journal var också ett viktigt hjälpmedel där distriktssköterskorna kunde läsa om eventuella egenvårdsråd som getts tidigare av kollegor. Övriga stöd som användes var Rikshandboken i barnhälsovård.

Nyttan med egenvårdsråd

Stärkt föräldraroll

Föräldrarna accepterade och tog till sig de egenvårdsråd som distriktssköterskorna gav. Distriktssköterskorna erfor att många föräldrar klarade och ville vårda sina barn själva och att råden som gavs togs emot positivt och tacksamt. Den kunskap som föräldrarna hade lyftes och bekräftades av distriktssköterskorna.

”Att stärka föräldrarna själva i att dem många gånger gör rätt, men att de behöver ha någon att bolla med, få lite push att de verkligen tänker rätt och att de gör rätt” (Intervju 11)

Genom att ge egenvårdsråd erfor distriktssköterskorna att föräldrarna blev tryggare, lugnare och deras oro minskade och på så vis stärktes föräldrarollen. Med kunskap om egenvård kunde föräldrarna vårda sina sjuka barn i större utsträckning själva hemma.

Finnas som samtalskontakt

Distriktssköterskorna erfor att många föräldrar inte hade andra vuxna i sin närhet att rådfråga när barnen blev sjuka. De erfor att förr i tiden kontaktade föräldrarna i första hand sina egna föräldrar för att få råd och stöd. Föräldrar ringer numera till telefonrådgivningen för att de behöver rådfråga om barnens symtom och bolla funderingar. Distriktssköterskorna uppgav att många föräldrar behövde någon att dela sina tankar och problem med. Ibland hade föräldrarna varit i telefonkontakt med 1177 och där fått råd. Trots detta ringde de senare även till distriktssköterskorna på vårdcentralen då de var osäkra och ville dubbelkolla råden. Distriktssköterskorna beskrev att föräldrarna blev trygga av samtalet då distriktssköterskorna var lugna, tillgängliga och bekräftade deras oro. Distriktssköterskorna erfor då att föräldrarna inte kände sig ensamma och utlämnade med sina sjuka barn.

”Positivt tycker jag är att man kan överföra ett lugn och trygghet hos föräldrar som känner sig osäkra” (Intervju 6)

Distriktssköterskorna hade en stödjande funktion och fick uppmuntra och pusha föräldrarna till att utföra egenvård på sina barn. När föräldrarna bedömdes vara otrygga och osäkra eller om distriktssköterskorna var tveksamma över råden som givits kunde föräldrarna ringas upp senare samma dag av distriktssköterskorna. Genom att uppmana och uppmuntra föräldrarna att ringa åter vid behov kunde distriktssköterskorna trygga föräldrarna ytterligare.

Färre vårdbesök

Söktrycket i primärvården ansågs vara högt och det fanns inte möjlighet att boka in alla som ville komma på besök. Genom att ge egenvårdsråd i telefonen kunde de fysiska besöken på vårdcentralerna minska. Detta ansågs positivt av distriktssköterskorna då det var resurssparande och kostnadseffektivt.

”Kan man vårda sitt barn hemma själv med bra hjälp och stöd så är ju det, det bästa och det mest kostnadseffektiva också för samhället. Då utnyttjar man ju de resurserna man har på dem som kanske verkligen behöver vård. Så där är väl egenvård bra” (Intervju 9)

Då distriktssköterskorna bedömde att symtomen hos barnen var tydliga för lättare virusinfektion kunde egenvård ske i hemmet och barnen behövde inte bokas in på vårdcentralen. Det innebar även att smittspridningen minskade på vårdcentralerna då barnen inte alltid behövde komma dit.

Utmaningen med egenvårdsråd

Komplexiteten i telefon

Distriktssköterskorna erfor många gånger att det var svårt att göra bedömningar via telefonen. De uttryckte att det var en utmaning att ge egenvårdsråd på grund av att de inte såg barnen i fråga. En del föräldrar hade svårt att beskriva barnens symtom och det gjorde att distriktssköterskorna hade svårare att ta komplett anamnes.

”. . . barn är lite krångligare än vuxna just eftersom det går genom någon. Det är då som man tänker att man missar något” (Intervju 2)

En sak som ytterligare försvårade för distriktssköterskorna var när föräldrar ringde och ville ha råd och barnen inte var hemma. Det hände att förskolan eller skolan ringde då barnen insjuknat och behövde hämtas, föräldrar kunde då ringa till vårdcentralen innan de ens hämtat sina barn. Föräldrarna kunde då inte svara på frågor distriktssköterskorna hade om barnens mående. Distriktssköterskorna uppgav att barn som skrek var speciellt svåra att bedöma om egenvårdsråd skulle ges eller ej. En del föräldrar ansågs över- eller underdriva barnens symtom vilket gjorde att egenvårdsråden blev svårare att ge och ibland felaktiga. Ibland blev det långa samtal i telefonen och det blev stressande för distriktssköterskorna då tiden för varje samtal var begränsad och väntande samtal kom att bli försenade.

Föräldrar är olika

Småbarnsföräldrar, särskilt förstagångsföräldrar, var de föräldrar som ringde oftast. De hade inte tillräckligt med kunskap och behövde vägledning i egenvården. Det var viktigt att distriktssköterskorna mötte föräldrarna där de befann sig kunskapsmässigt. Föräldrarna hade olika erfarenhet, ålder och bakgrund och hade varierande stöttning av anhöriga.

”Det är ju väldigt olika vilken erfarenhet man har, hur ung föräldern är, vad de har med sig i bakgrunden, vilken stöttning de har utifrån deras föräldrar och omgivning” (Intervju 12)

Många föräldrar ringde direkt när barnen insjuknade, det trodde distriktssköterskorna berodde på osäkerhet hos föräldrarna. Föräldrar som sökte för sina sjuka barn var ofta oroliga och ansågs vara otrygga och rädda. Rädslan kunde även göra att det var svårare att tillgodose den informationen som distriktssköterskorna gav. Ibland mötte distriktssköterskorna föräldrar i telefonen som var väldigt stressade, de hade inte tid att vara hemma och vårda sjuka barn utan önskade få hjälp och bot snabbt. En del föräldrar blev frustrerade, påstridiga eller forcerade i telefonen vilket försvårade egenvårdsrådgivningen. Detta kunde leda till att distriktssköterskorna kände frustration och tappade fokus på det som var väsentligt i samtalet. Många gånger handlade det om att föräldrarna ville komma på fysiskt besök och visa upp sina barn och en del önskade att få träffa läkare. De var missnöjda med de

råd distriktssköterskorna gav och ville inte utföra egenvård på sina barn. För distriktssköterskorna var det en utmaning att få dessa föräldrar att avvakta hemma och vårda sina barn själva.

Kulturella olikheter och språksvårigheter

Distriktssköterskorna uppgav att det numera var vanligt att föräldrar med främmande språk ringde i telefonrådgivningen. I telefonen blev det extra svårt att föra ett samtal om det fanns språkförbistring hos föräldrarna. Möta föräldrar från andra kulturer var ibland svårt då vården i andra länder kan vara utformad på annat vis och detta kunde leda till kulturkrock under samtalet. Särskilt svårt var det att bemöta nyanlända föräldrar då de ofta inte var insatta i det svenska systemet. Distriktssköterskorna erfor det svårt att få beskrivande information från föräldrarna samt veta om de hade tagit emot och förstått råden korrekt.

”Språkförbistringar kan vara jättesvårt. Vi ställer krav att de ska ringa och så kan de kanske inte språket jättebra, det blir fel och det är väldigt svårt att förstå vad det handlar om” (Intervju 5)

Diskussion

Metoddiskussion

För att säkra trovärdigheten och bedöma kvaliteten av studien användes begreppen bekräftelsebarhet, pålitlighet och överförbarhet (Lincoln & Guba, 1985). Kvalitativ design med induktiv ansats valdes för att få svar på syftet som var erfarenheterna distriktssköterskorna hade av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral. Kvalitativ metod var ett lämpligt val då det gav ett rikligt, holistiskt och deskriptivt material till studien. På grund av att det som studerades var erfarenheter fungerade det inte att genomföra studien med kvantitativ metod (Polit & Beck, 2021). Induktiv ansats användes då syftet var att göra en förutsättningslös analys av det insamlade materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Valet att inte ha deduktiv ansats, som utgår från teoretisk ram eller modell, utan låta distriktssköterskors erfarenheter ligga till grund för resultatet stärkte studiens trovärdighet. Fokusgrupper hade varit ett alternativ till enskilda intervjuer. Valet att göra enskilda intervjuer gjordes då det ansågs svårt att samla flera distriktssköterskor från samma vårdcentral vid ett och samma tillfälle.

Ett ändamålsenligt urval gjordes och genom att distriktssköterskor som hade arbetat i minst två år med telefonrådgivning valdes ut kunde betydande information fås som svarade på syftet (Henricson & Billhult, 2017). Det sågs som en styrka att distriktssköterskorna hade arbetat i minst två år och det fanns variation i både ålder och erfarenhet bland distriktssköterskorna som gjorde att materialet som samlades in blev mer innehållsrikt. Inga män deltog i studien vilket kan ses som en begränsning, men då kvinnor är överrepresenterade i yrket som distriktssköterska anses detta inte ha berört resultatets överförbarhet till liknande kontexter (Lincoln & Guba, 1985). Vårdcentraler valdes då det är dit föräldrar ofta hänvisas då barnen är sjuka. Några svagheter var att de privata vårdcentralerna var underrepresenterade i studien och att vårdcentralerna låg på ett mindre geografiskt område. En styrka var att informationsbrevet till verksamhetschefer för samtycke skickades ut i god tid för att möjliggöra betänketid och kunna ta beslut om deltagande eller ej (Sandman & Kjellström, 2013). En annan styrka var att informationsbrevet till verksamhetschefer skickades ut i omgångar för att slippa neka deltagare som tackat ja. Det totala antalet deltagare i studien blev 12 vilket ansågs tillräckligt då inga nya erfarenheter framkom i de sista intervjuerna.

Inför datainsamlingen förde författarna diskussion om att eventuellt erbjuda telefonintervjuer istället för platsintervju med tanke på den pågående Covid-19 pandemin. Men då inga informanter uttryckte att det var problem att träffas på plats genomfördes inga telefonintervjuer. Då författarna kunde se distriktsköterskorna de intervjuade fick de ta del av minspel och gester vilket ökade förståelsen för de erfarenheter som framkom vid intervjun (Danielson, 2017a). Distriktssköterskorna fick själva bestämma var intervjun skulle äga rum för att de skulle känna sig bekväma under intervjun. En styrka var att provintervjun genomfördes gemensamt vilket ledde till att övriga intervjuer förhoppningsvis utfördes likvärdigt vilket ökade studiens pålitlighet (Lincoln & Guba, 1985). Fortsättningsvis gjordes intervjuerna enskilt då det kunde distrahera distriktssköterskorna om det var två som intervjuade samt att det var mer tidssparande för författarna (Danielson, 2017a). Intervjuerna spelades in på mobiltelefon och på så vis säkerställdes materialet som samlades in då inget gick förlorat och författarna kunde under intervjuerna ägna sig åt att lyssna istället för att anteckna vilket ökade pålitligheten (Polit & Beck, 2021).

Om intervjuarna hade haft större erfarenhet av att intervjua hade troligtvis resultatets pålitlighet varit större, men rik variation av 12 distriktssköterskors erfarenheter har presenterats i resultatet.

För att stärka bekräftelsebarheten redovisades hela analysprocessen noggrant. Transkriberingen skedde ordagrant för att inga egna tolkningar skulle göras utan för att materialet skulle bli exakt. Graneheim och Lundmans (2004) modell för innehållsanalys har presenterats stegvis för att förtydliga tillvägagångssättet. Den passade bra för studiens kvalitativa syfte då analysen utgick från de insamlade erfarenheterna som erhölls vid datainsamlingen (Priebe & Landström, 2017).
Analysprocessen var tidskrävande och en mindre del av den gjordes enskilt. Då den största delen av analysen gjordes gemensamt ökade det resultatets pålitlighet (Polit & Beck, 2021). Under analysarbetet söktes likheter och olikheter för att finna mönster i koder så att dessa kunde grupperas i subkategorier. Arbetet med att hitta subkategorier och kategorier var en process som tog tid då det var mycket reflekterande mellan författarna. Detta för att förstå och hålla fast vid materialet som svarade på syftet. Analys av kvalitativa data är en process som går fram och tillbaka (Polit & Beck, 2021). Den ena av författarna har erfarenhet av att jobba med telefonrådgivning och den andra författaren har erfarenhet av föräldrar i arbetet inom barnhälsovården. För att stärka pålitligheten har författarna diskuterat och beskrivit sin förförståelse. Genom att eftersträva objektivitet och inte göra egna tolkningar under analysprocessen har hänsyn till bekräftelsebarheten tagits men det har inte helt gått att utesluta att förförståelsen kan ha påverkat resultatet (Lincoln & Guba, 1985; Polit & Beck, 2021). Diskussion har förts med handledare och kursdeltagare för att få stöd och kritik så att författarna har kunnat fördjupa sig och reflektera över arbetet under dess process, vilket har stärkt trovärdigheten och bekräftelsebarheten (Lincoln & Guba, 1985). Citat från olika deltagare användes i resultatet för att styrka och förtydliga det som sagts vilket också stärkte trovärdigheten (Danielson, 2017b). Dock kan det ses som en svaghet att intervju 1, 4, 7 och 8 ej representerades med citat i resultatet. Författarna valde att ta med de citat som var mest beskrivande och tydligast för att öka förståelsen för texten. Överförbarheten till andra grupper ansågs god genom att analysprocessen var tydligt beskriven i steg samt visades i tabell. Dessutom blev pålitligheten, trovärdigheten och bekräftelsebarheten styrkt vilket gjorde att överförbarheten kunde tryggas (Lincoln & Guba, 1985).
En etisk egengranskning gjordes med Jönköpings Universitys blankett innan studien påbörjades där de etiska kraven togs i beaktande. Hänsyn togs även till de etiska principerna från Belmontrapporten (1978) genom att ge deltagarna skriftlig och muntlig information om studien och inhämtande av samtycke. Materialet har under arbetet med studien förvarats oåtkomligt för obehöriga och endast författarna har haft tillgång till materialet. Mobiltelefoner och datorer med material har haft kodlås därför att det annars hade funnits risk att det hade kommit i orätta händer, men materialet förvarades med aktsamhet. För att bevara konfidentialitet var allt material avidentifierat och inga listor fanns på deltagarna. Det innebar att deltagandet i studien inte innebar några risker för deltagarna vilket också får ses som en styrka med studien.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskornas erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentralen var att det var bra att ha verktyg för samtalet, de såg nyttan med egenvårdsråden och det fanns utmaningar. Huvudfynd som lyfts från resultatet och som kommer att diskuteras är distriktssköterskornas *kommunikation* och *undervisning* med föräldrarna, hens *stöd och hjälpmedel för samtalet*, hur distriktssköterskorna kan *stärka föräldrarollen*, vikten av att *vara tillgänglig som samtalskontakt* samt *komplexiteten i telefonen*.

Distriktssköterskornas erfarenheter av *kommunikation* var att låta samtalet ta tid och inte stressa föräldrarna. Att höra allt, även det som sades mellan raderna, var betydelsefullt för att få förståelse för situationen. Kaminsky et al. (2009) och Ström et al. (2006) lyfte också vikten av att lyssna noga på det föräldrarna sade, kunna höra det som var outtalat och att de gav tid till att låta föräldrarna prata. I Snooks et al. (2008) studie betonade distriktssköterskorna värdet av att bygga upp förtroende och bra relation med den som ringde. Resultatet visade hur distriktssköterskorna försökte använda sig utav öppna frågor i samtalet med föräldrarna vilket Ernesäter et al. (2012) också vidmakthöll att distriktssköterskorna då fick mer innehållsrik bild av barnens symtom. Egenvårdsrådgivning underlättades då utförligare anamnes kunde fås av föräldrarna. Om distriktssköterskorna ställde för få frågor eller inte lyssnade tillräckligt noga kunde det innebära risk för barnen, kommunikationsfel var den vanligaste orsaken till felbehandling i telefonrådgivning (Ernesäter et al., 2012). Det här visade att utbildning i kommunikation för distriktssköterskor kunde behövas (Snooks et al., 2008). Distriktssköterskorna bör verka för att ha god kommunikation med föräldrarna vilket har betydelse för att tillsammans komma fram till sätt att återställa hälsan hos barnen.

I resultatet beskrev distriktssköterskorna att de fick *undervisa* föräldrarna under telefonsamtalet. De uppgav att många föräldrar sökte information på internet på egen hand. Dock fanns det mycket information att få och det kunde vara svårt för föräldrarna att sålla bort det som inte var relevant och tillförlitligt. I samtalet behövde distriktssköterskorna många gånger bistå föräldrarna med hur information söktes. Detta beskrevs även i en studie av Kaminsky et al. (2009) att distriktssköterskor behövde undervisa föräldrarna vilka sidor på internet de skulle använda så att de själva kunde lära sig hitta informationen. Distriktssköterskorna hade en pedagogisk roll i samtalet med föräldrarna och många gånger var det en utmaning då den som ringde inte hade erfarenhet eller tillräckligt med kunskap (Holmström et al., 2017). Orem (2001) lyfte hur distriktssköterskorna skulle ha kunskap om föräldrarnas erfarenhet, vanor och livssituation. Detta för att kunna utgå från deras perspektiv och på så vis kunna anpassa undervisningen om egenvård efter detta. Genom undervisning kunde distriktssköterskorna få föräldrar att använda ny kunskap om egenvård (Orem, 2001). Distriktssköterskorna hade en viktig roll i att utbilda föräldrar i egenvård för att öka deras kunskap så att de kan vårda sina barn själva.
Distriktssköterskorna beskrev hur de som *stöd för samtalet* använde RGS Webb i sitt arbete med egenvårdsrådgivning och enligt Holmström et al. (2019) var rådgivningsstödet till god hjälp för att ge egenvårdsråd. I resultatet uttryckte distriktssköterskorna att detta var ett bra redskap men att det ibland uppfattades begränsat. I en studie (Kaminsky et al., 2020) beskrevs det att inte alla distriktssköterskor använde det eller att de använde det sporadiskt. Rådgivningsstödet ansågs inte alltid vara holistiskt och det gjorde att distriktssköterskorna fick ta beslut från sin egen kunskap och erfarenhet (Holmström et al., 2019). Även resultatet visade på att distriktssköterskor som kände sig trygga i sin yrkesroll många gånger använde sin egen erfarenhet som verktyg i telefonsamtalet. Röing el al. (2013) skildrade hur distriktssköterskorna först och främst förlitade sig på den egna erfarenheten trots tillgång till rådgivningsstödet. Distriktssköterskor behövde ha självinsikt om den egna kompetensen i arbetet och genom att vara självkritiska och reflekterande kunde distriktssköterskorna besluta om de behövde använda rådgivningsstödet eller kunde förlita sig på sin erfarenhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Cronenwett et al. (2007) lyfte säkerheten i vården och att distriktssköterskorna måste värdera den egna yrkesrollen för att förhindra felaktigheter. Faran med att distriktssköterskor inte använde det evidensbaserade stödet, RGS Webb, utan förlitade sig på den egna kompetensen kunde göra att föräldrar inte fick likvärdig vård. Målet med hälso- och sjukvården är jämlik vård för alla i Sverige (SFS 2017:30).

Resultatet beskrev hur distriktssköterskorna ibland behövde rådgöra med kollegor på vårdcentralen eller med andra professioner på andra instanser då de var tveksamma på egenvårdsråden som skulle ges vilket också styrktes i studier av Greenberg (2009) och Gustafsson et al. (2020). I ICN:s etiska kod beskrevs det hur distriktssköterskor i relation till kollegor skulle vara samarbetsvilliga och stötta varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Även Cronenwett et al. (2007) beskrev hur hjälp kunde tas av andra kollegor vid behov av stöd. Distriktssköterskorna uppgav att de använde journalen som hjälpmedel i telefonsamtalet. Med hjälp av journalen underlättades interaktionen med föräldrarna då distriktssköterskorna kunde följa tidigare journalanteckningar (Yliluoma & Palonen, 2019). Enligt patientendatalagen hade distriktssköterskor skyldighet att dokumentera i journalen och uttrycka sig på lättläst språk eftersom journalen också var källa till information för föräldrarna där egenvårdsråden kunde läsas (SFS 2008:355). Distriktssköterskor bör använda de stöd och hjälpmedel som finns för att trygga vården för föräldrar och deras barn.
Distriktssköterskorna beskrev också hur föräldrarna blev mindre oroliga och *stärkta i sin föräldraroll* när de fick egenvårdsråd. Distriktssköterskorna hade en viktig roll i att ge egenvårdsråd som motiverade och stärkte föräldrarnas förmåga att själva utföra egenvård på sina barn (Gustafsson et al., 2016; Holmström et al., 2019). Orem (2001) lyfte fram stöd som hjälpmetod när föräldrar hamnade i situationer som de inte kunde bemästra eller inte hade intresse att ta sig an. Distriktssköterskorna kunde då motivera och stödja föräldrarna till att utföra egenvård för att kunde vårda sina barn hemma i större omfattning när dom fått mer kunskap om egenvård. Vidare beskrev Gustafsson et al. (2020) att föräldrar ville utföra egenvård och bli mer självständiga. Distriktssköterskorna lyfte fram och verifierade den kunskap som föräldrarna besatt. Kaminsky et al. (2009) skildrade hur distriktssköterskorna stärkte föräldrarnas självförtroende genom att redan utförda egenvårdsåtgärder berömdes. Distriktssköterskorna bör lyfta föräldrarna så att de har möjlighet att växa i sin föräldraroll och känna sig trygga med att vårda sina barn.

I resultatet framkom också vikten av att vara *tillgänglig som samtalskontakt* eftersom många föräldrar inte hade någon nära anhörig att söka råd och stöd hos när barnen blev sjuka och då ringde de till vårdcentralerna för hjälp. Samtalet med distriktssköterskorna kunde av föräldrar ibland uppfattas som att samtalet var med en nära anhörig vilket kändes genuint (Gustafsson et al., 2018). Resultatet visade även att distriktssköterskorna erfor att en del föräldrar var osäkra och otrygga när egenvårdsråden gavs

och att föräldrar tryggades genom att distriktssköterskorna var tillgängliga som samtalskontakt. För att trygga föräldrarna ytterligare kunde det bestämmas under samtalet att distriktssköterskorna kunde ringa tillbaka samma dag för att följa upp hur det gått med de råd som givits. Detta stärktes även av Sandelius & Wahlberg (2019) som i sin studie beskrev hur distriktssköterskorna genom uppföljande telefonsamtal på effektivt vis kunde trygga föräldrar som var hemma med sina sjuka barn. Kaminsky et al. (2009) belyste vikten av att ha fortsatt kontakt tills problemet var löst, föräldrarna kunde på så vis stöttas av distriktssköterskorna som fanns tillgängliga på telefon. Orem (2001) betonade värdet av en god relation till föräldrarna för att kunna ge god omvårdnad. Föräldrar som vårdade sina barn hemma kunde befinna sig i en stressande situation, distriktssköterskorna behövde uppmärksamma detta för att stötta även föräldrarna till god hälsa och välmående. I den personcentrerande omvårdnaden ska distriktssköterskorna visa medkänsla, vara lyhörda och visa respekt för föräldrarna (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). När föräldrars egenvårdskapacitet ej räckte till behövde distriktssköterskorna använda sin kompetens i omvårdnad för att stötta föräldrarna till att utföra egenvård (Orem, 2001).

Distriktssköterskorna kunde vara tveksamma om de råd de givit var rätt och därför gjorde de ibland uppföljande telefonsamtal. Sandelius och Wahlberg (2019) beskrev hur distriktssköterskorna gjorde uppföljande samtal med föräldrarna om de var osäkra på de egenvårdsråd de gett. I resultatet framkom det att distriktssköterskorna erfor att föräldrar blev trygga då de blev bemötta med lugn och fick prata med någon och fick sin oro bekräftad. De uppgav även att föräldrarna då inte kände att de var ensamma i vårdandet av sina barn. Gustafsson et al. (2020) skildrade hur föräldrar blev lugna när dom hade någon att konsultera och rådfråga. Distriktssköterskor behöver ta god tid på sig i samtalet så att föräldrarna känner sig hörda och lyssnade på.

Resultatet beskriver *komplexiteten i telefonen* och distriktssköterskorna skildrar hur svårt det var att göra bedömningar då de inte såg barnen. Det blev en ännu större utmaning om föräldrarna hade svårigheter att ge tydlig beskrivning av orsaken till telefonsamtalet. Kaminsky et al. (2020) och Snooks et al. (2008) beskrev hur distriktssköterskorna erfor det svårt att bara kunna använda sig av den verbala information då man i telefonen inte kunde se den som ringde in och reaktioner och kroppsspråk kunde då missas av distriktssköterskorna. Med erfarenhet av kliniskt arbete kunde distriktssköterskorna skapa en bild framför sig av situationen under telefonsamtalet (Yliluoma & Palonen, 2019). Distriktssköterskornas beskrev hur de var oroliga över att föräldrarna inte hade förmåga att ge adekvat beskrivning av symtomen och att det därför skulle kunna bli felaktig anamnes. Enligt Sandelius & Wahlberg (2019) var distriktssköterskorna tvungna att i samtalet göra bedömning om föräldrarna hade förmåga att utföra egenvård på sina barn. Annan svårighet för distriktssköterskorna var när föräldrar förminskade eller förstorade barnens symtom då detta innebar att egenvårdsråden inte blev rätt. Detta bekräftades av Kaminsky et al. (2020) som beskrev hur en del föräldrar överdrev barnens symtom för att få läkarbesök medan andra underskattade allvarliga symtom. För att kunna göra rätt bedömning var distriktssköterskorna tvungna att kunna ha förmåga att förstå när föräldrarna överskattade eller underskattade symtomen (Yliluoma & Palonen, 2019). Samskapande omvårdnad var tidskrävande och fordrade att det fanns engagemang hos både distriktssköterskor och föräldrar (Batalden et al., 2016). Distriktssköterskorna kunde bli stressade av långa samtal i telefonen då samtalslistan i telefonrådgivningen växte. Detta kunde göra att distriktssköterskorna kände sig otillräckliga och behövde hålla samtalen korta för att hinna med alla (Eriksson et al., 2019; Yliluoma & Palonen, 2019). Röing et al. (2013) beskrev hur kraven från regionerna på att hålla samtalen så korta som möjligt gjorde att det var nästintill omöjligt att hinna med att utbilda föräldrar i egenvård. Ändå var vårdcentralerna den instans där flest egenvårdråd gavs samt att compliance för råden som gavs var hög (Gustafsson et al., 2015). Telefonrådgivning kräver att distriktssköterskorna har god erfarenhet av att kunna lyssna in det som inte sägs eller inte kan ses.

Hälso- och sjukvården behöver vara lättillgänglig för föräldrar och telefonrådgivningen på vårdcentralerna fyller en viktig funktion i detta. Under arbetet med studien var det svårt att hitta vetenskapliga studier som svarade mot syftet. Därför behövs ytterligare kvalitativa studier inom området att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning genomföras. Vidare forskning behövs ur föräldrars perspektiv av att få egenvårdsråd i telefon. Även forskning ur genusperspektiv vore intressant för att se vad det finns för likheter eller olikheter beroende på om det är pappor eller mammor som ringer vården om sina barn. Detta skulle kunna studeras genom kvantitativ metod med exempelvis enkäter.

Slutsats

Med denna studie ville författarna undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar via telefonrådgivning. Telefonrådgivningen var ett enkelt sätt för föräldrar att få egenvårdsråd och hjälp samtidigt som det var kostnadseffektivt för samhället då färre vårdbesök krävdes. I detta arbete hade distriktssköterskorna en central roll. Distriktssköterskorna arbetade personcentrerat och på så vis blev vården individanpassad för föräldrar och deras barn. Föräldrar behövde stöttning så att de kunde verka för god hälsa och förebygga sjukdom hos sina barn. Distriktssköterskor såg nyttan med egenvårdsråden och att de bidrog till att minska oron och trygga föräldrarna och på så vis kunde föräldrarollen stärkas. Distriktssköterskorna behövde undervisa föräldrarna och lyfta deras befintliga kunskap samt ha färdigheter i samtalsteknik. Distriktssköterskor hade i sitt arbete god hjälp av RGS Webb, kollegor och den egna kunskapen.
Studien har ökat förståelsen för distriktssköterskornas komplexa arbete med att ge egenvårdsråd i telefonen och det fanns utmaningar med detta så som svårigheter att inte kunna se barnen, bara förlita sig på det föräldrar förmedlade samt tidspress att hålla samtalen korta.

Kliniska implikationer

Studien kan ligga till grund för reflektioner och ökad kunskap i det kliniska arbetet för distriktssköterskor och andra professioner som i sitt arbete samtalar med föräldrar i telefonrådgivning. Verksamheterna bör ge distriktssköterskor möjlighet till fortlöpande utbildning i egenvård, kommunikation och pedagogik så att förutsättningarna ökar för att omvårdnaden som ges ska bli samskapad och mer personcentrerad. Vidare behövs även mer utbildning i det rådgivningsstöd som finns så att distriktssköterskorna ger egenvårdsråd som är evidensbaserade och lika oavsett vem som ger dem så att vården blir säker och likvärdig. Distriktssköterskor bör även verka för kvalitetsutveckling inom området egenvård genom att hålla sig uppdaterad och använda sig av den senaste forskningen. Författarna tror att telefonrådgivning kommer minska framöver till fördel för digitala vårdmöten vilket kommer underlätta egenvårdsrådgivningen då den kliniska blicken kan användas. Detta kommer medföra att distriktssköterskor framöver behöver utveckla sin kompetens inom den digitala vården.

Referenser

Anell, A. (2015). The public–private pendulum — patient choice and equity in Sweden. *The New England Journal of Medicine*, *372*(1), 1–4. https://doi.org/10.1056/nejmp1411430

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P., & Rehnsfeldt, A. (2015). The nordic tradition of caring science: The works of three theorists. *Nursing Science Quarterly*, *28*(4) 288-296. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/0894318415599220

Banks, I. (2010). Self care of minor ailments: a survey of consumer and healthcare professional beliefs and behaviour. *SelfCare The Journal of Consumer-led Health*, *1*(1), 1–13.

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, *25(7)*, 509-517. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315

Belmontrapporten. (1978*). Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D., & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook,* 55(3), 122–131. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006

Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2a uppl., s.143–154). Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2a uppl., s.285–299). Studentlitteratur.

Eriksson, I., Ek, K., Jansson, S., Sjöström, U., & Larsson, M. (2019). To feel emotional concern: A qualitative interview study to explore telephone nurses´ experiences of difficult calls. *Nursing Open*, *6*(3), 842–848. https://doi.org/10.1002/nop2.264

Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., Rahmqvist, M., & Holmström, I.K. (2015). Telephone nurses´ communication and responses to callers´ concern-a mixed method study. *Applied Nursing Research*, *29*, 116–121. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.012

Ernesäter, A., Winblad, U., Engström, M., & Holmström, I.K. (2012). Malpractice claims regarding calls to Swedish telephone advice nursing: what went wrong and why? *Journal of Telemedicine and Telecare*, *18*, 379-383. https://doi.org/10.1258/jtt.2012.120416

Fielding, S., Porteous, T., Ferguson, J., Maskrey, V., Blyth, A., Paudyal, V., Barton, G., Holland, R., Bond, C., & Watson, M. (2015). Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Family Practice*, *32*(2), 165–172. https://doi.org/10.1093/fampra/cmv003

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Föräldrar spelar roll: vägledning i lokalt och regionalt föräldrastödsarbete.* https://stenungsund.se/download/18.53109fda14940ea6f9c5d578/1497357625330/foraldrar-spelar-roll-vagledning-i-lokalt-och-regionalt-foraldrastodsarbete.pdf

Fransson, J., & Holm, M. (2020, 25 juni). *Diagram för regionerna*. Sveriges kommuner och regioner. https://skr.se

Franzén Ekros, A. (2020, 10 februari). *När du behöver vård*. Region Jönköpings län. https://www.rjl.se/Folkhalsa-och-vard

Friedmann, I. (2020, 4 december). *Rådgivningsstödet webb- ett stöd i din verksamhet.* 1177. https://www.1177.se/Jonkopings-lan/om-1177-vardguiden/om-1177-vardguiden/radgivningsstodet-webb--ett-stod-i-din-verksamhet/

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. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Greenberg, M.E. (2009). A comprehensive model of the process of telephone nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(12), 2621-2629. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05132.x

Gustafsson, S., Martinsson, J., Wälivaara, B.-M., Vikman, I., & Sävenstedt, S. (2016). Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare utilization. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(8), 1789–1799. https://doi.org/10.1111/jan.12950

Gustafsson, S., Sävenstedt, S., Martinsson, J., & Wälivaara, B.-M. (2018). Need for reassurance in self-care of minor illnesses. *Journal of Clinical Nursing*, *27*, 1183–1191. https://doi.org/10.1111/jocn.14157

Gustafsson, S., Vikman, I., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. (2015). Self-care for minor illness. *Primary Health Care Resarch & Development*, *16*(1),71-78. https://doi.org/10.1017/S1463423613000522

Gustafsson, S., Wälivaara, B.-M., & Gabrielsson, S. (2020). Patient satisfaction with telephone nursing: A call for calm, clarity, and competence. *Journal of Nursing Care Quality*, *35*(1), E6–E11. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000392

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2a uppl., s.111–119). Studentlitteratur.

Holmström, I.K., Gustafsson, S., Wesström, J., & Skoglund, K. (2019). Telephone nurses´ use of a decision support system: An observational study. *Nursing & Health Sciences*, *21*(4), 501-507. http://doi.org/10.1111/nhs.12632

Holmström, I.K., Krantz, A., Karacagil, L., & Sundler, A.J. (2017). Frequent callers in primary health care - a qualitative study with a nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(3), 622–632. https://doi.org/10.1111/jan.13153

Kaminsky, E., Aurin, I.E., Hedin, K., Andersson, L., & André, M. (2020). Registered nurses´ views on telephone nursing for patients with respiratory tract infections in primary healthcare – a qualitative interview study. *BMC Nursing*, *19*(1), 1–65. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00459-1

Kaminsky, E., Carlsson, M., Höglund, A.T., & Holmström, I.K. (2010). Paediatric health calls to Swedish telenurses: a descriptive study of content and outcome. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *16*, 454-457. https://doi.org/10.1258/jtt.2010.100110

Kaminsky, E., Carlsson, M., Röing, M., & Holmström, I.K. (2013). `If I didn't trust Swedish Healthcare Direct, I would never call'- views of making pediatric health calls. *Clinical Nursing Studies*, *1*(3), 57-69. https://doi.org/10.5430/cns.v1n3p57

Kaminsky, E., Rosenqvist, U., & Holmström, I.K. (2009). Telenurses' understanding of work: detective or educator? *Journal of Advanced Nursing, 65*(2), 382-390. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04877.x

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2a uppl., s.57–80). Studentlitteratur.

Kullander, B. (2020, 30 januari). *Fakta om kommuner och regioner*. Sveriges kommuner och regioner. https://skr.se

Kvilén Eriksson, E., Sandelius, S., & Wahlberg, A.C. (2015). Telephone advice nursing: parents´ experiences of monitoring calls in children with gastroenteritis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *29*, 333–339. https://doi.org/10.1111/scs.12167

Leppänen, V. (2010). Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry*, *17*(1), 15–26. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1440-1800.2009.00480.x

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* (3e uppl., s. 219 – 234) (Andra upplagan). Studentlitteratur.

Marshall, C., & Rossman, G. (2016). *Designing qualitative research* (6th ed.). Sage Publications.

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. https://doi.org/10.1111/scs.12146

Orem, D. (1985). *Nursing: concepts of practice* (3rd ed.). Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer Health.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar-grundläggande vetenskapsteori. I H. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2a uppl., s. 25–42). Studentlitteratur.

Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. https://www.regeringen.se

Regeringskansliet. (2018). *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.* https://www.regeringen.se

Röing, M., Rosenqvist, U., & Holmström, I.K. (2013). Threats to patient safety in telenursing as revealed in Swedish telenurses' reflections on their dialogues. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(4), 969–976. https://doi.org/10.1111/scs.12016

Sandelius, S., & Wahlberg, A-C. (2019). Telenurses' experiences of monitoring calls to parents of children with gastroenteritis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *34*(3), 658-665. https://doi.org/10.1111/scs.12768

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

SFS 1949:381. *Föräldrabalk*. https://www.riksdagen.se

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* https://www.riksdagen.se

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. https://www.riksdagen.se

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. https://www.riksdagen.se

SFS 2018:1197. *Lag om Förenta nationernas konvention om barns rättigheter*. https://www.riksdagen.se

SFS 2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. https://www.riksdagen.se

Snooks, H.A., Williams, A.M., Griffiths, L.J., Peconi, J., Rance, J., Snelgrove, S., Sarangi, S., Wainwright, P., & Cheung, W.Y. (2008). Real nursing? The development of telenursing. *Journal of Advanced Nursing*, *61*, 631-640. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04546.x

Socialstyrelsen. (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård.* https://www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2015). *Föräldrastöd inom hälso-och sjukvård.* https://www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2016). *Primärvårdens uppdrag - En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.* https://www.socialstyrelsen.se

SOSFS 2009:6. *Bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se

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. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.12968/bjon.2006.15.20.22297

Ström, M., Marklund, B., & Hildingh, C. (2009). Callers' perceptions of receiving advice via a medical care help line. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*(4), 682-690. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1471-6712.2008.00661.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. https://www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. https://www.swenurse.se

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå: distriktssköterska*. https://www.swenurse.se

Sveriges kommuner och Regioner. (2020a). *Hälso- och sjukvårds-barometern 2019*. https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-875-3.pdf

Sveriges kommuner och regioner. (2020b*). Meddelande från styrelsen Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*. https://skr.se

Sveriges kommuner och Regioner. (2020c). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2019*. https://skr.se

Wahlberg, A.C., & Björkman, A. (2018). Expert in nursing care but sometimes disrespected- Telenurses´ reflections on their work environment and nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(21-22), 4203-4211. https://doi.org/10.1111/jocn.14622

World Health Organization. (2020, 10 mars). *Self-care health interventions*. https://www.who.int

Yliluoma, P., & Palonen, M. (2019). Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse–caller interaction via telephone. *Scandinavian Journal of Caring Science*, *34*, 675–683. https://doi.org/10.1111/scs.12770

Bilagor

Bilaga 1.

Informationsbrev till verksamhetschef

Till dig som är verksamhetschef!
Att ge egenvårdsråd via telefon till föräldrar
Bakgrund
Telefonrådgivning är en stor del av distriktssköterskans arbete. Att stötta föräldrar till att utföra egenvård gällande sina barn gör att de blir stärkta i sin föräldrar roll samt att man sparar på samhällets resurser. Enligt studier önskar många föräldrar få stöd. Vi vill öka kunskapen kring vilken roll distriktssköterskan har i telefonrådgivningen och undersöka utmaningar, erfarenheter och vilka hjälpmedel som används i telefonmötet med föräldrar.
Syfte
Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskor erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral.
Tillfrågan om deltagande
Önskemålet är att få komma till er enhet och genomföra intervjuer med distriktssköterskor som har jobbat minst 2 år med telefonrådgivning. Intervjuer kommer ske under september-oktober 2020.
Varje intervju beräknas ta ca 30 minuter.
Hantering av data
Sjuksköterskornas uppgifter kommer behandlas konfidentiellt, deltagandet är frivilligt och man kan avbryta sin medverkan när som helst under studien. Intervjuerna kommer äga rum på deras arbetsplats eller på annan plats om så önskas. Intervjuerna kommer spelas in. Sjuksköterskorna kommer få vidare information om studien och förfrågan att delta i studien. Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift i magisterkursen vid Hälsohögskolan i Jönköping. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontakt
Vi kontaktar er v. 34 via mejl för att inhämta ert tillstånd att genomföra intervjuer vid er enhet.

Handledare för studien
Ylva Fredholm Ståhl, universitetslektor, [redacted]

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:
Jenny Ankarstrand & Martina Holst
[redacted]

Bilaga 2.

Informationsbrev till deltagare
Information om forskningsstudie

Att ge egenvårdsråd via telefon till föräldrar
Till distriktssköterska som jobbar med telefonrådgivning

Bakgrund
Telefonrådgivning är en stor del av distriktssköterskans arbete. Att stötta föräldrar till att utföra egenvård gällande sina barn gör att de blir stärkta i sin föräldraroll samt att man sparar på samhällets resurser. Enligt studier önskar många föräldrar få stöd. Vi vill öka kunskapen kring vilken viktig roll distriktssköterskan har i telefonrådgivningen och undersöka utmaningar, erfarenheter och vilka hjälpmedel som används i telefonmötet med föräldrar.

Syfte
Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskor erfarenheter av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning på vårdcentral.

Tillfrågan om deltagande
Du tillfrågas eftersom du är distriktssköterska och har jobbat med telefonrådgivning i minst 2 år. Önskemålet är att få intervjua dig om dina erfarenheter kring att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefonrådgivning. Intervjun kommer spelas in och beräknar ta ca 30 minuter. Intervjun kommer ske på din arbetsplats eller annan plats om så önskas den tid det är mest lämpligt för dig under september-oktober 2020. Dina uppgifter kommer behandlas konfidentiellt vilket betyder att informationen som samlas in bara kommer användas till studien och bara de undertecknade forskarna kommer åt materialet som även kommer avidentifieras. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta din medverkan när som helst under studien.

Hantering av data

Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift i magisterkursen vid Hälsohögskolan i Jönköping. Resultatet kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontakt

Kan du tänka dig att delta i studien? Vi kontaktar dig via mail om 1-2 veckor efter att du fått detta mail för mer information och planering för intervju.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:

Ylva Fredholm Ståhl, universitetslektor
[redacted]

Jenny Ankarstrand, distriktssköterskestudent
[redacted]

Martina Holst, distriktssköterskestudent
[redacted]

Bilaga 3.

Semistrukturerad intervjuguide

Bakgrundsdata:
Kön
Ålder
Hur många år har du jobbat som distriktssköterska och då med telefonrådgivning?

Öppningsfråga:
Vad är din erfarenhet av att ge egenvårdsråd till föräldrar i telefon?
Vad är det som är bra/positivt med att ge egenvårdsråd?
Finns det några svårigheter/utmaningar?
Hur stöttar du oroliga föräldrar i telefonrådgivningen?
Vilka stöd/hjälpmedel använder du i ditt arbete i telefonen?
Är det något mer du vill tillägga?

Följdfrågor
-Kan du ge exempel?
-Kan du utveckla det?
-Vad innebär detta?
-Vad tänkte du då?