



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Distriktssköterskors erfarenheter av samverkan med läkare på hälsocentral i samband med telefonrådgivning

en intervjustudie

Ulrika Mosell

2014

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp  
Omvårdnadsvetenskap  
Självständigt arbete/examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde  
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Handledare: Annica Ernesäter  
Examinator: Bernice Skytt

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Läkare och distriktssköterskor har ett gemensamt ansvar att skapa en god samverkan med varandra. En god relation mellan sjuksköterska och läkare förbättrar patientsäkerheten och kvaliteten på vården. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av samverkan med läkare på hälsocentral i samband med telefonrådgivning. **Metod:** Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design. Åtta distriktssköterskor med varierande erfarenhet av telefonrådgivning på fyra olika hälsocentraler intervjuades med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuerna spelades in och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys. Under analysprocessen framkom ett tema, tre kategorier med elva underliggande subkategorier. **Huvudresultat:** Temat *Att ständigt anpassa sig för att tillmötesgå läkaren* bildades ur två kategorier. Resultatet visade att samverkan oftast fungerade bra mellan distriktssköterska och läkare. Men det fanns en rad faktorer som försvårade samverkan mellan de olika yrkeskategorierna. Dessa faktorer var *Stress och resursbrist, Kunskapsbrist hos läkaren, Attityder och bemötande, Bristande förståelse för distriktssköterskans arbete* samt *Läkarens maktposition*. Det framkom att distriktssköterskorna anpassar sitt dagliga arbete och sitt sätt att kommunicera efter läkarens behov. Distriktssköterskorna försökte tänka på läkarens arbetsmiljö och att inte överbelasta läkaren. Distriktssköterskorna i studien upplevde att de saknar förståelse för sin tuffa arbetssituation från läkarna. Deltagarna beskrev även att läkaren har en stark maktposition och att arbetsgivaren ibland särbehandlar personalen. **Slutsats:** Det fanns en rad faktorer som ansågs försvåra samverkan mellan läkare och distriktssköterska. Många gånger verkade det vara distriktssköterskan ansvar att skapa en god samverkan. Då en god samverkan förbättrar patientsäkerheten och ökar arbetstillfredsställelsen hos personalen är det av stor vikt att dessa faktorer uppmärksammas.

**Nyckelord:** telefonrådgivning, samverkan, läkare, sjuksköterska

## **Abstract**

**Background:** Physicians and district nurses have a shared responsibility to create a good collaboration with each other. A good relationship between nurses and physicians improve patient safety and quality of care. **Objective:** The aim of this study was to describe the district nurse experiences of collaboration with physicians at health centers in conjunction with telephone counseling. **Method:** The study had a qualitative approach with descriptive design. Eight district nurses with varying experience of telephone advice in four health centers were interviewed using a semi-structured interview guide. The interviews were recorded and analyzed according to qualitative content analysis. One theme and three categories with eleven underlying subcategories were formed during the analysis process. **Main Results:** The theme “*Constantly adapting to meet the doctor*” was based on two categories. The results showed that the collaboration was mostly well-functioning between district nurses and physicians. But there were still a number of factors that prevented collaboration between the professions. These factors were *Stress and lack of resources, Lack of physicians knowledge, Attitudes and treatment, Lack of understanding of the district nurse's work* and *Physicians position of power*. It appeared that the district nurses adapt their work to the physician's needs and desires. District nurses tried to contribute the doctor's work environment and not to overload the physician. **Conclusion:** Many times it seemed to be the district nurse's responsibility to create a good collaboration. There were a number of factors that were considered to complicate the collaboration between physician and district nurse. Then a good collaboration improves patient safety and increase the job satisfaction of the staff it is of great importance that these factors will be addressed.

**Keywords:** telephone advice, collaboration, physician, nurse

## Innehåll

<b>Introduktion</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
<b>Telefonrådgivning och sjuksköterskans roll</b> .....	1
<b>Läkarens roll, position och ansvarsområde</b> .....	2
<b>Sjukvårdens maktstruktur</b> .....	3
<b>Samverkan</b> .....	3
<b>Relation och kommunikation</b> .....	4
<b>Problemformulering</b> .....	5
<b>Syfte</b> .....	6
<b>Metod</b> .....	6
<b>Design</b> .....	6
<b>Urval och undersökningsgrupp</b> .....	6
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	6
<b>Tillvägagångssätt</b> .....	7
<b>Dataanalys</b> .....	8
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	9
<b>Resultat</b> .....	9
<b>Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare</b> .....	10
<b>Faktorer som försvårar samverkan med läkare</b> .....	12
<b>Distriktssköterskans strategier för att underlätta samverkan med läkaren</b> .....	16
<b>Diskussion</b> .....	17
<b>Huvudresultat</b> .....	17
<b>Resultatdiskussion</b> .....	18
<b>Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare</b> .....	18
<b>Faktorer som försvårar samverkan med läkare</b> .....	19
<b>Distriktssköterskans strategier för att underlätta samverkan med läkare</b> .....	20
<b>Metoddiskussion</b> .....	21
<b>Kliniska implikationer för omvårdnad</b> .....	22
<b>Förslag till fortsatt forskning</b> .....	23
<b>Slutsats</b> .....	23
<b>Referenser</b> .....	24

## **Introduktion**

### **Bakgrund**

Mottagningsarbete, hembesök och telefonrådgivning är vanligt förekommande arbetsuppgifter för distriktssköterskor på hälsocentral. Telefonrådgivning innebär att ge omvårdnad via telefon. I arbetet vid telefonrådgivning ingår samverkan med läkare (Distriktssköterskeföreningen 2005). Både sjuksköterskor och läkare har ansvar att skapa en god samverkan med andra yrkesgrupper (SOSFS 1999:5, Socialstyrelsen 2005). Distriktssköterskan som arbetar i telefonrådgivning styr läkarens tidbok och är hälsocentralens ansikte utåt (Leppänen 2002). I kompetensbeskrivningen för telefonsjuksköterskor framgår att telefonsjuksköterskan ska ha samarbetsförmåga med andra yrkesgrupper inom vården och andra aktörer i samhället (Svensk sjuksköterskeförening 2011).

### **Telefonrådgivning och sjuksköterskans roll**

Hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon förekommer i dag huvudsakligen vid sjukvårdsrådgivningar, vårdcentraler och specialistmottagningar. Begreppet hälso- och sjukvårdsrådgivning innebär rådgivning via telefon angående sjukvård, medicinska frågor och hälsoproblem. De sjuksköterskor eller distriktssköterskor som arbetar med rådgivning per telefon kan benämnas telefonsjuksköterskor. Hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon har kommit att ta ett allt större utrymme i Sverige sedan 1970-talet då de flesta vårdcentraler öppnade egna telefonlinjer. Rådgivning per telefon ersätter till viss del det fysiska vårdbesöket (Wahlberg 2007). Sjuksköterskans arbetsuppgifter i telefonrådgivning består av att bedöma akut vårdbehov, ge stöd, råd och undervisning, bistå med hälso- och sjukvårdsinformation, hänvisa till lämplig vårdnivå och att samordna vård- och omsorgsresurser (Wahlberg 2007, Leppänen 2002, Svensk sjuksköterskeförening 2011). Sjuksköterskan i telefonrådgivningen fungerar som en grindvakt till sjukvården (Holmstöm & Dall'Alba 2002). De bedömer de medicinska problemen, ger råd och beslutar vilka patienter som ska få träffa läkare (Läppänen 2010). I en studie där sjuksköterskor som arbetar i telefonrådgivning har fått beskriva hur de upplever sitt arbete framkom att de upplevde att de hade en stöttande och vägledande roll för patienten. Arbetet bestod enligt dessa sjuksköterskor av att bedöma, hänvisa och ge råd angående egenvård. Att ge stöd, omvårdnad och bekräfta patienten var stora delar av arbetet. En annan central arbetsuppgift var att utbilda och informera patienten. Studien genomfördes på olika call center i Sverige (Kaminsky *et al.* 2008). Call center kan beskrivas som en verksamhet där personal med hjälp av telefon och

datorstöd har kontakt med kunder. Exempel på detta är 1177, sjukvårdsrådgivningen (Arbetsmiljöverket 2014).

I kompetensbeskrivningen för telefonsjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening 2011) står beskrivet att telefonsjuksköterskor har till uppgift att göra omvårdnadsbedömningar och arbeta strukturerat med omvårdnadsprocessen som bas. Det krävs färdigheter i kommunikation och bemötande för att skapa trygghet, säkerhet i omvårdnaden och följsamhet hos patienten. Vidare bör telefonsjuksköterskan arbeta evidensbaserat och bidra med ny kunskap, hantera omvärldsbevakning som exempelvis pågående epidemier samt ha kunskaper om egenvård (Svensk sjuksköterskeförening 2011).

Svårigheter och begränsningar med telefonrådgivning är att sjuksköterskan inte kan undersöka patienten eller se hur problemen yttrar sig för den vård sökande. (Wahlberg *et al.* 2003). Alla människor upplever situationer olika och uttrycker känslor varierat. Vissa patienter överdriver sina beskrivningar medan andra underskattar dem. Patienter kan ha olika uppfattningar om hur brådskande vårdbehovet upplevs, vilket kan försvåra sjuksköterskans förmåga att bedöma vårdbehovet (Holmström 2008, Wahlberg 2007, Wahlberg *et al.* 2003). Wahlberg *et al.* (2003) fann i sin studie att sjuksköterskor ansåg att arbetet i telefonrådgivningen försvårades när patienten ifrågasatte sjuksköterskans bedömning och råd. Studien gjordes på olika call center i Sverige (Wahlberg *et al.* 2003). Sjuksköterskan som ger egenvårdsråd via telefon har ett ansvar att försäkra sig om att patienten har förstått dessa råd och förmåga att hantera de. För att säkerställa detta kan sjuksköterskan be patienten att upprepa de råd som givits (Holm-Hansen & Hunskaar 2011).

### **Läkarens roll, position och ansvarsområde**

Läkaren har till uppgift att ansvara över den medicinska verksamheten och står för den största delen av förskrivna läkemedel. Läkaren ordinerar läkemedel och sjuksköterskan är ofta den som administrerar eller utför ordinationen. Läkaren kan i stor utsträckning besluta vad sjuksköterskan ska göra. I och med att läkaren har rätt att ställa diagnos och definiera vad som är hälso- och sjukvårdsproblem bidrar det till att läkaren hamnar i maktposition (Thornquist 2001).

## **Sjukvårdens maktstruktur**

Begreppet makt kan definieras som när en individ har en position och resurser att styra andra personer eller händelser etc (Nationalencyklopedin 2014).

Det kan vara svårt för sjuksköterskan att ifrågasätta läkaren som är den medicinska experten. Ibland ses en acceptans att läkaren får bete sig hur han eller hon vill och att inte samma regler gäller för alla (Sharp 2012). Danermark (2004) och Berlin *et al.* (2009) menar att makt och maktutövning har en central roll när det gäller samverkansprocesser, då detta hela tiden finns närvarande i sociala sammanhang, ofta omedvetet.

Ju mer jämlik maktrelationen är desto lättare kan problem i samverkan hanteras (Danermark 2004). Traditionellt sett har läkaren haft en överordnad position i relation till sjuksköterskan (Berlin *et al.* 2009).

Hallin och Siverbo (2003) menar att det finns två typer av auktoriteter. Den ena är byråkratisk auktoritet och den andra är kunskapsauktoritet. Det är kunskapsauktoriteten som ger läkarna den makt och status de har. De besitter professionella expertkunskaper, och vad denna grupp har för normer är av stor betydelse och påverkar stora delar av den verksamhet de befinner sig i (Hallin & Siverbo 2003). Inom sjukvården existerar många gånger hierarki mellan olika yrkesgrupper, och ju större skillnader det är i prestige och makt mellan de personer som samverkar med varandra desto större är risken för problem i samverkan (Danermark 2004, Robinson *et al.* 2010).

## **Samverkan**

Danermark (2004) menar att begreppen samarbete och samverkan inte har samma innebörd. Han menar att man dagligen i det sociala livet samarbetar med andra människor. Samverkan däremot kan definieras som ett gemensamt arbete tillsammans med någon eller några med annan utbildning eller annan organisatorisk position där båda parter har ett gemensamt mål. I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska samt Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare framgår att både läkare och sjuksköterskor har till ansvar att samverka på ett fungerande sätt med andra professioner (SOSFS 1999:5, Socialstyrelsen 2005).

En god samverkan präglas av ömsesidig respekt och förtroende. För att uppnå en god samverkan krävs att de inblandade parterna har ett gemensamt mål eller vision. Båda parter bör ha kunskap om den andres yrkeskompetens. Det är även viktigt att förstå sin egen roll,

ansvarsområde och kompetens för att kunna skapa en god samverkan med andra yrkeskategorier (Petri 2010).

Viss forskning (Tang *et al.* 2013, Robinson *et al.* 2010, Petri 2010) visar att både läkare och sjuksköterskor anser det nödvändigt att ha en effektiv samverkan eftersom det förbättrar patientsäkerheten och därmed leder till förbättrad hälsa hos de enskilda patienterna. Studier har även visat att läkare betygssätter den upplevda samverkan till sjuksköterskan högre än vad sjuksköterskan gör. (Sharp 2012, Tang *et al.* 2013). Dessa olikheter i hur samverkan upplevs kan orsakas av olika sätt att definiera samverkan (Vazirani *et al.* 2005).

### **Relation och kommunikation**

Kommunikation innebär att dela och meddela, tillkännage något och göra något gemensamt. Vilket förhållande vi har till den vi kommunicerar med har betydelse för vad vi säger och hur vi säger det (Thornquist 2001). Det är av stor vikt att ha en öppen och tydlig kommunikation inom ett arbetslag för att skapa en god samverkan mellan parterna (Petri 2010).

Enligt Kristoffersen *et al.* (2006) menar Joyce Travelbee att kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg för att ge patienten bästa möjliga omvårdnad. Den verbala kommunikationen är central för distriktssköterskan i arbetet med telefonrådgivning. Distriktssköterskan använder då sin kommunikativa förmåga som ett verktyg för att ge omvårdnad och egenvårdsråd via telefon (Leppänen 2002). Sjuksköterskan använder sin personlighet i interaktionen till patienten på ett medvetet och ändamålsenligt sätt för att stödja patienten till förändring. För att kunna använda sin personlighet på detta sätt bör sjuksköterskan ha kunskaper om hur det egna beteendet påverkar andra människor och kunna reflektera över varför man kommunicerar som man gör. Detta kan då leda till en mer fungerande kommunikation (Kristoffersen *et al.* 2006).

För att kunna kommunicera bättre krävs såväl teoretisk kunskap som träning i samspel med andra. Man bör behärska vissa färdigheter som att lyssna aktivt, bekräfta den andre och ställa frågor, kunna förmedla information på ett korrekt sätt och ha förmågan att få den andre att reflektera (Eide & Eide 2009).

Dagens sjuksköterskor förväntas ha en bred kunskap och förmåga till olika kommunikationstekniker i ett team. Både läkare och sjuksköterskor bör ha färdigheter i att kunna anpassa kommunikationsstil till situation och vilka personligheter hon eller han möter i sitt arbete (Apker *et al.* 2006).



Sjuksköterskor på kirurgavdelningar har beskrivit olika förväntningar på hur de vill att deras relation till läkare bör fungera. De områden som berördes var kommunikation, ömsesidig respekt, professionalism, samarbetsklimat och vårdkvalitet (Leever *et al.* 2010). Vidare beskriver Leever *et al.* (2010) att om dessa förväntningar inte hålls vid makt skapas lätt konflikter.

Att ha en avslappnad och trygg relation mellan sjuksköterska och läkare anses vara det mest elementära. Att arbeta mot samma mål är en bidragande del till god kommunikation. När de olika yrkesrollerna känner sig bekväma med varandra sker kommunikationen mer effektivt. Respekt och förtroende i relationen främjar vårdkvaliteten. Sjuksköterskor har uttryckt frustration över att inte få förståelse av läkare vilket då upplevdes försvåra kommunikationen dem emellan (Robinson *et al.* 2010). Sjuksköterskor ansåg att empati hos läkaren var den viktigaste faktorn för en god relation och samverkan (Wanzer *et al.* 2009). Ibland har sjuksköterskor upplevt att läkaren behandlar de som underlägsna vilket försvårar kommunikationen dem emellan och gör den mindre effektiv (Robinson *et al.* 2010).

### **Problemformulering**

För att ge en trygg och säker vård krävs en väl fungerande samverkan mellan vårdpersonal. En god samverkan mellan sjuksköterska och läkare förbättrar patientsäkerheten och kvaliteten på vården (Sharp 2012, Socialstyrelsen 2013, Petri 2010, Sehgal *et al.* 2008). En god samverkan leder även till yrkesmässig tillfredsställelse, minskad utbrändhet, ökad entusiasm och bibehållande av personal (Petri 2010).

Det finns en del forskning om hur sjuksköterskor i telefonrådgivning på olika callcenter upplever deras arbete med telefonrådgivning (Ernesäter *et al.* 2010, Kaminsky *et al.* 2008, Wahlberg *et al.* 2003). Deras arbetsuppgifter ser dock annorlunda ut än för distriktssköterskor på hälsocentral som i större utsträckning arbetar i samverkan med andra yrkesgrupper, främst läkare. Författaren till föreliggande studie har ej kunnat finna forskning angående hur distriktssköterskor som arbetar med telefonrådgivning på hälsocentraler upplever samverkan med läkare. Genom att fylla denna kunskapslucka skulle eventuella problem och brister i samverkan mellan distriktssköterska och läkare kunna identifieras och förebyggas. I och med identifikation och förebyggande arbete skulle distriktssköterskorna då kunna få en bättre arbetsmiljö samtidigt som patientsäkerheten och kvaliteten på vården skulle öka.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av samverkan med läkare på hälsocentral i samband med telefonrådgivning.

## **Metod**

### **Design**

Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design (Polit & Beck 2008).

### **Urval och undersökningsgrupp**

Författaren har i föreliggande studie använt sig av ändamålsenligt urval för att rekrytera distriktssköterskor med erfarenhet av telefonrådgivning i varierande omfattning. Detta för att kunna ge djup och bred information i intervjuerna (Polit & Beck 2008). Inklusionskriterier var distriktssköterskor som arbetat i minst två år som distriktssköterska. Gränsen på två år valdes för att säkerställa att deltagarna hunnit få tillräckligt med erfarenhet av arbete som distriktssköterska. Deltagarna arbetade i varierande omfattning med telefonrådgivning på hälsocentral. Deltagare med lägst omfattning arbetade 10 timmar per vecka i telefonrådgivning medan de deltagare som arbetade i högst omfattning arbetade 30 timmar per vecka. Medeltiden för arbetade timmar i telefonrådgivning hos deltagarna var 19 timmar per vecka. Exklusionskriterier var sjuksköterskor utan vidareutbildning samt distriktssköterskor som inte arbetar med telefonrådgivning. Undersökningsgruppen bestod av distriktssköterskor i åldrar mellan 40-65 år med en medelålder på 54 år. Deltagarna i studien hade erfarenhet som distriktssköterska mellan 9-24 år med ett medelvärde på 15 år. Samtliga deltagare var kvinnor.

### **Datainsamlingsmetod**

Enskilda intervjuer genomfördes med distriktssköterskor som arbetar med telefonrådgivning på hälsocentral. För att stärka studiens tillförlitlighet och giltighet har intervjuerna utgått ifrån en semistrukturerad intervjuguide med lika frågor till samtliga deltagare (Graneheim & Lundman 2004). En frågeguide med öppna svarsalternativ skapar möjlighet för intervjuaren att samtala fritt och ställa vidare följdfrågor för att belysa frågeområdet (Polit & Beck 2008). En provintervju gjordes för att se hur frågorna uppfattades och besvarades (Polit & Beck 2008). Provintervjun lyssnades igenom av författare och handledare och några få

korrigeringar i intervjuguiden gjordes. De korrigeringar som gjordes var att ändra begreppet ”samverkan” till ”samarbete” i intervjuguiden då författaren fick en känsla av att begreppet ”samverkan” upplevdes mer svårbegripligt och abstrakt av intervjupersonen. Då ingen större korrigering i intervjuguiden gjordes inkluderades provintervjun i studien. Intervjuguiden bestod av tio diskussionspunkter som bland annat berörde vilka svårigheter respektive möjligheter som finns i samverkan mellan läkare och distriktssköterska. Frågorna berörde även vilka faktorer som bidrar till god respektive dålig samverkan, hur distriktssköterskorna upplevde läkarens maktposition samt hur kommunikationen och relationen till läkaren fungerar. Följdfrågor ställdes till deltagarna om svaren inte blev tillräckligt informationsrika. Exempel på följdfrågor var; Hur kände du då? Kan du berätta mer? Författaren har inhämtat bakgrundsvariabler som ålder, kön, antal år som distriktssköterska, och i vilken omfattning distriktssköterskan arbetar med telefonrådgivning.

### **Tillvägagångssätt**

Författaren kontaktade via telefon verksamhetschefer på fyra olika hälsocentraler i Mellansverige och informerade om syftet med studien. Därefter skickades skriftlig information ut till verksamhetschefer via e-post. Efter ca tre dagar när cheferna läst igenom informationen kontaktades de återigen via telefon för att få godkännande att intervjua distriktssköterskor på deras arbetsplats. Författaren bad vårdenhetscheferna om mailadresser till två lämpliga deltagare på vardera arbetsplats som uppfyllde inklusionskriterierna. Dessa distriktssköterskor kontaktades av författaren via e-post då information om studien gavs. Om distriktssköterskorna valde att delta i studien ombads de att svara på mailet inom en vecka. Om svar uteblev kontaktades ytterligare distriktssköterskor på samma hälsocentral med hjälp av kontaktuppgifter från vårdenhetschef. Då rekryterandet av deltagare inte lyckades på två av hälsocentralerna kontaktades ytterligare två hälsocentraler enligt process som ovan. På dessa hälsocentraler rekryterades de fyra resterande deltagarna. När deltagarna meddelat sitt intresse tog författaren kontakt med de via mail då tid och plats för intervju bestämdes. Sammanlagt tillfrågades tjugosex distriktssköterskor varav åtta distriktssköterskor deltog i studien, två från vardera hälsocentral. Deltagarna fick via e-post ta del av intervjuguiden en tid innan intervjuerna hölls. Intervjuerna hölls på deltagarnas arbetsplats och pågick 25-40 min. Medellängd på intervjuerna var 31 min.

## Dataanalys

De transkriberade intervjuerna analyserades av författaren med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) vilket innebär att författaren urskiljer likheter och olikheter i textens innehåll. Intervjuerna spelades in via mobiltelefon. Författaren lyssnade sedan igenom intervjuerna och transkriberade dessa ordagrant. Därefter läste författaren igenom de transkriberade intervjuerna ett flertal gånger för att få en övergripande känsla för dess innehåll. Sedan letade författaren ut meningsenheter som svarade på studiens syfte. Dessa meningsenheter kondenserades, det vill säga förkortades utan att förlora sin innebörd. Av de kondenserade meningsenheterna bildades koder som i korthet beskriver de kondenserade meningsenheternas innehåll. Alla koder sorterades in efter likheter och skillnader. Koder med liknande innehåll bildade en subkategori. Subkategorierna bildade sedan kategorier, se tabell 1 (Graneheim & Lundman 2004). Slutligen framkom ett tema som täckte två av de tre kategorierna. Analysprocessen diskuterades kontinuerligt med handledare. Intervjuerna märktes med siffror så att det i resultatet framgår vilka citat som hör till vilken intervju.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
Så det är ju en organisatorisk fråga, mycket det här med att det blir friktion. Det är arbetsbelastningen och mängden ärenden som gör att det blir friktion för alla har mycket att göra.	Det är en organisatorisk fråga att det blir friktion. Arbetsbelastningen och mängden ärenden bidrar till friktion.	Arbetsbelastningen är en organisatorisk fråga och bidrar till svårigheter i samverkan	Stress och resursbrist	Faktorer som försvårar samverkan med läkare	Att ständigt anpassa sig för att tillmötesgå läkaren
Och det är inte säkert att det.. ja framför allt de som är ovan vid PMO uppfattar de vägarna, så att... ja. Så jag som står mycket i telefon och så här, jag har upptäckt att ska jag vara någorlunda garanterad att en läkare noterar det här patientärendet, då lägger jag in det i tidboken. Som ett administrativt ärende	Det är inte säkert att de som är ovan med PMO uppfattar meddelande funktionen. Därför lägger jag in ärendet i tidboken som ett administrativt ärende.	Då läkaren ej är van med journalsystemet får de hitta lösningar för god kommunikation	Att anpassa sitt arbete efter läkaren	Distriktssköterskans strategier för att underlätta samverkan med läkare	Att ständigt anpassa sig för att tillmötesgå läkaren

Det är jättebra om läkaren kommer ut hit och sitter och pratar, man får bra kontakt. Vissa visar sig ju inte här ute i fikarummet. Bara att man får känna att den här törs man prata med, han bjuder på sig själv lite	Bra om läkaren kommer ut till fikarummet och pratar så att man får bra kontakt	Viktigt att få till samtal även på fikarasterna för god kontakt	Öppen och positiv atmosfär	Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare	
--	--	---	----------------------------	---	--

**Tabell 1.** Exempel på analysprocessen

### Forskningsetiska överväganden

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från verksamhetschefer på respektive hälsocentral. Information angående studien gavs till chefer och deltagare både muntligt och skriftligt. De informerades även om att deltagandet var frivilligt och att allt material behandlas konfidentiellt vilket innebär att ingen person kommer att kunna identifieras. Deltagarna informerades även om att inga obehöriga kommer att ha tillgång till det inspelade materialet då detta hålls inlåst tills dess att examensarbetet är godkänt då materialet kommer att förstöras. Deltagarna upplystes om att de när som helst kunde avbryta sitt medverkande utan motivering. För att minska risken för att obehagliga känslor skulle väckas hos deltagarna i studien användes en semistrukturerad intervjuguide där varje intervjufråga diskuterades med handledare innan genomförandet. Om intervjufrågorna hade väckt obehagliga känslor hos deltagarna planerade författaren att ta kontakt med verksamhetschef för vidare ställningstagande (Codex 2014).

### Resultat

Under analysprocessen framkom ett övergripande tema *Att ständigt anpassa sig för att tillmötesgå läkaren*. I intervjuerna kom det fram att distriktssköterskorna upplever det som deras ansvar att se till att en god samverkan skapas mellan läkaren och distriktssköterskan och att de ständigt anpassar sig för att få detta att fungera. Olika faktorer beskrevs försvåra samverkan med läkare vilket gjorde att distriktssköterskorna fick använda sig av olika strategier för att underlätta samverkan. Temat sträcker sig över två av tre kategorier, se figur 1. Den första kategorin *Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare* beskriver hur en optimal samverkan sker och är en motsats till övriga kategorier. Av den anledningen hamnar den kategorin utanför temat.

Övriga kategorier som framkom under analysprocessen var *Faktorer som försvårar samverkan med läkare* och *Distriktssköterskans strategier för att underlätta samverkan med läkare* vilka hamnar under temat. Gemensamt för dessa två kategorier är att det där inte sker en optimal samverkan. De tre kategorierna består av sammanlagt elva underliggande subkategorier, se figur 1.

Kategorier och subkategorier kommer att presenteras i löpande text och styrks av citat från intervjuerna.



**Figur 1.** Tema, kategorier och subkategorier

### **Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare**

Denna kategori består av de fyra subkategorierna *Öppen och positiv atmosfär*, *Fast anställda läkare*, *Ömsesidig respekt och förståelse för varandras yrkesroller* samt *Tydlig kommunikation*. De deltagande distriktssköterskorna beskrev här vilka olika faktorer de ansåg viktiga för att upprätthålla en god samverkan till läkaren.

### *Öppen och positiv atmosfär*

Samtliga deltagare var eniga om att samverkan med läkare för det mesta fungerar väl. Distriktssköterskorna berättade att de oftast får den hjälp de behöver och att läkarna till stor del är öppna och positiva till konsultation.

*”Bara de inte har patienter inne så brukar de flesta vara hyggliga och svara, om man har en kort fråga. Det tycker jag.” (I 6)*

Att distriktssköterskan känner en öppenhet från läkaren och att läkaren erbjuder tid till diskussion beskrevs som stora och viktiga delar. En deltagare menade att det är viktigt att få till samtal med varandra även på rasterna eftersom man då kan bygga på relationen vilket är positivt för samverkan. Många deltagare ansåg det viktigt att ha inställningen att man är ett team där alla har en viktig roll.

### *Fast anställda läkare*

Några deltagare beskrev att samverkan underlättades om läkaren och distriktssköterskan känner varandra, vilket var en stor anledning till att de ansåg att samverkan fungerade bättre med fast anställda läkare. Att läkaren var rutinerad upplevde distriktssköterskorna som en trygghet i relationen vilket bidrog till god samverkan med varandra. Samtidigt beskrev några deltagare att stafettläkare ofta är väldigt arbetsvilliga och positiva till samverkan.

### *Ömsesidig respekt och förståelse för varandras yrkesroller*

Något nästan samtliga deltagare nämnde var vikten av att respektera varandra och varandras yrkesprofession. Att ha förståelse för varandras yrkeskategorier upplevdes betydelsefullt och distriktssköterskorna kunde önska att läkarna hade förståelse för deras tuffa arbetssituation. Både distriktssköterskan och läkaren har det ofta stressigt, men trots detta ansågs det viktigt med gott bemötande mot varandra enligt ett flertal deltagare i studien.

*”... man måste ju fundera ändå på varför är vi här? Och man ska ju göra det tillsammans, ingen klarar sig utan den andra. Så är det ju.” (I 7)*

### *Tydlig kommunikation*

En deltagare uttryckte att både läkaren och distriktssköterskan har ett ansvar i kommunikationen att markera om man upplever oklarheter med vad den andre menar. En tydlig kommunikation ansågs av ett flertal deltagare vara en förutsättning för att uppnå en god samverkan och undvika problem i relationen mellan distriktssköterska och läkare. Några deltagare uttryckte vikten av att läkaren kan behärska svenska språket, vilket då underlättar kommunikationen och samverkan med varandra.

### **Faktorer som försvårar samverkan med läkare**

Denna kategori består av de fem subkategorierna *Stress och resursbrist, Kunskapsbrist hos läkaren, Attityd och bemötande, Bristande förståelse för distriktssköterskans arbete* samt *Läkarens maktposition*. Distriktssköterskorna beskrev här vilka olika faktorer som upplevs vara ett hinder för en väl fungerande samverkan med läkaren.

#### *Stress och resursbrist*

En svårighet i samverkan med läkaren var brist på tid och resurser, vilket uttrycktes av samtliga deltagare. Deltagarna beskrev att samverkan påverkas negativt när både distriktssköterskan och läkaren är stressade. Dels upplevde deltagarna den egna stressen över att handha många ärenden, och dels uppfattade de stress och tidsbrist hos läkaren. Ibland kunde distriktssköterskan uppleva att hon störde läkaren och ville helst undvika att störa då han eller hon var stressad. En deltagare beskrev att i och med att läkaren ofta inte har tid för konsultation så försenas distriktssköterskans arbete vilket kunde vara en svårighet när det inte fanns några läkartider kvar att boka och hon var tvungen att jaga läkaren.

*”Alla är pressade och har kort om tid och... man ska liksom få in...man har ju ofta långa listor med frågor... som man liksom betar av . Och det är ju sånt här som inte är några akuta frågor, men man måste ju ändå beta av de. Ska de komma hit? Ska de ha förlängt sjukskrivning? Och vill du träffa de eller vill du prata i telefon med de?” (I 5)*

Ett fåtal deltagare beskrev att då många hälsocentraler har stafettläkare försenas patienternas tider på väntelistorna vilket då ökar belastningen hos distriktssköterskorna i telefonrådgivningen. Detta påverkade då även samverkan med läkaren. Det organisatoriska



ansvaret belystes även av ett flertal deltagare. Det uttrycktes en frustration hos distriktssköterskorna i studien över hur bristen på resurser nonchaleras av arbetsgivaren.

*”Så det är ju en organisatorisk fråga, mycket det här med att det blir friktion. Det är arbetsbelastningen och mängden ärenden som gör att det blir friktion för alla har mycket att göra.” (I 7)*

#### *Kunskapsbrist hos läkaren*

Många deltagare upplevde en frustration av att arbeta tillsammans med läkare som inte kan journalsystemet tillräckligt då det upptar mycket tid. Bland annat påverkades då kommunikationen via meddelandefunktionen i journalsystemet negativt då läkare ej hade kunskap om detta.

*”Och den här meddelandefunktionen blir ju att... ja, man tar till både hängslan och livrem brukar jag säga, för man vet inte hur hyrläkaren som är på plats tillfälligt... ja.. hur van han är vid PMO och journalsystem. Uppfattar de meddelanden den vägen? Måste man också gå och prata muntligen och ta informationen? Vilket kan vara svårt för de har ju alltid patienter.” (I 7)*

Det uttrycktes även en svårighet i samverkan till läkaren när läkaren inte hade kunskap om arbetsplatsens rutiner. Detta var framförallt förekommande bland stafettläkare. Det uttrycktes en osäkerhet hos distriktssköterskan när det kom nya stafettläkare, och distriktssköterskan var tvungen att vara extra tydlig i sin kommunikation. Detta var något ett flertal deltagare uttryckte. Att stafettläkaren inte hade en bild av patienten tycktes även försvåra samverkan enligt ett fåtal deltagare då det ställdes högre krav på distriktssköterskans kommunikation till läkaren. Några deltagare nämnde svårigheter i samverkan med läkare som inte kan det svenska språket tillräckligt.

*” ja..men sedan är det ju det här med språket då... det är ju oftare hyrläkare som är sämre på svenska...eh..det är lite synd. För de kan ju vara hur trevlig som helst... och kunniga. Men när man har svårt att förstå varandra.... Ja, alltså... det blir ju svårt.” (I 8)*

### *Attityd och bemötande*

För att uppnå en god samverkan ansågs det viktigt att ge ett bra bemötande till varandra enligt ett flertal deltagare i studien. Några av distriktssköterskorna beskrev att läkarna ibland visar motstånd och irritation i samband med konsultation när han eller hon har för mycket att göra. Detta upplevdes skapa problem för distriktssköterskan då hon ej har kompetens att besluta eller utföra en viss åtgärd utan är i beroendeställning till läkaren.

Ett flertal deltagare beskrev hur vissa läkare har uppfattningen att sjuksköterskorna är underordnade och att det förhållningssättet skapar klyftor mellan läkaren och distriktssköterskan. Detta bidrog då till en sämre relation där kommunikationen påverkades negativt och försvårade möjligheterna till god samverkan.

*”En del som man frågar känner man det som att man är dum, men.. fast man kanske inte är det.” (I 5)*

### *Bristande förståelse för distriktssköterskans arbete*

En svårighet i samverkan var enligt ett flertal deltagare brist på förståelse från läkaren sida. Distriktssköterskorna upplevde att läkaren inte har förståelse för deras tuffa arbetssituation och svårigheterna med att arbeta i telefonrådgivning.

*”Och det känner jag ibland att vi inte får förståelse för...av läkarna.. att vi också drunknar.. att det inte bara är att läkarna har rätt att avgränsa sig... ibland känns det som att det ska gullas och duttas med läkarna utan dess like och vi ska bara jobba liksom...mm.” (I 6)*

Ett flertal deltagare berättade att läkare många gånger tycker att distriktssköterskorna bokar för mycket i deras tidböcker.

*”Och de tycker att vi bokar och vi bokar. Och då kan det ju ändå vara att jag själv har kanske pratat med 40 stycken, och så har man bokat kanske liksom 5. Men det där fattar de inte riktigt. Och att det är svårt att... ibland.. Att man bokar kanske lite för mycket...som de kan tycka”. (I 5)*

Det fanns en uppfattning bland distriktssköterskorna om att läkare enbart arbetar i sin egen tidbok och inte har en uppfattning om hur distriktssköterskorna har det i sina tidböcker. Deltagarna ansåg att läkaren inte har den helhetsbild som distriktssköterskan har över enhetens verksamhet. Detta trodde distriktssköterskorna kunde bidra till oförståelse för distriktssköterskans arbete och resulterade i att läkaren ställer orimliga krav på distriktssköterskan. Att det här upplevdes påverka relationen mellan distriktssköterskan och läkaren och på sikt även samverkan mellan parterna var något som framkom i några intervjuer.

### *Läkarens maktposition*

Samtliga deltagare utom en uttryckte att läkaren har en stark maktposition. Det fanns en uppfattning bland distriktssköterskorna om att läkarens röst väger tyngst och att läkaren alltid har sista ordet. Även om distriktssköterskan hade längre erfarenhet än läkaren så fanns en uppfattning om att läkarens röst väger tyngre, och att det ligger en makt i det. En av deltagarna menade att läkarna har makt, att det är många beslut och åtgärder som bara kan utföras av läkare. Att detta påverkar samverkan mellan de olika yrkesgrupperna var de flesta deltagare eniga om.

*”Jag tror att de vet sitt värde...eh.. jag menar det är ju så mycket som faktiskt bara de kan göra, så det klart att det ligger en makt i det. De har ju ett otroligt förhandlingsläge jämt.” (I 7)*

En av deltagarna uttryckte att det är en stor efterfrågan på läkare vilket bidrar till läkarens maktposition. En annan av deltagarna upplevde att arbetsgivaren särbehandlar sin personal då läkarna får mycket utbildningar och andra förmåner som varken distriktssköterskor eller andra yrkeskategorier får ta del av. Detta upplevdes påverka relationen och samverkan mellan distriktssköterska och läkare negativt.

*”Ifrån arbetsgivarens håll så upplever jag väldig skillnad på olika yrkeskategorier. Det är en i topp och en i botten. Läkarna får ju hur mycket som helst, och vi tycker jag inte får någonting.” (I 6)*

Distriktssköterskorna upplevde även att det fanns vissa läkare som ville utöva makt över distriktssköterskorna vilket då blev ett hinder i samverkan.

### **Distriktssköterskan strategier för att underlätta samverkan med läkaren**

Denna kategori bestod av två subkategorier; *Att genom tydlig kommunikation effektivisera och främja samverkan* samt *Att anpassa sitt arbete efter läkaren*. Deltagarna beskrev här olika strategier de använde sig av för att på bästa sätt underlätta samverkan med läkare.

#### *Att genom tydlig kommunikation effektivisera och främja samverkan*

Några deltagare berättade hur de ibland rådfrågade läkare innan de bokade in patienter i läkarens tidbok. Det fanns en uppfattning hos ett fåtal deltagare att om läkare och distriktssköterska har en god kommunikation med varandra kan det leda till bättre tidbok och färre bokningar. Att diskutera med läkare istället för att boka in patienter direkt ansågs viktigt om distriktssköterskan upplevde osäkerhet.

*”Och sen att man kan prata med varandra läkare och sjuksköterska om bekymmer istället för att jag bara tar emot och sätter upp, så kan det ju vara bra att ha en kommunikation där i mån av tid så att jag inte bara går efter hur jag tänker och tycker utan att doktorn också får vara med och tycka till...” (I 4)*

En av deltagarna berättade att om hon i förväg visste vad patienten hade för önskemål och är väldigt bestämd med det, så skrev distriktssköterskan in det i journalen så att läkaren skulle kunna se det innan patienten kom. Därmed kunde hon bidra till information som läkaren behövde på ett smidigt sätt som inte ansågs tidskrävande.

Ett flertal deltagarna använde sig av meddelandefunktionen i journalsystemet när de ville konsultera någon läkare. Detta eftersom det upplevdes tidsbesparande av distriktssköterskorna att inte vara tvungen att knacka dörr hos läkaren vilket kunde uppta mycket av hennes tid. Med hjälp av dessa internmeddelanden behövde distriktssköterskan inte heller känna att hon störde läkaren.

*”Meddelandefunktionen använder jag väldigt mycket, för att slippa störa de. För annars så får man ju passa de emellan de har patienter... så det tycker jag är väldigt smidigt att skicka internmeddelanden.” (I 6)*

### *Att anpassa sitt arbete efter läkaren*

Ett flertal deltagare beskrev på olika sätt hur de anpassar sitt arbete efter läkaren. Ibland handlade det om att avlasta för läkaren. Om det fanns dåligt med läkartider så bokade distriktssköterskan in det på distriktssköterskemottagningen för att göra en första bedömning. Deltagarna berättade att de aldrig knackar på hos läkaren om det inte är akut, då han eller hon har en patient inne hos sig. En deltagare beskrev att hon känner in stressnivån hos läkaren och att hon därefter väger läkarens arbetsmiljö mot patientens behov och anpassar sina prioriteringar så gott det går för att inte överbelasta läkaren. Hon berättade att hon fördelar och anpassar tiden för konsultation efter hur läkaren har tid.

*”Jag prioriterar ju lite lika, men kanske ännu hårdare idag... för att inte överbelasta för hon har ju en arbetsmiljö och samtidigt ska patienterna ha hjälp.. och... det är en balansgång.” (I 4)*

En deltagare beskrev hur hon försöker skapa variation i läkarens tidbok. Detta för att skapa en mer tillfredställande arbetsmiljö för läkaren.

*”Man måste ju titta så att man inte bokar tre depressioner i rad, för då blir ju läkaren deppad... lite variation om man kan.” (I 3)*

Det fanns även en uppfattning av några deltagare att distriktssköterskan har olika kommunikationsmetoder för olika läkare för att säkerställa en god kommunikation. Vissa läkare konsulterade man muntligen med, medan man skickade meddelande via journalsystemet till andra. Allt beroende på hur läkaren ville ha det. När det gällde samverkan med stafettläkare upplevde deltagarna att de behövde vara extra lyhörda för hur denna läkare arbetar och vill kommunicera. En av deltagarna berättade hur hon hittat en lösning för att säkerställa att stafettläkaren ser viktig information. Hon bokar då in ärendet eller frågan hon har till läkaren som ett administrativt ärende i läkarens tidbok.

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Temat *Att ständigt anpassa sig för att tillmötesgå läkaren* bildades ur två kategorier.

Resultatet visade att samverkan oftast fungerade bra mellan distriktssköterska och läkare.

Men det fanns en rad faktorer som försvårade samverkan mellan de olika yrkeskategorierna. Dessa faktorer var *Stress och resursbrist, Kunskapsbrist hos läkaren, Attityder och bemötande, Bristande förståelse för distriktssköterskans arbete* samt *Läkarens maktposition*. Det framkom att distriktssköterskorna anpassar sitt dagliga arbete och sitt sätt att kommunicera efter läkarens behov. Distriktssköterskorna försökte tänka på läkarens arbetsmiljö och att inte överbelasta läkaren. Distriktssköterskorna i studien upplevde att de saknar förståelse för sin tuffa arbetssituation från läkarna. Deltagarna beskrev även att läkaren har en stark maktposition och att arbetsgivaren ibland särbehandlar personalen.

## **Resultatdiskussion**

### **Faktorer som bidrar till god samverkan med läkare**

Samtliga deltagare i föreliggande studie upplevde att samverkan med läkare i stort fungerar väl. Detta är även något som framkommit i annan forskning då man intervjuat sjuksköterskor och läkare på vårdavdelningar (Leever *et al.* 2010). I föreliggande studie belystes ömsesidig respekt och att ha en öppen och tydlig kommunikation som viktiga faktorer för en god samverkan mellan läkare och distriktssköterska. Liknande resultat har även framkommit i andra studier. I en kommunikation där läkaren är positiv och öppen för frågor från sjuksköterskan och där relationen präglas av ömsesidig respekt sker en god samverkan (Weller *et al.* 2011, Poghosyan *et al.* 2013, Delva *et al.* 2008, Leever *et al.* 2010, Petri 2010, Rodriguez *et al.* 2005, Pullon 2008). Ur intervjuerna i föreliggande studie framkom att samverkan med läkare upplevdes enklare om distriktssköterskan och läkaren kände varandra. Detta är något som styrks i annan forskning då man intervjuat både läkare och sjuksköterskor på sjukhus (Weller *et al.* 2011). Weller *et al.* (2011) hade som syfte att beskriva unga läkare och sjuksköterskors upplevelse av samverkan med varandra. Att känna varandra i teamet är en förutsättning för att skapa förtroende och en respektfull relation (Weller *et al.* 2011). Schadewaldt *et al.* (2013) menar att en god relation mellan sjuksköterska och läkare bidrar till bättre samverkan.

Något som ansågs viktigt enligt resultatet i föreliggande studie var att parterna kan ha informella samtal på fikarasterna eftersom detta gynnade en god relation sinsemellan. Att kunna småprata och umgås informellt utanför arbetssituationen var även något som framkom i en studie där man frågat sjuksköterskor och läkare på olika sjukhem vilka faktorer som är viktiga för en god samverkan (O'Brian *et al.* 2009). Pullon (2008) har gjort en intervjustudie då man undersökt vilka uppfattningar sjuksköterskor och läkare inom primärvården har om

sina relationer till varandra. Där framkom det att deltagarna ansåg det viktigt att prata, skratta och ha roligt tillsammans eftersom det ansågs bidra till bättre samverkan (Pullon 2008). O'Brian *et al.* (2009) beskriver även att andra viktiga faktorer för en god samverkan var tillgänglighet, social kompetens, verbal förmåga och förmågan att lyssna på varandra. Dessa faktorer nämns även av deltagarna i föreliggande studie.

Deltagarna i föreliggande studie påtalade vikten av att ha förståelse för den andra yrkeskategorin samt att båda parter har inställningen att man arbetar i ett team där alla är lika viktiga. Petri (2010) har gjort en systematisk litteraturstudie då syftet var att belysa vikten av samverkan i team. Att sjuksköterskan och läkaren har gemensamma mål och visioner är nödvändigt för en god samverkan. Ett synsätt där flera olika discipliner arbetar tillsammans är det mest fördelaktiga för att uppnå goda resultat (Petri 2010). Om både läkaren och sjuksköterskan har förståelse och acceptans för andra discipliner bidrar det till en mer effektiv kommunikation, ömsesidigt förtroende och respekt vilket främjar en god samverkan (Petri 2010, Delva *et al.* 2008, Daiski 2004, Rodriguez *et al.* 2005).

### **Faktorer som försvårar samverkan med läkare**

Samtliga deltagare i studien ansåg att resursbrist är en stor faktor som gör att samverkan mellan de två yrkeskategorierna försvåras. Detta är även något som framhålls i annan forskning (Kvarström 2008, Petri 2010 & Rodriguez *et al.* 2005).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie upplevde att läkarna inte hade förståelse för deras arbetsuppgifter med telefonrådgivning och hade åsikter om att distriktssköterskan gjorde felbokningar i läkarens tidbok. Resultatet i föreliggande studie visade att läkare ibland har en dålig attityd och bemötande mot distriktssköterskan. Vissa läkare beskrevs ha en underordnad syn på sjuksköterskor. Petri (2010) framhåller vikten av ömsesidig respekt och förtroende för att kunna skapa en god samverkan mellan olika yrkeskategorier.

Viss forskning visar att det finns bristande kunskap och förståelse om andra yrkeskategoriers kompetens och ansvar (Rodriguez *et al.* 2005). Enligt Hughes och Fitzpatrick (2010) fokuserar den traditionella läkarutbildningen mera på utvecklandet av teknisk kompetens snarare än social kompetens. Detta kan resultera i inställningen att arbeta ensam i stället som en medlem i ett team vilket blir en kontrast till sjuksköterskans utbildning i omvårdnad där det läggs större vikt på social kompetens (Hughes & Fitzpatrick 2010). Delva *et al.* (2008) och Rodriguez *et al.* (2005) menar att det finns ett behov av att lära sig mer om andra

teammedlemmars roller. Petri (2010) & Rodriguez *et al.* (2005) påpekar vikten av utbildning för att öka denna förståelse för andra yrkeskategorier.

Enligt Weller *et al.* (2011) anser både sjuksköterskor och läkare att vissa läkare upplevs arroganta vilket blir ett problem eftersom det hindrar en god relation mellan kollegor.

Rosenstein & Naylor (2012) har gjort en studie där man kartlagt sjuksköterskors och läkares uppfattningar om dålig attityd och störande beteende på akutmottagning. Deras resultat visade att dålig attityd och bemötande mellan arbetskamrater försämrar kommunikationen och får negativa konsekvenser för arbetsmiljön och patientsäkerheten.

Maktskillnaden mellan sjuksköterskor och läkare är en betydande faktor som hindrar en god samverkan mellan parterna (Rodriguez *et al.* 2005, Schadewaldt *et al.* 2013). Tidigare forskning har visat att sjuksköterskor upplever sig ha en ojämlik relation till läkaren och att detta sågs som normalt och inte ifrågasattes. Sjuksköterskor beskrev att de var tjänarinnor till läkaren och att läkare hade stor makt (Daiski 2004). Samtliga deltagare i föreliggande studie, förutom en, upplevde att läkaren har stor makt i jämförelse med dem själva. Enligt Daiski (2004) fanns en uppfattning hos sjuksköterskorna att en förändring av detta måste åstadkommas av sjuksköterskorna själva genom ökad opinionsbildning. Annan forskning visar att läkaren anses ansvarig för denna hierarki (Savic & Pagon 2008). I Kvarnstöms (2008) studie inom primärvården framkom att organisationen har hierarkiska värderingar av olika yrken vilket gjorde att vissa yrkeskategorier, exempelvis sjuksköterskor inte kände sig värderade. Petri (2010) påpekar vikten av organisatoriskt stöd till samverkan mellan olika discipliner i form av utbildningar, resurser och belöningar. Danermark (2004) menar att ledningen bör ha en aktiv roll och ansvara för att skapa förutsättningar för en positiv samverkan på arbetsplatsen. Deltagarna i föreliggande studie ansåg att läkarna får flera förmåner än distriktssköterskorna vilket bidrog till en känsla av ojämlikhet. Detta ansågs påverka samverkan negativt. Tame (2012) menar att de hierarkiska strukturerna mellan läkare och sjuksköterska kan suddas ut om sjuksköterskan vidareutbildar sig. Vidareutbildningen hos sjuksköterskor gav dem en känsla av högre status vilket underlättade samverkan med läkare (Tame 2012). Jämlikhet är en förutsättning för en god relation vilket i sin tur underlättar samverkan (Danermark 2004).

### **Distriktssköterskans strategier för att underlätta samverkan med läkare**

Deltagarna i studien beskrev hur de på bästa sätt försöker göra kommunikationen till läkaren så tydlig som möjligt. Apker *et al.* (2006) menar att det är betydelsefullt att kunna anpassa



kommunikationsstil med olika personligheter, roller och utefter omständigheter i situationen. Detta bidrar till professionalism och främjar god samverkan (Apker *et al.* 2006).

Forskning har visat att det finns uppfattningar om att läkaren har mer makt och att arbetet ska anpassas efter deras behov. Sjuksköterskan anpassar därför sitt arbetssätt efter läkaren (Delva *et al.* 2008). Detta var även något som framkom i föreliggande studie då ett flertal deltagare beskrev hur de anpassar sitt arbete i telefonrådgivningen efter läkarens stressnivå och att inte komma med alla frågor vid samma tillfälle för att läkaren inte skulle bli stressad. Några av deltagarna försökte exempelvis att möta läkarens behov genom att skapa variation i tidboken.

### **Metoddiskussion**

Kvalitativ metod kan användas för att studera människors upplevelser, och utifrån syftet med studien valdes denna metod (Polit & Beck 2008).

Tillförlitligheten (*trustworthiness*) i kvalitativa studiers resultat kan beskrivas utifrån de olika begreppen trovärdighet (*credibility*), pålitlighet (*dependability*) och överförbarhet (*transferability*). Trovärdigheten i studiens resultat kan stärkas om undersökningsgruppen har en stor bredd med exempelvis varierande åldrar på deltagarna, olika kön och olika lång erfarenhet inom området. Studiens pålitlighet ökar om samtliga deltagare får samma intervjufrågor och att både datainsamlingsmetoden och analysprocessen skett likadant för alla intervjuer. Begreppet överförbarhet innebär i vilken utsträckning man kan överföra studiens resultat till annat sammanhang. Det är upp till läsaren själv att avgöra studiens överförbarhet. Överförbarheten ökar om författaren tydligt beskriver urval, deltagare, datainsamlingsmetod och analysmetod (Graneheim & Lundman 2004).

Undersökningsgruppen i studien hade varierande åldrar mellan 40- 65 år. Deltagarnas erfarenhet som distriktssköterska varierade mellan 9-24 år. Författaren hade som mål att intervjua deltagare som i olika omfattning arbetade med telefonrådgivning då detta skulle kunna ge ett mer variationsrikt resultat. Antal timmar i telefonrådgivning per vecka varierade hos deltagarna mellan 8-30 timmar. Deltagarna arbetade på fyra olika hälsocentraler. Dessa variationer i urvalsgruppen stärker studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004).

Kvalitativ innehållsanalys är en lämplig analysmetod för kvalitativa intervjuer (Graneheim & Lundman 2004). Analysprocessen skedde i samråd med handledare och diskuterades med studiegruppen vilket stärker studiens pålitlighet. Analysprocessen redovisas med exempel i metoden. Citat redovisas i resultatet för att framhålla det som beskrivits i intervjuerna och är numrerade vilket stärker studiens trovärdighet. Författaren utformade en intervjuguide med

öppna frågor utifrån syftet med studien vilket gör att deltagaren kan uttrycka sig fritt med egna ord. Detta är viktigt för att fånga deras egna upplevelser (Polit & Beck 2008). Samma intervjuguide användes till samtliga deltagare. Detta stärker studiens pålitlighet.

Intervjuguiden testades i en provintervju som lyssnades igenom och diskuterades med handledare. Att göra en provintervju stärker kvaliteten på intervjuguiden (Polit & Beck 2008). Därefter gjordes små justeringar för att få mer tydliga frågor. Justeringarna bestod av att ändra begreppet ”samverkan” till ”samarbete” i intervjuguiden eftersom begreppet ”samverkan” upplevdes svårdefinierbart och abstrakt för deltagaren. När författaren ändrade till begreppet ”samarbete” tycktes det bli mer naturligt och lättare för deltagaren att förstå. Då dessa justeringar inte var omfattande har författaren använt sig av provintervjun i resultatet. Intervjuerna varade mellan 25-45 minuter. Valet av plats för intervjuerna är viktigt då det kan ge en känsla av trygghet för deltagaren (Olsson & Sörensen 2011). Deltagarna fick själva bestämma tid och plats för intervjuerna och författaren hade avsett tillräckligt med tid. Något som påverkar studiens pålitlighet negativt är att det i föreliggande studie enbart är en författare. För att stärka pålitligheten har författaren haft kontinuerliga diskussioner med handledare. Att författaren har begränsad erfarenhet av att göra intervjuer kan även ses som en svaghet.

### **Kliniska implikationer för omvårdnad**

Resultatet i föreliggande studie ger inblick i hur distriktssköterskor upplever samverkan med läkare på hälsocentral i samband med telefonrådgivning. Det framkom då olika faktorer som upplevdes hindra en god samverkan. Dessa faktorer är viktiga att belysa och bör uppmärksammas av organisationens ledning eftersom en mindre fungerande samverkan leder till sämre patientsäkerhet.

Forskning har visat att utbildning och träning i multidisciplinärt teamarbete kan förbättra kommunikationen och minska hierarkiska strukturer mellan yrkesgrupper (Sehgal *et al.* 2008).

För att stärka relationen och underlätta samverkan mellan distriktssköterskor och läkare kan chefer inom primärvården använda sig av teambuilding med samlärandeövningar i den kliniska verksamheten. Distriktssköterskor behöver stöd från chefer och ledning för att få en mer jämlik relation till läkaren.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Föreliggande studie hade en kvalitativ ansats och beskrev ett fåtal distriktssköterskors upplevelser och reflektioner. Kvantitativ forskning skulle kunna säga mer om hur en större grupp distriktssköterskor upplever samverkan med läkare.

### **Slutsats**

Samverkan mellan distriktssköterska och läkare beskrevs ofta fungera väl enligt deltagarna i studien. Men det fanns en rad faktorer som ansågs försvåra samverkan mellan distriktssköterska och läkare. Dessa faktorer var *Stress och resursbrist, Kunskapsbrist hos läkaren, Attityd och bemötande, Bristande förståelse för distriktssköterskans arbete samt Läkarens maktposition*. För att tillmötesgå läkaren och underlätta samverkan mellan de två yrkesgrupperna anpassade distriktssköterskorna sitt arbete i telefonrådgivningen efter läkarens behov. Det framkom att deltagarna i studien ibland inte kände sig lika uppskattad som läkarna av chefer och ledning eftersom läkarna upplevdes få flera förmåner än distriktssköterskorna, som exempelvis utbildning. Det är av stor vikt att belysa samverkan mellan vårdpersonal då detta påverkar patientsäkerheten och arbetstillfredsställelsen.

## Referenser

Apker, J., Propp, K., Ford, W., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion and Coordination: Professional Nurse Communication Skills Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*. 22 (3); 180-189.

Arbetsmiljöverket. (2014). Hämtad 2014-08-21.  
[http://www.av.se/teman/datorarbete/olika\\_miljoer/callcenter/vad.aspx](http://www.av.se/teman/datorarbete/olika_miljoer/callcenter/vad.aspx)

Berlin, J., Carlström, E. & Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

CODEX - regler och riktlinjer för forskning. Hämtad 2014-06-04.  
<http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Daiski, I. (2004). Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing* 48(1), 43–50.

Danermark, B. (2004). *Samverkan – en fråga om makt*. Stockholm: Författaren och Förlagshuset Gothia AB.

Delva, D., Jamieson, M. & Lemieux, M. (2008). Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22(6): 598 – 611

Distriktssköterskeföreningen. (2005) Hämtad 2014-06-04.  
<http://portal.omv.lu.se/publicfiles/specutb/dsk/200802/kursadm/dskn11/kompetensbeskrivning%5B1%5D.741.pdf>

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Studentlitteratur AB, Lund.

Ernesäter, A., Engström, M., Holmström, I. & Winblad, U. (2010). Incident reporting in nurse-led national telephone triage I Sweden: the reported errors reveal a pattern that needs to be broken. *Journal of telemedicine and Telecare* 2010; 16:243-247.

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

Hallin, B. & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering, inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Holm-Hansen, E. & Hunskaar, S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 19:48

Huges, B. & Fitzpatrick, J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care* 24(6): 625–632

Holmström, I.(red.) (2008). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

- Holmström, I. & Dall'Alba, G. (2002). Carer and gatekeeper – conflicting demands in nurses experiences of telephone advisory services. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16:142–148
- Kaminsky, E., Rosenqvist, U. & Holmström, I. (2008). Telenurses' understanding of work: detective or educator? *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 382–390
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.L. (red.) (2006). Grundläggande omvårdnad del 4, Stockholm: Liber AB
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2): 191 – 203
- Leever, A.M., Hulst, M.V.D., Berendsen, A.J., Boendemaker, P.M., Roodenburg, J.L.N. & Pols, J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24(6):612-624
- Leppänen, V. (2010). Power in telephone-advise nursing. *Nursing Inquiry* 17:15-26
- Leppänen, V. (2002). *Telefonsamtal till primärvården*. Lund: Författaren och Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (2014) Hämtad 2014-06-04. <http://www.ne.se/lang/makt/249137>
- O'Brian, J.L., Martin, D.R., Heyworth, J.A., & Meyer, N.R. (2009). A phenomenological perspective on advanced practice nurse–physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21:444–453
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2), 73–82.
- Poghosyan, L., Nannini, A., Stone, P.W. & Smaldone, A. (2013). Nurse Practitioner Organizational climate in primary care settings: Implications for professional practice. *Journal of Professional Nursing*, 29:338–349
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 133–147.
- Robinson, F.P., Gorman, G., Slimmer, L.W. & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nursing Forum* 45;3, 206-216.

- Rodriguez, L. San Martin., Beaulieu, M-D., Dámour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care* 1: 132–147
- Rosenstein, A. & Naylor, B. (2012). Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviours in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 43;139–148
- Savic, B.S. & Pagon, M. (2008). Relationship Between Nurses and Physicians in Terms of Organizational Culture: Who Is Responsible for Subordination of Nurses? *Croatian Medical Journal*. 49:334-43
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J.E. & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Family Practice* 14:132
- Sehgal, N. L., Fox, M., Vidyarthi, A. R., Sharpe, B. A., Gearhart, S., Bookwalter, T., Barker, J., Alldrege, B.K., Blegen, M.A. & Wachter, R.M. (2008). The triad for optimal patient safety (TOPS) project. A multidisciplinary teamwork training program: the triad for optimal patient safety (TOPS) experience. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 2053-2057.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Informationsöverföring och kommunikation*.  
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- SOSFS 1999:5. *Socialstyrelsens föreskrifter om allmäntjänstgöring för läkare*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för telefonsjuksköterska*.  
[http://www.esh.se/fileadmin/erstaskondal/Alumni/vanforeningen/vanforeningen\\_kompetensbeskrivning\\_telefonsjukskoterska.pdf](http://www.esh.se/fileadmin/erstaskondal/Alumni/vanforeningen/vanforeningen_kompetensbeskrivning_telefonsjukskoterska.pdf)
- Tame, S.L. (2012). The effect of continuing professional education on perioperative nurses relationships with medical staff: findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 817–827.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review* 60, 291-302.
- Thornquist, E. (2001). *Kommunikation I kliniken*. Studentlitteratur.
- Vazirani, S., Hays, R.D., Shapiro, M.F. & Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care* 14, 71–77.

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

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

Wanzer, M. B., Wojtaszczyk, A. M. & Kelly, J. (2009). Nurses perceptions of physicians communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration. *Health Communication* 24, 683-691.

Weller, J. Barrow, M. & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education* 45: 478-487