

Hva tilfører artikkelen?

Undersøkelsen viser at kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt var tilfredsstillende, men understøtter behovet for systematisk opplæring og veiledning av personell som utfører prioriteringer og gir medisinskfaglige råd per telefon ved legevakter.

Mer om forfatterne

Bjørnar Nyen er spesialist i allmennmedisin og seniorrådgiver i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, GRUK – Seksjon for kvalitetsutvikling. Elisabeth Holm Hansen er sykepleier, MPH og forsker og Gunnar Tschudi Bondevik er spesialist i allmennmedisin/Dr.med.

og førsteamanuensis. Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, UiB. Begge er ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni helse, Bergen. Kontaktperson: bnyen@gruk.no.



Foto: Erik M. Sundt

Bakgrunn: En stor del av sykepleieres oppgaver ved legevakt er å vurdere, prioritere og gi råd til innringere.

Hensikt: Vi ønsket å undersøke kvaliteten på denne håndteringen og om kollegabasert veiledning i smågrupper påvirker kvaliteten.

Metode: Vi utviklet et evalueringsverktøy for kvaliteten på håndteringen av telefonsamtaler ved legevakt med ti kriterier som dekker både kommunikative og faglige ferdigheter. Sykepleierne ved Skien legevakt

deltok våren 2007 i to sesjoner med kollegabasert veiledning i smågrupper med refleksjon over egne telefonsamtaler. Skåringsverktøyet ble brukt på tilfeldig utvalgte samtaler fra lydloggen før og etter gruppesamlingene.

Resultater: Kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien interkommunale legevakt var tilfredsstillende. Det var høyest skår på kriteriene angående å komme fram til enighet med innringer samt stemmebruk, og lavest skår på å innhente formalia, få fram

nødvendig informasjon og faglig kompetanse. Vi fant en liten, men signifikant, bedring av de kommunikative ferdighetene etter den kollegabaserte veiledningen, men ingen signifikant forskjell når det gjaldt de faglige ferdighetene.

Konklusjon: Skåringsverktøyet kan brukes til å evaluere legevaktsykepleieres kommunikative og faglige ferdigheter ved telefonhenvendelser. Kollegabasert veiledningen i smågrupper synes å bedre sykepleierne kommunikative ferdigheter.

» Kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt

Forfattere: Bjørnar Nyen,
Elisabeth Holm Hansen, Gunnar
Tschudi Bondevik

NØKKELORD

- Kommunikasjon
- Legevakt
- Veiledning
- Kvantitativ studie

Det er vanligvis sykepleiere som mottar telefoner ved legevakter og legevaktssentraler, noen steder også hjelpepleiere og legesekretærer. De vurderer henvendelsene, prioriterer og gir medisinskfaglige råd. Dette utgjør en stor del av legevaktssykepleieres arbeid, og tidligere studier har vist at 14–60 prosent av henvendelsene til legevakter i Norge har blitt avsluttet med sykepleierråd uten legekontakt (1-4). Det er tidligere ikke publisert studier som sier noe om kvaliteten på dette arbeidet ved norske legevakter. De fleste utenlandske studier som er gjort i forhold til vurdering av kvalitet og sikkerhet på tilsvarende tjeneste, har analysert resultatene av telefonhåndtering. Pasienttilfredsheten har vært høy og det er ikke påvist økt antall alvorlige hendelser etter telefonhåndtering gjort av trenede sykepleiere (5-9).

I Poole et al.'s undersøkelse av en pediatrikkrådgivningstjeneste i USA hvor sykepleiere med spesialopplæring gjorde prioriteringer og ga råd på telefon, svarte 97 prosent av foreldrene i etterkant at de oppfattet rådene de fikk som nyttige (6). 5 prosent oppga at de hadde valgt ikke å følge anbefalingene de hadde fått. I en undersøkelse fra den engelske NHS Direct, en allmennmedisinsk telefontjeneste betjent av sykepleiere, svarte 95 prosent at de var fornøyde med rådene de hadde fått, og 85 prosent at de hadde fulgt rådene (7). Lattimer et al. sammenlignet en allmennmedisinsk telefonrådgivningstjeneste, betjent av spesialopplærte sykepleiere, med en tjeneste hvor ufaglært personale tok imot henvendelser fra pasienter og videreformidlet dem til allmennlege på vakt uten å gi råd (8). De fant at vaktbelastningen på allmennlegene ble betydelig redusert med rådgivningstjenesten, og det var ingen signifikant forskjell i innleggelseshyppighet eller dødelighet i etterkant av henvendelsene i de to gruppene.

Derkx et al. har analysert kvaliteten på selve håndteringen av henvendelser til legevaktssentraler i Nederland (10). De presenterte syv ulike standardiserte sykehistorier til 17

ulike sentraler tre ganger over en periode på 12 måneder. De som besvarte telefonene var enten sykepleiere med spesialopplæring eller leger. Gjennomsnittlig stilte telefonoperatørene 21 prosent av de spørsmålene forfatterne mente det faglig sett var nødvendig å stille for å kunne gjøre en god vurdering av tilstanden. Telefonoperatørene hadde gjort en korrekt prioritering i 58 prosent av samtalene. Derkx et al. har utviklet og beskrevet et skåringsverktøy for vurderingsferdighetene til sykepleiere som tar imot telefonhenvendelser ved legevakt i Nederland, «the RICE rating scale» (11). Det er imidlertid ikke publisert noe arbeid hvor dette verktøyet har blitt brukt på autentiske pasientsamtaler.

I forbindelse med utviklingen og utprøvingen av en metode for kollegabasert veiledning i grupper (12), ønsket vi å undersøke kvaliteten på legevaktssykepleieres håndtering av telefonhenvendelser om kliniske problemstillinger. I tillegg ønsket vi å vurdere om kvaliteten ble bedre etter at sykepleierne hadde deltatt i veiledningsgruppene.

METODE

Vi utviklet et skåringsverktøy for evaluering av kvaliteten på håndteringen av telefonsamtaler

ved legevakt med fire kriterier for vurdering av faglige ferdigheter («Få fram nødvendig informasjon», «Faglig kompetanse», «Sikre at god informasjon gis og blir forstått», «Komme fram til enighet med innringer»), fem kriterier for vurdering av kommunikative ferdigheter («Innhente formalia», «Ferdigheter i å styre og lede samtalen», «Aktiv lytting», «Evne til innlevelse og til å vise omsorg», «Stemmebruk») og ett kriterium som vurderer håndteringen samlet. Hvert kriterium i verktøyet kan gi en skår fra en til fem hvor én er svært dårlig og fem er særdeles bra. Det ble utviklet en enkel skåringsguide med

en kort beskrivelse av hva som er forventet av sykepleier i forhold til hvert kriterium (12).

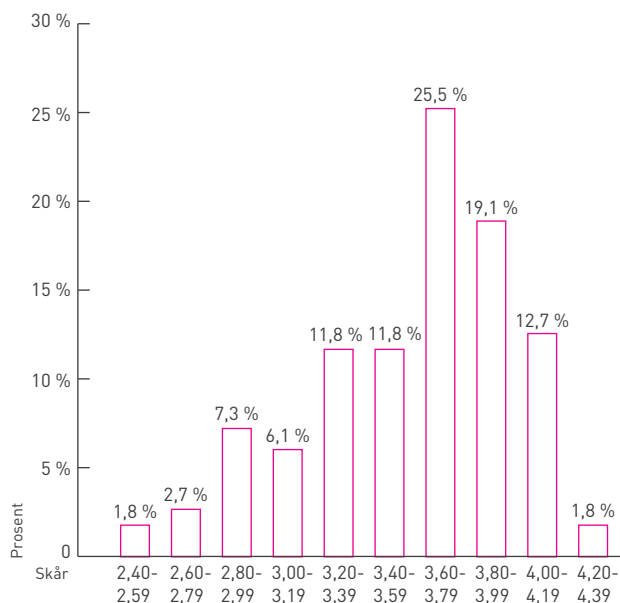
For å oppnå en tilfredsstillende grad av felles forståelse for skåringskriteriene, gjennomførte vi to pilotstudier der

“ Det er viktig at sykepleier bruker enkle, forståelige ord.

forfatterne skåret til sammen 20 telefonsamtaler med det utarbeidede verktøyet. Etter uavhengig skåring av ti telefonsamtaler i pilotstudien, gjennomgikk vi kriterier og skåringsalternativer

i skåringsverktøyet på grunnlag av de skåringene vi hadde gjort. Deretter skåret vi ytterligere ti samtaler med ny gjennomgang for å skape større grad av felles forståelse. Ved den andre pilotstudien var det fullt sammenfall

FIGUR 1: Gjennomsnittlig skår for alle samtalene



Fordeling av gjennomsnittsskår på 110 samtaler. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem hvor en er svært dårlig og fem er særdeles bra.

mellom vurdererne i 224 av 300 skåringene (74,7 prosent), forskjell på ett poeng i 68 skåringene (22,7 prosent), forskjell på to poeng i åtte skåringene (2,7 prosent) og ingen forskjeller på mer enn to poeng. Vektet kappa mellom vurdererne var 0,26 til 0,55. Selv om vektet kappa bare viste moderat samsvar mellom skåringene, mente vi at fullt sammenfall eller en forskjell på bare ett poeng på mer enn 97 prosent av skåringene var akseptabelt og forsvarte bruk av verktøyet.

Vi brukte skåringsverktøyet til å vurdere kvaliteten på sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser omkring kliniske problemstillinger ved Skien interkommunale legevakt våren 2007 – før og etter at de hadde deltatt på to halvannens times gruppesamlinger med kollegabasert veiledning (12).

Til studien ble det tatt ut 117 inngående samtaler fra lydloggen ved Skien interkommunale legevakt, 59 fra de siste ukene før og 58 fra de første ukene etter gjennomføringen av den kollegabaserte veiledningen i grupper. Lydfilene ble plukket ut tilfeldig og fikk kodet navn uten angivelse av dato. Samtaler med varighet mellom halvannet og fem minutter ble inkludert. Det ble sørget for rimelig fordeling i forhold til ukedager og tidspunktet på døgnet. Samtaler som ikke

inneholdt kliniske problemstillinger ble ekskludert. Før forfatterne skåret samtalene ble personidentifiserbare opplysninger i samtalene forvrengt ved hjelp av dataprogrammet WavePad (13).

Av de 117 samtalene ble syv ekskludert på grunn av dårlig teknisk kvalitet, brutt samtale eller fordi innholdet ble bedømt til å være administrativt. De resterende 110 telefonsamtalene ble skåret med det beskrevne skåringsverktøyet av de tre forfatterne uavhengig av hverandre. Det var sammenfall i skår i 2370 av 3300 skåringer (71,8 prosent), forskjell på ett poeng i 697 av skåringene (21,1 prosent), forskjell på to poeng i 227 av skåringene (6,9 prosent) og forskjell på tre poeng i seks av skåringene (0,2 prosent).

Forfatterne skåret 26 samtaler (23,6 prosent) på nytt. Det gjaldt samtaler hvor det enten var forskjell på tre poeng i ett av kriteriene, eller det var flere kriterier med forskjell på to poeng. Gjennomsnitt og spredning av skår endret seg ikke etter dette. Det var nå fullt sammenfall i skår i 2458 av 3300 skåringer (74,5 prosent), forskjell på ett poeng i 708 av skåringene (21,5 prosent), forskjell på to poeng i 134 av skåringene (4,1 prosent) og ingen forskjell på tre poeng.

Når skåringene inklusive revurderingen var avsluttet, ble koden åpnet slik at det kunne lages to grupper av samtalene; lydloggene som var tatt opp før og de som var tatt opp etter den kollegabaserte veiledningen i grupper. Resultatet av skåringen ble analysert med uavhengig t-test og 95 prosent konfidensintervall omkring gjennomsnittet for de to gruppene av samtaler.

Helsedirektøren har i sitt rundskriv IK-7/99 åpnet for at lydloggen kan være et hjelpemiddel i forhold til opplæring, eva-

luering og kvalitetsforbedring av tjenesten (14).

Alle sykepleierne ved Skien legevakt som har deltatt har gitt sitt samtykke til at deres samtaler ble skåret og at resultater publiseres.

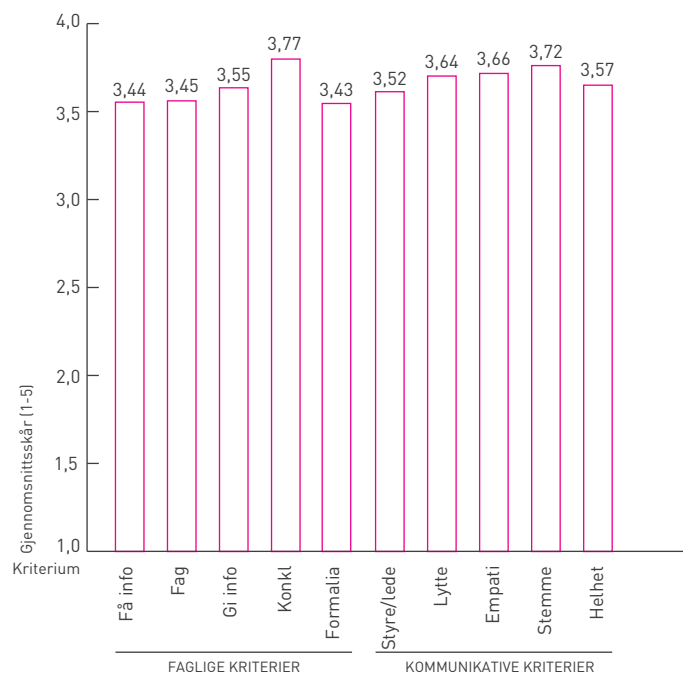
RESULTATER

Skåringen på hele materialet ga en gjennomsnittsskår på 3,56 med spredning på enkeltsamtaler fra 2,53 til 4,30. Figur 1 viser fordeling av gjennomsnittsskår på de 110 samtalene. Nesten 60 prosent har en skår på 3,60 eller høyere, og knapt 12 prosent av samtalene har en lavere skår enn 3,00.

Figur 2 viser gjennomsnittlig skår på hvert av kriteriene for hele materialet med høyest skår på kriteriet «Komme fram til enighet med innringer» (3,77) og «Stemmebruk» (3,72) og lavest skår på «Innhente formalia» (3,43) og «Få fram nødvendig informasjon» (3,44). Gjennomsnittsskåren for faglige ferdigheter (kriteriene 1, 2, 3 og 4) var 3,59 og for kommunikative ferdigheter (kriteriene 5, 6, 7, 8 og 9) var den 3,55.

Resultatene av gjennomsnittsskår for hvert kriterium før og etter den kollegabaserte veiledningen vises i figur 3.

FIGUR 2: Gjennomsnittlig skår på enkeltkriterier



Fordeling av gjennomsnittsskår på 110 samtaler for hvert av de ti kriteriene. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem der en er svært dårlig og fem er særdeles bra.

For alle faglige kriterier («Få fram nødvendig informasjon», «Faglig kompetanse», «Sikre at god informasjon gis og blir forstått» og «Komme fram til enighet med innringer») var det en liten, ikke signifikant, reduksjon i gjennomsnittlig skår etter den kollegabaserte veiledningen i grupper. Denne reduksjonen var heller ikke signifikant når kriteriene ble bedømt samlet.

For kommunikasjonskriteriene («Innhente formalia», «Ferdigheter i å styre og lede samtalen», «Aktiv lytting», «Evne til innlevelse og til å vise

omsorg» og «Stemmebruk») var det noe høyere skår etter den kollegabaserte veiledningen, men økningen i skår var signifikant bare for kriteriet «Aktiv lytting». For summen av kommunikasjonskriteriene var det en signifikant økning i gjennomsnittlig skår fra 3,54 til 3,65 ($p=0,001$).

DISKUSJON

Vurderingen av kvaliteten på ulike aspekter ved telefonhåndtering vil ikke kunne bli fullstendig objektiv. Subjektive vurderinger vil spille inn, slik at ved bruk av skåringsverktøy som dette må

det forventes noe sprik i skåringene med moderat samsvar mellom skåringene bedømt med vektet kappa. Vi valgte å justere for dette ved å skåre på nytt samtaler hvor det var større avvik i bedømmelsen.

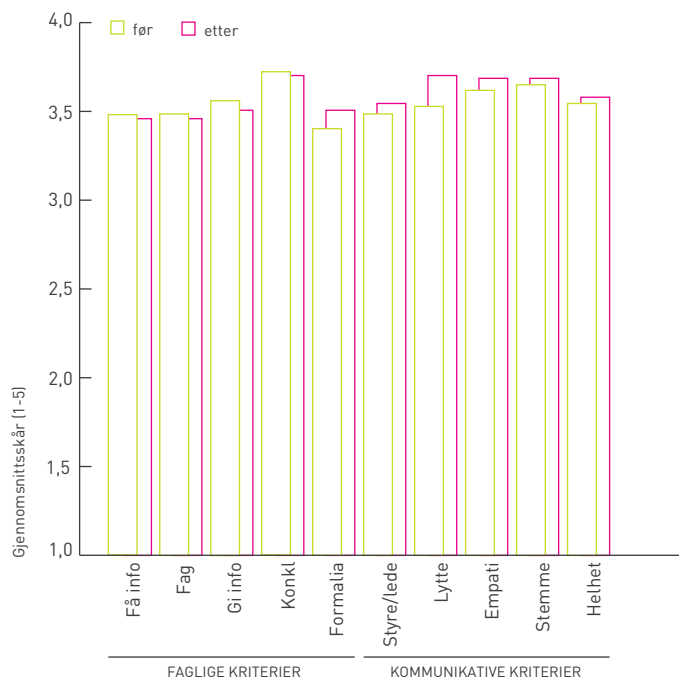
Kvaliteten på sykepleiernes håndtering av telefonhenvendelser ved Skien legevakt var gjennomgående tilfredsstillende bedømt etter gjennomsnittsskår på 3,57 på en skala fra en til fem, der fem er særdeles bra, og få samtaler med skår lavere enn 3. Det ble dessuten ikke identifisert samtaler hvor håndteringen fra sykepleiers side medførte et stort skadepotensial for pasienten. Det var høyest skår på kriteriene angående å komme fram til enighet med innringer samt stemmebruk, og lavest skår på å innhente formalia, få fram nødvendig informasjon og faglig kompetanse.

Resultatene indikerer at det er et potensial for forbedring. Det er ønskelig at sykepleiernes ferdigheter i telefonhåndtering videreutvikles, noe som samsvarer med Derkx et al.'s konklusjoner (10,11).

Vi fant en liten, men statistisk signifikant bedring av kommunikasjonsferdigheter etter at sykepleierne hadde deltatt i to samlinger på til sammen tre timer med kollegabasert veiledning. Veiledningen foregikk i grupper med lytting til og refleksjon over egne samtaler (12). Hvorvidt denne beskjedne bedringen har klinisk relevans er usikkert, men den gir forhåpning om at deltakelse i refleksjonsgrupper over tid kan gjøre at innringere til legevakttelefon blir bedre ivaretatt. Videre forskning omkring dette temaet er ønskelig.

Vi fant ikke noen endring i forhold til faglige ferdigheter i denne undersøkelsen. Det er

FIGUR 3: Gjennomsnittlig skår på enkeltkriterier før og etter



Resultat av skåringen av samtaler med gjennomsnitt før og etter den kollegabaserte veiledningen for hvert kriterium. Hvert kriterium er vurdert med skår fra en til fem der en er svært dårlig og fem er særdeles bra. Forskjellen i skår før og etter er for enkeltkriterier bare signifikant for kriteriet «Aktiv lytting» ($p=0,007$)

som forventet fordi fagfeltet som dekkes ved telefonhenvendelser til legevakt er svært omfattende og sammensatt. Det må derfor en mer omfattende intervensjon enn to gruppesamlinger på til sammen tre timer til for å kunne påvise en eventuell effekt på de faglige kriteriene. Vi vurderer det slik at gjentatt kollegabasert veiledning over tid sannsynligvis vil være en god måte å bedre også de faglige kunnskapene på (15-17).

Derkx et als «RICE rating scale» (11) ble publisert etter at vi hadde utviklet og startet å bruke vårt verktøy. De to verktøyene har mange sammenfallende elementer. De vesentligste forskjellene er at RICE er mer detaljert i forhold til innlednings- og avslutningsfasen av samtalen, og at de har med kriterier i forhold til avbrudd i samtalen.

På bakgrunn av de 110 loggede samtaler som inngår i studien, har vi identifisert noen områder med klare forbedringspotensialer. Ikke sjelden fortsatte den som tok imot telefonhenvendelsen en samtale med noen andre i legevaktssentralen, etter at hun har tatt av telefonrøret og før hun svarte innringer. Dette er uønskelig og forstyrrende, og det kan oppleves forvirrende for innringer.

En annen vanlig svakhet var at sykepleier ikke innhentet all relevant informasjon før konklusjonen ble trukket. Om viktig informasjon ikke innhentes, vil konklusjonen og rådgivningen kunne bli feilaktig og i verste fall farlig. Dersom sykepleier konkluderer for tidlig i samtalen, kompliseres kommunikasjonen og innringers forståelse vil svekkes. I slike tilfeller vil samtalen kunne ta mer tid enn nødvendig. Også i undersøkelsen til Derkx et al. fant man at telefonoperatør ofte ikke innhentet nok informasjon (10).

Det er viktig at sykepleier bruker enkle, forståelige ord. Tekniske faguttrykk, fremmedord og engelske ord bør unngås for å lette innringers forståelse. Av og til glemte sykepleier å spørre om navn, fødselsdato og andre formalia – dermed ble ikke journalforskriften oppfylt. Spørsmål om personalia må ikke komme som avbrudd i innringers framlegging;

Alle legevakter bør sørge for å gi sine telefonoperatører nødvendig opplæring og veiledning. Verktøyet vi har utviklet vil kunne være nyttig ved legevakter hvor man ønsker å vurdere kvaliteten på telefonhåndteringen som ledd i eget utviklingsarbeid.

Intervensjonen i vår undersøkelse var liten og endringene i kommunikasjonsferdighetene

” Alle legevakter bør sørge for å gi sine telefonoperatører nødvendig opplæring og veiledning.

det bør gjøres mykere ved å varsle at man skal spørre om det.

Dersom legevaktssykepleier ikke har sikre og presise svar på et spørsmål, er det bedre at hun sier hun må undersøke det. Det kan hun gjøre ved å ta en pause i samtalen og slå opp i tilgjengelig litteratur, ved å avtale at hun skal ringe tilbake, eller at telefonen settes over til lege. I materialet hørte vi en del åpenbare forsøk på gjetninger.

En del av spørsmålsstillingene som aktualiseres i loggede telefonsamtaler kan være relevante temaer i legevaktens internutvisning for hele sykepleiergruppen.

KONKLUSJON

Kvaliteten på håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt var tilfredsstillende. Vi fant en bedring av de kommunikative ferdighetene etter den kollegabaserte veiledningen, men ingen forskjell når det gjaldt de faglige ferdighetene. Vår undersøkelse understøtter behovet for systematisk opplæring og veiledning av personell som utfører prioriteringer og gir medisinskfaglige råd per telefon ved legevakter.

små. Det er nødvendig med ytterligere forskning for å vite om den beskrevne metoden kan gi større og varige forbedringer på kommunikative ferdigheter hos legevaktssykepleiere og om den også kan påvirke de faglige ferdighetene positivt.

Hovedbudskap:

- Sykepleiernes håndtering av telefonsamtaler ved Skien legevakt er gjennomgående tilfredsstillende.
- Det er et forbedringspotensial i forhold til både kommunikative og faglige ferdigheter.
- Kollegabasert veiledning i smågruppe med lytting til og refleksjon over egne telefonsamtaler synes å bedre legevaktssykepleiernes kommunikative ferdigheter.

REFERANSER

1. **Nyen B, Lindbæk M.** Legevaktsøkning og fastlegeordning Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 508-9. http://www.tidskriftet.no/index.php?seks_id=977425
2. **Jøsendal O, Aase S.** Legevaktaktivitet før og etter innføring av interkommunal legevakt og fastlegeordning Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:506-7
3. **Hansen EH, Hunsbår S.** Forskjeller i henvendelse til legevakten Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1344-6
4. **Hansen EH, Zakariassen E, Hunsbår S.** Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study BMC Health Serv Res 2009;9:123
5. **Dale J, Williams S, Foster T et al:** Safety of telephone consultation for "non-serious" emergency ambulance service patients. Qual Saf Health Care 2004;13:363-373
6. **Poole SR, Barton D et al:** After-Hours Telephone Coverage: The Application of an Area-Wide Telephone Triage and Advice System for Pediatric Practices. Pediatrics Vol. 92 No. 5 November 1993, pp. 670-679
7. **O'Cathain A, Munro JF et al:** How helpful is NHS Direct? Postal survey of callers. BMJ 2000; 320:1035
8. **Lattimer V, George S, Thompson F et al:** Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ 1998; 317:1054-1059
9. **Keatinge D, Rawlings K.** Outcomes of a nurse-led telephone triage service in Australia. Int J Nurs Pract. 2005;11:5-12.
10. **Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus Muijtjens AM et al.** Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ 2008;337: a1264
11. **Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA, Ram PM.** Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. Br J Gen Pract. 2007;57:383-7
12. **Nyen B, Hansen EH, Foss MK, Bondevik GT:** Sykepleieres håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. Sykepleien Forskning 5 (2):130-136.
13. <http://www.nch.com.au/wavepad/>
14. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-20050318-0252.html>
15. **Kolb DA.** Experiential Learning Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. 1984
16. **Schön DA.** Educating the Reflective Practitioner. CA: Jossey-Bass, San Francisco. 1987
17. **Aschim B, Prestegaard K, Lundevall S, Prydz P.** Håndbok for veiledningsgrupper i allmenntidmedisin. Dnlf, 2008. Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=86251&subid=0>