

Open end interview with Julia, nurse.

Julia was prepared and knew the topic from earlier conversations.

English version further down

**Namn?**

Julia Hansson

**Titel?**

Sjuksköterska

**Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?**

Jag har jobbat som sjuksköterska i tre år.

**Hur länge har du jobbat i Osby kommun?**

Mm I 1,5 år snart två år.

**I Lönsboda då?**

Ja

...

**01:37 Kan du berätta om hur det går till i ett samtal mellan läkare och sjuksköterska?**

Hmm Jag tänker att jag kanske kan börja att berätta hur det går till olika tider på dygnet då det känns som att det är viktigt. På dagtid 8-17 då är det en läkare, en specifik läkare som vi har kontakt med. Som är knuten här till Hälsa, vårdcentralen i Lönsboda. Det är en läkare som har jobbat här länge, nu är den läkaren som har ansvar för hemsjukvården. Som har en god relation, vi känner varandra. Läkaren mycket till patienterna, har god bakgrundskunskap, det är situationen under dagtid, vardagar.

**Och det är alltid samma läkare?**

Ja det är det. Ehm men det är under förutsättning att patienten är skriven på Hälsans vårdcentral. Sen finns det vissa fall, vi önskar ju alltid att de ska skriva sig där för det underlättar alltid vårt arbete mycket. Men de finns vissa som inte vill det, utan vill vara skrivna på en annan vårdcentral och då har vi en annan situation det är fortfarande att vi vänder oss till vårdcentralen mellan 8-17 men det kan vara olika läkare. Men vi har ingen relation med den läkaren, de känner inte oss och vi känner inte dem.

**03:37** Resten av tiden efter 17 vänder vi oss till Falck läkare, då är det dem som är vår jourläkare kan man säga. Och där har vi ju sällan ett ansikte, vi kan ju ha träffat Falck läkaren vid något hembesök tidigare eller så. Men det är ju inte så att vi känner varandra. Så då är det situationen lite annorlunda. Där finns en timmes glapp mellan 17-18 där man ska ringa till Värnhem vårdcentral i Hässleholm som är dem som täcker upp den där timmen då vårdcentralen har stängt.

**Så Falck är först efter 18?**

Ja. Men det är sällan. Man väntar ju heller i så fall, om det är något akut så väntar man.

**Ni ringer hellre upp Falck än Värnhem?**

Ja det är ju bara en kort tid, och det är bara personer som är inskrivna i något som heter Mobilt Vårdteam, det kan vi ju gå in på senare om ni är intresserade, jag kanske inte har jättemycket svar på det heller än så länge.

Situation hemma hos patienten kan se väldigt ut. Det kan vara att vi har planerat ett besök tex. Jag kanske lägga om ett sår, som är planerat som tidigare. Jag har inte kommit dit i tro om att jag behöver komma i kontakt med läkare. Så det kan vara väldigt många olika anledningar till varför jag är hemma hos patienten. Det kan vara planerade behandlingar, omläggningar, kanske någon injektion eller något läkemedelsrelaterade eller ja utvärdera något. Så det kan vara väldigt många olika saker som vi utvärderar som smärta eller inkontinens hjälpmedel. Eller bara höra hur dem har det ibland om det har varit tufft, så det kan vara olika.

Men det kan ju också vara att hemtjänsten har varit hemma hos en patient och uppmärksammat att patienten inte mår bra. Det kan vara så patienten själv larmar och säger att de inte mår bra och att de behöver pratat med en sjuksköterska. Det kan vara att hemtjänstpersonalen fattar direkt att det här låter inte bra, och då kan det vara så att vi åker dit där tillsammans, både jag och personer från hemtjänsten.

### **Så hemtjänsten är dem som alltid är där (hos patienten)?**

Ja.

### **Sen kallas du dit när något extra behövs?**

Ja eller om jag har något planerat besök. Så det är ju hemtjänsten som oftast, om man har hemsjukvård så har man oftast hemtjänst. Det finns ju fall där man har rätt till hemsjukvård för man har svårt att ta sig till vårdcentralen. Det är kriteriet, man kallar det för tröskelprincipen, att kan man ta sig till vårdcentralen så är det vårdcentralen som hjälper till och sjuksköterskorna där. ...

### **Och när hemtjänsten märker att något har försämrats för patient då är det i första hand er, sjuksköterskor de ringer? Så det går igenom er innan det går till läkaren?**

Ja. Så alltid när jag, när vi är osäkra på vilket vårdnivå vi ska välja, om det behövs en läkarkontakt, om det är försämringar med tillståndet. Så beslutade det ju förra året, eller i slutet av 2017, hösten. Att man ska använda ett beslut stöd som är framtaget på sjuksköterskor som heter ViSam beslutstöd.

...

Det är som en checklista som utgår från ett bedömningssätt som man har inom sjukvården som kallas för ATE(?). Jag beskriver det väldigt lätt, det betyda att man bedömer de allvarligaste situationen först. Så man kollar först om personen andas. Så det är ett väldigt strukturerat checklista. Och knuten då till checklistan är då också att man ska kolla vissa saker som kallas vitala parametrar. I det är då tex hur snabbt man andas, hur många andetag på en minut, hur man syresätter sig. Man kollar puls och blodtryck.

...

Vi använder den här checklistan varje gång vi är osäkra vid försämring i allmän tillståndet, för då behöver vi kolla alla de vitala parametrarna för att kunna presentera dem för en läkare.

### **Så innan varje ringer läkare så måste ni har checkat av listan?**

Ja precis.

Och knuten till den där listan finns också många andra saker för den ska ju hjälpa oss och ge råd till vilken vårdnivå vi behöver lägga, vårdnivå då pratar man om vi behöver,

om det är ett tillstånd som kan räcka med att man har kontakt med vårdcentral eller om man behöver akut sjukvård.

Så då har vi gått igenom den här checklistan, och vi får lite råd. Oftast så har vi ju fler följdfrågor som vi tar reda på innan vi ringer läkaren.

**Ringer ni alltid läkaren då efter ni har gått igenom checklistan. Eller gör ni först en bedömning utefter checklistan och sedan bestämmer ni om ni ska göra det (ringa)?**

Nä vi ringer inte alltid. Utan vi checkar av, och sedan har vi det som grund för att bedöma. Och sen är det såklart att är det akuta situationer där man direkt bedömer att det behövs akuta sjukvård och det är jättebråttom liksom så lägger vi inte tid på att ringa till Falck läkare innan. Utan då måste man lägga tiden att tillkalla ambulans direkt. Men man måste ändå alltid kolla de här parametrarna ändå. Så det är någonting som är grundläggande för att bedöma.

**11:11 Så då är det 112 direkt?**

Ja.

Om det inte är en sån akut situation så man måste larma direkt, då är det sagt att man alltid ska kontakta ansvarig läkare om det finns något avvikande i dem parametrarna innan man beställer ambulans. Men är det superakut så ska man ju inte slösa tid på det. Så är situationen, att vi har det underlaget. Ibland så känner ju vi inte vårdtagarna inte alls särskilt väl. För vi är uppdelade i olika områden. Så jag är i hemsjukvården, jag är inte på vardagar, har jag inte ansvar för boendena i Lönsboda. Utan då är det en sjuksköterska som har hand om varje boende. Men på kvällar och på helger så täcker vi upp. Då är det vi hemsjukvården som täcker upp för dem. Så vi jobbar oregelbundet, det gör inte dem. Så ibland har jag ju ganska så dålig kännedom om personen. Så det kan ju också påverka hur väl man känner till någons bakgrund. Sen har vi ju journal man kan läsa på. Och man kan ju läsa på mer eller mindre pga hur akut situationen är.

**Hur har ni tillgång till journalen?**

Via dator.

**Om du är ute hos en patient, hur har du då tillgång till journalen? På telefon?**

Nä hemma hos patienten, det finns en dator som vi ska kunna logga med och ta med oss. Men det är ingenting som vi använder frekvent skulle jag vilja säga, att ha med oss. Utan vi har oftast läst på innan.

Det finns ju alltid läkemedelslista hemma hos vårdtagaren så man kan se där vilka mediciner som vårdtagaren tar. Beroende på vilka mediciner så kan man också få, då förstår man ju också vilka problem personen har. Det är inte så att hemma hos patienten finns sammanställt över vilka diagnoser som någon har, det får vi inte ha. Utan det är bara via dator journalen. Eller man kan också, vi har det utskrivet inlåst i vårt skåp.

**För det inte är säkert?**

Nä det är med sekretessen och så.

Men, om man är här och man vet att det är någonting akut, man kanske inte hinner läsa, kan man ändå ta med sig journalen som vi har här. Det brukar jag göra om det är någonting som är akut och man inte har bakgrunden.

Så det är lite olika situationen där helt enkelt.

Så det är lite olika situationen där helt enkelt.

### **14:31 Vad skulle du säga är det vanligaste samtalet?**

Ja det är ju väldigt intressant, vi hade ju mycket den här diskussionen då vi träffade Innovation Skåne, då var jag med där i den gruppen. Jag skulle nog vilja säga att vi är ganska så duktiga på undvika sjukhusvård här. Vi är duktiga på att ta det med den läkaren som vi känner när vi har rond tid. Och vi träffas en gång i veckan med den ansvarige läkaren. Vi får ringa annars också under vardagar. Han är behjälplig till oss. Och det funkade bra med att han gör hembesök, att vi planerar vi det som en akut

### **Så han för hembesök också?**

Ja men akuta hembesök kan vara svåra att få till.

### **Ni kan ringa honom då också när han inte jobbar?**

Mmm då har han som en sån jour till oss. Men det är bara på vardagar och under dagtid när vårdcentralen är öppen.

Det kan ju vara någon som har fallit så ska man bedöma om detta är något som är akut, kan det vara någon fraktur, kan det vara någon blödning. Det vanligaste samtalet från undersköterskor eller hemtjänstpersonal kan ju vara att personen inte är sig lik. Det är ju en väldigt vanlig formulering. Det är ju svårt att...bedöma... Men då får man ju åka dit och det kan ju vara väldigt svårt att bedöma om man inte känner personen och det inte visar någonting på de vitala parametrarna eller så. eller något avvikande. Men jag skulle nog säga att det vanligaste att vi ringer hit en Falck läkare på så obekväma tider och bokar hembesök. För då kan vi, för på obekväma tider är när vårdcentralen har stängt, kan vi ringa Falck läkare. Dels så kan vi ringa för att boka ett hembesök av en läkare som kan komma då på kvällen eller natten. Eller under helgen. Men vi kan också få rådgivning. Jag tänker att det ganska så viktigt i denna situationen. 17:14 För jag tänker i alla fall att om vi hade möjlighet att kolla fler saker, kanske hade. Möjlighet att ta vissa blodprov, så skulle vi kunna presentera ett större underlag för läkaren när vi har rådgivning. Och dem kanske skulle kunna ge oss en ordination baserat på det underlaget som vi presenterar. Det skulle kunna vara tex att vi hade digitala stetoskop. Personen har fått en infektion, det är inte tillräckligt allvarligt för att man behöver skicka någon till sjukhus, men det behövs en påbörjades, en antibiotika behandling innan måndag tex, detta är kanske på lördag morgon. Om ja hade kunnat ta, kontrollera ett värde som heter, CRP. Det är som en snabbsänka, och kanske om det fanns digitala stetoskop. Så läkaren skulle kunna lyssna samtidigt. Eller om vi hade kunnat ha video, läkaren hade kunnat prata med patienten och kunna bedöma situationen lite lättare. Så tror jag att man kanske kunnat undvika några sådana hembesök.

### **Ni får inte ta blodprov?**

Jo vi tar ju blodprov men det gör vi bara på ordination av läkare. Men vi har ingen möjlighet alls att analysera några blodprov alls. Falck läkare som kommer hit, de har inte någon jättestor bedömningsutrymme. De kollar inte heller jättemånga blodprov när de kommer. Men de har ju vissa prover, som man skulle kunna se blodvärde, om det finns en infektion, snabbsänka. Så jag tänker skulle kunna underlätta mycket. Men då är frågan, räcker det? Eller är tilliten så viktigt, eftersom jag och läkaren inte har en, byggt upp någon tillit. Skulle det räcka för dem?

**För då skulle du kunna få lite mer konkret fakta att presentera för dem. Dem här proverna, är de pålitliga? Finns det prover som ni hade kunnat att mer er ut?**

Jo det finns ju små apparater som man kan analysera med på plats.

Jag ska bara gå tillbaka att jag tror att de flesta Falck läkarbesök beror på infektioner. Lunginflammationer, sår som har blivit infekterade och behöver direkt antibiotika behandling. Det är oftast det.

**Skulle blodprov kunna bevisa att det är en infektion i kroppen och ni skulle kunna ställa en diagnos själva utan läkare, eller behöver ni tillkalla läkare ändå?**

Vi behöver, vi kan inte ställa diagnosen, men vi kan presentera fler fakta för en läkare som, och utifrån det så skulle läkare kanske på distans kunna ge ordination. Vi har ju ändå ett basförråd av vissa läkemedel. Och utifrån det skulle läkaren, om tilliten är tillräcklig då ge en ordination då.

**... Läkare får ge ordination på distans?**

Ja

... Om man behöver mer information för att försäkra sig om det är en infektion så har vi inte möjligheten att kolla det åt dem. På distans.

**Tror du att ju mer information du har som sjuksköterska om patienten, skapar det större tillit i relationen till läkaren?**

Ja asså jag vet inte. Det beror på vad man läser in i tillit tänker jag. Men i alla fall om det är en läkare som man inte har någon naturlig tillit som man har byggt upp. Så om jag har mer fakta att presentera, om det är en lunginflammation man misstänker tex och läkaren själv kan lyssna och jag kan ta ett värde och visa som tyder på att det finns en infektion. Och läkaren kan lyssna själv och känna att det här verkar var en lunginflammation och inte vätska på lungorna tex. För det kan vara skiljer ju sig mycket i hur man behandlar det. Ju mer värden, ju fler parametrarna som är konkreta frö läkaren och där läkaren själv kan skapa sig en uppfattning, ju fler sådana saker jag kan överlämna, desto lättare kan läkaren ta på sig det ansvaret och ge en ordination på distans. Tror jag. Och kanske på sikt, när man har jobbat så ett längre tag så tror nog jag att tilliten kan öka. i relationer där att man har kompetens, fast. man kanske inte träffas så mycket heller. Så tror jag nog att man kan bygga upp den där tilliten mer på distans ändå.

**Oftast så ligger inte problemet med tilliten inte när ni träffar vårdcentralsläkaren här? Utan när ni pratar med Falck läkaren?**

Jag tycker samarbetet fungerar jättebra med vårdcentralsläkaren. Man bygger upp en tillit där han har koll på hur vi jobbar, han har koll på vad vi brukar tänka på ... att de fakta som jag presenterar brukar vara relevanta. Jag tänker att det är utifrån det som tilliten kan byggas upp. För det är ju ändå så att någon annan, det är ändå så att det är hen som har det medicinska ansvaret. Jag bara presenterar fakta. Om där då inte finns en tilliten som man har byggt upp, då blir då problematiskt. Och man lägger ju sin egen legitimation, man tar på sig ett ansvar som läkare när man ordinerar eller får till sig information.

**Det finns inget ansvar hos sjuksköterskan där?**

Jo, fast det är inte vi som har det medicinska ansvaret utan det är någon annan som har mer kunskap kring det. Så när det gäller omvårdnad så är det ju vi har.

**Eftersom ni inte tar de slutgiltiga besluten?**

Nä, det är därför vi har någon att rådfråga. Och om då Falck läkaren inte har koll på oss och hur funkar och vi kan inte presentera en bredare fakta, då blir det ju svårt för den läkaren att skapa sig en bedömning. När tilliten inte finns där.

**Så det görs oftare ordinationer på distans under ordinarie tid än vad det görs under jourtid?**

Mmm (lång paus) det är lite svårt att veta om det är mer. Vi brukar ju första ta det mesta när vi har den ordinarie rond tiden. Men vi har ju alltid några fall som vi kontaktar under veckan också. Ja det är nog mer ordination på distans. Sen har jag inga siffror att presentera men det är min känsla.

**För att där finns tilliten och ni kan presentera den informationen som ni kan få tag på och han som jobbar här känner till hur ni jobbar och era intentioner?**

Och patienterna, också.

**När du ringer upp Falck läkarna vilken information ger du dem, berättar om för dem vilken relation du har till patienten? Så här ofta träffar patienten, ger du ut sådan information också?**

(lång paus) Det brukar jag göra när jag tycker att det är relevant.

**Så det är en bedömningsfråga?**

Ja. Vi försöker ju rapportera enligt SBAR ... så att man ska tänka på att rapportera systematiskt, att man kortfattat beskriver situationen, att man beskriver en bakgrund. Det kan ju vara vilka diagnoser, och inom bakgrund kan det ju också betyda... hur jag har bedömt situationen tidigare, om jag har en bakgrund eller vad som har hänt där tidigare. Där tänker jag att det också kan vara relevant att jag kan inte bedöma det här. Jag vet inte om personen är sig lik eller inte för jag har aldrig inte träffat människan innan, men om vårdnadspersonalen säger att det är så.

Och så brukar jag nämna vad jag, har för...

**Men om det är en patient som du har träffat tidigare, någon som du känner ganska väl, finns det möjlighet att det skulle skaffa en tillit till dig om läkare känner till att du har en viss relation till patienten?**

Joo, det tror jag nog faktiskt, att kan, att det är någonting som dem kan väga in.

**Att du får någon slags auktoritet i den situationen?**

Ja i alla fall att jag har ... Ja.

**29:36 All kommunikation med läkare sker över telefon?**

Ja

**Vet du vilken information läkaren har framför sig?**

Då är situationen olika. Vårdcentralens läkaren har tillgång till hela journalen medan Falck läkaren har mindre tillgång tror jag. Men de kan ändå gå in och se om man berättar liksom att det har tagits prover, de utreder någonting men man har inte hunnit få svar under veckan. Och nu har det här blommat upp på helgen kan du se, om det har kommit, om det är något som är relevant liksom i en eh lite superakut situation liksom som inte kan vänta. Så har dem lite tillgång där.

**Är det alltid samma Falck läkare som svarar när ni ringer som sedan gör patient besöket?**

Nä det brukar vara olika läkare är känslan.

**Hur känns det när det är olika läkare, ni har ju förklarat situationen för en läkare sen kommer en annan, är det problem?**

I praktiken så är det, om vi säger. tex att jag kan vara osäker, kan detta vänta eller är jag osäker om jag ska boka ett hembesök av en läkare eller om jag ska ringa ambulans, då kan jag ringa rådfråga en läkare och då pratar jag med en rådgivande läkare direkt. Men om jag bokar ett hembesök, så pratar jag inte med den läkare som sk komma sen utan då pratar jag med en sjuksköterska. Och beskriver situationen där. Sen brukar vi ju alltid försöka att möta upp läkaren. Vissa situationer känns det kanske inte så viktigt att en sjuksköterska är på plats när läkaren kommer. Och ibland så känns det jätteviktigt. Boende på hur allvarligt det är.

**Om det är en ganska allvarligt situation då stannar ni kvar på plats tills läkaren kommer?**

Nja det brukar oftast dröja ett par timmar. Jag tror de har en inställelse på fyra till sex timmar.

**Så då återkommer ni när läkaren när på plats?**

Ja

**Kommer de från Malmö?**

Ja precis.

...

**33:00** Jag tror att det framförallt är i förhållande till jourläkare som det är extra viktigt att, att hitta fler verktyg som man kan presentera fler fakta för läkare. Men det skulle vi ju ha nytta av även annars, men där är ju tilliten väldigt välfungerande (relation med vårdcentralsläkare). Tycker vi här i Lönsboda. Jag kan inte svara för hur det är annars.

**Vad sker när tilliten inte finns där? vad är det största problemet när tilliten brister?**

Jag tycker att det är ett välfungerande samarbete. Jag tycker att det funkar jättebra. Dem är alltid professionella och duktiga och man får svar på sina frågor. Det är liksom inget problem med samarbetet på det sättet. Men jag tänker att man skulle kunna undvika en del hembesök av läkare om vi kunde presentera fler fakta för dem, och därmed kunna skapa en trygg situation för läkaren, att dem skulle kunna känna mer tilliten. Och då också kanske till vad som har beaktas, och att dem skulle kunna våga ordinera saker på distans. Tror jag.

Men det är ett välfungerande system ändå.

**Det är inte systemet i sig det är fel på?**

Nä men ni förstår vad jag menar där.

**Hade det på sikt kunnat vara så att man lärde känna Falck läkarna?**

När det gäller rådfrågning så gör man ju det lite oftare.

**Så när du ringer upp så kan det vara samma person som svarar? Är det oftare samma person?**

Jag kan nog säga såhär att när det gäller rådfrågning så har jag mer koll på en läkare. För det är oftare i förhållande till storhelger, när vårdcentralen har stängt lite längre tid som man kanske behöver utnyttja tjänsten lite mer. Och då är det oftast en läkare (skrattar och ler) som brukar jobba, som ger råd. Och då har jag fått lite känsla för den personen.

**Hade du föredragit att ha kontakt mer samma rådgivare? Kanske samma två eller tre läkare som roterar?**

Jag tror ju att man lättare skulle kunna bygga en tillit. Men dem skulle ju ha ett väldigt stort uppsamlingsområde. Och det har dem ju. Så jag tror inte det praktiskt möjligt. Det är så sällan man har den kontakten.

**Men du känner att det skulle kunna skapa mer tillit om det var samma läkare du pratade med?**

.. Jag vet ju mer hur den personen fungerar. Hur

**Och vice versa?**

Ja. Men tror ju kanske inte att den personen som har ett större uppsamlingsområde har något kom ihåg av mig. För den personen ger ju väldigt mycket råd hela tiden. Jag ringer ju så sällan. Så då kommer jag ju ihåg samtalen mer. Än någon som sitter och ger råd och får många samtal. Så jag tror ju inte att där har byggts upp någon tillit tillbaka till mig. Jag tror att det blir svårt också i en sådan jour verksamhet där uppsamlingsområdet är så stort. Men kanske om där fanns ekonomisk möjlighet att ha mindre, lokalt om man hade en kontakt.

**Känner du att du skulle vilja ha ett ansikte på personen eller skulle det räcka att du bara känner igen namnet och rösten?**

Asså jag tror, jo faktiskt men det är ju faktiskt någonting som händer i mötet i med människor. Att man kan komma vidare i tilliten och bilda sig en uppfattning om personen. Det kan ju vara på positivt och negativt. (skattar)

Men jag tror att det personliga mötet spelar roll. Och när man inte har det. Att man behöver bygga tilliten med mer fakta.

**Hade en videosamtal mellan dig och läkare kunnat vara relevant för att öka tilliten?**

Jag tror inte video kan ersätta. Då funkar det lika bra med telefon för mig. Utan det är det fysiska mötet.

**Så det räcker inte att se något ansikte på en skärm?**

Jag tror inte det.

Men det är inte så att jag är negativt till videokommunikation. Jag tror att det skulle kunna gör något för läkaren att se patient. Så läkaren kan se färgen, är personen kallsvettig? hur ser ögonen ut? Läkaren skulle kunna se det själv.

**Så videosamtal mer där läkaren kan undersöka patienten än att kunna ha ett samtal med dig?**

Men för min del att bygga tillit så behöver inte jag, se läkare på skärm. Jag tror att det är något som händer där (under det fysiska mötet) men det är ju inte bara att träffa personen utan det är ju att se hur den personen agerar i en situation som den är och märka vad personen tar hänsyn till och tankesätt och det är ju jättestort liksom.

**Om du hade kunnat jobba med färre rådgivare, hade du kunnat över en längre tid en större tillit?**

Mmm

**Ungefär hur ofta tror du att du ringer Falck?**

**40:44 EN gång i veckan?**

Nä det är mer sällan än så.

**Två gånger i månaden?**

Ja. Max. Nä men två gånger kanske vara en rimlig siffra att ta utslaget. För ibland kan det ju vara att man får ringa flera gånger på en helg liksom. Men två gånger per månad kan vara rimligt.

**Och då pratar vi utkörningar?**

Nä bara samtal och rådgivning.

**Hur många av samtal blir utkörning tror du?**

Jag tror att Lina har bäst siffror på det.

Det behöver jag inte sitta här och gissa. Lina skulle kolla upp det.

Men jag tror att hon sa att vi hade ganska låga siffror. Både till sjukhuset och Falck. Om man jämför med andra kommuner.

...

**Finns där något annat du känner att du skulle vilja ta upp, som du känner att vi har missat?**

Nej jag tror inte vi missat, men kanske bara ska klargöra att jag tror att tilliten är jätteviktig. Ehh men jag tror att det är svårt att bygga upp den tilliten på så sällan eh fåtal kontakt som man har med jourläkare. Och att man får kompensera. Behöver ett bredare arsenal av fakta om man vill undvika misstro.

**Så som slutsats, istället för att satsa på tilliten så ska man kompensera det med extra fakta så att de inte riktigt behöver lita på er? Att den kan se faktan och göra en bedömning utifrån det?**

Ja men lite så faktiskt att jag tror att i förhållande i jourläkare då som Falck, så tror jag nog att det är det man behöver bygga på. För att jag tror att tilliten är frekvent som behövs för att, det tog ju inte två tre veckor eller två tre möten för mig att bygga den tilliten som jag med den läkaren som jag har den vardagliga kontakten med. Utan det tog lång tid. Att veta var någon har sina styrkor och svagheter. Vad behöver fylla upp med varandras kunskapsluckor eller vad man brukar tänka på.

Läkaren därifrån har ju koll liksom, och vad brukar tänka och vad vi tar hänsyn till liksom, vilka saker han kan lita på att vi har tänkt på. Och presentera för honom.

Så jag tror att för att Falck läkare ska kunna känna sig tryggare så behöver vi bygga upp något mera. Och sedan är det ju klart att vi kan ju också, en bristande rapport kan ju också se, och det gäller ju både om man ringer oförberedd till en läkare. Och ger en bristande rapport, då ger det ju mindre tilliten i den situationen. Och då blir det ju ingenting som läkare kan gå på. Det kan ju vara väldigt svårt för en läkare att ta hänsyn till det då. Så där kan man ju nog säkert alltid viktigt att tänka på att vara väl förberedd, och rapportera strukturerat. Och tänkt över situationen nog innan man ringer och inte bara ringa och sedan så svara jag vet inte liksom. Det är klart att i vissa situationer, vissa saker vet man inte, men att man kan kolla upp det innan.

**Och det är därför ni har den här manualen då?**

Ja. Och den checklisten då. Slutstödet har ju plockats fram för att ge sjuksköterskan ett stöd. För att kunna bedöma situationen, och vilken vårdnivå man ska välja att gå vidare på. Och ehm också för att det ska vara rättvist för patientens att alla ska få samma bedömning. Och försöka strukturera bedömningen så att alla ska få en liknande bedömning i alla fall. Sen gör ju alla lite olika. I olika tillägg till checklisten. men den är i

alla fall att vissa saker ska ha tagits hänsyn till och varit bedömd så att det ska vara en lika vård där. En trygghet. Både för oss och dem.

**Finns den någon slags historik över dina meriter som man hade kunnat presentera för läkaren? Något för att kunna styrka din professionella tilliten?**

**Jag tänker att om du har träffat patienten under en längre tid som måste ju det ge en viss vikt i tilliten.**

Jo det tror jag. Jo men om jag har följt ett sår tex. Det kanske brukar vara lite rött, lite illa luktande. Så kommer jag dit där en dag och det är super svullet så är det klart att jag berättar det jag har sett innan. Att jag känner det här såret innan och vet hur det fungerar. Det är klart att alla dem, det påverkar ju.

...

**Hur fungerar det när ni delar på patienter?**

Jag och en annan sjuksköterska vi delar liksom på våra patienter. Så hemsjukvården är tre områden, med två hem sjuksköterskor i varje område som delar ansvaret för dem. Sen ibland så kommer det innan andra. När folk blir sjuka, det är semester, det kväll, det är helg.

Man får vara flexibel.

Men det kan ju skilja sig ibland. Ibland kan det ju vara perioder, när det gäller omläggningar tex att jag kan ha träffat den här personen jätte ofta de sista veckorna. Men det kan ha fallit sig så att det inte alls har sammanfallit på mina arbete pass när den här personen behöver läggas om. Då kan jag ju, fast jag inte har ansvar på den personen inte har sett såret på flera veckor.

**Kommunicerar du och sjuksköterskan du jobbar med dagligen?**

Nä vi jobbar ju samtidigt. Vi går ju om varandra. När man kommenterar ju alltid i journalen.

**Ni dokumenterat så det inte personliga samtal?**

Det händer ju också att man dokumenterar personligt.

**Men oftast så är det digitalt?**

Ja

**Och jour läkarna, får de upp hela patient filen när du pratar med dem?**

Amen det är det jag tänker att det är bra att ni pratar med dem.

...

**När du ringer Falck så har den läkaren ingen information om dig förutom ditt namn?**

Nä det är bara vad jag presenterat. När det tror jag verkligen inte (skrattar) men eh nä. Jag presenterar mig med namn. Sjuksköterska.

**Sen är det upp till hur mycket du berättar om din relation med patienten?**

Mmm.

**Tack så mycket  
the end.**

## ENGLISH

### **Name?**

Julia Hansson

### **Title?**

Nurse

### **How long have you been working as a nurse?**

I have been working as a nurse for three years.

### **How long have you been working in the municipality of Osby?**

For 1.5 years almost two years.

### **In Lönsboda?**

Yes

...

### **01:37 Can you tell us how this is done in a conversation between doctor and nurse?**

Hmm I think maybe I can start to tell how it goes in different times of the day when it feels like it is important. During the day 8-17, it is a doctor, a specific doctor that we have contact with. Which is linked here to Hälsa, the health department in Lönsboda. It is a doctor who has worked here for a long time, now this doctor is responsible for home care. Who has a good relationship, we know each other. The doctor knows a lot about the patients, has good background knowledge, that is the situation during the daytime, weekdays.

### **And it's always the same doctor?**

Yes it is. Eh but it is a prerequisite that the patient is written at Hälsas health center. Then there are some cases, we always want them to sign up there for it always facilitates our work a lot. But there are some who do not want it, but want to be written at another health center and then we have another situation it is still that we turn to the health center between 8-17 but it can be different doctors. But we have no relationship with that doctor, they do not know us and we do not know them.

**03:37** The rest of the time after 17 we turn to Falck doctor, then it is those who are our on-call doctor you can say. And there we seldom have a face, we can have met the Falck doctor at some home visit earlier or so. But it is not that we know each other. So then the situation is a little different. There is an hour's play between 17-18 where you have to call Värnhem health center in Hässleholm which are the ones that cover that hour when the health center has closed.

### **So Falck is only after 18?**

Yes. But it is rarely. In that case you also wait, if it is something acute, you wait.

### **You prefer calling Falck than Värnhem?**

Yes it is only a short time, and it is only people who are registered in something called Mobile Care Team, we can go into that later if you are interested, I may not have a lot of answers to that either.

Situation at home of the patient can look very different. It may be that we have planned a visit eg. Maybe I am laying down a wound, which is planned as before. I have not come to believe that I need to get in touch with a doctor. So there can be many different reasons why I am at home with the patient. It may be planned treatments, reorganization, perhaps some

injection or some drug related or yes evaluate something. So there can be many different things that we evaluate as pain or incontinence aids. Or just hear how they have it sometimes if it's been tough, so it can be different.

But it can also be that home care has been home to a patient and noticed that the patient does not feel good. It may be that the patient himself alerts and says that they do not feel good and that they need to talk to a nurse. It may be that the home care staff immediately understands that this does not sound good, and then it may be that we go there together, both me and people from home care.

**So home care are those who are always there (with the patient)?**

Yes.

**Then you are called when something extra is needed?**

Yes or if I have a planned visit. So it is the home care service that usually, if you have home care, you usually have home help. There are cases where you have the right to home care because you find it difficult to get to the health center. It is the criterion, you call it the threshold principle, that if you can get to the health center, it is the health center that helps and the nurses there. ...

**And when the home care service notes that something has deteriorated for the patient then is it primarily you, the nurses they call? So it goes through you before it goes to the doctor?**

Yes. So always when I, when we are uncertain about which level of care we should choose, if there is a need for a doctor's contact, if there are deteriorations with the condition. So it decided last year, or at the end of 2017, the fall. That one should use a decision support that is developed at nurses called ViSam decision support.

...

It is like a checklist that is based on an assessment method that one has in the healthcare system called ATE (?). I described it very easily, it means that you judge the most serious situation first. So you first check if the person is breathing. So it is a very structured checklist. And then the link to the checklist is also that one should check out certain things called vital parameters. In that case, for example, how fast you breathe, how many breaths in one minute, how to oxygenate. You check heart rate and blood pressure.

...

We use this checklist every time we are uncertain about deterioration in the general condition, because then we need to check all the vital parameters to be able to present them to a doctor.

**So before every doctor calls you have to check out the list?**

Yes exactly.

And linked to that list there are also many other things for it to help us and give advice on what level of care we need to add, the level of care then talk if we need it, if it is a condition that can suffice if you have contact with the health center or if you need emergency medical care.

So then we have gone through this checklist, and we get some advice. Most often we have more follow-up questions that we find out before we call the doctor.

**Do you always call the doctor then after you have gone through the checklist. Or do you first make an assessment along the checklist and then decide if you should (call)?**

Now we don't always call. Without us checking out, and then we have it as the basis for assessing. And then it is of course that it is emergency situations where you immediately judge that emergency medical care is needed and it is very rushing as well as we do not spend time calling Falck doctors before. Without this, one must put the time to call an ambulance directly. But you still have to check these parameters anyway. So there is something that is fundamental to judging.

**11:11 So then it's 112 directly?**

Yes.

If it is not such an emergency situation then you have to alert directly, then it is said that you should always contact the responsible doctor if there are any deviating in them parameters before ordering an ambulance. But if it is super-emergency then you should not waste time on it.

So is the situation, that we have that foundation. In the meantime, if we do not know the beneficiaries at all particularly well. Because we are divided into different areas. So I am in home care, I am not on weekdays, I have no responsibility for the housing in Lönsboda. Without it, it is a nurse who takes care of every living. But in the evenings and on weekends we cover up. Then we are the home health care that covers them. So we work irregularly, they don't. So sometimes I have quite a bad knowledge of the person. So it can also affect how well one knows someone's background. Then we have a journal you can read on. And one can read on more or less because of how acute the situation is.

**How do you have access to the journal?**

Via computer.

**If you are out with a patient, how do you have access to the journal? On the phone?**

Now at home with the patient, there is a computer that we should be able to log in and take with us. But there is nothing we use frequently would I want to say, to bring with us. We have usually read before.

There is always a list of medicines at the home of the patient so you can see which medicines the patient takes. Depending on which medicines you can also get, then you also understand what problems the person has. It is not so that at home the patient is summarized over which diagnoses someone has, we can not have that. But it's just through the computer journal (we can access that information). Or you can also access the paper journal, we have locked it out in our cabinet.

**Because it's not safe?**

No, it is with secrecy and so.

But, if you are here and you know that there is something acute, you may not be able to read, you can still bring the journal that we have here with us. I usually do it if something is acute and you don't have the background.

So it's a little different situation there simply.

**14:31 What would you say is the most common call?**

Yes it is very interesting, we had a lot of this discussion when we met Innovation Skåne, then I was there in that group. I would probably like to say that we are pretty good at avoiding hospital care here. We are good at taking it with the doctor we know when we have round time. And we meet once a week with the responsible doctor. We also get to call during weekdays. He is helpful to us. And it works well with him making home visits, that we plan it as an emergency

**Did he does home visits too?**

Yes, but emergency home visits can be difficult to obtain.

### **You can then call him when he is not working?**

Mmm then he has as such a call to us. But it is only on weekdays and during daytime when the health center is open.

It may be someone who has fallen so should you judge whether this is something that is acute, it may be a fracture, it can be some bleeding. The most common conversation from assistant nurses or home help staff can be that the person is not alike. It's a very common wording. It is difficult to ... judge ... But then you have to go there and it can be very difficult to judge if you do not know the person and it does not show anything on the vital parameters or so. Or slightly different. But I would probably say that the most common thing we call a Falck doctor at such uncomfortable times or home visits. Because then we can, because at uncomfortable times is when the health center has closed, we can call Falck doctors. **Partly we can call to book a home visit by a doctor who can come in the evening or night. Or during the weekend. But we can also get advice. I think it's pretty important in this situation. 17:14** For in any case I think that if we had the opportunity to check out more things, maybe had the possibility to take some blood tests, then we could present a larger basis for the doctor when we have consultation. And they might be able to give us a prescription based on the evidence we present. It could be that we had digital stethoscopes. The person has had an infection, it is not serious enough for someone to send someone to hospital, but it is needed one, an antibiotic treatment before Monday, for example, this is perhaps Saturday morning. If yes had been able to take control of a value called CRP. It's like a quick sink, and maybe if there were digital stethoscopes. So the doctor could listen at the same time. Or if we had been able to have video, the doctor could have talked to the patient and be able to assess the situation a little easier. So I think you might have avoided some such home visits.

### **You are not allowed take blood samples?**

Well we take blood tests but we only do this on the prescription of doctors. But we have no possibility at all to analyze any blood samples at all. Falck doctors coming here, they do not have a huge assessment space. They also don't check a lot of blood samples when they arrive. But they do have some samples, which one could see blood value, if there is an infection, slow down. So I'm going to be able to make a lot of things easier. **But then the question is, is that enough? Or is trust so important, because I and the doctor do not have one, built up some trust.** Would that suffice for them?

### **Because then you could get some more concrete facts to present to them. Those samples, are they reliable? Are there samples that you would have been able to get out of?**

After all, there are small appliances that you can analyze with in place.

I'll just go back that I think most Falck doctor visits are due to infections. Pneumonia, wounds that have become infected and need direct antibiotic treatment. It's usually that.

### **Would blood tests prove that it is an infection in the body and you could make a diagnosis themselves without a doctor, or do you need to call a doctor anyway?**

We need to, we can not make the diagnosis, **but we can present more facts for a doctor who, and on that basis, doctors might be able to give prescription remotely.** After all, we have a basic supply of certain drugs. And on that basis, the doctor would, if the confidence is sufficient, then give a prescription then.

### **... Doctors can give prescription at a distance?**

Yes

... If you need more information to make sure it is an infection then we do not have the opportunity to check it for them. At a distance.

**Do you think that the more information you have as a nurse about the patient, does it create greater trust in the relationship with the doctor?**

Well Yes, I don't know. It depends on what you read into trust I think. But at least if it is a doctor that you have no natural trust that you have built up. So if I have more facts to present, if it is a calm inflammation one suspects for example and the doctor himself can listen and I can take a value and show that there is an infection. And the doctor can listen himself and feel that this seems to be a calm inflammation and not fluid on the lungs for example.

Because it can be very different in how to treat it. The more values, the more parameters that are the concrete seed of the doctor and where the doctor himself can create an idea, the more such things I can hand over, the easier the doctor can take on that responsibility and give a prescription at a distance. I think. And maybe in the long run, when you have worked so for a long time, I think that confidence can increase. in relationships where you have competence, firm. you might not meet so much either. So I guess you can build that trust more remotely anyway.

**Most often, the problem of trust does not lie when you meet the health center doctor here? But when talking to the Falck doctor?**

I think the collaboration works great with our doctor's center. You build up a trust in which he is aware of how we work, he is aware of what we usually think of ... that the facts that I present tend to be relevant. I think that it is based on what trust can have built up. Because it is nevertheless the case that someone else, who have have the medical responsibility. I just present the facts. If then there is no trust that you have built up, then it becomes problematic. And you put your own ID, you take on a responsibility as a doctor when you prescribe or receive information.

**There is no responsibility at the nurse there?**

Well, it is not we who have the medical responsibility but it is someone else who has more knowledge about it. So when it comes to nursing, that's what we have.

**Because you do not make the final decisions?**

Well, that's why we have someone to consult. And if then the Falck doctor does not know us and how we work and we cannot present a broader facts, then it becomes difficult for that doctor to create an assessment. When trust is not there.

**So more often do prescriptions made remotely during regular time than what is done during on-call time?**

Mmm (long break) it is a little difficult to know if it is more. We usually take the most when we have the regular round time. But we always have some cases that we contact during the week as well. Yes it is probably more prescription at a distance. Then I have no figures to present but that is my feeling.

**For then there is trust and you can present the information that you can get hold of and he who works here knows how you work and your intuitions?**

And the patients, too.

**When you call Falck doctors what information do you give them, tell them what relationship you have with the patient? How often does the patient meet, do you give out such information as well?**

(long break) I usually do this when I think it is relevant.

### **So that's a matter of judgment?**

Yes. After all, we try to report according to SBAR ... so that one should think about reporting systematically, that one briefly describes the situation, that one describes a background. It may be which diagnoses, and within the background it can also mean, how I have assessed the situation earlier, if I have a background or what has happened there before. There I think it may also be relevant that I cannot judge this. I do not know if the person is like or not because I have never met the patient before, but if the health care assistant say it is so. And so I usually mention what I, have for ...

### **But if it is a patient that you have met before, someone you know quite well, it is possible that it would gain trust in you if doctors know that you have a certain relationship with the patient?**

Joo, I guess I think that it can, that it is something that they can weigh in.

### **That you get some kind of authority in that situation?**

Yes anyway, I have ... Yes.

### **29:36 All communication with doctors is done over the phone?**

Yes

### **Do you know what information the doctor has in front of themselves?**

Then the situation is different. The medical center doctor has access to the entire medical record while the Falck doctor has less access I believe. But they can still go in and see if you tell as well as that it has taken samples, they are investigating something but you have not yet received a response during the week. And now this weekend has blossomed on the weekend, you can see if it has come, if it is something that is relevant as well as in a little superacute situation as well as who can not wait. So they have little access there.

### **Is it always the same Falck doctor who answers when you call who then makes the patient visit?**

When it is usually different doctors, I feel.

### **How does it feel when there are different doctors, you have explained the situation for a doctor then comes another, is that a problem?**

In practice, it is, if we say. eg I can be unsure, can this wait or am I unsure if I should book a home visit by a doctor or if I should call an ambulance, then I can call consult a doctor and then I talk to a consulting doctor directly. But if I book a home visit, then I do not talk to the doctor who comes but then I talk to a nurse. And describe the situation there. Then we usually try to meet the doctor. Perhaps the situation may not be so important that a nurse is in place when the doctor arrives. And sometimes it feels really important. According on how serious the situation is.

### **If it is a rather serious situation then will you stay in place until the doctor arrives?**

Well it usually usually takes a couple of hours. I think they have an attitude of four to six hours.

### **So when do you come back to the doctor when in place?**

Yes

### **Will they come from Malmö?**

Yes exactly.

...

33:00 I think that it is especially in relation to on-call physicians that it is particularly important to find more tools that you can present more facts for doctors. But we would benefit from that

otherwise, but here the trust is very well-functioning (relationship with the medical center doctor). We feel like that in Lönsboda. I can't answer for what it is like in other places.

**What happens when trust is not there? What is the biggest problem when trust fails?**

I think it is a well-functioning collaboration. I think it works great. They are always professional and talented and you get answers to our questions. It is like no problem with the cooperation in this way. But I think that one could avoid some home visits by doctors if we could present more facts to them, and thus be able to create a safe situation for the doctor, that they could feel more trust. And then perhaps also to what has been considered, and that they could dare to prescribe things remotely. I think.

But it is a well-functioning system anyway.

**It's not the system itself that's wrong with?**

No, but you understand what I mean there.

**Had it been possible in the long run to get to know the Falck doctors?**

When it comes to consultation, you do it a little more often.

**So when you call, can it be the same person who answers? Is it more often the same person?**

I can say so here that when it comes to consultation, I know the doctors better. Because it is more often in relation to big holidays, when the health center has closed a little longer, which one might need to use the service a little more. And then there is usually a doctor (laughing and smiling) who usually work, who gives advice. And then I have got a little feeling for that person.

**Would you have preferred to contact the same advisor? Maybe the same two or three doctors rotate?**

After all, I think that it would be easier to build a trust. But they would have a very large collection area. And they already have that. So I don't think it's practically possible. It is so rare you have that contact.

**But you feel that it could create more confidence if you were the same doctor you were talking to?**

.. I know the more that person works.

**And vice versa?**

Yes. But you do not think that the person who has a larger collection area would remember me. For that person gives out so much advice all the time. I call so rarely. So then I remember the conversations more, then someone who sits and gives advice and receives many conversations. So I do not think that any trust has been built back to me. I think it will also be difficult in such a on-call system where the collection area is so large. But perhaps if there was financial opportunity to have less, more locally.

**Do you feel you would like a face of a person or would it be enough that you just recognize them by the name and voice?**

So I think, but it is actually something that happens in the meeting with people. That one can get on in the trust and form an idea of the person. It can be positive and negative. (Laughs) But I think the personal meeting plays a role. And when you don't. Then one needs to build trust with more facts.

**Had a video call between you and a doctor been relevant for increasing confidence?**

I don't think video can replace. Then it works just as well with the phone for me. It is the physical meeting that is important.

**So it is not enough to see a face on a screen?**

I do not think so.

But it's not that I'm negative to video communication. I think it could do something for the doctor to see the patient. So the doctor can see the color, is the person cold? how do the eyes look? The doctor could see it himself.

**So video calls more where the doctor can examine the patient than be able to have a conversation with you?**

But for my part to build trust, I don't need to see doctors on the screen. I think there is something going on there (during the physical meeting) but it is not just to meet the person but it is to see how that person acts in a situation as it is and to notice what the person takes into account and mindset and after all it's huge as well.

**If you had been able to work with fewer advisors, could you have build trust over a longer time period then?**

mmm

**About how often do you think you call Falck?**

40:44 **Once a week?**

Now it's more rarely than that.

**Two times a month?**

Yes. Max. No, but twice may be a reasonable figure. For sometimes it can be that you get to call several times on a weekend as well. But twice a month can be reasonable.

**And then we talk about home visits from Falck?**

No, just call and consultation.

**How many of the calls becomes home visits?**

I think Lina has the best numbers on it.

I don't have to sit here and guess. Lina would check it out.

But I think she said we had quite low numbers. Both to the hospital and Falck. If you compare with other municipalities.

...

**Is there anything else you feel you would like to take up, which you feel we have missed?**

No, I don't think we missed anything, but maybe just to make it clear that I think trust is very important. But I think it is difficult to build that trust when you so rarely contact the on-call doctors. And that is when one has to compensate. We need a broader arsenal with doctors if you want to avoid.

**So, as a conclusion, instead of investing in trust, should you compensate it with extra facts so that they do not really need to trust you? That it can see the fact and make an assessment based on it?**

Yes, that is actually what I mean. I believe that in relation to a medical doctor as Falck, I guess that is what we need to build on. Because I believe that trust is something that is frequent needed for, it did not take two three weeks or two three meetings for me to build the trust that I have with the doctor with whom I have the everyday contact with. Without it took a long time. Knowing where someone has their strengths and weaknesses. What needs to fill up with each other's knowledge gaps or what you usually think about.

The doctor here has as well knowledge about what we usually think about and what we take into account as well as, what things he can trust that we have thought of. And present to him.

So I think that, to make the Falck doctors feel safer, we need to build something more. And then of course we can also make mistakes too, a not completed report or call unprepared to the doctor. Then it gives the less trust in that situation. And then there will be nothing that a doctor can go on. It can be very difficult for a doctor to take it into account then. So there you can probably always be important to think about being well prepared, and reporting structured. And thought about the situation enough before calling and not just calling and then answering I do not know. It is clear that in some situations, some things you do not know, but that you can check it out before.

**And that's why you have this manual then?**

Yes. And that checklist then. The final support has been picked up to give the nurse a support. To be able to assess the situation, and what level of care you should choose to proceed with. And also because it should be fair for the patient that everyone should get the same assessment. And try to structure the assessment so that everyone should get a similar assessment in any case. Then all do a little different. In adding various additions to the checklist. but it is in any case that certain things should have been taken into account and been assessed so that it should be an equal care there. A safety. Both for us and for them.

**Is there any kind of history about your qualifications that you could have presented to the doctor? Something to prove your professional confidence?**

I think that if you have met the patient for a long time, it must give a certain weight in confidence.

Well I think so. Yes, but if I have followed a wound, for example. It may be a little red, a little bad smelling. Then I get there one day and it's super swollen so it's clear that I tell you what I've seen before. That I know this wound before and know how it works. It is clear that all of them, it affects.

...

**How does it work when you share patients?**

Me and another nurse we share our patients. So home care is three areas (in Lönsboda), with two home nurses in each area who share responsibility for the patients. Then sometimes there are other nurses working in our areas as well. When people get sick, it's vacation, night time, weekends.

You have to be flexible.

But it can sometimes be different. Sometimes it can be periods, when it comes to re-routing, eg that I may have met this person often in the last few weeks. But it may have fallen so that it has not coincide at all with my work passes when this person needs new bandages. Then I can, though I the responsibility for that person, not have seen the wound in several weeks.

**Do you and the nurse communicate with you daily?**

No we work at the same time. We go about each other. Then you comment, always in the journal.

**You documented it, so no verbal personal conversations?**

It also happens that you document in person.

But usually it is digital?

Yes

**And do the doctors on-call do they get the whole patient file when you talk to them?**

I think it's good that you talk to them about that.

...

**When you call Falck, that doctor has no information about you except your name?**

No I just present myself. When I do, I really do not (laughs) think they recognise me. I introduce myself by name. Nurse.

**Then it is up to how much you tell about your relationship with the patient?**

Mmm.

Thanks so much  
the end

Grov skiss på frågor:

Namn, titel, hur länge jobbat som sjuksköterska, hur länge jobbat i Osby kommun

- 1) Kan du återberätta hur ett samtal med läkare kan gå till?
- 2) Hur ser kommunikationen ut mellan en kommunanställd sjuksköterska och en läkare?
  - a) Vem tar initiativet?
  - b) Varför sker ett samtal?
  - c) Kan sjuksköterska ställa diagnos utan läkare?
  - d) Hur länge varar ett typiskt samtal?
  - e) Kan du ge några exempel på information som du brukar dela med dig av?
  - f) Kan du ge några exempel på information som du brukar få ta del av?
  - g) Delar du med dig din relation till patient?
  - h) Vilken information får du ta del av? Tex läkarens relation till patient.
  - i) När brukar samtalen ske?
  - j) Hur kommunicerar ni? Genom telefon, träffas ni, genom digitalt system?
  - k) Finns det några gränser för vad som delas över de olika tillvägagångssätten?
- 2) På vilket sätt tilldelas en läkare till en sjuksköterska för samråd? Sker det slumpmässigt? Eller har en specifik läkare tilldelad att svara för dagen? Eller är en läkare tilldelad sjuksköterska eller patient?
- 3) Får sjuksköterskor och läkare möjligheten att lära känna varandra genom flertaliga samarbeten?
- 4) Om ja, påverkar detta hur läkare paras ihop med sjuksköterskor?
- 5) Hur kommunicerar läkare och sjuksköterskor? Vilka verktyg används? Telefon, email?
- 6) Vilken/hur delas information delas av sjuksköterskor/läkare? Endast verbalt? Digitalt? Vilken information får delas och vilken får inte delas? Varför?
- 7) Är sjuksköterskor tillåtna att skriva ut recept på medicin till patienter?
- 8) Hur mycket auktoritet har en sjuksköterska i relation till en läkare?
- 9) Vad är anledningarna för en sjuksköterska att samråda med en läkare?
- 10) I vilka situationer kan det skapas låg tillförlit mellan en sjuksköterska och en läkare?
  - a) Kan du ge några exempel på situationer eller beteenden som har lett till lägre tillförlit?
  - b) Är detta vanligt förekommande?
- 11) Vad för slags oenigheter förekommer mellan sjuksköterskor och läkare?
  - a) Bästa behandlingen

b) Hur behandlingen ska ske

c) Finns det något som de ofta är oense om?

12) På vilket sätt begränsar svensk lag kommunikationen mellan sjuksköterskor och läkare?

Förklara när det uppstår problem i tillit?

I vilka situationer uppstår problem i med tillit? Diagnos? Behandling?

Kan du berätta om ett händelseförlopp när detta har hänt dig?

När känner du att du har mött tillit av en läkare?

Kan du berätta om ett händelseförlopp när detta skedde dig?

Hur mycket auktoritet har en sjuksköterska gentemot en läkare?

Känner du dig ofta ifrågasatt av läkare?

Jobbar Osby efter Borgholm modellen?

13) Känner du någon som hade kunnat hjälpa oss vidare med det här? :)