

Institutt for helse og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Emne: Syp-3901 Masteroppgave i sykepleie mai 2017

## **Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter**

*«Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?»*

*Av: Anne-Marie Isaksen*

*Antall ord: 20521*



## Forord

Forside bilde er gjengitt med tillatelse fra fotograf Eirin Egghjem. Motivet er tatt fra Vik på Vestvågøy og her ser en sola mellom Tåa og fjellet som heter Veggen. Sola her symboliserer distriktssykepleien i midten av ulendte strøk som gir varme og omsorg til mørke og tunge stunder, i menneskers liv.

Jeg vil takke veileder Grete Mehus for god veiledning gjennom studien

Takk til Åshild Fause som har lånt meg dokumenter og avisutklipp.

Jeg vil også takke min gode studievenninne som har motivert og hjulpet meg underveis.

En takk til min mann, mine barn og barnebarn for at de viste meg tålmodighet og forståelse for mitt arbeid med studien.

*Jeg vil tro at vi verner om mennesker,  
om plasser og bygder der sjeler får hvile.  
Jeg vil tro at vi takker for livet.  
At vi bygger vårt livsverk på godhet og glede.  
Jeg vil sitte og minnes, men leve i nuet.  
Jeg vil bo nærme noen jeg kjenner.  
Sangen til bygda av: Anne Marie Kvien*

## Innhold

1	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for studien .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Tidligere forskning .....	2
2	Teoretisk tilnærming.....	3
2.1	Hva er distriktssykepleie og kontekst for yrkesutøvelse .....	3
2.1.1	Distriktssykepleien i Norge opp igjennom tidene .....	4
2.1.2	Politiske føringer for kommunale pleie og omsorgstjenester .....	5
2.1.3	Organisering av sykepleietjenestene i dag.....	7
2.2	Distriktssykepleiere er generalister i praksis.....	10
2.3	Distriktssykepleierens Case management rolle i pasientforløpet .....	12
2.4	Å være alene langt unna assistanse.....	13
2.5	Lokalbefolkningens kjennskap til distriktssykepleier - utfordringer .....	15
2.6	Distriktssykepleieren har ofte omfattende kjennskap til pasientene .....	15
2.7	Stress i arbeidsdagen.....	16
2.8	Bærekraft som et fremtidsbegrep i sykepleietjenesten.....	17
2.9	Arbeidslistene .....	18
3	Materiale og metode .....	19
3.1	Min forforståelse .....	19
3.2	Fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming .....	20
3.3	Intervjuform.....	21
3.4	Utvalg og rekruttering.....	22
3.5	Transkribering .....	22
3.6	Analysering.....	23
3.7	Metodekritikk.....	24

3.8	Etiske betraktninger .....	25
4	Presentasjon av funn .....	26
4.1	Distriktssykepleierens rolle.....	27
4.1.1	Distriktssykepleierens rolle som Jack of all trades – En generalist rolle .....	28
4.1.2	Distriktssykepleierens fleksible rolle-uforutsigbare arbeidsdager.....	31
4.1.3	Distriktssykepleierens organisatoriske rolle .....	33
4.2	Å være alene langt unna assistanse .....	36
4.3	Lokalkunnskap, kjennskap til pasientene og tap av anonymitet.....	37
4.4	Deltakernes opplevelse av stress i arbeidshverdagen .....	40
5	Diskusjon.....	44
5.1	Utfordringer ved å arbeide som distriktssykepleier .....	44
5.1.1	Å være distriktssykepleier i et lite lokalsamfunn-Tap av anonymitet .....	44
5.1.2	Utfordring ved å være alene på vakt og alene ute hos pasientene .....	45
5.1.3	Utfordring med nye pasientgrupper .....	46
5.1.4	Distriktssykepleierens uforutsigbare arbeidsdager .....	47
5.2	Fordeler ved å arbeide som distriktssykepleier .....	47
5.2.1	Kjennskap til pasienter, pårørende og arbeidskollegaer .....	48
5.2.2	Den organisatoriske kompetansen i distriktssykepleien-en case management rolle .....	49
5.2.3	Fremtidens distrikts sykepleiertjeneste- generalist-kompetansebehov ....	50
5.2.4	Bærekraft som et viktig begrep for fremtidens sykepleiertjeneste .....	53
6	Konklusjon.....	56
7	Vedlegg: 1 Intervjuguide .....	61
8	Vedlegg: 2 Bakgrunn og formål .....	63
9	Vedlegg: 3 Hva innebærer deltakelse i studien?.....	64
10	Vedlegg: 3 Samtykkeerklæring for studien.....	66

11	Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	68
12	Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i mastergrad prosjekt .....	1

## **Abstract**

**Background:** The purpose of this study was to explore rural nursing in three municipalities in Troms, in North Norway. There are increasing challenges of more sick older patients, and at last challenges in advanced care in sparsely populated areas. Nurses experience multi expectations according to documentation.

**Metode:** This is a qualitative study with a hermeneutic-phenomenological approach, with a descriptive design. It was conducted individual semi-structured interviews with four experienced nurses in three different rural municipalities. Interviews were conducted at the participants` office. The purpose was to focus on challenges and opportunities in rural nursing homecare by phenomenological contents analysis of the transcribed interviews.

**Results:** This study focus on rural nursing and describes their professional role when practicing homecare. It shows that rural nurses face different challenges in rural areas. A rural nurse often stand alone in meeting with critical sick patients. They have to be prepared and they use unconventional methods solving problems, and organizational knowledge to promote good patient trajectories. This shows that good organization in they every day practice is important. They experience an expanded workforce where they have increased a advanced responsibility for the treatment and care of very sick patients. Nurses professionalism, flexibility and advanced practice are arising during their narratives about how they handle every day at work. This study will discuss how to use the resources in development nursing services in rural areas.

### **Conclusion:**

The study show that rural nurses have many separate challenges during everyday practice in rural areas. Rural nurse role is various and multiple witch do their work to a special branch of nursing. This shows that good organization in they every day practice is important. It requires more nurses for advance homecare, and the service must be organized with general - specialist nurses to manage the rural challenges in the future.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Dette er en studie av sykepleietjenesten i tre forskjellige kommuner i Troms fylke. Vi står ovenfor ulike utfordringer i hjemmesykepleien, slik som økende antall syke eldre og ikke minst utfordringer med mer avansert pleie ute i distriktene. Hovedformålet med denne studien er å utforske og beskrive hvilke utfordringer sykepleiere, også kalt distriktssykepleiere som arbeider ute i distriktene i Troms fylke, står overfor i sitt daglige virke.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk innfallsvinkel med et deskriptivt design. Det ble utført fire individuelle semistrukturerte intervju med sykepleiere som jobber i tre forskjellige kommuner i Troms fylke. Intervjuene ble utført på deltakernes arbeidsted. Det ble gjort en fenomenologisk innholds analyse av datamaterialet. En ønsket å undersøke hvordan det opplevdes for sykepleiere å arbeide ute i distriktene, hvilke utfordringer de sto ovenfor og hvilke muligheter de så for sykepleiertjenesten.

**Resultat:** Resultatet viser at sykepleiere i distriktet i dag står ovenfor nye utfordringer og at sykepleiernes ansvarsområder utvides. De står ofte alene i møte med den kritisk syke pasienten. En ser også at distriktssykepleiere må bruke ukonvensjonelle metoder og organisasjonskompetanse for å klare å tilrettelegge for gode pasientforløp. Denne studien vil også være et bidrag til diskusjonen om hvordan en best kan utnytte ressursene i en tjenesteutvikling av pleie- og omsorgstjenester ute i distriktene. Studien setter fokus på distriktssykepleien og beskriver deres rolle og yrkesutøvelse i moderne tid, der pasientene som kommer tilbake fra sykehus er veldig syke og krever avansert behandling hjemme. Sykepleiernes profesjonalitet, fleksibilitet og handlingskompetanse fremtrer i beskrivelsene til deltakerne og viser deres avanserte arbeidshverdag.

**Konklusjon:** Studien viser at distriktssykepleiere står ovenfor særskilte utfordringer ute i kommunene. Med fare for økt belastning av stadig utvidete ansvarsområder bør det legges til rette for å øke sykepleiebemanningen. Bidra med kompetanseheving slik at de kan beherske den generalist rollen de har i dag.

**Nøkkelord:** Distriktssykepleie-organisasjonsarbeid-ansvar-utfordringer-muligheter

**Rural nursing – Role – Organisation work – responsibilities – challenges - possibilities**

# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for studien

Da jeg under masterstudiet ble introdusert for betegnelsen distriktssykepleie, fikk det meg til å reflektere over min egen arbeidshverdag og mitt ansvar som sykepleier ute i distriktet i Troms fylke. I en Norsk kontekst er distriktssykepleie en tjeneste som tilbys pasienter der de har tilhørighet, ofte langt ute på landsbygda og i lange avstander fra spesialisthelsetjenesten. Min arbeidsplass ligger en times kjøretur fra by sentrum. Her har jeg arbeidet i ca.14 år, først som omsorgsarbeider og de siste 8 årene som sykepleier. Det er et bo og servicesenter hvor vi disponerer 4 korttidsplasser og 6 omsorgsboliger. Vi tilbyr tjenester som matombringing (har eget kjøkken), hjemmetjeneste, hjemmesykepleie, dagsenter, dagavlastning. Staben består av 4 sykepleiere og resten er helsefagarbeidere. Noen få ufaglærte assistenter som fungerer som tilkallingsvikarer. Sykepleiere ved omsorgstjenesten utreder pasienter i forhold til hjelpebehov og kognitive lidelser, som for eksempel ved mistanke om demens. Selv om vi har et tildelingskontor som skal tildele tjenester er det ofte sykepleiere som vurderer behov primært. Det blir utført oppfølgings oppgaver til pasienter med rusproblematikk og pasienter med alvorlige psykiske diagnoser. Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 og fordrer at kommunene skal samarbeide om oppfølging og videre behandling ute i kommunene. Kommunene skal altså stå klar med ressurser og kompetanse når pasienten utskrives fra sykehus. Antall liggedøgn på sykehuset har gått ned og pasientene som kommer ut i kommunene er ofte sykere enn før ( St.meld.nr 47(2208-2009) *Samhadlingsreformen-Rett behandling- På rett sted-Til rett tid*, 2009). Sykepleietjenesten ute i distriktene disponerer et vidt spekter av kunnskaper på tvers av alle spesialfelt. Definisjon på distriktssykepleie er ifølge Jane Ellis Scarff (2013):

*« Rural nursing is a special variety of nursing in wich the nurse must have a wide range of advaced knowledge and ability, in combination with commitment, to practice proficently in multiple clinical areas simultaneously along the career trajectory»*



## 1.2 Problemstilling

Formålet med studien er å få mere kunnskap om hvordan det oppleves for sykepleiere å arbeide i distriktet i dag. Derfor ble følgende problemstilling valgt:

**«Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?»**

Studien vil også kunne bidra til en diskusjon om hvordan en best kan utnytte sykepleie ressursene i en tjenesteutvikling av pleie- og omsorgstjenester ute i distriktene i Troms fylke. Vi står i dag ovenfor ulike utfordringer som økende antall syke eldre og ikke minst utfordringer med mer avansert pleie ute i distriktene. Denne studien kan dermed være med på å bidra til å finne argumenter for å løfte distriktssykepleien frem i lyset med en tanke på en fremtidsrettet organisering ved bruk av sykepleierens profesjonalitet, autonomi og handlingskompetanse sett i en avansert arbeidshverdag.

## 1.3 Tidligere forskning

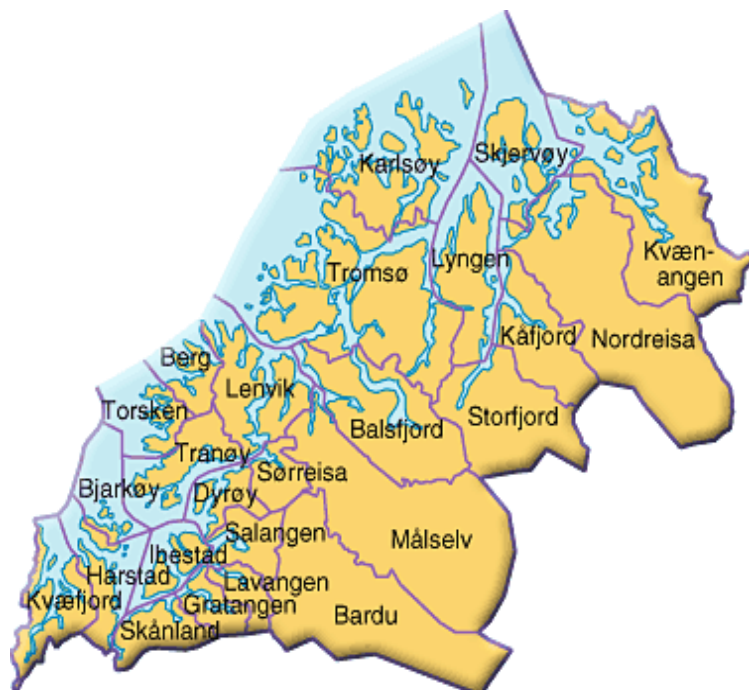
For å kunne svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene er det blitt brukt tidligere forskning. Søk ord som distrikts sykepleier, menighetssøstre, menighetssøstre 1950, hjemmesykepleie, distrikts sykepleie, rural nurse, district nursing. Med mesh ord som blant annet role – organisation work – responsibilities – challenges - possibilities - flexibility, and lack of anonymity. Søk på databaser som SveMed+, CINAHL, Chocrane Library, Helsebiblioteket, PubMed og Google Scholar. I tillegg har det blitt samlet på en del artikler som en tilfeldig har kommet over på internett. Det ble gitt tilgang til pensumlisten ved distriktssykepleier utdanningen i Hammerfest. Har også fått lånt en del dokumenter som omhandler helsetjenesten i Tromsø kommune for ca. 35-36 år siden. Det ble gjort en gjennomgang av flere abstrakter hvor det ble trukket ut et begrenset utvalg ved å utelukke studier som omhandlet spesifikke sykdommer og forebyggende arbeid. Selv om dette også kunne vært av interesse har det vært nødvendig med en begrensning for å kunne smalne inn forskningsarbeidet. Det ble derfor gjort et utvalg med hovedfokus på distriktssykepleiers rolle og organisering av sykepleietjenesten i distriktene. Ledelse er i stor grad utelatt selv om dette kunne ha bidratt til en større forståelse i forhold til organiseringen av sykepleiertjenesten ute i distriktene og spørsmål om dette inngikk også i intervjuguiden.

## 2 Teoretisk tilnærming

Den teoretiske tilnærmingen springer ut fra problemstillingen som omhandler organiseringen av sykepleietjenesten i distrikter med fokus på utfordringer og muligheter. Her vil jeg gå inn på organisering av sykepleietjenesten i distriktene, hva som kjennetegner rollen og yrkesutøvelsen til distriktssykepleier.

### 2.1 Hva er distriktssykepleie og kontekst for yrkesutøvelse

I dagligtale brukes **distriktene** som motsetning til byområder om omland eller utkantstrøk. I flere land er distrikt betegnelsen på administrative enheter, tilsvarende kommuner eller fylker. Troms fylke er spredt over et areal på 25 862,99 kvadrat kilometer med en befolkning på 164 330 i 2016. (Wikipedia). I langstrakte geografiske avstander bidrar kommunehelsetjenestene med sykepleietjenester i distriktene der menneskene bor. Det er lange avstander til både til nærmeste sykehus og andre samarbeidspartnere. For eksempel er det 170km fra Kåfjord kommune til Universitetssykehuset i Tromsø.



Dette kartet illustrerer Troms fylket og er Norges nest nordligste fylke. Det er det eneste fylket i Norge som har grenser både mot Sverige og Finland. Kartet er lånt med tillatelse fra Bernt Lyngstad

Fig.1. Kart over Troms Fylke

Ordet distriktssykepleier er oversatt fra engelsk rural nursing. Hvor det å være rural kan oversettes til å være landlig eller til distrikt. Å være rural betyr å være langt fra alle steder og ganske nært ingen steder (Scharff 1998). Long, A,K & Weinert, C (1989) gjorde en studie på bakgrunn av kvantitative data samt kvalitative undersøkelser med et etnografisk design utført av studentene ved Montana State univervity College of nursing graduate students. Den kvalitative undersøkelsen ble gjort ved hjelp av intervjuer i en periode på 6 år. De kom med en definisjon på distriktssykepleie: the provision of health care by professional nurses to persons living in sparsely populated areas. For å forsøke å skape et bilde av begrepet distriktssykepleier tas en liten bit av historien i Norge opp igjennom tidene fram til i dag.

### 2.1.1 Distriktssykepleien i Norge opp igjennom tidene

Fra og være menighetsdiakonisser til å få tittelen menighetssøster i 1916 med egen sykepleie utdanning ved menighetssøsterhjemmet ble mottoet: «hver bygd i Norge minst en menighetssøster! (Borgan 2013). Solveig Lang som var distriktssøster på Ibestad i 1930 åra, opplevde det slik:

*Det kunne være trasig mange ganger i mørketiden å måtte fare inn fjorden i all slags vær, - uten å vite hva slags forhold en kom til. Men når først en var kommet i hus, møtte en mennesker som hadde bruk for praktisk hjelp, - og ofte trøst. Og da var en sykepleier og oppdaget at en hadde ressurser som lå i en sjøl og ventet på å bli brukt, omsatt i praksis. Når en arbeider på sykehus, er ansvaret fordelt på mange. Men i menighetspleien på ensomme plasser inne i fjordene-der blir ens evner satt på prøve ( Elstad 2006 s. 386).*

Åse Snøtun (2007) Gjorde en intervjuundersøkelse ved å bruke medlemslisten til menighetssøsterhjemmet. 60 personer deltok i undersøkelsen. Her kommer det frem at menighetssøstrene var de som utførte distriktssykepleie og var knyttet til kirken og menighetene ute i bygdene. I 1916 fikk de egne utdanning. De kom gjerne fra landsbygdene og skulle ha en tjeneste mellom sjuke og trengende i bygdene. Senere utdannet de seg til helsesøstre eller jordmødre, og mange valgte å begynne å arbeide i sykehus fremfor i distriktene. Husmorvikarene arbeidet også ute i distriktet og ble forløperen til en egen hjelpetjeneste rettet mot eldre (Borgan 2013). Hjemmesykepleien startet opp i sin tid med innsats fra religiøse og humanitære organisasjoner. Fra 1959 ble det gitt statstilskudd til denne tjenesten. Her kommer husmorvikaren inn som var ment som en tjeneste rettet mot barnefamilier og enslige forsørgere, noe som også etter hvert ble knyttet til omsorg for eldre. I

1965 ble hjemmetjenesten en kommunal tjeneste og i 1969 ble det gitt statstilskudd og tilbudet fantes i nesten alle kommuner. Hjemmesykepleien ble innført i kommunene i 1965 (Løland 2010). I dag er ikke distriktssykepleier noe stillingstittel i Norge i motsetning til våre naboland som Sverige og Danmark der det ofte søkes etter distriktssykepleiere i stillingsannonser.

På midten av 1960-tallet hadde  $\frac{3}{4}$  deler av folkemengden innført hjemmesykepleie. Det ble etter hvert en yrkes gjøring av hjemmetjenesten på 1970-80 tallet som delte hjemmetjenesten inn i hjemmesykepleie og hjemmehjelp (Borgan 2013). I et innlegg i bladet Nordlys fra tirsdag 15 februar 1983, skrevet av Ellen Pollestad rapporterer hun fra seminaret ved avdeling for helse og sosialfag ved universitetet i Tromsø. Temaet var: Hvilken framtid har hjemmesykepleien? Utgangspunktet for debatten var et prosjekt som ble gjennomført av avgangskullet ved sykepleielærer utdanningen. Prosjektet inkluderte feltarbeid med intervju av pasienter og hjemmesykepleiere i kommunene Tromsø og Karlsøy. I tillegg hadde avgangselevne gjort intervjuer med politikere og ansvarlige innen sosial etaten i Tromsø kommune. Elevene hadde sett nærmere på sykepleierutdanningen og funnet ut at det var liten interesse for hjemmesykepleien blant studentene. De konkluderte med at en større del av praksisen måtte legges til distriktene og at sykepleieutdanningen burde være en generalist utdanning og at denne praksisen fikk man ikke innenfor spesialiserte institusjoner (Pollestad 1983).

### 2.1.2 Politiske føringer for kommunale pleie og omsorgstjenester

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982, (i kraft fra 1.1.1984): Kommunens helsetjeneste skal (blant annet) omfatte følgende oppgaver (§ 1-3): 4. Pleie og omsorg. Kommunene skal sørge for (blant annet) disse deltjenestene: 4. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie (Borgan 2012).

Oppgaver som hjemmesykepleie ble dermed et kommunalt ansvar. Tor borgenvik representerte helsedirektoratet ved et foredrag i 1982 i forhold til temaet styringsproblem i lokalforvaltninga. Foredraget ble gjort i Tromsø, ved 8. høstseminaret i samfunnsplanlegging. Temaet på Borgenvik sitt foredrag var planlegging i den tunge sektor, der han brukte overskriften: «Å spille svarteper med helseutgiftene». Han fortalte at antall liggedøgn for pasienter på sykehus lå på gjennomsnittlig 10,0 dager i 1982. Denne tabellen viser at antall

liggedøgn ved somatiske sykehus begynte å reduseres allerede før samhandlingsreformen ble innført i 2012:

**Tabell 1. Antall utskrevne pasienter, liggetid, antall liggedøgn og antall sengeplasser ved somatiske sykehus i Norge - utvikling i perioden 1980-1999**

	1980	1990	1995	1999	Endring 1980-1999 i %	Endring 1990-1999 i %
Antall utskrevne pasienter totalt	582 735	612 724	638 557	701 993	20,5	14,6
Gj.snittlig liggetid alle pasienter	9,8	7,6	6,8	6,2	-36,7	-13,9
Antall liggedøgn totalt (1000)	6 634	4 507	4 240	4 333	- 34,7	- 3,9
Sengeplasser totalt (a)	21 883	16 040	14 534	14 161	-35,3	-11,7

(a) Gjelder ordinære sengeplasser basert på registrering per 31/12 hvert år.

Kilde: Data om antall innleggelser og antall sengeplasser totalt er hentet fra SSB (5), (Historiske tabeller, Tabellregister 1970-1992, Internett juni 2000, Helsestatistikk 1990, (NOS) Pasientstatistikk 1995-98 og Senger ved somatiske sykehus 1990-99). Data om gjennomsnittlig liggetid er hentet fra Samdata-rapporter fra NIS.

Fig. 2 Antall utskrevne pasienter, liggetid, antall liggedøgn og antall sengeplasser ved somatiske sykehus i Norge – utvikling i perioden 1980-1999 (Statens helsetilsyn 2001)

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 og har som formål at mennesker som trenger helsetjenester skal få hjelp der de bor (St. meld. 47). Reformen har i praksis betydd at pasienter utskrives raskere fra sykehus, noe som har ført til at sykere pasienter tas hånd om i den kommunale helsetjenesten (Torjesen & Vabo 2014). Samtidig så kan en se at nedgangen i antall gjennomsnittlige liggedøgn begynte å gå ned før samhandlingsreformen trådte i kraft. I 2013 var antall liggedøgn redusert til i 4,0 dager per pasient (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2014).

*«Liggetiden ved somatiske sykehus går ned, og pasientene får i større grad enn tidligere etterbehandling og andre mere spesialiserte tjenester fra kommunehelsetjenestene (...) Samla sett innebærer dette at kommunen skal ta seg av ei rad til dels nye funksjoner, som spenner fra relativt omfattende helsetjenester, som kreftbehandling, smertelindring og dialysebehandling...»*  
Meld. St.45 (2002-2003 s.16).

Kravet fra den politiske ledelsen ble dermed at kommunene skal ta seg av mere avanserte oppgaver. Noe som en ser ble omtalt lenge før samhandlingsreformen kom i 2012.

Haukelien, H. Vike, H. & Vardheim, I (2015) utførte en studie ved bruk av spørreundersøkelse besvart av 2705 sykepleiere i hele landet. Det ble også utført fokusgruppe

intervjuer. Konklusjonen de kom fram til var at reformen har ført til bedre samarbeid og trolig bedre utnyttelse av ressursene, men at det også innebærer en massiv ansvarsoverføring fra helseforetakene til kommunene. De siste årene har New Public Management tankegangen fått fotfeste i styringsmodeller i kommune og stat (Orvik 2015). En tankegang som påvirker sykepleieutøvelsen ved bruk av detaljstyring og kontroll. St. melding 29, Morgendagens omsorg (2012-2013) er et godt eksempel på hvordan markedstankegangen griper inn i helsetjenestene. Med snakk om innovasjon i alle retninger, samvirke, sosiale entreprenørskap, tjenesteleverandører, seniormarkedet og ideelle tjenesteleverandører som innovatører. Oppsummert er det et stort fokus på frivillige, pårørende og pasientressurser, samt velferdsteknologi. Ordet sykepleie er kun nevnt i forhold til at hjemmesykepleien har økt ved at flere mottar tjenesten. For noen år tilbake ble det avdekket negativt krysspress og stress hos sykepleiere, som et resultat av en markedstankegang i helse- og omsorgstjenestene i Danmark. Dette førte til at de satte i gang «tillitsreformen» som et pilotprosjekt i 2012. Formålet med innføring av tillitsreformen var å fjerne unødvendig byråkrati og kontroll og gi medarbeidere og ledere en større innflytelse på arbeidet som utføres (Daugaard, P. Bendtsen, J. Holmstrup, M.J. Olsen, B. B. & Jensen, B.J. 2015). Resultatene av pilotprosjektet var så positive at den danske regjering valgte å innføre reformen for hele landet i 2013. Hensikten med den nye reformen er å gi tillitten tilbake til sykepleierne som arbeider nærmest pasientene og la de få organisere sin egen arbeidshverdag. Politikerne i helse og omsorg i Tromsø kommune har nå begynt å arbeide for å se nærmere på tillitsreformen for å kunne tilpasset denne reformen til sykepleietjenestene ute i kommunen (Tromsø kommune 2017-2020). I stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg (2012-2013) står det at det bør tenkes nye måter å organisere og arbeide på, som flytter dagens etablerte grense, både mellom profesjonene og virksomhetsområdene i kommunene. Videre må omsorgstjenestene få sitt eget kunnskapsgrunnlag for å sikre disse tjenestenes kompleksitet og egenart.

### 2.1.3 Organisering av sykepleietjenestene i dag

Deltakerne i studien arbeider i hjemmetjenester, også kalt pleie og omsorgstjenester eller sykepleietjenester i tre forskjellige kommuner i Troms fylke. Tre av deltakerne arbeider i tjenester hvor kontoret ligger i samme bygning som omsorgsboliger. Pasientene i omsorgsboligene hadde døgkontinuerlig tilgang til helsepersonell (her menes sykepleiere,

helsefagarbeidere og assistenter). En av omsorgstjenestene hadde kun hjemmesykepleie utenfor kontorbygget og de hadde ikke nattevakt. Begrepet sykepleiertjenesten bli her brukt om distriktssykepleiere som arbeider i hjemmetjenester. Det vil si at de oppsøker pasienter og bidrar med hjelp i deres eget hjemmemiljø, der de bor. Omsorgsboliger inngår som det å bo i eget hjem. Tre av deltakerne arbeidet i kommuner der de brukte saksbehandlere som dro ut til hjemmeboende pasienter for å kartlegge behov for tjenester. En av deltakerne arbeidet i en sykepleiertjeneste som ble drevet etter bestiller utfører modellen. I dag organiseres pleie og omsorgstjenesten i enkelte kommuner i Troms fylke etter en bestiller-utfører modell, hvor behov for sykepleie som for eksempel personlig stell, pleie, behov for behandling blir utredet ved et tildelingskontor. Mange mil fra der pasienter og brukere i ytterdistriktene bor. Noen kommuner bruker en saksbehandler for å kartlegge behov uten at disse er tilknyttet noe tildelingskontor. Thibouville (2013) har erfaring fra hjemmesykepleien i Danmark ser nå på organiseringen av hjemmesykepleien i Norge. Hun utfører fire dybdeintervju av sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien ved forskjellige områder i Oslo kommune. Studien er interessant fordi den tar for seg bestiller –utfører modellen i en organisatorisk sammenheng. Ved et stadig større fokus på produksjon der sykepleiertjenesten kalles for tilbydere og pasientene er kunder. Hvor økt krav til kontroll og styring griper inn i sykepleiertjenestene ute i distriktet. For eksempel ble det i Tromsø kommune utført en periode med tidsmåling. Da gikk vi med stoppeklokka på armen og tok tiden på hvert besøk + kjøring. Det gikk så langt at det ble snakk om å sette GPS målere på tjeneste bilene. Resultatene av denne tidsmålingen resulterte i at tiden brukt direkte til pasientene (ATA-tid, ansikt til ansikt tid) var lavere enn det kommunen ønsket (Tromsø kommune 2015). I dag har sykepleieoppgaver i Tromsø kommune oppmålt tid i minutter for hver oppgave. For eksempel er medisintilbringning satt til tre minutter. Alle deltakerne i studien hadde nærmeste leder i samme bygg, i nær tilknytning til sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

Distriktssykepleiere har i dag har et faglig stort ansvar i den daglige virksomheten. De improviserer og veksler kontinuerlig mellom å utøve akutt sykepleie, rehabilitering, forebygging, lindrende behandling, palliativ pleie og sykepleie til kronisk syke. Det stiller derfor krav til samarbeid mellom sykepleiere, helsefagarbeidere, pårørende, spesialisthelsetjenesten, fastleger, sykehjem og av og til sykehjem i bykjernen. Organisasjon er et system som er konstruert for å løse oppgavene som en virksomhet er ansvarlig for (Orvik

2015 s. 40). Utrykket den dobbelte kompetansen er et kvalitets stempel som første gang ble lansert av de svenske organisasjons forskere Sveiby og Risling 1987 i Orvik (2015). Sveiby og Risling mente at kvaliteten på tjenestene ble bedre ved at profesjonelle i tillegg til den fagspesifikke kompetansen også hadde kunnskaper om hvordan organisasjonen fungerte og hvordan de kunne organisere arbeidet sitt (Orvik 2015s. 30). Det er også i dag en ny form for organisering av sykepleietjenester som kalles for Magnet. Ordet magnet brukes for å fremstille at dette er en sykepleietjeneste som er attraktiv og jobbe i. Noe som er en fordel for rekruttering og hindring i at sykepleiere ønsker å slutte (Aiken, L.H. Buchan, J. Ball, J & Rafferty, A.M 2008). Forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Eli Gunhild fortalte at hun ble kjent med Magnet-modellen i 2008 på en konferanse i Salt Lake City (NSF 2013). Systemet er en godkjenningssystem som trykker både ansatte og pasienter. Magnet stiller systematiske krav på fire områder; faglig ledelse, organisering, profesjonell utøvelse av sykepleie og til anvendelse av ny kunnskap og forskning. Kvalitetssystemet legger til rette for løpende læring og kontinuerlig kvalitetsforbedring. NSF mener at rammeverket, som er basert på omfattende forskning, kan danne grunnlag for en modell tilpasset til norske forhold og for alle deler av helsetjenesten. Angående ledelse blir dette ikke diskutert her. Selv om det nevnes i forhold til Magnet modellen. Aiken et. al (2008) konkluderer med at Magnet programmet kan brukes av sykepleiere hvor som helst i helsetjenestene for å forbedre kvaliteten på blant annet arbeidsmiljøet. Kunnskaps basert praksis er en av de viktigste forutsetningene for å kunne starte veien mot en Magnet helsetjeneste tilpasset norske forhold. Cindy McCoy (2009) belyser at en av utfordringene for å kunne la distriktssykepleiere videre utdanne seg er at det ikke er nok sykepleiere til å dekke opp vaktene. Den kvantitative studien til Clavelle, J.T. O'Grady, T.P. & Drenkard, K. (2013) ble utført via en kvantitativ spørreundersøkelse via e-mail hvor sykepleiere og sykepleieledere i Magnet organisasjoner deltok. Resultatene viste at når lederne sammen med sykepleiere i et felles ansvar kunne ta avgjørelser skapte det en bedre kontroll over praksis. Nok personell førte til at sykepleierne fikk mere tid til pasientene og de hadde også tid til å diskutere praksisen med kollegaene samt å oppdatere seg faglig. Studien konkluderer også med at Magnet modellen er ekstremt positivt for arbeidsmiljøet. Samtidig er faglig utvikling nedfelt i arbeidsmiljøloven (2005) § 4-2 (2) a) hvor det står at det skal legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling.



## 2.2 Distriktssykepleiere er generalister i praksis

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-1. *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester:*

*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.*

Angeline Bushy (1998) skriver at distriktssykepleiere må være fleksible for å kunne gi pleie til pasienter i alle aldre, i et vidt spekter av sykdommer og tilstander. De bør ha generalistferdigheter og mindre spesialisering innenfor et felt. Hun kaller generalistrollen: «Wearing several hats on the job».

Knight K, Kenny M & Endacott R (2016) utførte en studie i Victoria i Australia der de intervjuet åtte sykepleieledere, syv RN (registrerte sykepleiere). De utførte også et fokusgruppeintervju med åtte RN. I tillegg inkluderte studien reviews av statelige og politiske dokumenter. Det de kom fram til var at distriktssykepleiers rolle kunne beskrives ved å bruke betegnelsen «ambiguity masters» (flerfaglig master). I studien trakk de frem kombinasjonen av kunnskapsbasert praksis, tidligere erfaringer, gjeldende kontekstuell kunnskap som significant for å klare å arbeide i en en ambiguity praksis kontekst. Det å se på distriktssykepleierens rolle som en ambiguity master, istedenfor en ekspert- generalist rolle presenterte en ny måte å tenke på. Denne forandringen mente de utfordret de nåværende politiske modellene, praksis, utdanning, støtte og ledelse for distriktssykepleien.

Det helhetlige arbeidet i sykepleien kan også forklares ved sykepleieres grunnutdanning hvor de lærer om helhetlig pleie og omsorg. Holisme kommer fra det greske ordet *holos*, som betyr alt eller det hele. Holisme er forståelsen av at helheten er mer enn, og forskjellig fra summen av delene. I holistisk forståelse må behandling av en pasient innebære at hele mennesket må tas vare på (Karoliussen 2011 s. 73). Davina Allen (2014 a,b,) mener sykepleiere driver et holistisk arbeid med fokus på helhetlig pasient omsorg ved at de koordinerer og legger til rette for et flytende pasientforløp.

*Om vi nytta eit bilete frå naturen, kan vi seie at generalisten er kjentmannen og fjellføraren. Det betyr at han har mykje kunnskap om ulike sider ved området han bevegar seg i, og kjenner landskapet og ulike plantar og dyr. Derimot er han sjeldan biolog eller geolog (Solheim & Aarheim 2004).*

Chad O' Lynn (2013) gjorde en kvalitativ studie der hun intervjuet 6 menn som arbeidet som distriktssykepleiere i utkanten av Montana i USA. Alle deltakerne i studien beskrev distriktssykepleie som en generalisert praksis. Flere av deltakerne brukte benevnelsen «Jack of all trades», på norsk oversatt til en person som har mange ferdigheter og som ikke er spesialisert innenfor kun et område. Deltakerne fortalte om hvordan sykepleierollen i distriktene stadig utvides på grunn av økning av flere pasienter ut i distriktene. Videre kunne de i løpet av en arbeidsdag berøre mange forskjellige spesialfelt som akutt sykepleie, geriatrisk sykepleie, barnesykepleie, lindrende sykepleie og sykepleie ved livets slutt. One noticed, «You don't see a lot of everything, but you see a little bit of everything a lot» (Lynn, 2013 s. 269). En beskrivelse av distriktssykepleierens fleksible rolle beskrives også av knight et. al (2016).

Kenny, A & Duckett, S (2003) konkluderer med at universitetene ikke forsto forskjellen ved urban og rural sykepleiepraksis. Et utsagn er at distriktssykepleierens rolle er mye mer diffus enn hos sykepleiere som arbeider i by eller by nære strøk (Long & Weinert 1989 s. 8). Scharff (1998) beskriver distriktssykepleie som en egen gren av sykepleie hvor det kreves avansert kunnskap til å kunne utøve sykepleie til et bredt felt av flere kliniske områder samtidig. I litteraturen finner en begreper som avansert, generalisert og «Jack of all trades» (generalist), som beskrivelser av mangfoldet ved distriktssykepleiens praksis. Benevnelsen «Jack of all trades» går igjen i flere av studiene (Kenny & Duckett 2003). Ved gjennomgang av artikler og bøker ble flere forskjellige roller sett hos sykepleiere som jobber ute i distriktet som: NP (nurse practitioner), RN (registrert sykepleier), GP (general practitioner), Traineer, APN (advanced practitioner nurse), CNP(Clinic nurse practitioner). Alt etter hvilke utdanningsforløp de har gjennomført. I forhold til avansert sykepleier (NP) med forskjellige krav til utdanningsforløp som for eksempel antall timer i klinisk praksis ble det gjort en studie i Australia av Turner, C. KeyZer, D & Rudge, T (2007). De utførte en kritisk diskurs analyse for å undersøke forskjellen mellom politikk og innføring av Nurse Practitioner rollen (avansert sykepleier rolle) i Australia. Her kommer det frem at det var en del hindringer i å implementere denne rollen i praksis. Resultatene viste at politiske dokumenter støttet

behovene for en autonom og avansert sykepleier praksis. Samtidig viste det seg at det var en utfordring for kollegaer å forstå den avanserte sykepleier rollen i helsetjenesten. Dette resulterte i et gap mellom retorikk og politikk ved implementering av den avanserte sykepleier rollen i distriktene. Sykepleiernes erfaringer indikerte kun et skifte innenfor den tradisjonelle sykepleierrollen. Videre konkluderte studien at dette var noe som gjaldt ikke bare for Australia, men også internasjonalt.

### 2.3 Distriktssykepleierens Case management rolle i pasientforløpet

Case -management er en prosess hvor man vurderer, planlegger, koordinerer og evaluerer en klients muligheter og behov for helse og sosiale tjenester. Ivaretagelse av klientens interesser og rettigheter inngår ofte som en viktig del. Det finnes ulike modeller. Noen fokuserer primært på å administrere tildelte tjenester, andre på å styrke klientens muligheter og evne til å dra nytte av tjenester (Store medisinske leksikon). Organisering er arbeid som utføres i organisasjonen som for eksempel koordinering, beslutte og forbedre. All organisering handler om samarbeid og samhandling (Orvik 2015). Krøll, H & Hansen, H (2000) Gjorde en kvalitativ studie ved bruk av spørreskjemaer med åpne spørsmål. 112 personer responderte og av disse var det både sykepleieledere i helsetjenestene (sykepleieravdelinger og kommunehelsetjenester), oversykepleiere, sjefssykepleiere, studenter og sykepleielærere. Det stiltes to spørsmål. Det ene var: Hva skal en nyutdannet sykepleier kunne hos dere? Nevn de fem viktigste ting. Det andre spørsmålet var: Den sykepleieren som vi utdanner om ca. 5-6 år, skal hun kunne noe annet enn den sykepleier vi utdanner i dag? Hvis svaret ble ja, skulle de nevne fem ting. Til sammen så kunne altså en respondent bidra med 10 utsagn totalt. Her kom det fram at sykepleier oppgavene har utviklet seg til et større omfang av planlegging, koordinering og utførelse av mere avanserte oppgaver. I forhold til organisasjonskompetanse svarte respondentene at sykepleiere i helsevesenet i større grad ville inngå i team arbeid, hvor hun ville komme til å ha en koordinerende rolle i teamet og være en aktiv drivkraft i det tverrfaglige samarbeidet.

*First and foremost, nurses do not function in isolation! Nurses are one component, albeit major player, of a team of providers in a complex health care system (Bushy, A & Winters, C, A 2013 s. 449)*

Stanton, M,P & Dunkin, J (2002) Har gjort en studie der de intervjuet 38 distriktssykepleiere som praktiserte som Case manager (koordinatorer), 28 praktiserte ved distrikts sykehus eller

klinikker, mens 6 arbeidet i hjemmesykepleien. Data ble innsamlet fra vår 2000 til vår 2001. Resultatene av studien viste at Case management rollen er sammensatt av mange forskjellige roller og at det trengs mer kunnskap ut i distriktene. På topplisten over hvilke ferdigheter en distriktssykepleier bør ha i en case management rolle er:

*1. Kunne se muligheter og være kreativ i koordinering av ressurser. 2. Ha multidimensjonale sykepleiekunnskaper. 3. Gode kommunikasjonsferdigheter. 4. Ha gode data kunnskaper. 5. Ha gode kjøreferdigheter (Stanton & Dunking 2002 s.50)*

Case management er en enkel organisasjonsform ifølge Orvik. Ordninger med koordinator for individuelle pasient planer har likhetstrekk med Case management rollen. Case management handler primært ikke om samarbeid mellom organisasjoner, men det er en fagperson som utpekes, og som koordinerer innsatsen til en pasient med behov for ulike tjenester (Orvik 2015 s. 227). Samarbeid er konkret og forpliktende, og inneholder en norm om å virkeliggjøre et ansvar om å handle sammen. Samhandling bygger på forskningsbasert kunnskap ved at samhandling er en form for kunnskap i handling, med fokus på organiseringen av pasientarbeidet (Orvik 2015). I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) punkt 4.1, står det følgende: «*Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten*». Samhandlingskompetanse er en del av den organisatorisk kompetanse. Nøkkelen til god samhandling er også å kunne tilegne seg kunnskaper i forhold til utviklingen av de organisatoriske rammene rundt sykepleien (Orvik 2015). Sykepleiere orienterer seg i hele pasientforløpet ved å søke informasjon med et bredt blikk for å kunne innhente opplysninger om helse og sosiale faktorer som er viktig for en helhetlig pasientomsorg (Allen 2014 a).

#### 2.4 Å være alene langt unna assistanse

Det å være distriktssykepleier beskrives av Scharff (1989) som å være uavhengig eller å være alene. Trine Lise Edvardsen (2016) skriver at det å være alene går igjen i opplevelsene ved å arbeide som sykepleier ute i distriktene i Finnmark fylke. Distriktssykepleiere er ofte i situasjoner hvor de står alene uten assistanse av kollegaer (Long & Weinert 1998). Rural nurses see themselves as cut off from the professional mainstream (Long & Weinert 1989) Det å være alene hos pasientene, langt unna assistanse kan også beskrives ved å ta med

begrepet autonomi. Ordet «autonomi» stammer fra gresk autos, som betyr selv, plus nomos, som betyr lov, styre eller regel ( Thibouville 2013 s. 4).

Autonomi er selvbestemmelse eller selvstendighet. Og den øker gradvis i samsvar med personens utvikling og modning (Karoliussen 2011). Elstad (2015 s.84). sier: Helsefaglig og medisinsk arbeid krev fagleg spelerom, altså faglig autonomi. Distriktssykepleierne er stort sett alene hjemme hos pasientene. Et spesielt trekk ved hjemmesykepleie er at ho blir utført langt unna ledelsen der de andre holder til (Solheim & 2004). Litteraturstudien til Davis,D. J & Drees, N. S(1993) tar for seg forskjellige utfordringer ved å arbeide som sykepleier i distriktene i Nord Amerika. Her kommer det fram at distriktssykepleiere har en utvidet autonomi, og noen kalte det for å være uavhengig og det ble også brukt begrepet som «Self-Driven practice». Økt autonomi ble beskrevet som en fordel ved distriktssykepleie, noe som kunne forklares på to måter. A: En større frihet til å kunne påvirke beslutninger i forhold til pasientomsorgen. B: En større frihet til å kunne planlegge egen arbeidsdag. En hjemmesykepleier som jobber alene ute på landsbygda beskriver når hun ikke klarer å få satt inn perifert venekateter:

*«Du er den eneste som kan gjøre dette, selv om du kanskje må stikke pasienten 20 ganger, det er synd, men du har ingen valg, du har ingen som kan hjelpe deg» (Davis & Drees1993).*

Forskjellen ved å praktisere som sykepleier i distriktet kontra i byen kunne oppleves slik:

*«In the City they have lots of staff around, doctors may be an hour away. You are on your own. There is no one down the corridor to call for help» (Kenny & Duckett 2003).*

Det å være alene er noe som skiller distriktssykepleien fra det å arbeide på sykehus eller i by og bynære strøk hvor hjelpen er nærmere. Noen distriktssykepleiere beskrev også friheten ved å sette sammen sin egen plan for dagen som en positiv opplevelse (Lynn 2013), (Davis & Drees 1993).

Det å stå alene blir kalt for en av de to dimensjoner av utfordringer som distriktssykepleier kan oppleve. Den andre dimensjonen er lack of anonymity (Tap av anonymitet) (Davis & Drees 1993).

## 2.5 Lokalbefolkningens kjennskap til distriktssykepleier - utfordringer

Deltakerne til studien til Edvardsen (2016) bemerket det spesielle ved å arbeide som sykepleiere i distriktet ved at alle visste hvem alle var. De kunne oppleve at det var familie, venner, venners venner eller naboer som trengte hjelp av sykepleier. I min studie brukes begrepene kjennskap og tap av anonymitet. Findholt (2013) gjorde en case studie hvor tre kommuner deltok. Kommunene var sortert etter innbygger antall. Et av resultatene var at tap av anonymitet dukket opp hos helsepersonell i den minste kommunen. Der kom det fram at de syntes det var vanskelig å konfrontere med motstridende meninger innad i personalgruppen. De syntes det var vanskelig å være ærlige. Respondentene sa det vare en utfordring med nære relasjoner innad i arbeidsgruppen. I artikler funnet om temaet i forhold til lokalbefolkningens kjennskap til distriktssykepleier gikk begrepet tap av anonymitet igjen som en beskrivelse. Tap av anonymitet er noe som beskriver det å arbeide som distriktssykepleier (Davis & Drees 1993). Swan, M,A & Hobbs, B,B kom med en artikkel i 2016. Artikkelen er en litteratur analyse av artikler mellom 2008-2013 der de har studert begrepet tap av anonymitet i forhold til distriktssykepleie. Studien viser at begrepet tap av anonymitet går igjen i teorien som omhandler distriktssykepleie. Konklusjonen de kom fram til var at selve definisjonen ble stående som det å være kjent i motsetning til å være anonym. At det å være kjent i et lite lokalmiljø er en utfordring som er understreket flere ganger i litteraturen blant annet i Lynn (2013), (Findholt 2013), (McCoy 2009) og (Scharff 1998). Angeline Bushy (2002) gjorde en litteraturstudie om internasjonale perspektiver på distriktssykepleie hvor hun gikk igjennom artikler fra Australia, Canada og USA. Her beskriver hun hvor synlig distriktssykepleiere er i et lokalmiljø hvor alle kjenner alle. I min studie brukes begrepene kjennskap og tap av anonymitet. Tap av anonymitet som en utfordring. Kjennskap som omfatter mere enn tap av anonymitet og som passer bedre med funn som er gjort i studien. Kjennskap betyr å kjenne til noe, ha kunnskap om noe.

## 2.6 Distriktssykepleieren har ofte omfattende kjennskap til pasientene

Charff (1998) gjorde en deltakende observasjonsstudie kombinert med intervjuer av 26 sykepleiere ved fire distrikt i USA. Her beskriver hun kjennskap hvor distriktssykepleier kjenner pasientene personlig noe som gir en fordel. Hun sier videre at distriktssykepleier har lettere for å involvere seg følelsesmessig ved at de kjenner pasienten, og at pasientene

uttrykker trygghet ved at de kjenner distriktssykepleier (Scharff 1998). Det er nettopp omsorgens emosjonelle involvering som gjør at sykepleieren kan bli klar over det risikable i enhver situasjon (Martinsen 2005). Går sykepleie ut på å hjelpe pasienter og familier til å leve gjennom sykdom og kriser, så må det vere eit langsgående tidsperspektiv i sjukepleierpraksis. Tidskontinuiteten er viktig for oppfølging av både observasjoner og for å kunne tilrettelegge for individuell hjelp (Elstad 2015). Distriktssykepleiere forteller at de opplever å bli mer involvert i pasientene sine noe som gir en fordel ved at de får økte kunnskaper om pasientenes individuelle omsorgs behov (Lynn, 2013 s. 265).

Distriktssykepleiere må ofte gi hjelp til pasienter som de har nære relasjoner til slik som venner av familien, naboer eller slektninger (Bushy1998)

## 2.7 Stress i arbeidsdagen

Pioneren Hans Selye introduserte begrepet stress. Hans beskrivelser la videre grunnlag for skillet mellom det vonde og det gode stress. Stress brukes i dag som en samlebetegnelse for eksponeringen for stressorer (stressfaktorer) og reaksjoner på den. Når kroppen ikke får nok hvile (restitusjon) kan stress være skadelig. Det kan oppstå strain som er en skadelig form for stress. Utrykket strain er hentet fra fysikken og viser til belastning eller slitasje som oppstår ved kraftig eller vedvarende eksponering for stressfaktorer (stressorer) (Orvik 2015 s.143-144). Stress kan være skadelig ved at det virker inn på hele kroppen. Alt henger sammen helt ned til det minste cellenivå (Karoliussen 2011). Rapporter fra flere forskjellige land tyder på at det er økt stress blant helsepersonell. I en svensk studie der leger ble fulgt over lang tid, heter det at det psykologiske overskuddet avtok parallelt med at produksjonskravene økte (Orvik 2015). Breivik, E & Obstfelder, A. (2012) gjorde en kvalitativ studie ved semistrukturerte intervju av fem kvinnelige sykepleiere som arbeidet på forskjellige avdelinger ved sykehus. I studien kom det fram at når arbeidspresset var stort så trivdes ikke sykepleierne. Sykepleierne sa at de oftere kom til kort i arbeidet og at dette gjorde dem urolige. En kvalitativ studie skrevet av Jörg W. Kirchoff (2011) tar for seg yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester. Deltakere i studien var hjelpepleiere og sykepleiere som arbeidet i hjemmebaserte tjenester i Østfold. Her kommer det frem at opplevelsen av tidspress og krav om effektivisering bidro til at respondentene enkelte ganger utsatte arbeidsoppgaver.

## 2.8 Bærekraft som et fremtidsbegrep i sykepleietjenesten

Begrepet bærekraft er her tatt med fordi en ønsker å se på forhold for å kunne ivareta en bærekraftig personal kontinuitet i sykepleietjenestene ute i kommunene. Bushy, A & Winters, A (2013) kommer med et godt bilde på utviklingen i sykepleietjenestene i USA og hvor den er på veg. Alderen på sykepleiere i praksis blir høyere og det forventes derfor en «baby boom» av sykepleiere som går av med pensjon. Av tre millioner sykepleiere i USA er en million over 50 år.

I omsorgsplan (2015-2020) står det om bærekraft: «Det er behov for å ta i bruk ny teknologi, nye faglige metoder og at det er først og fremst i kommunene fornyingsarbeidet skal foregå». Videre konkluderer de med at økningen av tilbud og etterspørsel i arbeidsmarkedet vil resultere en betydelig underdekning av sykepleiere og helsefagarbeidere i årene som kommer.

Andrews, M. E Stewart, N J. Pitblado J.R. Morgan, D.G. Forbes, D & D'Arcy, C. (2005) presenterte en studie på bakgrunn av en randomisert kvantitativ undersøkelse gjort i rurale områder i Canada. Studien setter fokus på det å arbeide alene ute i distriktene i Canada og hvilke muligheter og utfordringer som kunne beskrives. De konkluderer med at sykepleiere som arbeider alene har en høyere gjennomsnittsalder enn andre sykepleiere og at det må settes i gang politiske tiltak for rekruttering. Videre konkluderer de med at kontakt med andre kollegaer, medisinsk utstyr, tilrettelegging av kompetanse og en større mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon kunne bidra til å øke arbeidsgleden. Det kommer også frem at sykemeldingsprosenten er høy i sykepleie yrket.

*Sykepleiere har høyere sykemeldingsprosent og større grad av symptomrapportering enn andre yrkesgrupper det er naturlig å sammenligne med. Samfunnsøkonomiske analyser antyder at kravene til den enkelte sykepleier vil øke i årene som kommer, det er derfor viktig å finne årsakene som bidrar til nedsatt arbeidsevne hos sykepleiere (Bjørkli, J. 2011).*

Det å ha overblikk over pasientenes livsverden og alle daglige gjøremål kan føre til en ansvarsoversvømmelse hvor viktige tiltak kan utebli. Det at sykepleiere skal være over alt og gjøre alle oppgaver hvor alle pasientene er i fokus kan lett bli en ansvarsoversvømmelse.

*Summen av helhetsorientert pasientomsorg og forventninger om å ta hånd om restoppgaver kan gi en ansvarsoversvømmelse, særlig når andre former for ansvar kommer på toppen. Det gjelder for eksempel kontinuerlig oppfølging av pasienter, kontinuerlig tilstedeværelse der pasientene oppholder seg og systemet rundt pasienten, den daglige driften (Orvik 2015 s. 294).*



Av og til blir det hevdet at sykepleiepersonalet har en tendens til å påta seg et grenseløst ansvar, som kan føre til stress og skyldfølelse (Elstad 2015).

## 2.9 Arbeidslistene

Alle deltakerne i denne studien brukte arbeidslister som verktøy, et hjelpemiddel for å kunne påse at alle dagens oppgaver ble gjort. Arbeidslistene var laget etter hvor mange kjøreruter de hadde i distriktet sitt med en variasjon på inne-ute ruter eller en rode som D3 kalte det. Tre av deltakerne hadde både hjemmesykepleie, hjemmetjeneste og omsorgsboliger ved deres sykepleietjeneste, men en av deltakerne kun hadde hjemmetjeneste og hjemmesykepleie. Denne arbeidslista er bare fylt ut litt for å vise hvordan ei arbeidsliste kan se ut. Dette er et eksempel på en rute eller rode som noen kaller det:

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
Petra: Gi medisin, ta på støttestrømpene	Petra: Gi medisiner, ta på støttestrømper. Husvask					
Torleif: Hjelp til morgenstell	Torleif: Dusj					
Hansine: Dusj	Hansine: Hjelp til morgenstell					
Olav: Gi medisiner, husk Parafin	Olav: Gi medisiner, husk parafin					
Norunn: Hjelp med morgenstell og tilrettelegg frokost.	Norunn: forefallende 10min, tilrettelegg frokost					
Peter: Gi øyedråper, gi forstøver og innhalasjonsmedisiner, observer respirasjon og ta vekt	Peter: Gi øyedråper, forstøver og innhalasjonsmedisiner, observer respirasjon.					
Karin: Hjelp til dusj	Karin: Mål blodsukker, hjelp til morgenstell					
Middag: Karin, Norunn og Olav	Middag: Torleif, Petra og Karin					

### 3 Materiale og metode

Formålet var å utforske hvilke utfordringer og muligheter distriktssykepleiere opplever i dagens sykepleiertjeneste i Troms Fylke. Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk innfallsvinkel med et deskriptivt design. Metoden er egnet for å la deltakere fortelle åpent om sitt daglige arbeid som sykepleiere ute i distriktet. Hvordan de opplever og føler i forhold til daglige utfordringer og hvilke muligheter de ser for fremtiden. Det kvalitative forskningsintervjuet søker kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk. Målet er ikke kvantifisering. Den kvalitative intervjuer oppfordrer intervjupersonene til å beskrive nøyaktig det de opplever og føler, og hvordan de handler (Kvale & Brinkmann 2015 s47)

#### 3.1 Min forforståelse

Blir også kalt for-meninger og for-dommer av Gadamer (2003) Det gjelder å være bevisst min forforståelse slik at teksten kommer til syne i sin annerledeshet. Min forforståelse springer ut fra egne erfaringer som sykepleier ute i distriktet. Media, som aviser og internett, samt litteratur og utdanning har også bidratt til å forme min forforståelse.

Min forforståelse er at jeg tror distriktssykepleiernes organisering før i tiden, før new public management tankegangen fikk sitt inntog i helse og omsorgstjenestene, var mere autonom. Jeg tenker at sykepleiere kunne prioritere friere i forhold til tid brukt på hver pasient. Det jeg vet om utviklingen i min egen arbeidsplass er at vi som var nærmest pasientene ute i kommunene hadde sterkere beslutningsmyndighet til å kunne kartlegge og observere pasienters behov for deretter organisere og gi tilpassede tjenester, i motsetning til i dag hvor slike avgjørelser ofte tas ved sentrale tildelingskontor eller av saksbehandlere. Mitt inntrykk av dagens distriktssykepleiere er at de springer bena av seg, skal være overalt og gjøre alt med en overhengende begrensning i egen styring av organiseringen av egen arbeidshverdag. Det at jeg er bevisst min forforståelse gjør at jeg på en måte lettere vil kunne legge denne til siden for å på best mulig stille åpen og mottakelig for alt som måtte komme i intervjuene. Jeg må være bevisst på at min forforståelse kan forme mitt syn på hva jeg vil trekke ut fra intervjuene ved at jeg blir blind for andre ting enn det som måtte understøtte min forforståelse. Det er derfor viktig å ha et fokus på at ting kan oppleves forskjellig utfra hvem som ser og at det ene ikke utelukker det andre. Det at vi forstår verden ut fra våre forforståelser er noe som synes å

være et generelt trekk ved et menneske (Kvale & Brinkmann 2015). På fenomenologisk vis må jeg sette mine forforståelser i parentes, i et forsøk på å oppnå maksimal åpenhet ovenfor tekstene slik de fremstår. Forforståelse kan også bety refleksivitet ved at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen. For at forskningsprosessen skal bringe frem noe annet enn det man på forhånd vet eller har tatt for gitt, er det nødvendig med et åpent sinn, med plass for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner (Malterud 2013s.18). Jeg kan dermed gå inn i forskningen med min forforståelse og refleksivitet, men det å være klar over og åpen for at ting kan vise seg i andre former og meninger er en styrke som resulterer i en sterkere validering av resultatene. Refleksivitet er en aktiv holdning- en posisjon som forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Forskeren skal ikke bare vente på resultater, men lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (Malterud 2013).

### 3.2 Fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming

Det er naturlig å spørre distriktssykepleiere om hvordan de opplever/har opplevd å arbeide som sykepleiere i sitt virke. Å bruke en fenomenologisk tilnærming er en filosofisk tanke som bunner ut i at mennesket er tenkende og en del av alt som er, med egne individuelle synspunkter, erfaringer, meninger, holdninger og oppfatninger av omgivelsene. Fenomenologi er et filosofisk perspektiv basert på omhyggelige beskrivelser og analyser av bevisstheten med vekt på forskningsdeltakerens livsverden (Kvale & Brinkmann 2015s.355).

Fenomenologiens gjenstand var til å begynne med bevissthet og opplevelse. Senere ble den av Husserl og Heidegger utvidet til også å omfatte menneskets livsverden. Merleau-Ponty og Sartre ville også at fenomenologien skulle ta hensyn til kroppen og menneskers handlinger i historiske sammenheng (Kvale & Brinkmann 2015). Maurice Merleau - Ponty (1994) forklarer hvordan en ved hjelp av forskjellige vinklinger kan oppdage ting en ikke så ved første øyekast. Han uttrykker at ved å bruke kun et perspektiv kan ikke objektet settes som «*autonom varen*». Descartes sier at innsikt i en sannhet ikke forhindrer oss i å oppdage andre sannheter. Han sier også: «*thi intet fjerner os længere fra den rette vej til sandhedens erkjendelse, end hvis vi blot studerer visse specialområder, men glemmer denne generelle målsætning*» (Descartes 1991 s.48). En kobler fenomenologien inn i intervjuet med sykepleiere ved å bruke et utforskende perspektiv i samtalen. Utforskeren er ikke fornøyd

med å registrere meninger og holdninger, hun forsøker å gå under overflaten og trenge inn i de dypere lagene av intervjupersonens erfaringsverden (Kvale & Brinkmann 2015).

Hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts mening (Kvale & Brinkmann 2015). Den hermeneutiske regel er at man skal forstå helheten utfra delen og delen utfra helheten. De store produktive forskningsprestasjonene beholder noe av den glansfulle trolldom som viser seg når man lar samtiden speile seg i fortiden og fortiden speile seg i fremtiden hvor målet er å overvinne den reduksjonistiske vitenskap. Den hermeneutiske bevissthet har alltid sin egentlige funksjon i at man erkjenner hva som er verdt å spørre om. Verden fortolker seg selv, ordner seg i en helhet av relasjoner, der erfaringen inntrer som noe nytt som forandrer våre forventninger, samtidig som det innordner seg på nye måter (Gadamer 2003 s.33- 66). Hermeneutikken er med på å skape et helhetlig perspektiv i studien. Ved å intervju sykepleiere vil jeg inkludere hvordan de fortolker sin livsverden som distriktssykepleiere.

### 3.3 Intervjuform

Det ble gjort en kvalitativ intervjuundersøkelse blant sykepleiere som arbeider ute i tre forskjellige kommuner i Troms fylke. Det ble brukt semistrukturert intervjuform. Dette er en planlagt, men fleksibel samtale som har som hensikt å hente inn beskrivelser av intervjupersonens livsverden med fortolkning av meninger som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann 2015). Samtykkeskjema og informasjonsskjema ble sendt deltakerne på E-post i god tid før intervjuene. Dette for å kunne skape tid til å tenke over temaet før selve intervjuet. De ble alle minnet på taushetsplikten og intervjuets formål, rett før selve intervjuet. Intervjuguider ble brukt for å sikre at det ble svart på studiens problemstilling. Det ble bedt om eksempler der dette falt naturlig i samtalen. Det ble spurt om deltaker samtykket i oppfølgingssamtale over telefon hvis dette skulle bli nødvendig. Det ble også gitt informasjon om muligheten til å lese gjennom intervjuet før det ble brukt i studien, slik at de kunne velge og sensurere bort noe hvis de ønsket det. Intervjuene ble tatt opp på mobil enhet, transkribert ordrett og pauser er her tatt med ved bruk av (...). Det ble utført oppfølgings samtaler over telefon på grunn av uklarheter i forhold til det to av deltakerne hadde sagt i intervju samtalen.

### 3.4 Utvalg og rekruttering

Studien ble avgrenset til tre kommuner i Troms fylke. Det første inklusjonskriteriet var at deltakere hadde arbeidet som i sykepleiertjenestene ute i distriktet i Troms fylke i minst 7 år. Dette som hensikt for å kunne få med tiden rundt innføringen av samhandlingsreformen. Det andre kriteriet var at avstanden til sykehus skulle være på minst 1 time som en hensikt i å kunne få tilgang til opplevelser de kunne ha ved å være langt unna sykehus. Det tredje kriteriet var at de arbeidet i 100% stilling i dag for å sikre at deltaker hadde ferskvare av praksis. Informasjon og samtykke skjema sendt til avdelingslederne ved de aktuelle tjeneste stedene. Deretter ble det tatt kontakt via telefon til avdelingsleder. Avdelingsledere oppga navn, telefon nummer og E-post adresse til deltakere som hadde gitt muntlig samtykke til å delta i studien. E-poster ble sendt til alle deltakere. Deretter måtte jeg purre på ved å avtale tid for intervju via telefon til hver og en av deltakerne. To av sykepleierne hadde videreutdanning, den ene i geriatri og den andre som helsesøster. Ved referering til deltakernes fortellinger i intervjuene brukes betegnelsen D1,D2,D3 og D4.

### 3.5 Transkribering

Når det første intervjuet var gjennomført startet transkriberingsprosessen. Derfor ble det utført et intervju av gangen, deretter transkribering og slik ble prosessen gjentatt for hvert enkelt intervju. Jeg gjorde all transkribering selv. Ved selv å være mellomledet mellom tale og tekst får forskeren gjenoppleve erfaringene fra feltarbeidet og gjøre seg kjent i materialet fra en ny side (Malterud 2013 s, 78). Det ble forsøkt å transkribere på dialekt først, men dette ble mer tidkrevende, unøyaktig og vanskeligere å analysere da deltakerne hadde forskjellige dialekter. Derfor falt valget på å transkribere intervjuene på bokmål. Transkriberingsprosessen startet umiddelbart dagen etter intervjuet ble utført. Deretter ble det lyttet igjennom intervjuet to ganger for å få med alt som ble sagt. Denne prosessen ble gjentatt for hvert enkelt intervju. Ved den første transkriberingen hadde det kommet med en del ord feil og det manglet også ord fra lyd til tekst. Ved å lytte til båndet en gang til oppdager man kanskje at noen av ulikhetene skyldes dårlig lyd kvalitet eller at man har hørt feil (Kvale & Brinkmann 2015).

### 3.6 Analysering

I kvalitative studier krever idealene om helhetstenkning at forskeren viser lojalitet til deltakernes opprinnelige utsagn og meninger (Malterud s.93) Det ble bestemt før intervjuene at en ønsket å gjennomføre en analyse med fokus på mening. Det ble derfor brukt en kvalitativ fenomenologisk innholds analyse for tilnærming av det transkriberte materialet. Formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskaper om deltakernes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud 2011 s.97). Forskningsfeltet for denne studien er sykepleiertjenesten i distriktene i Troms fylke. Det var derfor viktig å bruke samme intervju guide til alle deltakerne for å kunne få et bredere perspektiv på deres opplevelser. Det første trinnet i analysen var å trekke ut meningsbærende enheter rett fra råtekstene. Det ble startet en systematisk gjennomgang av det transkriberte materialet hvor en gikk gjennom linje for linje (Malterud 2011). Teksten ble gått igjennom flere ganger og her ble alle meningsbærende enheter en kunne finne understreket. Så ble det lagd en tabell med fem kolonner, hvor de meningsbærende enhetene ble nedskrevet i første kolonne. I det andre trinnet i analysen utførte ble det gjort en reduktiv tilnærming ved å kondensere meningsenheter. I denne fasen er det viktig å være tro mot materialet og til det deltaker virkelig formidler (Malterud 2011, Derfor måtte en være bevisst på å ikke fravike fra helheten. Forskningsprosessen reiser utfordringer når det gjelder å forene analytisk reduksjon med aktiv nærhet til den levende kunnskapen (Malterud 2013). I det tredje trinnet ble det gjort en fortolkning ved å bruke egne ord og begreper i forhold til slik en forstod meningsenheten. Dette er en dekonstruksjon av teksten hvor en tar ut biter, bryter det ned og beskriver på nytt (Kvale & Brinkmann 2015). En tar en deduktiv tilnærming til teksten som er teoristyr, en top- down – ved at en tar utgangspunkt i foreliggende teorier, og går ovenfra og ned for å finne svar (Malterud s.175). Med en top-down menes det at en har noen teorier og kunnskaper som ligger i bakgrunn for hvordan en tolker tekstene, samtidig som en må være bevisst på å ikke fjerne deltakerens mening med utsagnet (Malterud s.175 ). Derfor er det her forforståelsen kan tre inn og bidra til å farge tolkningen av materialet. Det fjerde trinnet i analysen ble sub temaer/underkategorier opprettet, som er de forskjellige konsentratene av de meningsbærende enhetene (Malterud 2011). Videre gikk analysen over i femte trinn hvor en skulle opprette hovedtematikken/hoved kategorier. Å finne hovedtematikk var en utfordring da en lette etter gode og romslige temaer som kunne favne brett rundt sub kategoriene og de meningsbærende enhetene. Det ble satt opp fem kolonner,

råtekst med meningsenheter, kondensert mening, fortolkning av mening, sub tematikk og hovedtematikk. Under meningsenheten ble det lagt inn sitater fra deltakere, under kondensert mening et sammendrag av sitater. Til slutt ble det lagd kategorier/temaer (Lundman & Granheim, 2008).

Meningsenheter	Kondensert mening	Fortolkning av mening	Sub tematikk	Hoved tematikk
<p>Intervju 4, s,1: For vi går og endrer tiltakene hele tiden og der står det til punkt og prikke hva vi skal gjøre, hos hver enkelt.</p> <p>Intervju 4, s,1: Hvis det for eksempel er en pasient som trenger hjelp av to så må vi samkjøre oss, at vi er der samtidig. Da må vi planlegge med den andre som skal kjøre ut. Hvilket klokkeslett.</p>	<p>Vi endrer tiltak og der står det hva vi skal gjøre hos den enkelte Vi må planlegge og samkjøre oss når det er en pasient som trenger hjelp av to.</p>	<p>Det lages en bruksanvisning til hver oppgave som skal gjøres, men denne må forandres i takt med kommende funksjonsnedsettelse og/eller progredierende sykdomsbilde</p> <p>Sykepleier koordinerer arbeidet der det trengs</p>	<p>Endrer tiltak Samkjører</p> <p>koordinere</p> <p>Planlegger</p>	<p>Distriktssykepleierens rolle</p>

Fig 1: Analyse

### 3.7 Metodekritikk

Dette er en liten studie med få deltakere. Studien vil derfor ikke favne bredt, men gi oss noen tanker om hvordan det kan oppleves for sykepleiere å jobbe i distriktet og hvilke utfordringer de står ovenfor og hvorvidt det finnes fordeler. Resultatene kan være farget av at sykepleier stiller spørsmål til sykepleier. En ser i ettertiden at det kan være lett å ha en forståelse av ting som blir sagt på grunn av intervjupersonens tilknytning til samme praksisfelt, mens de samme

tingene kan være uforståelig for andre som ikke arbeider innenfor samme praksisfelt. Som for eksempel dette med arbeidslistene. Derfor er det viktig å være bevist sin forforståelse, selv om dette viste seg å by på utfordringer i arbeidet med studien.

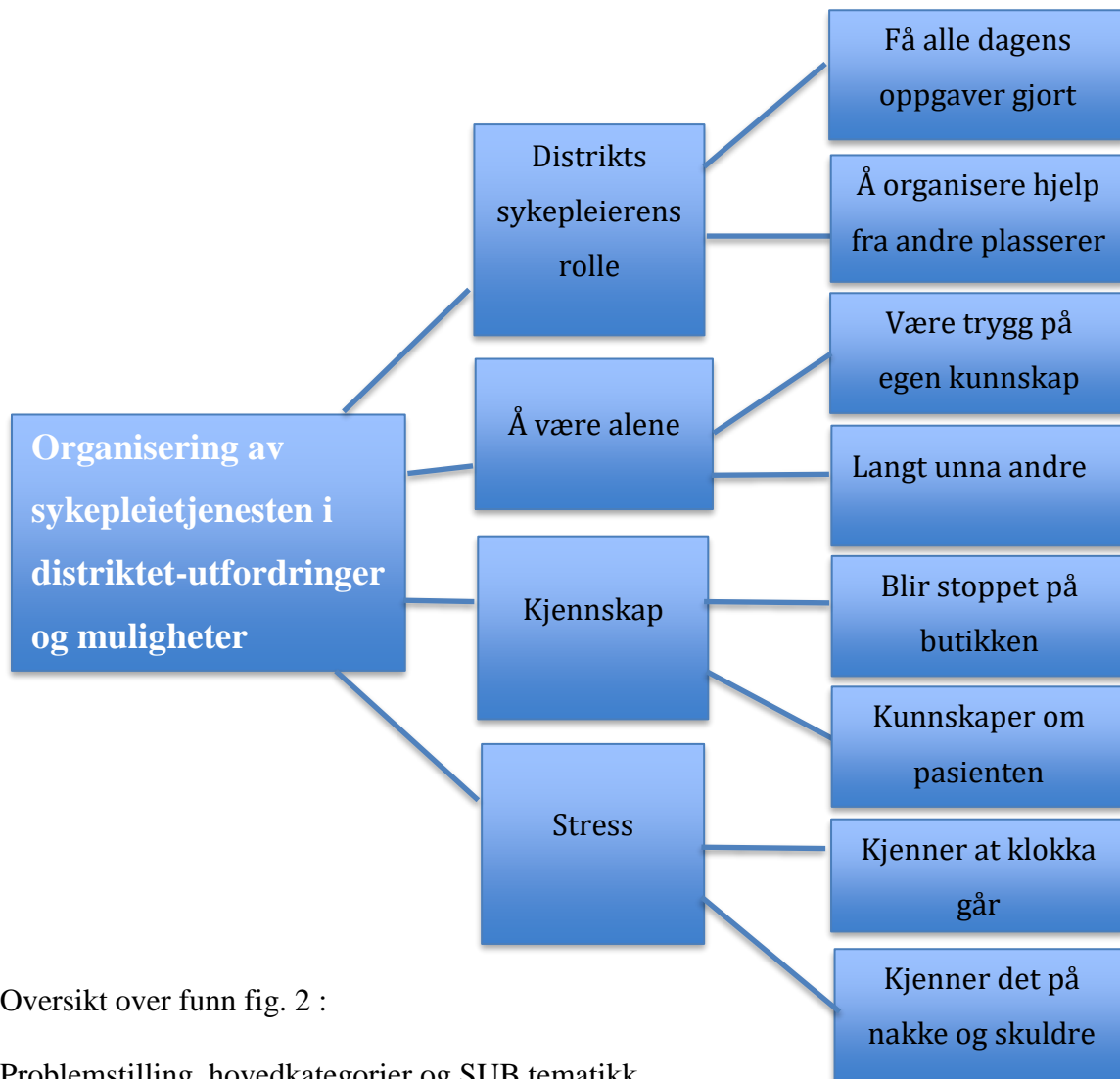
### 3.8 Ethiske betraktninger

De etiske regler for kvalitativ forskning ble gjennomgått i henhold til etikk og intervjuundersøkelser (Kvale & Brinkmann 2015), Kunnskapssenteret og (Forskningsetiske komiteer 2010). Studien har fått godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata). Studien er også registrert ved UIT (Norges arktiske universitet). Studien trengte ikke godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Informasjon ble lagret og destruert etter gjeldende retningslinjer ved UIT. Personvernet måtte vurderes fortløpende gjennom hele studien da historier/hendelser kunne dukke opp og som kunne identifisere deltaker (Forskningsetiske komiteer 2010). Intervjudeltakerne fikk tilbud om å lese gjennom det transkriberte intervjuet før jeg skulle bruke det i studien. I forhold til pasienthistorier ble disse anonymiserte etter gjeldende regler. Deltakere ble gjort oppmerksom i forkant av intervjuene ved å beholde anonymiteten ovenfor pasienter, pårørende, steder og annet helsepersonell. Jeg brukte en mobiltelefon som opptaker. Mobiltelefonen ble kun brukt til dette formål og det var kun jeg som har koden for å kunne låse den opp. Studien har fått et stipend på 30 000kr fra Tromsø-området regionråds mastergradsstipend for 2016.



## 4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres funn som er kommet frem i studien. Etter analyseringen av intervjumaterialet kom det frem flere temaer. Det ble derfor gjort en utvelgelse hvor fire temaer som var relevant for problemstillingen ble tatt med i studien : distriktssykepleierens rolle, å være alene, kjennskap og stress.



## Oversikt over funn

Alle deltakerne i studien opplevde stress i arbeidsdagen. Uforutsigbare arbeidsdager på grunn av mangel på personell. De ble gjenkjent når de beveget seg i lokalmiljøet og de hadde også en kontinuerlig og utvidet kjennskap til pasienter og lokalbefolkning. Funn viser at distriktssykepleiernes rolle er sammensatt og nærmest grenseløs. De arbeider som oftest alene. De opplever å måtte stå i kritiske pasient situasjoner hvor de er avhengig av å stole på egen kunnskap. I lange avstander, langt unna lege, apotek og sykehus forsøker distriktssykepleiere å legge til rette for et best mulig pasientforløp. De har ofte en god oversikt over den totale arbeidsmengden og vet hva som skal gjøres til enhver tid. De kjenner pasientene og de vurderer hvilke ressurser som til enhver tid trengs. De samhandler med hverandre og med samarbeidspartnere, på tvers av arbeidslister og tjenester i pasientforløpet. De bruker også fantasien for å klare å opprette en kontinuitet i pasientbehandlingen. Samtidig øker mengden dokumentasjonskrav som fører til at den totale arbeidsmengden øker. Nye pasientgrupper og nye avanserte oppgaver ut i kommunene. For å kunne skape et helhetlig bilde av studien blir deltakernes tanker om fremtiden i forhold til kompetanseheving tatt med på slutten av presentasjonen av funnene.

### 4.1 Distriktssykepleierens rolle

Distriktssykepleierens rolle har gjennomgått en endring fra å være rettet mot enklere oppgaver til å bli en mere avansert rolle. Antall liggedøgn ved sykehus har gått ned, noe som har ført til en økning av sykere pasienter ut til distriktene. Ut til en virkelighet hvor det i dag overføres mere medisinsk oppfølging og større behandlings ansvar til sykepleietjenestene ut i distriktene. Samtidig øker kravet om kontroll og styring, ovenfra og ned i organisasjonen. Noe som synliggjøres i distriktssykepleiernes fortalte opplevelser. Hvor de beskriver en økende strøm av arbeidsoppgaver som må utføres på kontoret noe som igjen kan føre til at distriktssykepleiere får mindre tid til pasientnært arbeid. Distriktssykepleiere skal i dag være fleksible og kunne brukes som «poteten», til det meste med og med en forventning om å kunne alt.

#### 4.1.1 Distriktssykepleieres rolle som Jack of all trades – En generalist rolle

Intervjuspørsmålet var: Hva tenker du når jeg sier samhandlingsreformen? Hvilke konsekvenser kan du se i dag og hvordan har tjenesten utviklet seg?

Alle deltakerne fortalte at de hadde lagt merke til at sykepleietjenesten hadde gjennomgått en utvikling til å omfatte flere avanserte oppgaver.

*« Det er ikke slik det var for 10-15 år siden. At vi smurte brødkiver og ga medisiner. DET er LANGT mer kompliserte brukere i dag enn det var før (D4).*

*«Nå har vi mere avanserte oppgaver. Før var det jo bading og sårstell. Vi hadde jo flere med kroniske sår. Vi hadde kreftsyke, men tidligere kom de på sykehjem og døde der» (D2).*

I dag har pasientene som kommer ut til distriktene betegnelsen «ferdig behandlet». Ferdig behandlet i anførselstegn, fordi spesialisthelsetjenesten har startet behandlingen for deretter å gi oppfølgingsansvaret ut til sykepleiertjenestene i kommunene. Pasientene er dermed ikke ferdig behandlet. Mere korrekt hadde vært og sagt at pasientene er under behandling.

Pasientene kan ha mange og sammensatte sykdommer. De kan ha akutte eller langvarige sykdommer. De kan også ha vært utsatt for skader og/eller de kan ha alvorlige progredierende sykdommer.

*«Ja, vi oppdager at de er mye sykere de vi har hjemme, det er mere sammensatt, mer behandling oooooog (...) Ja, det er både i forhold til infeksjoner, i forhold til kreft og litt sånn andre ting» (D2).*

Sykepleietjenesten ute i distriktene i dag omfatter ikke lengre bare eldreomsorg. Det dukker stadig opp yngre pasienter. Noen kan være i en begrenset tid, men noen trenger langvarige tjenester.

*«Vi har jo ikke bare mennesker som er 65-70-80-90 år. Vi får jo mange ganger yngre folk også. De periodene trenger ikke være så lange, men allikevel, de pasientene er jo også der» (D2).*

I dag ser man også at flere kommer hjem til bygdene med dobbeltdiagnoser (både rusproblemer og psykiatridiagnoser) eller med kun rus eller psykiatri hvor sykepleiertjenestene får ansvaret for behandling og oppfølging. D4 forteller om hvordan det oppleves å få nye pasientgrupper hvor distriktssykepleier mangler kunnskaper:

*Det blir jo slik at du stikker pekefingeren i lufta og så blir det på det generelle grunnlaget, som du har lært på sykepleieutdanningen og hvordan du er som person, hva du klarer å få til med den her pasienten*

*Fordi psykiatrien har vært inne frem til fylte 65 år, og når du da bikker over der så er det liksom vi som skal overta, og da står vi litt på bar bakke av og til føler jeg (D1)*

Rusomsorgen flyttes fra spesialisthelsetjenesten og ut til distriktene og ansvaret for LAR (legemiddel assistert rehabilitering) pasienter blir dermed overlatt til sykepleiertjenesten der pasienten bor.

*«Det er et generasjonsskifte på veg, hvor en ser litt yngre eldre som kanskje har hatt en del rusproblemer og en del psykiatriske problemer» (D4).*

*«Hjemmetjenesten i dag er ikke BARE eldreomsorg. Det er jo alt ifra utdeling av Subutex og metadon til (...) You name it!» (D4).*

Det er mange avanserte oppgaver som før ble utført i spesialisthelsetjenesten som i dag blir utført av sykepleiertjenesten i distriktene.

*«Det er kreft og det er intravenøs behandling og det er pumper i hytt og gevær, og sondeernæring» (D4).*

En ser at utviklingen i mer avanserte oppgaver, og ikke minst et bredere felt av oppgaver, fører til at distriktssykepleiere må stå klare til å takle denne generaliserte trenden. Det hjelper ikke så mye å være spesialisert innenfor et enkelt sykdomsfelt når det forventes at du skal kunne så mye, mye mer. Ved spørsmål om hva de tenkte om fremtiden ute i distriktet og hva de tenkte i forhold til kompetanseheving ute i kommunene ga tre av deltakerne uttrykk for at det trengs mer kompetanse ute i kommunene og at det trengs flere sykepleiere. Kompetanse for å trygge sykepleierne som arbeider ute i distriktene og som et svar på den utviklingen som sykepleiertjenestene nå opplever å stå i.

*«For det er faktisk ikke nok fagfolk som tar imot disse ute. Kommunene klarer ikke å følge de her intensjonene om å bygge opp kompetansen ute i kommunene». (D2).*

På tross av saksbehandlere og tildelingskontor er det ofte distriktssykepleiere som er nærmest pasienten som avgjør hvorvidt det er forsvarlig å ha pasienten hjemme eller ikke. Intensjonen om å la pasienter få hjelp der de bor kan bli en knust visjon, et uoppnåelig mål. Å arbeide som distriktssykepleier stiller større krav i dag enn før. I dag skal en kunne det meste og betydningen av sykepleiekompetansen ute i sykepleiertjenestene spiller ofte inn på om pasienten kan få en mulighet til å være hjemme.

*«Det er å ta ei vurdering og det er jo ikke bare sykepleiere som skal ut til disse folkene. Det er jo hjelpepleiere og omsorgsarbeidere også. Og man ser jo at*

*når det blir for tøft og vanskelig så er vi(....). Så da kan ikke pasienten være hjemme»(D2).*

Her viser deltaker betydningen av å benytte sykepleiere til de pasientene som trenger avansert medisinsk oppfølging. Hvor det også er spesielt viktig med gode observasjoner for å kunne følge med i sykdomsbildet. På denne måten forsøker de å imøtekomme pasientbehov, ved å legge til rette for en sykepleiefaglig oppfølging.

*Der det er en bruker, en kreft eller noe sånt. Så prøver vi å kjøre bare sykepleiere inn der. Vi kjører ikke hele skokken med hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og sånn (D1)*

Sykepleiere har en del kunnskaper som annet helsepersonell ikke har. Økningen av sykere pasienter ut i kommunene skaper derfor et økt behov for sykepleiekompetanse. Det er derfor ikke heldig at sykepleiere blir fjernet fra den pasientnære omsorgen.

*For det er jo noe (...). Du kan jo gjerne sette en hjelpepleier til å observere videre og sånn, men det blir ikke det samme. Altså noen ganger blir det bra og noen ganger blir det ikke bra for å si det sånn, og jeg tror ikke nødvendigvis at det hadde blitt bra om man hadde en sykepleier heller, men jeg tror det hadde vært større sjanse for at opplegget hadde blitt bra, for å si det sånn (D1)*

*«Fordi man har en bachelor i sykepleie, så tenker jeg at da har man en fagtyngde for å observere en del ting som en hjelpepleier eller assistent ikke ville ha gjort på samme måte. Sånn at for pasientene er det uheldig at sykepleierne blir fjernet i fra arbeidsrutene mer og mer. DET er IKKE bra!» (D4).*

Når man har vært i praksis noen år så kan det å få muligheten til en oppfriskning av kunnskapene være nyttig. Det å bli oppdatert og få faglig påfyll kan være viktig for å kunne møte de utfordringene som er i sykepleietjenesten i kommunene i dag.

*«Vi trenger ikke bare ny kunnskap, men vi trenger oppfriskning av gamle kunstner» (D2).*

*«Mere kompetanse-videreutdanning. Det å kunne få litt påfyll» (D1).*

En annen deltaker peker på hospitering ved avdelinger på sykehuset som en mulighet for å innhente flere kunnskaper.

*« Man må tenke hospitering tror jeg, og begge veier kanskje. Få noen til å undervise seg på plassen, for eksempel i dialyse. Altså vi har ALT MULIG! Dialyse har vi hatt» (D4).*

Det finnes ingen grenser for hvilke oppdrag som i dag ivaretas av sykepleietjenesten i kommunene og deltakerne så viktigheten med å følge opp med å bygge opp kompetansen i kommunene. På tross av ønsker om mere kompetanse i forteller D3 som har en videreutdanning i demensomsorg at hun ikke har tid til å få brukt sin kompetanse. Hun forteller at de har to dager i måneden til demens arbeid:

*«Vi har jo bare to dager i måneden, og vi får jo ikke satt i gang. Demens omsorgen får vi ikke gjort for vi har ikke tid» (D3).*

Distriktssykepleier har ikke tid til å bruke sin videreutdanning. Det er et skremmende bilde på hvordan sykepleietjenesten ute i kommunene kan være. Nettopp fordi det er kjent at det er et økende behov for kunnskaper om demensomsorg ute i kommunene. Videre skaper en økning av avanserte spesialistoppgaver ute i sykepleietjenestene, et krav til at distriktssykepleiere skal kunne alt.

*« Og jeg tenker at: « Sånn som det er blitt i dag med å være sykepleier ute i distriktet. Så må du ha såpass gode kunnskaper. Du bør være som POTETEN! Du skal pinadø kunne ALT! »» (D4).*

#### 4.1.2 Distriktssykepleierens fleksible rolle-uforutsigbare arbeidsdager

Opplevelsen av deltakernes fortellinger skapte en følelse av at distriktssykepleierens rolle ute i distriktene ofte er grenseløst. De skal kunne alt, være overalt, og ikke minst være like fleksibel som den tøyeligste strikken. Den fleksible rollen trekkes i alle himmelretninger ettersom hvilke behov som oppstod. Om dette er spesifikt til å gjelde kun for distriktene er uklart, men en forholder seg til det deltakerne fortalte i intervjuene. Alle fire deltakerne hadde ekstra ansvar i forhold til administrativt arbeid og andre pålagte oppgaver. D1 har en fagleder stilling med innbakt kontordag en dag i uken, fast i turnus, men ved fravær så måtte hun ut i pleien. Hun sier:

*«Spesielt hvis det er noen som er syke på tirsdag når jeg skal ha kontordag, så er jeg jo ute i pleien og hjelper til» (D1).*

En ser at ved fravær på arbeidsplassen så fungerer distriktssykepleier som vikar og må dermed skyve sine planlagte oppgaver til siden. Dermed må distriktssykepleier ofte prioritere i de daglige arbeidsoppgavene, hvor det administrative arbeidet ofte kommer sist.

*«Nå har jeg en fagleder stilling, men de som er på sykehjemmet har jo bare administrativt, mens jeg har en dag i uken, kanskje, kontor, eller så må jeg ta resten sånn pø om pø når jeg er ferdig med mi liste eller når, sånn og sånn» (D1).*

D2 forteller at hun forsøker å planlegge arbeidsdagen på forhånd, men at dette lett kan skjære seg og at arbeidsdagene ofte ikke blir slik hun hadde tenkt seg. Hun sier:

*«I dag visste jeg at vi skulle være 3 og da tenkte jeg at jeg skulle være inne og gjøre sånt administrativt arbeid, men det skar seg helt. Så da måtte jeg jo dra ut, og alt det andre jeg skulle gjøre (...) Det ble bare ikke gjort. For da måtte jeg ta de pasientene og det er jo en bit og kjøre, så mesteparten av dagen gikk til det» (D2).*

Dette viser at distriktssykepleierens rolle legges mye opp til tilfeldigheter og er avhengig av at bemanningen er stabil. Hvis noen er borte så faller de planlagte oppgavene bort. Dermed må de være fleksible og innrette seg etter forandringer hele tiden og ofte må de prioritere bort administrativt arbeid.

D3 har en videreutdanning i geriatri og sammen med en annen sykepleier er det bestemt at de to skal ha to faste dager i måneden til demensutredning. Dette var også nedfelt i ønske fra kommunen som også hadde lagt til rette for videreutdanningen. Hun sier: *«Demensomsorgen får vi ikke gjort, for vi har ikke tid» (D3).*

Lovpålagte oppgaver skyves til siden når distriktssykepleier må bruke sine ressurser til å være vikar for annet helsepersonell. Hun sier videre: *«Jeg kan jo også komme den dagen og faktisk ikke ta demens den dagen fordi det mangler folk» (D3).*

Dette fører til at demens utredningen blir satt på vent og skyves fremover i tid. Følgene blir at pasienter og pårørende må vente lengre for å en utredning. D3 uttrykker opplevelsen ved å ikke kunne forberede sin arbeidsdag:

*«Jeg pleier å si at en ikke vet hvordan klær en skal ta på, om en skal ta longsen eller om man lar det være» (D3).*

Dagene blir dermed umulig å planlegge, noe som godt kan oppleves som frustrerende for distriktssykepleier. Hun sier videre:

*«Du kan komme i kontorklær og så, NEI! «Nå må du ut for nå mangler vi folk i pleien!». DET har vært mye, ganske mye. Det er blitt et problem» (D3).*

Deltaker 4 forteller at hun har et koordineringsansvar og har 30% av stillingsprosenten til administrativt arbeid. Selv om hun har denne stillingen innbakt i turnus, er det ofte hun må bidra som vikar for noen som er syke. Hun sier: *«Hvis det er meldt sykdommer av mine kollegaer og vi plutselig står der uten folk så har jeg vært nødt til å gå i pleien» (D4).* Det viser at distriktssykepleierens rolle ikke er fast, men at den er fleksibel og tøyelig. I dag innebærer fleksibiliteten i distriktssykepleier rollen også å kunne være personal ressurs. En personalressurs som kan brukes ved behov. Noe som fører til at administrative arbeidsoppgaver utsettes hele tiden, det tilsidesettes og faglig utrednings arbeid som diagnoseutredning settes på vent.

#### 4.1.3 Distriktssykepleierens organisatoriske rolle

I en organisatorisk rolle prioriterer distriktssykepleiere sin tid og ser hvor tiden trengs mest. Hjelpebehov vurderes fortløpende ut fra en helhetlig oversikt over tilgjengelige ressurser. Distriktssykepleierne ser viktigheten av all organisering rundt pasientforløpene. De koordinerer det daglige arbeidet på tvers av arbeidslister og på tvers av organisasjoner som for eksempel i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det tas ansvar for å følge opp pasientene for å kunne legge til rette for best mulig behandlingsforløp. Distriktssykepleierne beskriver sine arbeidsdager og forteller hva de gjør.

*«Vi visste jo at pasienten hadde dratt inn på sykehuset, men vi hadde ikke hørt noe og da fikk vi en beklagelse om at de ikke hadde sendt melding om innlagt pasient. Det skal jo sendes en melding i løpet av de 24 første timene og da sender vi en innleggelsesrapport». (D1)*

Å sende en innleggelsesrapport inngår i de tingene som kun sykepleier skal gjøre. Noe som er viktig for at pasienten skal kunne få den oppfølginga som er nødvendig ved en innleggelse. En innleggelsesrapport inneholder oppdatert medisinsliste, diagnoser, sykepleierrapport og eventuelle andre ting som kan være svært viktig informasjon om pasienten.

*«At man må forsøke å holde de her trådene som man på en måte har hengende i luften, tenker jeg er viktig for brukeren, og at man er litt interessert å høre hvordan det gikk istedenfor og kanskje bare la det være så» (D1).*



Videre har en sett at utviklingen i organiseringen av sykepleietjenesten ute i distriktene de siste årene har gjennomgått en forandring. Fra å være papirbasert til elektronisk dokumentasjon med innføring av nye datasystemer. Noe som opplevdes for deltakerne å oppta mye av det daglige arbeidet.

*«Før hadde vi papirjournaler. I dag når du har datamaskiner og det her med nett tilgang og alt som (..)Det går så MYE TID til det (D2).*

Mye kan gjøres via data, men telefonen brukes også en del for få utført oppgavene som er viktige for pasientene.

*«Nå er det mye vi kan gjøre via data. Sende meldinger hist og pisten, men man må faktisk bruke telefonen en del. Det går så mye tid til å sitte å henge i telefonen! Både i forhold til legekantoret eller apoteket og sånne ting» (D2).*

To av deltakerne forteller om det de opplevde som det usynlige arbeidet i sykepleietjenesten.

*«For det er masse sånne små greier som vi gjør som-DET er ikke synlig noen plasser, men vi er opptatt med det hele dagen. Det går i forhold til dokumentasjon, i forhold til samarbeid med andre, medisinnoppløsing, og fullt av sånne små oppgaver (D2)*

Etter omlegging til nytt dokumentasjonssystem i kommunene i Troms fylke, blir alle opplysninger om pasientene lagret i elektronisk pasientjournaler. Hver pasient har flere mapper hvor hver mappe er merket med en hovedkategori, for eksempel grunnleggende behov. Under denne hovedkategorien kan det opprettes flere underkategorier som for eksempel ernæring eller eliminasjon. Bak hver underkategori skal det opprettes tiltak hvor det står til punkt og prikke hva du skal gjøre hos hver pasient. For eksempel under eliminasjon kan det stå: Hjelp til dobesøk morgen, før middag, før ettermiddagskaffe og ved leggetid. Trenger også hjelp til dobesøk ved behov om natten. Han trenger hjelp til å følges på do, men kler av seg selv. Trenger hjelp til å tørke seg og å få på beltet. Disse tiltakene skal dermed være en bruksanvisning slik at ingen skal være i tvil om hva de skal gjøre. Disse tiltakene må kontinuerlig oppdateres etter som funksjoner nedsettes eller det blir endring i pasientens tilstand. Dette skaper mye arbeid fordi det som oftest er sykepleiere som oppdaterer disse tiltakene.

*«For vi går inn og endrer tiltakene hele tiden og der står det til punkt og prikke hva vi skal gjøre hos hver enkelt» (D4).*

De «usynlige» oppgavene handler om å ivareta pasientenes behov for kontinuerlig oppfølging. Dette er også ansvarsområder som er lovpålagte og som sykepleiertjenesten skal ha oppdatert til enhver tid.

*«Det er det som er så vanskelig fordi jeg kan jo gå på et kontor eller medisinrommet og gjøre MASSE ARBEID som jeg er pålagt, men de ser ikke det, de ser ikke de tingene» (D4).*

Distriktssykepleierne organiserte ikke kun tjenestene rundt pasientene sine, men de organiserte også sin egen arbeidsdag etter hva som møter dem i hjemmene til pasientene og prioriterte fortløpende gjennom hele dagen.

*«Men så må du prioritere dem som trenger alt fra stell til mat, og de som trenger å bruke tid. Så man gjør prioriteringer hele dagen igjennom og ser hvordan det er når du kommer til dem» (D3).*

Ved å prioritere, organisere og koordinere ressurser på tvers av arbeidslister, og ved å lete opp tilgjengelige personal ved behov, bidro de også til å organisere arbeidet til sine arbeidskollegaer.

*«Det er noe med å kunne prioritere. Det å ha telefoner og kunne ringe og spørre noen om: «Du? Er du ferdig med din liste? Kan du hjelpe meg litt grann?»»(D1).*

Målet er å få utført alle oppgaver som må gjøres i løpet av en dag. «Passe på og trekke i trådene og sender noen en annen plass» (D1). Hun sier også at:» *Det er min oppgave å få alle ting gjort, for å si det sånn, som skal gjøres hver dag» (D1).*

Distriktssykepleier tar altså ikke bare ansvar for å få organisert sine egne arbeidsoppgaver, men tar også et helhetlig ansvar for å koordinere at totalmengden av arbeidsoppgaver blir utført. De bruker også fantasien til å finne løsninger på utfordringer med lange avstander.

*«Når du kommer så langt unna så tar det lang tid å hente medisiner. Så da må man igjen korrespondere med noen som møter deg på veien med medisiner. Vi måtte få startet behandling» (D3).*

En annen deltaker forteller at de har vært nødt til å samarbeide med den lokale drosje tjenesten.

*«Det ser vi ofte når det gjelder endringer i medisiner og sånn her ting, hvor tungvint det er. Ofte har vi faktisk måtte ha fått medisiner ut til bygda med taxi, fordi at, ja, det er ting det haster med» (D4).*

Å være sykepleier i distriktet kan derfor også handle om å ha evner til å se de mulighetene som eksisterer i distriktet for å organisere en best mulig kontinuitet i pasientforløpet.

## 4.2 Å være alene langt unna assistanse

Distriktssykepleiere er ofte alene hos pasientene i lange avstander fra lege og sykehus. De forteller om opplevelsen av å være alene på vakt og alene i kritiske situasjoner. Om usikkerhet, maktesløshet og hvor viktig det er å stole på egen kunnskap.

*«Det å være trygg på både kunnskap og erfaring. For jeg vet at det er noen som sliter og som synes det er trasig å være alene på jobb, og å være alene om å ta avgjørelser» (D1).*

Langt ute i distriktet opplevdes en maktesløshet ved å stå alene i kritiske pasientsituasjoner.

*«Det var kommet langt dette anfallet, men du føler deg så UTROLIG ALENE når du står der maktesløs i mange situasjoner. Fordi du er langt ute i periferien» (D4).*

Det å være alene i kritiske situasjoner og ikke ha noen som kan komme og hjelpe deg fordrer at distriktssykepleier må være trygg og stole på at det hun observerer er rett og at det medfører riktig handling.

*«Det er jo det at man må stole på magesfølelsen, og stole på at det man tenker er rett» (D1).*

Distriktssykepleiere har ikke tilgang på hjelp like raskt som en har på for eksempel et sykehjem eller en avdeling ved et sykehus.

*«Du står jo alene i situasjonen. Det er ikke slik at jeg bare kan trykke på den røde knappen og så kommer det stormende inn 4-5 sykepleiere» (D4).*

I en kritisk situasjon er det flere oppgaver som må gjøres blant annet å ringe etter hjelp, ta målinger, berolige pasienten og eventuelt sette i gang tiltak. Det å være nødt til å gjøre alle disse tingene alene beskrives av en av deltakerne som en opplevelse av å være blekksprut.

*«Selvfølgelig når det er noen som er kritisk syk, så ønsker man at man skulle hatt en person til der. For man er jo liksom ikke blekksprut» (D4).*

Det opplevdes også som mere skjørt å være alene ute i distriktet, enn på en institusjon hvor man har flere å dele ansvaret med. Distriktssykepleiere har ofte ingen å dele ansvaret med i situasjoner som oppstår.

*«Man føler man har kontroll og i ettertid, hva blir det da? Kan man bli klandret for ditten og datten? For jeg føler det er ganske skjørt for oss som sykepleiere ute. Kanskje mer ute enn inne på en stor institusjon med mange fagfolk å dele på ansvaret» (D2).*

Distriktssykepleiere har et stort ansvar ute i sykepleiertjenestene. De har også et større ansvar i forhold til mere bynære strøk hvor det som oftest er flere og nærrere helse personell tilgjengelig. De er ofte alene på seinvakter noe som også er med på å øke mengden av ansvaret.

*«Senvaktene er vi alene, vi kan være to, men som oftest er vi alene» (D3).*

Det å være alene krever at distriktssykepleierne er trygge på seg selv og sine kunnskaper. De kjører rundt i distriktet helt alene, ut til pasientene som bor hjemme. Det kan være avstander på opptil en 45 minutter til den som bor ytterst i periferien. Ved seinvakter er ofte distriktssykepleier alene. Alle deltakerne var helt alene på seinvaktene. Flere hadde pasienter både inne på senteret i tillegg til ute i hjemmesykepleien.

#### 4.3 Lokalkunnskap, kjennskap til pasientene og tap av anonymitet

Kjennskap blir av deltakerne beskrevet som både en mulighet og en utfordring ved det å være distriktssykepleier i et lite lokalsamfunn hvor alle kjenner alle.

Ved spørsmål om hvilke fordeler deltakerne så ved å arbeide ute i distriktene. Ble det flere ganger fortalt om fordelene ved å være kjent i bygda. Det å ha en viss kjennskap til personene og familiene som bodde der kunne være en unik fordel for å utøve distriktssykepleie. Men, kjennskapen til lokalbefolkningen kunne også bli for nært, noe som igjen kunne oppleves som en utfordring.

*«Det beste er jo selvfølgelig at man kjenner til personene, man kjenner til hverandre (D3)*

Kjennskap kan også skape en følelse av nærhet til lokalbefolkningen på tross av lange avstander geografisk.

*« At man vet noe om familie og (...). Det blir ikke sånn at (...) Selv om du tenker fjernt så blir det nært det meste selv om det er distrikt med avstander og alt det der, men det blir allikevel nært på en måte» (D3)*

Kjennskap bidrar også til en unik mulighet for å kunne observere pasienten over tid.

*«Jeg synes det er kjempespennende for da får du jo VIRKELIG observert hele mennesket over tid, over flere ganger. Du blir ordentlig kjent med det her mennesket» (D4).*

Det å kjenne mennesker over tid kan føre til at distriktssykepleiere ofte sitter med inngående opplysninger om familiære relasjoner, og om hvordan dette kan komme til å påvirke situasjonene i pasientforløpet.

*«Det er jo klart at man vet jo lite grann om forhold. Hvis det for eksempel er to døtre eller to sønner som ikke prater sammen. Det vet man jo om på forhånd, hvis man får en gammel far som man skal hjelpe. Sånne ting vet man jo både på godt og vondt» (D1).*

Det å ha kjennskap til forskjellige familie forhold kan også bidra til å berike kunnskapen slik at distriktssykepleier får et større overblikk over pasientens livssituasjon. Det nevnes også en fordel med å kjenne pasientene godt når de planlegges utskrevet fra sykehus.

*«Har vi dårlige pasienter hjemme som skal innlegges på sykehuset. Der har vi også en fordel ved at vi kjenner pasientene godt. Da ringer vi til den avdelingen og ber dem om å vurdere om pasienten kan komme rett hjem, og vi vil gjerne ha et ord med i laget» (D2).*

Det å kjenne pasientene og omgivelsene gir distriktssykepleier en unik mulighet til oppfølging i pasientforløpet ved at de vet hvilke utfordringer som møter pasienten i hjemmet etter utskrivning. De observerer også pasienten i det daglige slik at de lettere ser når hjelpebehovet øker.

*Når du kjenner dem så godt at du ser for eksempel at nå (...) «Er det ikke lurt at du nå søker omsorgsbolig eller eventuelt sykehjem?» Så planlegger vi litt sånn, og det, ja, det er bra» (D2).*

Det å ha kjennskap til pasienter og lokalbefolkningen kan være både fordeler og ulemper, men skaper også unike muligheter for en kontinuerlig pasientoppfølging.

Samtidig kan relasjoner krysse hverandre og bli for nære. Noe som kunne være en utfordring.

*«Det kan være vanskelig at de du kjenner (...). At du skal komme dit som hjelper. For det har noe med den her relasjonen å gjøre at du har vært venner og så plutselig er personen syk» (D2).*

*«Så har du jo slekt og nære relasjoner. Jeg har selv vært nødt til å pleie min egen bestemor» (D4).*

Det å skulle beskytte pasientens ønsker på den ene siden og på den andre siden ha nære relasjoner med pårørende kan også være en utfordring. Når kjennskap blir for nære og setter begrensninger innad i personalgruppen for hvem som kan hjelpe pasienten eller ikke. Kan dette også skape utfordringer i organiseringen av det daglige arbeidet.

*«Det var en dame som ikke ønsket at pårørende skulle vite hvor syk hun var. Der satt jeg med noen kunnskaper og samtidig var jeg venninne med dattera. Det syntes jeg var tøft, men det måtte jeg bare stå i. Det var ikke et valg jeg hadde. Hun hadde selv valgt det at (...) hun ville ikke at de skulle vite hvor syk hun var. De visste hun var syk, men ikke hvor mye syk» (D1).*

*Det kan være ganske utfordrende for enkelte, og når du kanskje en dag har manko på folk og den assistenten sier: «NEI! Jeg kan ikke dra på den ruten for at min bestemor, jeg ønsker ikke å være hos min bestemor, og hun blir sint når jeg kommer, og hun nekter å la seg stelle» Også kan de ikke dra på den andre ruten heller fordi der skal jeg sette injeksjoner og jeg trengs på den ruten. Da begynner det å bli litt mere utfordrende» (D4).*

D3 forteller hvordan hun forsterket skille mellom sykepleierrollen og den private rollen ved at hun var bevisst på hvilken tone hun brukte i samtale med pårørende: *«Det er noe du gjør når du ringer, du har en formell tone eller en venninne tone» (D3).*

Ved spørsmål om hvilke utfordringer deltakerne så ved å arbeide i et lite lokalsamfunn fortalte de om utfordringene ved å bli gjenkjent på butikken og kontaktet på fritiden. Ofte opplevdes grense mellom privat liv og arbeid som noe som kunne være vanskelig å forholde seg til. Samtidig var de bevisst sin egen grense og sitt eget vern om den private fritiden. Alle fire deltakerne fortalte at de opplevde å få telefoner hjem.

*«Du blir jo litt bygdas Florence Nightingale, dem ringer deg jo. For noen forstår ikke at: «Jo, jeg er jo sykepleier på fritiden også, men da har jeg jo fri»» (D4).*

Flere fortalte hvordan de opplevde å få forstyrret sin fritid ved telefon oppringninger.

*«Det nytter ikke at det bare er en sønn eller datter som ringer og sier at:» Her må vi få noe hjelp». Jeg kan ikke ta det på en fredagskveld hjemme og liksom avgjøre at JODA! Dette skal vi fikse. Da må jeg si at det her tar vi på mandag og da tar vi en vurdering (D1).*

*«Jeg har hatt telefoner privat og da er det mest pårørende som ringer» (D3)*

Noen ringer også og er bekymret for naboen.

*«De ringer og sier at naboen trenger mere hjelp, men ikke i forhold til seg selv eller eget vedtak» (D2).*

Det er mulig at det kan være lettere for mennesker å ta kontakt med sykepleier i ei lita bygd enn i bynære strøk. I et lite lokalsamfunn har menneskene mere oversikt, de følger sannsynligvis mere med hverandre og på hva de andre gjør enn inne i byene.

Distriktssykepleierne ble ofte utfordret på taushetsplikten når de beveget seg ute i lokalmiljøene. I et lite lokalsamfunn hvor alle kjenner alle og hvor du ikke kan stikke deg bort i folkemengden, gjør distriktssykepleier flere grep for å forsvare informasjon om sine pasienter. Hun ber dem ta kontakt med kontoret, ringe eller hun kan forsøke å prate det hele bort. Samtidig står det logo på bilene de kjører, noe som bidrar til å øke kjennbarheten når de beveger seg rundt i distriktene. Lokalbefolkningen ser at kommunens biler står hos pasientene noe som skaper nysgjerrighet og ønsker om å få vite ting om pasientene.

*«Så kjenner dem jo bilene våre igjen, men samtidig er det bare å henvise til taushetsplikten, og: «Ta heller å ring til ho Petra. Så spør du hvordan det går, istedenfor å liksom spørre meg da»» (D1).*

Distriktssykepleier bli ikke kun utfordret på taushetsplikten av sambygdinger, men også familie kan begynne å stille spørsmål om pasienter.

*«Man skal i hvert fall passe på taushetsplikten sin. Ja, jeg kan jo vite masse om naboer som er syke, og mannen min vet jo av de samme folkene og ungene mine vet jo av de samme og, men de kan jo se at hjemmetjenesten er der og begynne å spørre» (D2).*

Den ene deltakeren beskriver det som å balansere på en knivsegg. Det å kunne holde på informasjon om pasientene og være bevisst på hva en til enhver tid sier kan være en utfordring.

*«Det er mange ganger en balanserer på en knivsegg. En må passe seg NØYE for å ikke komme med noen opplysninger om folk» (D2).*

Balansegangen som beskrives som en knivsegg kan bidra til å billedliggjøre hvordan det kan oppleves for distriktssykepleiere, å bo, og jobbe i samme distrikt. Hvor en må passe seg nøye for å ikke røpe informasjon om pasientene sine.

#### 4.4 Deltakernes opplevelse av stress i arbeidshverdagen

Alle fire deltakerne fortalte om hvordan de opplevde stress i arbeidshverdagen. Stress som påvirket kroppen ved at de både kjente og følte det. Hvor mengden av arbeidsoppgaver, uforutsigbare dager og kampen om tiden kom til syne i intervjuene som årsaker til stress.

*«Hvis det blir for mye og for mange ting man skal henge fingrene i så er det klart at da kjenner man det både på nakke og skuldre» (D1).*

*«Jeg kjenner noen ganger når klokka blir 12. Da kjenner jeg det at: OJ!! JAJA!! (...) Før jeg vet ordet av det så er klokka nesten tre» (D2).*

Distriktssykepleier gir oss beskrivelsen å kjenne at tiden går. Tiden kan egentlig ikke føles. Tiden i seg selv er vel egentlig abstrakt, men her blir tiden omgjort til noe konkret som fysisk kjennes på kroppen. Ved oppfølgings spørsmål til D2 over telefonen spurte jeg henne om hvordan hun kunne kjenne at klokka går? Hun svarte hun at hun følte det fysisk som en uro som kom i kroppen. Hun sa hun ble sånn oppkava innvendig. Når arbeidsoppgavene ble for mange og tiden ikke strakk til ble det uttrykt som årsak til stress og utilstrekkelighet.

*«Når bunken med papirarbeid har vokst (...). Det der PAPIRMØLLE som gjør meg MEST utilstrekkelig» (D4).*

*«Jeg kjenner jo på det at hvis jeg bruker halve dagen ute til pasientene og så kommer jeg inn og skal skrive rapport om dem jeg har, og SÅ skal jeg begynne på det andre. DET er stressende for jeg får jo rett og slett ikke tid til det da, for jeg vet jo hvor mye tid det tar» (D2).*

Deltaker gir forklaring på «alt det andre» som medisinsk oppfølging, dokumentasjon og samarbeid med andre. Frustrasjonen over oversvømmende arbeidsmengde ble beskrevet av deltaker fire:

*«Så ser jeg kanskje ting ute hos en bruker som jeg må ta kontakt med legen, og jeg skal rekke det før det stenger (...) Så det bygger på seg med mange sånne små ting i løpet av en arbeidsdag som gjør at man utvikler stress» (D4)*

*«Problemet er det at man kan ikke, man kan ikke være OVERALT og gjøre en like god jobb overalt, slik som presset er nå» (D4).*

Hun fortalte videre om hvordan hun opplevde faren ved å bli ufokusert på grunn av stress:

*«Det er ikke alltid man kjenner selv, at man blir stresset, men jeg har opplevd at jeg har blitt så stresset at jeg har begynt å (...). At man blir så ufokusert at man lettere kan gjøre feil også. Det tolker nå jeg som tegn på stress» (D4).*

Ved akutte situasjoner som oppsto måtte de planlagte oppgavene skyves fremover. Samtidig som distriktssykepleier sto i situasjonen måtte hun også ha tankene på de neste pasientene som ventet.



*«Såne ting som plutselig skjer og det setter deg jo i stopp fra de gjøremålene du har. Så da øker jo stress nivået. Da må man ringe og korrigere og få andre til å dra dit hvor du egentlig skulle (D3).*

Distriktssykepleierne hadde ofte egne oppgaver på toppen av de daglige arbeidslistene. Noe som gjorde at arbeidsmengden økte.

*«Jeg har ikke noe slakk på arbeidslistene. Jeg har den samme ruten som en annen kollega, men jeg skal gjøre alt det andre i tillegg... ehh..og jeg ser jo at det er nødvendig, men hvis vi er pålagt å gjøre alt dette administrative arbeidet, så må det jo lages rom for det» (D4).*

D4 forteller i telefonen hvor jeg stiller oppfølgingsspørsmål om hva hun mente om at hun måtte ta andre ting utenom arbeidslistene. Hun forteller at sykepleieoppgaver som avanserte sårstell, injeksjoner, behandlingsoppfølging med medisinnoppdateringer og annet arbeid som måtte utføres på kontoret ikke står på de vanlige arbeidslistene. Deltaker tre har samme opplevelsen:

*«Kanskje har jeg andre oppgaver som jeg må ta i tillegg når man er sykepleier. For eksempel et sårstell eller sette injeksjoner eller andre ting utenom arbeidslisten (D3).*

Det å vite at du skal rekke over mange oppgaver som andre ikke kan gjøre for deg og at det er et tidsaspekt i når disse skal være utført, kan være med på å presse stressnivået opp.

*«Fordi at du som sykepleier har en del andre oppgaver som ikke en hjelpepleier eller assistent har, og som jeg vet at jeg MÅ gjøre når jeg kommer inn før arbeidsdagen er ferdig» (D4).*

Ved spørsmål om deltaker noen ganger tok pasienter med seg hjem i tankene var det flere som fortalte om sine opplevelser. En travel hverdag opplevdes også for noen å kunne forstyrre nattesøvnen.

*«Nå har jeg fått noen år på baken sånn at jeg kjenner jo litt på det av og til. Så må jeg tenke at det ble som det ble på en måte, men samtidig kan jeg gå hjem med den følelsen, men så kan jeg våkne om natta og tenke at:» SØREN HELLER! Jeg glemte å avbestille den middagen». Så at noe ligger i underbevisstheten allikevel på at, her fikk man ikke gjort det man skulle, liksom sånn. Men samtidig jobber jeg med meg selv og tenker at: «Det får være godt nok»» (D1).*

Når ting er uavklart og bekymringene for pasienter eller gjøremål griper inn i distriktssykepleierens hverdag kan det føre til at tankene rundt pasienter tas med hjem på fritiden, noe som kan føre til at jobben ikke lengre har en normaltid psykologisk sett.

*«Ofte er det fordi man bekymrer seg. «Hvordan gikk det nå?» og hvis jeg føler at jeg ikke ble helt ferdig og ting ble litt uavklart, så særlig da» (D4).*

*«Jeg syntes endringene kom så fort, og pasienten ble liksom ikke bedre, og jeg syntes dette var mere enn bare demens utviklingen. Det var noe som gikk forferdelig fort og som jeg syntes måtte sjekkes mer, men så var ikke legen enig. Men jeg var bekymret og tok ofte med meg pasienten hjem og tenkte at noe måtte gjøres» (D3).*

En ser at distriktssykepleiere ofte kjenner på stress i arbeidshverdagen. Bekymringer for pasientene tas med hjem og blir værende utover den normale arbeidstiden. Noe som igjen kan skape en følelse av utilstrekkelighet og når tankene kverner følger ofte kroppen etter.

## 5 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvordan det oppleves for sykepleiere å arbeide ute i distriktet i Troms fylke. Hvilke utfordringer og muligheter som kunne beskrives, og hvordan arbeidsdagen var organisert. Hvilke tanker de hadde omkring fremtiden ble også tatt med da det synes å kunne være en riktig avrunding av studien.

### 5.1 Utfordringer ved å arbeide som distriktssykepleier

Deltakerne beskrev utfordringer ved å bli gjenkjent i lokalmiljøet. Noe som beskrives som tap av anonymitet ved at lokalbefolkningen kjenner distriktssykepleier noe som kan føre til at hun kunne bli stoppet på butikken og oppringt på fritiden (D1, D2, D3 & D4). Lokalbefolkningen har ofte ikke bare kjennskap til distriktssykepleier, men også til hele familien når disse bor i samme distrikt. Kjennskap til pasienter og pårørende kan bli for nært. Noe som kan føles vanskelig for distriktssykepleiere og forholde seg til. Det å være alene om ansvaret langt unna assistanse, uforutsigbare arbeidsdager, nye pasientgrupper og stress ved økt arbeidsmengde er kommet frem i studien som utfordringer. Funn i studien til Bjørkli (2011) viser også at stress ofte oppleves hos sykepleierne som er en konsekvens av høye arbeidskrav. Videre kom det fram at distriktssykepleierne ofte tok med seg pasienter hjem i tankene, spesielt når ting var uavklart. Noe kunne føre til at nattesøvnen ble forstyrret. Krav til økt produktivitet kan føre til at arbeidsbelastningen blir for høy og dermed står stabiliteten i sykepleietjenesten i fare, I verste fall reduseres den samlede erfaringsbaserte kunnskapen i avdelingen ( Thibouville 2013). Deltakerne snakket også om nye pasientgrupper som kom ut i til distriktene og som ble distriktssykepleiernes ansvar. Helse og omsorgstjenesteloven (2011) viser et klart ansvar til kommunene om å være i stand til å ta imot alle pasienter og bruker grupper. Herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

#### 5.1.1 Å være distriktssykepleier i et lite lokalsamfunn-Tap av anonymitet

Alle deltakerne opplevde at grensen mellom den private fritiden og arbeidet ble utfordret. De ble gjenkjent på butikken, oppringt på fritiden og opplevde seg selv som svært synlig i lokalmiljøet. Dette sammenfaller med tidligere forskning hvor beskrivelser av tap av

anonymitet går igjen. Distriktssykepleiere ble gjenkjent og utfordret på taushetsplikten, men samtidig var de bevisst på å bevare taushetsplikten ovenfor sine pasienter. Det er mulig at det er lettere å ta kontakt med sykepleier ute på landsbygda enn inne i byene. Det å være kjent i et lite lokalsamfunn bidrar til en større eksponering av distriktssykepleierens personlige og profesjonelle liv noe som igjen fører til tap av anonymitet (Sharff 1998), (Swan & Hobbs 2016), (Davis & Drees 1993), (Bushy 1998, 2002), (Edwardsen 2016), (Long & Weinert 1989). Det står logoer på bilene med navn på kommune og tjeneste noe som bidro til å øke synligheten til sykepleiertjenestene ute i distriktene. Bygdas befolkning og familie til distriktssykepleierne kan se hvor kommunens biler står og dermed ha lettere for å begynne å spørre om pasientene. Deltakerne ble oppringt på fritiden av pårørende eller naboer som var bekymret for pasienter (D1, D2, D3 & D4). Det ble ikke oppdaget noe funn i tidligere forskning som omtalte at distriktssykepleiere ble oppringt på fritiden av naboer eller pårørende, selv om det er mulig at dette kan finnes. Et godt bilde på utfordringen ved kjennskap er når distriktssykepleier beskriver det som å balansere på en knivsegg, hvor en skal passe godt på å ikke røpe noe om pasientene sine. Det å kjenne pasientene inngående med kunnskap om familie forhold samt distriktssykepleiernes egne innvevde relasjonsbånd kan bidra til å skape et slags krysspress ved at distriktssykepleier må velge side for hvilken de skal forsvare. Grunnelementene i sykepleieutdanningen er utvetydig på dette området og etikken setter pasientene først så lenge dette er mulig. Det å vite om noe som du ikke kan dele med pårørende til pasienten. Det å holde på hemmeligheter. Det å sette pasienten først og klare å holde på hjemligheter i kraft av taushetsplikten og det å være sykepleier. D1 forteller at hun opplevde det som tøft å skulle beskytte informasjon om pasienten og samtidig være venninne med pasientens datter. Når pasienten er i en slik sårbar situasjon, men klar og orientert er det pasientens ønsker som skal komme først.

### 5.1.2 Utfordring ved å være alene på vakt og alene ute hos pasientene

Det å være alene kjennetegner distriktssykepleiernes praksis (Scharff 1998), (Edwardsen 2016), (Long & Weinert 1989). Det at distriktssykepleierne var mye alene skyltes for det første at de kjørte ut til hjemmeboende pasienter som bodde ute i distriktene. Om kveldene var de helt alene på vakt med vakttelefonen i lommen. Tre av deltakerne hadde også pasienter som bodde i omsorgsboliger i tilknytning til tjenesten som de var alene med om kveldene i

tillegg til de pasientene som bodde ute i sine private hjem. Det å stå alene i kritiske situasjoner og skal være nødt til å gjøre flere ting samtidig ble beskrevet som en opplevelse av å være blekksprut (D4). Distriktssykepleiere må for eksempel ringe 113, eventuelt lege, berolige pasienten, ta målinger og observere vitale tegn som for eksempel ansiktsfarge, respirasjon (pust), blodtrykk og puls. Samtidig må distriktssykepleier tenke på de andre pasientene som venter. Hun må ringe rundt å få tak i noen som kan dra til disse. Det at distriktssykepleiere er trygg på egen kunnskap og erfaring. At deres observasjoner fører frem til riktige handlinger for pasienten er viktig. En kan ikke bare trykke på den røde knappen slik det er på avdelinger på sykehus eller sykehjem, for deretter å få hjelp fra andre. En må klare seg selv med det en har i kunnskapssekken. Det å skulle ha hatt et ekstra menneske som kunne ha avlastet for alle oppgavene som måtte tas, for å kunne ringe å få tak i hjelp, som også for å kunne bidra i å observere, og trygge pasienten er noe som enkelte savnet. Å være alene ble beskrevet som noe av det vanskeligste menighetssøstrene opplevde på bygdene på 1900 tallet:

*Jeg var veldig alene. Det var selvmord, plutselige dødsfall, barn som ble påkjørt og drept. Ingen andre hadde ansvar. Det var meget tøft (Deltaker 10 i Snøtun 2007).*

### 5.1.3 Utfordring med nye pasientgrupper

Det ble uttalt av deltakerne at når pasienter med diagnoser blir over 65 år så faller ansvaret med pasientoppfølgingen over til kommunene og ut til distriktene. De har kanskje hatt tett oppfølging med både miljøtjeneste og samtaler for så å få kanskje et besøk i uka til husvask og medisinlevering. I dag opplever distriktssykepleiere også en annen gruppe pasienter som ikke har vært her før, nemlig LAR pasienter. Fra før å være en tjeneste rettet mot eldre med kognitive sykdommer, normale funksjonsnedsettelse som følge av alderdom og enkelte kroniske sår omhandler i dag tjenesten mye mere kompliserte oppgaver. Når for eksempel LAR pasienter kommer ut i distriktet bør skapes etterspørsel etter ny kunnskap fordi dette er noe som distriktssykepleiere ikke har hatt noe opplæring i fra tidligere. Det er langt å kjøre, det kan være rasfare, dårlig vær og ikke minst kratere av noen dårlige vegger noe som kan være til hinder for et godt samarbeid med rustjenesten i bynære strøk. Det kreves derfor nye kunnskaper i forhold til rus og psykiatri problematikk. Deltakere i studien viste hvor usikker distriktssykepleier kunne være i forhold til psykiatriske pasienter hvor hun følte at det eneste hun kunne stille opp med var å stikke finger'n i luften, og bruke sine egne personlige egenskaper sammen med det hun hadde lært på grunn utdanningen (D4). Det viser at det her

kan være hull i kunnskapen som bør tettes. Kortere liggetid på sykehus, flere avanserte oppgaver og en liten grad av vilje til å følge opp med kunnskaper ute i kommunen vil kunne få fatale følger og i verstefall vil pasientene oppleve en dårligere hjelp enn hvis de var noen dager lengre på sykehuset. Uansett er det pasienten som skal stå i fokus.

#### 5.1.4 Distriktssykepleiernes uforutsigbare arbeidsdager

Uforutsigbare arbeidsdager var noe som ikke ble funnet igjen i litteraturen. Tvert om så kom det fram at distriktssykepleiere kunne planlegge sin egen arbeidsdag. Davis & Droes (1993) beskriver i studien at distriktssykepleiere så det som en fordel å kunne planlegge egen arbeidsdag. I studien til Lynn (2013), fortalte distriktssykepleierne som arbeidet i grensekommuner i Montana hvordan de hadde friheten å planlegge ved å lage egne rutiner og lister, over egen arbeidshverdag, noe de syntes var en positiv ting ved deres praksis. Funnene i min studie viser at distriktssykepleierne forsøker å planlegge sine arbeidsdager, men at det viser seg å være svært vanskelig på grunn av mangel på helsepersonell. Deltakerne fortalte at de kunne planlegge dagen i forveien, men når de kom på jobb neste dag måtte de sette sine planer til side (D1,D2,D3 & D4). Ofte er det sykdom av arbeidskollegaer som greiper inn og forandrer arbeidsdagen. Dette førte til at distriktssykepleier måtte tre inn og fungere som vikar for andre. Det kommer godt frem når D3 forteller at hun er usikker på om hun skal ta longsen på eller lar være. At hun kommer på jobb i kontorklær for å få beskjed om å gå og skifte til arbeidsklær fordi hun må ut i pleien, fordi det mangler folk. Dette viser at det er forskjell i distriktssykepleier praksisen i andre land i forhold til Troms Fylke. Det å kunne planlegge sin egen arbeidsdag er en fordel som ofte sykepleiere ute i distriktene i Troms fylke ikke har.

## 5.2 Fordeler ved å arbeide som distriktssykepleier

Distriktssykepleiernes kjennskap til pasientene, deres familier og lokalmiljøet ble sett på som fordeler ved praksisen (D1,D2, D3 & D4). De har ofte en bred oversikt over hva som finnes i kommunen av andre tjenester. Noe som er en fordel de har når de skal planlegge både inn og utskrivelse ved sykehus og også for å planlegge pasientforløpet i kommunen.

Distriktssykepleiere har også en fleksibel rolle som gjør dem i stand til å takle mange forskjellige utfordringer i det daglige.

### 5.2.1 Kjennskap til pasienter, pårørende og arbeidskollegaer

Distriktssykepleiere beskriver det som en fordel ved at de kan gi bedre hjelp når de kjenner pasientene (Scharff 1998), (McCoy 2009). De kjenner pasientene godt, og ofte sammenhengende over lang tid. Noe som fører til at de har en større mulighet til å kunne observere pasienten og tilpasse tjenester etter behov. Det er vanlig i sykepleiertjenesten at sykepleiere planlegger, vurderer og utfører. Planlegging sammen med pasient og pårørende kan gi felles oversikt og fokus på hva som er viktig. (Elstad 2015. s. 71- 75).

Distriktssykepleiere kan lettere oppdage forandringer i sykdomsbilder ved at de vet og kjenner pasientene godt. Det er også en fordel ved at de har kunnskaper og oversikt over pasientenes tilgjengelig ressurser og ofte kjenner både familie og pårørende. Kjennskap blir dermed en fordel til å kunne utøve helhetlig sykepleie. Ved å bruke holisme begrepet i sykepleierarbeidet vil både fortiden, nåtiden og fremtiden være viktig. Fortiden, nåtiden og fremtiden inkluderes i helheten ved at en som distriktssykepleier hele tiden forsøker å være på forkant og skape gode pasient forløp med tanke på å tilrettelegge for kontinuitet i behandling og oppfølging. For å kunne skape helhetlige pasientforløp vil en også forsøke å forstå fortiden. Fordelen med å kjenne pasientene godt gjør det også lettere å følge opp i pasientforløpet på tvers av organisasjoner som for eksempel å samarbeide med avdelinger ved planlegging av utskrivelse fra sykehus. Opplevelsen ved å utføre sykepleie alene var en stressfaktor, men ble forsterket når man ikke var kjent med pasientene (Kirchoff 2011). Kirchoff sin studie inkluderte sykepleiere og hjelpepleiere som arbeidet i hjemmebaserte tjenester i Østfold. Av geografien kan man tenke at respondentene i studien arbeidet i by nære områder og at de derfor ikke hadde den inngående kjennskapet til pasienter og pårørende som distriktssykepleiere i Troms Fylke har. Her kan en se at distriktssykepleiere har en fordel ved at de kjenner pasientene, de vet hva som er pasientens hjemmemiljø, om pårørende kan stille opp eller om det må tilrettelegges for hjelpemidler før pasienten kommer hjem. Fordelen med kjennskap er også å vite hvor hjelpen finnes, hvem en kan kontakte og det å ha kjennskap til hva som finnes av ressurser i kommunen de bor i. Du har en oversikt over hjelpeapparatet. de du jobber i lag med noe som ble beskrevet som trygt. Det blir en personalkontinuitet som ikke bare er en fordel for distriktssykepleiere, men også for pasientene som slipper å forholde seg til mange forskjellige mennesker. Den danske filosofen Løgstrup snakket om tilliten som blir lagt i hånden, hvor en bestemmer om en vil gjøre dens verden trygg eller utrygg. Det at pasienter og pårørende stoler på sykepleierne er dermed viktig for å få tilgang til å kunne gi

hjelp og ikke minst for å skape trygghet i samarbeidet. Distriktssykepleier har derfor en fordel som er unik. De vet hva som venter pasientene hjemme og om det i det hele tatt er forsvarlig at de skal kunne bo hjemme. Det å kjenne hverandre godt innad i personalgruppa ble i studien til Findholt (2013) beskrevet som en utfordring av respondentene. Det kom fram utsagn som at det var noe av det tyngste ved å arbeide i en liten kommune. Dette sammenfaller ikke med mine funn. Både D1, D2 og D4 sa alle at det var en fordel å kjenne hverandre godt i personalgruppen og D4 fortalte at hun bestandig hadde følt seg trygg og at hun kunne være åpen. D3 fortalte at de kunne være uenige, men det aldri var noe problem: «Vi skværer opp oss imellom» Sa hun.

### 5.2.2 Den organisatoriske kompetansen i distriktssykepleien-en case management rolle

Det er forventet at distriktssykepleiere skal kunne utføre avanserte arbeidsoppgaver i forskjellige kliniske spesialfelt på lik linje som de skal lede og organisere arbeidet (Davis & Drees 1993). Sykepleiere som arbeider i distriktet har som regel en meget god oversikt over sin egen organisasjon og har også et helikopter blikk i forhold til andre organisasjoner som involveres i pasientforløpet. De har en profesjonell kompetanse hvor de organiserer både sitt eget og andres arbeid (Orvik 2015 s. 47). Krøll & Hansen (2000) kommer med interessant skjelling mellom snever og bred kompetanse. Et snevert blikk som gir helsepersonell myndighet til å utøve spesifikke, kliniske funksjoner for å ta ansvar for syke mennesker. Den brede kompetansen innebærer å håndtere yrkesrollen som helhet og som understøtter tydelig behovet for organisatorisk kompetanse (Orvik 2015). En parallell til dobbelkompetanse ble beskrevet av filosofen Cassier som tøydd kompetanse som bidrar til flere forståelsesrammer hos kunnskapsarbeideren, slik at de kan se og handle på et bredere grunnlag enn med enøyd kompetanse (Orvik 2015 s. 31). En sentral ambisjon med samhandlingsreformen er å fremme mer sømløse og helhetlige behandlingsskjeder mellom kommunehelsetjenestene og sykehustjenestene (Torjesen & Vabo 2014). Hovedideen bak case management rollen er at dette er en person som har ansvar for koordinering og behandlingen av en pasient. Case management handler om samordning av innsats mot et individ eller gruppe. Samtidig så er dette en enkel organisasjonsform (Orvik 2015). Etter å ha lest artikkelen til Stanton & Dunking (2002) så er Case management rollen alt annet enn enkel. Det å vite hvor ressursene finnes, skape kontakt mellom tjenester og tilrettelegge for kontinuitet i et helhetlig



pasientforløp er faktisk det distriktssykepleierne gjør i det daglige. Hvis case management rollen går utpå å koordinere tjenester så må det jo være en selvfølge at dette også innebærer en oppfølging i pasientarbeidet som også innebærer å samarbeide med andre organisasjoner som for eksempel avdelinger på sykehus, sykehjem, drosjetjenesten osv. Egenskaper som var nødvendig i en case-management rolle er iflg. Stanton & Dunking 2002 s.50:

*1. Kunne se muligheter og være kreativ i koordinering av ressurser. 2. Ha multidimensjonale sykepleiekunnskaper. 3. Gode kommunikasjonsferdigheter. 4. Ha gode data kunnskaper. 5. Ha gode kjøreferdigheter*

Forskningen på området tegner et bilde av sykepleieres arbeidssituasjon i byene hvor stort ansvar, lite myndighet og samtidig manglende kontroll er kjennetegn (Orvik 2015). Dette sammenfaller delvis med funn gjort i studien. Distriktssykepleierne i studien viste at de hadde stort ansvar, men samtidig viste de at de hadde både kontroll og myndighet over arbeidsdagen der og da, selv om de ofte måtte steppe inn og være vikar. Selv om arbeidsdagene er uforutsigbare og de ofte ikke vet hvordan den blir før de går inn døra på jobb. Enkelte ga også uttrykk for at de hadde beslutnings- myndighet i forhold til å avgjøre når pasientene ikke lenger kunne bo hjemme (D1). Sykepleiere har en evne til å organisere hele pasientforløpet og oppsøker informasjon for å legge til rette for en helhetlig pasientomsorg (Allen 2014 a). Samtidig er mye av dette arbeidet usynlig slik det kommer i funn av denne studien. Det sammenfaller med forklaringen på det usynlige sykepleier arbeidet som Allen (2014) snakker om.

### 5.2.3 Fremtidens distrikts sykepleiertjeneste- generalist-kompetansebehov

Det ble stilt spørsmål om hva sykepleierne tenkte om fremtiden til sykepleier tjenesten ute i distriktene. Alle var enige i at sykepleiertjenesten i distriktene var viktig å styrke for fremtiden. Kompetansen til sykepleierne er avgjørende, for at borgerne skal kunne motta sykepleierytelse av høy kvalitet (Krøll & Hansen 2000). Pasienter som bor hjemme i dag trenger ofte mere hjelp enn de gjorde før i tiden hvor de raskere havnet på sykehjem. D4 sier at det er en fabel å tro at det kommer til å bli sykehjemsplasser nok. Med økning av

spesialiserte oppgaver ut i distriktene vil det trenge en kompetanseheving ute i kommunene. D4 fortalte at hun hadde søkt på videreutdanning i rus og psykiatri, men fikk beskjed om at kommunen ikke trengte denne utdanningen. Hun fikk derfor hverken fri eller lagt noe til rette for å kunne ta denne videreutdanningen. Behovet for sykepleiere er stor ute i kommunene, i distriktene der menneskene bor. Et godt bidrag kan være at sykepleiere som bor og jobber ute i distriktene får en mulighet til å dele deres innsikt og kompetanse, ved å utarbeide forskningsstudier. Med hensikt i å kunne bidra til utviklingen av sykepleiepraksis (Bushy & Winters 2013). Det er viktig å innhente mere kunnskap for å dekke behovet til den faktiske omsorgshverdagen som kommunene befinner seg i dag, og ikke minst med tanke på fremtiden. I løpet av arbeidet med studien har det kommet en del nye tanker. Tanker om hvilken kompetanse som en ser en trenger ute i distriktene som følger av økningen av mere avanserte oppgaver og nye pasientgrupper ut i kommunene. Samtidig så viste erfaringer internasjonalt i 2007 at autonomien i avanserte sykepleieroller var lite evaluert og at implementeringen av nye sykepleieroller kunne by på utfordringer (Turner et.al., 2007). Samtidig er dette 10 år siden, men av erfaring så vet vi at ting tar tid også i her hjemme i Norge. I disse tider hvor det er blitt så populært og snakke om pakkeforløp for pasienter ved at de skal kunne få skreddersy sitt behandlingsforløp utfra hvilken diagnose de har. Slik kunne en ha tilpasset pakkeforløp til distriktssykepleiere. En bredspektret pakke med forskjellige trappetrinn, som ei kunnskapstrapp tilpasset distriktssykepleie. Etter det som kom fram i intervjuene av distriktssykepleiere var det at de kunne ha tenkt seg et samarbeid med både spesialisthelsetjenesten og universitetet. Studentene i 1982 konkluderte med at sykepleieren bør bevares som sykepleier, og ikke omgjøres til en «spesialist». For vi vil vel være sykepleiere for hele mennesket og ikke bare pasientens kropp (Pollestad 1982). Blant annet kunne distriktssykepleierne fått lære å gi Cytostatica behandling (også kalt cellegift), slik at pasientene ikke trenger å dra til sykehuset for å få sin behandling. Alle kan vel tenke seg til hvor slitsomt det kan være å sitte på en buss i flere timer, og kanskje være uvel og uggen i tillegg. Det kan være veldig stressende å reise langt for syke mennesker, og det vi vet om stress er at det ikke er gunstig for tilfriskningsprosessene i kroppen. Selv om en har lært mye bra i grunnutdanningen, kan det være behov for en oppfriskning. En av mine deltakere svarte på spørsmålet om kompetanse at det kunne vært godt med litt oppfriskning når man har arbeidet en stund. En ser jo av studien at flere er usikker på om det de tenker er rett for hvordan de handler i enkelte pasient situasjoner. Dette kommer også frem i andre studier.

*«For eksempel fikk vi en ny pumpe. Vi hadde ikke tid til å lære opp hverandre. Lederen sa at: «Dette skal du kunne fordi du er sykepleier» Det kommer stadig nye ting. En må holde seg oppdatert på fritiden. Må betale sjøl hvis du reiser på kurs i fritiden. Vi bytter sjøl turnus for å gå på kurs» (Haukelien et.al 2015 s.60).*

McCoy (2009) skriver at en av utfordringene til distriktssykepleien er mangelen på initiativ fra ledelsen til å legge til rette for å innhente ny kunnskap. Hun begrunner det med «lack of time» (mangel på tid) på grunn av lav bemanning og mangel på kunnskaper til å kunne søke opp ny kunnskap. Videre nevnes begrensede økonomiske ressurser og mangel på organisatorisk støtte. Ved å tilpasse og forberede sykepleiere på den utfordrende og mangfoldige rollen som inngår i distriktssykepleie praksis er det stor sannsynlighet for å beholde og rekruttere sykepleiere til distriktene (Kenny & Duckett 2003). Andrews et al., (2005) beskriver at det å ta videreutdanning var en utfordring på grunn av lange avstander fra jobb til utdanningssted. Videre konkluderte studien med at det å ikke ha tilgang til videreutdanning fører til en signifikant negativ effekt i opplevelsen av arbeidstilfredshet. Faglig utvikling sees derfor på som en viktig faktor for at sykepleiere skal kunne bli værende i arbeidet. Sykepleierne i studien til Breivik & Obstfelder (2012) mente at når det var stort arbeidspress så ble fagutvikling bortprioritert. Det kom også fram at sykepleieren så på fagutvikling som en avveksling fra det daglige arbeidet. Flerfaglige mastere (ambiguity masters) kan være en måte å tenke på i forhold å forberede sykepleiere til å arbeide ute i distriktene ( Knight et.al 2016). For å få til et komplekst samspill bruker distriktssykepleiere kliniske kunnskaper og erfaringer sammen med deres forståelse av distriktet der de bor og arbeider i. Med begrensede ressurser, men med forventninger om å finne muligheter for å kunne oppnå best mulig resultat (Knight et al.,2016). Hensikten med tillitsreformen var å kunne gi tillitten tilbake til sykepleierne som arbeider nærmest pasientene og la de få organisere sin egen arbeidshverdag (Daugaard et. al 2015). I studien kommer det fram at distriktssykepleierne organiserer sin egen arbeidsdag. Noe som er en nødvendighet og som de meget godt ser ut til å klare, selv om de ofte ikke vet hvordan dagen blir før de kommer på jobb. Samtidig er krav om kontroll og dokumentasjon overveldende. Når alt skal dokumenteres i forhold til sykepleierens utførelse av oppgaver, kan sykepleien bli en mål-middel-tenking. Noe som kan føre til at sykepleierne kan bli opptatt av seg selv og sine egne resultat (Elstad 2014 s. 73). Samtidig så viser funn i studien at målet for all organisering i det daglige arbeidet er pasientene. Distriktssykepleierne viste i undersøkelsen at de prioriterer pasient nære oppgaver først, deretter dokumentasjon og administrativt arbeid. Med

tillitsreformen kunne en kanskje bidratt til en økt tillit til sykepleieres autonomi i arbeidet. Ved en bedre organisering av arbeidsdagene slik at en unngikk så mange uforutsigbare dager. Tillitsreformen har som tidligere nevnt til hensikt i å skjære ned på registrering og kontroll, slik at sykepleiere og annet helsepersonell kan få mere frigjort tid til å fokusere på pasientene. Tolkning av faglig autonomi er at sykepleiere på bakgrunn av sine kunnskaper skal kunne prioritere selvstendig i sitt daglige arbeid. Samhandlingen med andre ligger der som en del av den faglige autonomien hvor målet hele tiden er det beste for pasienten og pårørende. Sammen med andre samarbeidspartnere med fokus på helhetlige og trygge pasientforløp. Slik en opplever det er det mange ting som kan bidra til hindringer for å kunne utøve den faglige autonomien. For eksempel ser en at økningen av dokumentasjonskrav og tidsfokus kan bidra til at en må sette sin autonomi til siden. Dette har en kjent på flere ganger ved at en på en måte nesten blir litt robotifisert til å utføre oppgaver som kommer ovenfra og ned og som en merker ofte tar tiden vekk fra det pasientnære og autonome i sykepleierarbeidet. Jeg ser derfor den faglige autonomien som et viktig begrep for å forsøke å belyse autonomien i forhold til distriktssykepleiernes daglige virke.

#### 5.2.4 Bærekraft som et viktig begrep for fremtidens sykepleietjeneste

Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig. Det må vi ta inn over oss. Skal vi lykkes med å endre utviklingen, må vi handle nå! (Meld. St. 47 2008-2009 s. 22). Begrepet bærekraftig er slik en forstår det ment å forvalte ressursene på en best mulig måte slik at vi kan dra nytte av dem lengst mulig. Oversatt til sykepleierressurser kan dette overføres til en tankegang om å legge til rette for en bedre organisering i kommunehelsetjenesten, slik at vi klarer å beholde sykepleierne så lenge som mulig, og ikke minst at en klarer å få snudd trenden ved å la tjenesten bli attraktiv for nye sykepleiere. Begrepet bli også nevnt i omsorgsplan 2020. Der står det følgende:

*«For å sikre bærekraftige og gode tjenester, er det også behov for faglig omstilling og en heving av det faglige nivået, blant annet gjennom å øke andelen personell med høgskoleutdanning, skape større faglig bredde, flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Videre er det behov for å styrke tjenestenes eget kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og kunnskapsutvikling (Omsorgsplan 2015-2020 s.33)*

I min studie kommer det fram at det å ha muligheten til å utvikle seg faglig kan være en motiverende faktor for å trives i jobben, men samtidig finnes det ingen strategi i omsorgsplan 2015-2020 som kan ha betydning ved at vi bruker sykepleieresursene bedre slik at for eksempel sykepleiere kan stå lengre i yrket. En god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene er en forutsetning for bærekraftig utvikling i helsetjenesten (Meld.st 47 2008-2009 s. 130).

I dag skrikes og jamres det fra flere hold på sosiale medier over mangelen på sykepleierkompetanse i kommunene. I en reportasje: Sykepleierkrise kan ramme kommunene på nettsiden til NRK. no Trøndelag i dag 24.04.17 ser en at tall fra NAV viser at 3300 sykepleierstillinger ikke lot seg bemanne i fjor. Forsker Heidi Gautun ved senter for velferds og arbeidslivsforskningsinstituttet NOVA, tror de rekrutteringsproblemene som nå viser seg i eldreomsorgen, er tegnet på rekrutteringskrisen som kommer. Gautun sier at kommunenes sentralforbund har estimert behov for 4000 sykepleiere årlig. Underbemanning sliter ut de sykepleierne som allerede er der og rundt halvparten vurderer å slutte på grunn av høyt arbeid -og tids press. Resultatene fra studien til Andrews et al. (2015) viser at sykepleiere som arbeidet alene i rurale områder i Canada hadde en gjennomsnittsalder 47, 5. Resten av sykepleierne som arbeidet i andre områder av distriktene og som ikke arbeidet alene hadde en gjennomsnittsalder på 42,9 år. Dette viser at det kan være en trend på at gjennomsnittsalderen for sykepleiere ute i distriktene internasjonalt er økende. I intervju undersøkelsen til Haukelien et.al (2015) Kommer det frem at gjennomsnittsalderen på sykepleiere som arbeider i kommunene i Norge var på 48 år. Gjennomsnittsalderen i hjemmesykepleien var på 51 år og på sykehjem 44år. Bare dette kan få det til å ringe en bjelle. Hva når alle disse går ut i pensjon? Hele 87% av alle respondentene svarte at kompleksiteten i de sykepleiefaglige oppgavene har økt de siste tre årene. 87 % svarte at arbeidsbelastningen har økt i hjemmetjenesten. En av deltakerne i studien sier:

*Vi ser enorm forskjell etter samhandlingsreformen. Vi må passe på alt sammen. Vi blir tøffere sykepleiere. Vi står alene om avgjørelser. Jeg har kjørt hjem med hjerte i halsen mange ganger, og tenkt: har jeg gjort noe feil?*

Som distriktssykepleier må du være som «poteten», du må kunne brukes til alt. Du bør også ha egenskaper som en blekksprut for å klare å rekke over alle arbeidsoppgavene som skal gjøres til enhver tid. Hva med bærekraft i sykepleien? For det første må det legges til rette for en bedre bemanning, i hvert fall hvis vi skal stekke oss etter Magnet modellen. Deltakerne i

studien forteller om hvor ofte de må steppe inn for å være vikar for kollegaer som er borte fra jobb (D1, D2, D3 & D4). En av deltakerne fortalte at hun ikke fikk tid til å bruke den kompetansen hun hadde ervervet seg gjennom sin videreutdanning i demensomsorg(D3). Det gis heller ikke noe slakk på arbeidslistene og medisinarbeid, koordinering av tjenester og dokumentasjonsarbeid arbeid må ofte gjøres på toppen av alt det andre. I talen som Borgenvik holdt i 1982 sier han:

*«Utdanningen av helsepersonell er tilpasset en periode med knapphet på personell og rikelig tilgang på penger. Nå er vi i ferd med å få en overproduksjon. Det tar tid til å redusere utdanningskapasiteten».*

I dag, 35 år senere sitter vi i en helt annen situasjon. Å bestrebe seg etter å kunne fungere som en Magnet modell, med nok personale og en god tilrettelegging for kompetanseheving synes å være milevis unna dagens virkelighet ute i distriktssykepleien. Selv om distriktssykepleierne var selvstendige, ledelsen var nær og de hadde kontroll over praksisen var det mangel på sykepleiere og kompetanseheving som ingredienser for å kunne utvikle en Magnet modell i sykepleietjenestene. Studien til Clavelle (2013) belyste også den fordelen det er å kunne styrke sykepleiernes autonomi ved at de fikk delta og forme sin egen praksis på bakgrunn av muligheten til å oppdatere seg faglig. Det at sykepleierne fikk mere tid til pasientene opplevdes for pasientene også som god kvalitet på tjenesten. Samtidig så var trivselen stor innad i personalgruppene i de organisasjonene som brukte Magnet modellen i sin daglige drift.

## 6 Konklusjon

I denne studien har en forsøkt å få et innblikk i hvordan det oppleves for distriktssykepleiere og arbeide ute i kommunene med lange avstander til sykehus og annen assistanse. Av tidligere forskning er det gjort en del i USA, Canada, Australia og England. Samtidig oppdager en forskjell i praksisen ved at distriktssykepleierne ser ut til å ha en sterkere autonomi internasjonalt. Det at de så det som en fordel å kunne planlegge sin egen arbeidsdag ved å lage sine egne arbeidslister understreker at de kan planlegge sin dag mere autonomt enn distriktssykepleierne i studien framla. Tap av anonymitet på grunn av distriktsbefolkningens kjennskap til distriktssykepleier er internasjonalt kjent. Det samme er fordelene ved å kjenne pasientene, familiene og lokalmiljøet. Distriktssykepleierens «Jack of all trades rolle» er også noe som vi kan kjenne oss igjen på. Det å bekymre seg over pasientene og ta dem med hjem i tankene er noe som kunne ha blitt utforsket mere. Da en ikke vet hvordan det er i forhold til resten av landet og ikke minst hos sykepleiere som arbeider i byene eller i sykehus. Historien viser oss også at det var en del utfordringer å være distriktssykepleier før i tiden. En kan også se at å implementere nye roller ute i distriktet kan være et problem. Resultatene på denne studien viser at distriktssykepleiere trenger et kompetanseløft for å møte de avanserte oppgavene ute i kommunene. Studien synligjør også mangel på personale noe som er viktig for en stabil og bærekraftig tjeneste. Det å kunne se fremover med en organisering av sykepleietjenesten med en tverrfaglig kunnskaps tilnærming hvor både fokus på tillit til distriktssykepleierne, Magnet modellen og Case management rollen inngår. En miks av det beste fra flere verdener med håp om å skape en bærekraftig sykepleietjeneste tilpasset norske forhold.

## Litteraturliste

- Aiken, L.H. Buchan, J. Ball, J & Rafferty, A.M (2008) *Transforming impact of Magnet designation: England Case study*. Journal of Clinical Nursing, 17, 3330-3337.  
Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x
- Allen, D. (2014a) kap 2 Creating working knowledge. The invisible work of nurses, hospitals, organization and healthcare. Routledge Advances in Health and Social Policy.
- Allen, D. (2014b) kap 3 Articulating trajectories of care. *The invisible work of nurses, Hospitals, organization and healthcare*. Routledge Advances in Health and Social Policy.
- Andrews, M. E. Stewart, N J & Pitblado J.R. Morgan, D.G. Forbes, D. & D'Arcy, C. (2005) Registered nursing working alone in rural remote Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*. 37.(1), 14- 33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15887763>
- Borgan (2012) *Pleie og omsorgsstatistikk 1962-2010* Statistisk sentralbyrå: Oslo, Kongsvinger.
- Borgan, J.K. (2013). 50år med offentlig eldreomsorg. I: J, Ramm(red) *Eldres bruk av helse og omsorgstjenester* (s. 49-55). Oslo: Statistisk sentralbyrå. hentet fra
- Borgenvik, T (1982) Planlegging i den tunge sektor: *Å spille svarteper med helseutgiftene*. Rapport fra det 8. høstseminaret i samfunnsplanlegging, 1982. Rådet for forskning for samfunnsplanlegging. Norges Almenvitenskapelige forskningsråd. Institutt for samfunnsvitenskap. Universitetet i Tromsø
- Breivik, E. & Obstfelder, A. (2012) Yrkesmotivasjon og arbeidsglede i helsereformenes tid. *Nordisk sykepleieforskning* 2,(2), 109-120. ISSN 1892-2678? =11 sider
- Bushy, A (1998) *RURAL NURSING IN THE UNITED STATES: WHERE DO WE STAND WHEN WE ENTER A NEW MILLENIUM?* *Australian Journal of Rural Health* 6, 65-71
- Bushy, A (2002) International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Aust. J. Rural Health* 2002 (10), 104-111
- Bushy, A. & Winters,C, A(2013) Nursing workforce development, clinical practice, research, and nursing theory: connecting the dots. I Winters, C.A (Ed) *Rural nursing Concepts, theory, and practice* (449-464), New York: Springer publishing company
- Bjørkli J, I ( 2011) *Symptomrapportering hos sykepleiere En konsekvens av individuelle forskjeller, arbeidskarakteristikker, stress og restitusjonsbehov?* Masteroppgave i helse- og sosialpsykolog. Psykologisk institutt, universitetet I Oslo
- Clavelle, J,T. O'Grady, T.P. & Drenkard, K. (2013) Structural Empowerment and the Nursing Practice Environment in Magnet® OrganiZations. *The journal of nursing administration*. Vol 43. Number 11, pp.566-573
- Daugaard, P. Bendtsen, J. Holmstrup, M.J. Olsen, B. B & Jensen, B.J. (2015): *Den offentlige forvaltnings implementering af tillidsreformen-En analyse af tillidsreformen* Danmark
- Davis, D,J & Droes, N, S (1993) Community health nursing in rural and frontier counties. *The nursing clinics of North America* Vol: 28 Iss:1 (159-169)
- Descartes, R. (1991) *De store tænkere*.(2.utg) København: Munksgaard
- Edvardsen, T,L. (2016) *Palliativ omsorg til kreftpasienter i kommunehelsetjenesten «Hvilke utfordringer møter sykepleiere i små kommuner i Finnmark, i ytelsen av palliativ omsorg til kreftpasienter, og hvordan forholder de seg til disse utfordringen* Masteroppgave i sykepleie. UiT, Norges Arktiske universitet.
- Elstad, I (2014) *Sykepleietenking-Grunnlagstenkning i sykepleie* (1.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS



- Elstad. (2006) Sykepleieyrket i Nord-Norge. I Elstad, I. Hamran, T. *Sykdom - Nord-Norge før 1940*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gadamer, H-G (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter* Oslo: J.W Cappelens forlag AS
- Granheim, U.H & Lundmann, B( 2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness Department of Nursing, Ume\_a University, Ume\_a 90187, Sweden
- Haukelien, H. Vike, H. & Vardheim, I (2015) *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse og omsorgstjenestene – Sykepleiernes erfaringer* (362) Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794.pdf>
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011) Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester § 3-1. *Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester* [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_3)
- Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv-ny forståelse-Sykepleierens kjerne; Verdier, intensjon og handling* (1.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kenny, A & Duckett, S. (2003) *Journal of advanced nursing* 44(6), 613-622 Educating for practice
- Kirchoff, J.W (2011) Yrkesrelatert stress i de hjemmebaserte tjenestene. *Forskning nr.2.*; 6: 144-150
- Knight, K. Kenny, A & Endacott, R (2016) From expert generalist to ambiguity masters: using ambiguity tolerance to redefined the practice af rural nurses. *Journal of Clinical Nursing* 25, 1757-1765. doi: 10.1111/jocn,13196
- Krøll, H. & Hansen, H (2000) Den nyutdannede sygeplejerskes kompetence nu og om fem år- set fra et emirisk og fagprofessionelt perspektiv. *Vård i Norden* 4/2000. No. 58 Vol.20 No. 4 PP 10-16j
- Kvale, S & Brinkmann, S (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS Lov om helsepersonell m.v. helsepersonelloven: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5) hentet 20.04.17
- Long, A.K & Weinert, C (1989) *Rural nursing: Developing the theory base*. I Winters, C.A (Ed) (2013) *Rural nursing Concepts, theory, and practice*( 1-15), New York: Springer publishing company
- Arbeidsmiljøloven. ( 2005) Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_4)
- Lynn, O, C. (2013). Winters, A,C (ED)Men working as rural nurses: Land of opportunitie kap 17 *Rural nursing. Concepts, Theory, and practice*. 4 ed. 2013: New York. Springer publishing company,LLC s. 259-275
- Løland, E,L (2010) «også fikk jeg beskjed om å gå og besøke dem da...! *Menighetssøstrene, den kvinnelige diakoni i den norske kirke i 1950 og 1960 årene*. Masteravhandling. Det teologiske menighetsfakultetet. Høyskolen Diakonova. Oslo.
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen. K. (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidensen* (1,utg. 3, oppl. 2006) Oslo: Akribe AS
- Maurice, M-P. (1994) *Kroppens fenomenologi* (1908-1961): Pax filosofibibliotek; en Pax bok
- McCoy,C (2009) *Proffesional Development in Rural Nursing: Challenges and opportunities*. The journal of continuing Education in Nursing-March 2009-Vol 40, No 3; 128-131
- NRK Trøndelag (24.april, 2017) Sykepleiekrise kan ramme kommunene. Hentet fra <https://www.nrk.no/trondelag/sykepleierkrise-kan-ramme-kommunene-1.13487343>

- NSF: Norsk sykepleie forbund (NSF)Magnet  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/606844/Om-kvalitetssystemet-Magnet-hentet23.04.17>
- NSF: <https://www.nsf.no/vis-nyhet/1238339/%C3%83%C6%92%C3%8B%C5%93nsker-sertifisering-av-sykehus-velkommen> hentet 23.04.17
- Omsorgsplan (2015-2020) Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse-innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg) Oslo: Cappelen Damm AS
- Pollestad, E. (1983) *Hjemmesykepleien i fokus: Til felts mot bastant institusjonstenkning*. Nordlys, tirsdag 15 februar: Tromsø
- Scharff, J, E. (1998) *The distinctive nature and scope of rural nursing practice. Philosophical bases*. I C, Winters (red) (2013)Rural Nursing. Concepts, theory and practice s. 243-257 X
- Snøtun, Å (2007) *Det var menighetssøstre dei var! Kven var menighetssøstrene og kva konsekvensar fekk det for dei at heimesjukepleia vart kommunal teneste, samtidig med at sjukepleieyrket vart profesjonalisert?* Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Oslo: universitetet, det Teologiske fakultet
- Solbekken, J-A, Songe-Møller, V. Reyter, K & Indrebø, B(2010) Forskningsetiske komiteer Vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. ISBN: 978-82-7682-058-4-32 <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/9-Personvern-og-gjenkjennelsesproblematikk/> hentet 16.11.15, kl 1340
- Solheim, M & Aarheim, K.A. (2004) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* s. 291-305 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Stanton, M.P & Dunking, J (2002) Rural case management Nursing role variations Lippincott`s Case Management Vol 7, No.2 48-58
- Statens helsetilsyn (2001) Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge-Er det en sammenheng mellom sengekapasitetet og korridorpasienter. IK-2742 [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sengekapasitet\\_somatiske\\_sykehus\\_norge.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sengekapasitet_somatiske_sykehus_norge.pdf) Hentet 26.04.17
- Statens statistiske sentralbyrå (SSB) (2014) *Pasienter på sykehus, 2013*  
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09> hentet 11.04.17
- Store norske medisinske leksikon—case management
- Tromsø kommune (2017-2020) *Administrasjonssjefens forslag til årsbudsjett 2017 og økonomiplan 2017 Økonomiplan 2017-2020*. Hentet fra:  
[https://img8.custompublish.com/getfile.php/3687559.1308.tfytxqsvd/Å...rsbudsjett+2017+og+Å\\_ekonomiplan+2017-2020.pdf?return=www.tromso.kommune.no](https://img8.custompublish.com/getfile.php/3687559.1308.tfytxqsvd/Å...rsbudsjett+2017+og+Å_ekonomiplan+2017-2020.pdf?return=www.tromso.kommune.no)
- Meld.St. 29 ( 2012-2013 ) Morgendagens omsorg. Det kongelige helse-og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld.St. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d6bd72bd0b454bb9824aba0bdcb494af/nn-no/pdfs/stm200220030045000dddpdfs.pdf>
- Meld. St.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen-Rett behandling-til rett tid-til rett sted*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

- PwC Consulting (11 mai 2015). *Faglig og økonomisk analyse av tjenesteområdene pleie- og omsorg i Tromsø kommune* • Presentasjon av hovedfunn Hentet fra:  
<https://www.custompublish.com/getfile.php/3038065.1308.waewysxatf/PWC-rapport+-+presentasjon.pdf?force=1&3&>
- Statens helsetilsyn (2001) Sengekapasitet og kapasitetsutnyttelse ved somatiske sykehus i Norge - Er det sammenheng mellom sengepasienter og korridorpatienter? IK-2742  
[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sengekapasitet\\_somatiske\\_sykehus\\_norge.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sengekapasitet_somatiske_sykehus_norge.pdf)
- Swan, M, A & Hobbs, B.B. (2016) Concept analysis: Lack of anonymity. JAN, informing and policy Worldwide through Research and Scholarship. John Wiley & Sons Ltd
- Thibouville, A-M. (2013) *En studie av hjemmesykepleiernes erfaringer*. Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo. Et samarbeid med utviklingssentret for hjemmetjenester i Oslo.
- Torjesen, D.O. & Vabo, S.I. (2014) Samhandlingsreformen-virkemidler for koordinering.I: Vabø, M(red) og Vabo, S. I(red), *Velferdens organisering* (s.138-158) Oslo: Universitetsforlaget
- Turner, C. Keyzer, D. & Rudge, T. (2007) Sphere of influence or autonomy? A discourse analysis of the introduction of nurse practitioners in rural and remote Australia. *Journal of advanced nursing*. 59 (1) doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04275.x
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) *ICNs etiske regler*:  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) Hentet 4.05.17

## 7 Vedlegg: 1 Intervjuguide

### Intervjuguide for sykepleiere som jobber ute i distriktene i Troms fylke

1. Hvordan gikk det til at begynte å arbeide som sykepleier ute i distriktet?
2. Hvor lenge sånn ca. har du arbeidet ute i distriktet?
3. Kan du forsøke å beskrive en vanlig arbeidsdag fra du går inn døra på jobb?
4. Kjenner du ofte på stress i løpet av en arbeidsdag?
5. Hvordan spiller tiden inn på arbeidsoppgaver som skal gjøres? Hvor selvstendig kan du prioritere tiden du bruker på hver pasient/bruker?
6. Hva tenker du når jeg sier samhandlingsreformen- bestiller- utfører modellen?
7. Hvilke konsekvenser kan du se i dag – hvordan har tjenesten utviklet seg? Bruker grupper, kompetanse.
8. Hvilke utfordringer kan du stå i med tanke på avstand til sykehus og lege? Vær, føre, avstander mellom brukere, skredfare....
9. Hvordan synes du arbeidet ditt er organisert? (med tanke på ledelse, samarbeidspartnere, oppgavefordeling, rutinearbeid, dokumentasjon, forefallende arbeid, pasientnært arbeid)
10. Har du opplevd å ha stått i vanskelige situasjoner der du har vært nødt til å stole på dine egne observasjoner og vurderinger? Kan du huske hvordan du følte situasjonen?
11. Var det noe du tenker du kunne ha trengt eller noe du manglet når du reflekter over situasjonen® i etterkant? (teori kunnskaper, praktiske ferdigheter, samarbeidspartnere, utstyr).
12. Hva tenker du når jeg sier «kompetanseheving»? (kommunale planer om kompetanseheving for sykepleiere ute i kommunehelsetjenestene).
13. Ser du noen utfordringer ved det å arbeide i et lite lokalmiljø?
14. Hvilke erfaringer har du gjort deg og hvilke tanker gjør du deg om økningen av utskrivningsklare pasienter ut i kommunene? (samhandlingsreformen?)
15. Ser du noen fordeler ved å arbeide i et lite lokalmiljø? (nærhet til nærmeste ledelse, gjennomiktig tjeneste, kjennskap til pasienter/brukere).
16. Bli du hørt hvis du kommer med innspill i forhold til synspunkter du kan ha i forhold til din arbeidssituasjon?

17. Hva tenker du om det at sykepleiere har fokus på hele mennesket? Får du brukt dine sykepleier kunnskaper slik du ønsker? (observasjon, samtaler, medisinsk oppfølging, kontakt med samarbeidspartnere, kontinuitet)
18. Går du ofte hjem med en følelse av utilstrekkelighet eller føler du deg som oftest fornøyd med dagen og det arbeidet du har utført?
19. Føler du at du blir respektert for det yrke du har og den jobben du gjør? (respekt fra samarbeidspartnere som andre faggrupper, ledere, pasienter, pårørende osv.).
20. Er det noe du vil tilføye? Har du noen ønsker for framtiden som sykepleier ute i distriktet?

## 8 Vedlegg: 2 Bakgrunn og formål

### **Informasjon til deltakere til mastergrad prosjekt**

#### ***” Organisering av sykepleietjenesten i distriktet- utfordringer og muligheter”***

##### Bakgrunn og formål

Formålet med prosjektet er å dokumentere erfaringer fra sykepleiere som arbeider ute i distriktet. Hensikten er å sette fokus på hvordan det oppleves for sykepleiere å arbeide i små lokalmiljø, i lange avstander fra sykehus og lege. Problemstillingen som skal belyses er: «*Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?*». Prosjektet er en masteroppgave i studiet master i sykepleie ved universitetet i Tromsø-Norges arktiske universitet. Jeg er sykepleier og arbeider til daglig ute i distriktet i Troms fylke.

Deltakere blir plukket ut ved hjelp av avdelingsledere ved de aktuelle omsorgstjenestene. Det ønskes deltakere som har arbeidet som sykepleiere ute i distriktet i 7 år eller mer.

## 9 Vedlegg: 3 Hva innebærer deltakelse i studien?

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Dette er en kvalitativ studie der jeg vil utføre til sammen 4 individuelle intervju av sykepleiere. Det settes av to timer til hvert intervju. Jeg ønsker å samtale rundt temaer knyttet til opplevelser sykepleiere har ved å arbeide ute i distriktet og hvordan det daglige arbeidet er organisert. Intervju blir tatt opp på en mobiltelefon som kun benyttes til dette formål og hvor kun jeg har tilgang. Mobiltelefonen er ikke koblet til noe nettverk.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Studien er innmeldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, NSD-Norsk senter for forskningsdata. Jeg vil forholde meg til UIT Norges arktiske universitets sine rutiner for datasikkerhet. Det vil kun være jeg som har informasjon om intervjudeltakers navn som kan spores tilbake til dem. De opplysninger deltakerne gir meg vil jeg bruke som grunnlag i min masteroppgave. Det ferdige transkriberte intervjuet vil tilbys til gjennom lesning for å ivareta intervjudeltakers rett til sensurering og anonymisering før bruk. Mastergradsprosjektet skal etter planen være avsluttet innen mai 2017. Alle personopplysninger og intervjuopptak vil bli slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke

uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder: Anne-Marie Isaksen, telefonnummer: 4157554. E-post: ais002@post.uit.no

Universitetet i Tromsø har oppnevnt veileder til prosjektet som kan kontaktes:

Grete Mehus

1.amanuensis/Associate professor

Campus Hammerfest IHO

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske universitet

Faculty of Health Sciences

Department of Health and care sciences

University of Tromsø- The Arctic University of Norway

Telephone:+4778427831

Cellphone: +4790511213



## **Samtykkeerklæring for studien:**

### ***Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter***

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Det innebærer at jeg skal delta på et individuelt intervju. Her vil jeg dele mine opplevelser, tanker og erfaringer rundt hvordan det er/var å arbeide som sykepleier ute i distriktet.

(Telefonnummer ønskes slik at jeg kan ta kontakt hvis du ønsker å lese igjennom det skrevne intervjuet).

Telefonnummer.....

## 11 Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD



Grete Mehus  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges

arktiske universitet 9037 TROMSØ

Vår dato: 13.10.2016

Vår ref: 49898 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres re..

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2016.  
Meldingen gjelder prosjektet:

*49898    Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-  
utfordringer og muligheter Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske  
universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig    Grete Mehus*

*Student    Anne-Marie Isaksen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en

offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Ida Jansen Jondahl

Kontaktperson: Ida Jansen

Jondahl tlf: 55 58 30 19

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Vedlegg: Prosjektvurdering

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS  
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29  
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17  
Faks: +47-55 58 96 50

[nsd@nsd.no](mailto:nsd@nsd.no)  
[www.nsd.no](http://www.nsd.no)

Org.nr. 985 321 884

## 12 Vedlegg 5: Forespørsel om deltakelse i mastergrad prosjekt

Lakselvdalen

Dato

### **Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter**

*«Hvilke muligheter og utfordringer er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?»*

### **Bakgrunn og formål**

Jeg er mastergradsstudent ved UIT Norges arktiske universitet der jeg studerer til en mastergrad i sykepleie. Jeg ønsker å gjennomføre et prosjekt i sykepleietjenesten ute i distriktene i Troms Fylke, der jeg samler inn data til min masteroppgave. Hensikten er å se på organiseringen av distriktssykepleien hvor jeg ønsker å fange opp sykepleiers opplevelser av å arbeide i lange avstander fra bykjerner med tanke på autonomi, samhandling og organiseringsstrukturer i hverdagen. Jeg ønsker å se nærmere på forhold som må være til stedet for å gi distriktssykepleiere rom til å utøve sitt samfunnsansvar med tanke på egen autonomi og profesjonalitet. Masteroppgaven vil ha relevans for å belyse at det er ulike utfordringer innad i langstrakte kommuner med små ytterdistrikt. Studien vil også kunne bidra til en diskusjon om hvordan en best kan utnytte ressursene i en tjenesteutvikling av pleie og omsorgstjenestene tilpasset lokale forhold og lokal stedsutvikling. Slik vil oppgaven kunne danne grunnlag for prioriteringer innenfor økonomiske rammer samt en synliggjøring av hvordan det er å arbeide som sykepleier ute i distriktet.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Dette er en kvalitativ studie der jeg vil utføre til sammen 4 individuelle intervju. 4 sykepleiere som arbeider i ute i distriktene i dag og som har arbeidet i tjenesten i 7 år eller mer. Intervjuene vil bli utført i løpet av vinteren 2016-17. Det settes av to timer til intervjuet. Jeg ønsker å samtale rundt temaer knyttet til opplevelser sykepleiere har av å arbeide i ute i distriktene og hvordan det daglige arbeidet er organisert. Intervju blir tatt opp på mobiltelefon som kun benyttes til dette formål.

## **Hva skjer med informasjonen om deltakere?**

Jeg vil forholde meg til de etiske retningslinjer for forskningsintervju. Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Jeg vil forholde meg til deres regler om oppbevaring og makulering av materialet til prosjektet. Alle personopplysninger blir behandlet konfidensielt, navneopplysninger og eventuelle pasienthistorier, gjenkjennende opplysninger og informasjon om arbeidssted vil aidentifiseres i etterkant av intervjuet. Jeg vil bruke fiktive navn knyttet til deltakernes og deres opplysninger. Det vil kun være jeg som har informasjon om intervjudeltakers navn som kan spores tilbake til dem. De opplysninger deltakerne gir meg, vil jeg analysere og bruke som grunnlag i min masteroppgave. Det ferdige transkriberte intervjuet vil tilbys til gjennom lesning for å ivareta intervjudeltakers rett til sensurering og anonymisering før bruk. Mastergradsprosjektet skal etter planen avsluttes innen mai 2017. Alle personopplysninger og intervjuopptak vil bli slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet.

## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og deltakerne kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom deltakere trekker seg, vil alle opplysninger om dem bli slettet. Hvis deltakerne ønsker å delta i studien, skriver de under på samtykkeskjemaet.

Dersom dere har spørsmål til studien eller om noen ønsker å trekke seg, ta kontakt med meg:

Anne-Marie Isaksen

Lakselvdalvegen 99

9040 Nordkjosbotn

Mobil: 41 57 55 42. mail: [ais@post.uit.no](mailto:ais@post.uit.no)

## **Rett til innsyn**

Som deltakere av studien har de rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på seg selv. Det vil bli gitt mulighet til å lese gjennom det transkriberte intervjuet hvis intervjudeltaker ønsker dette. Jeg håper at du synes prosjektet mitt er interessant og at du har ansatte som ønsker å delta. Jeg legger ved informasjonsskriv om studien til potensielle deltakere, samt samtykke skjema som jeg ønsker at du videreformidler til de som ønsker å være med. Jeg ønsker svar så raskt som mulig, slik at jeg kan starte prosjektet. Når jeg har mottatt samtykkeskjema vil jeg ta kontakt på telefon eller E-post for å avtale tid og sted for intervju. Håper på positiv tilbakemelding.

Universitetet har oppnevnt veileder til prosjektet som kan kontaktes:

Grete Mehus

1.amanuensis/Associate professor

Campus Hammerfest IHO

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske universitet

Faculty of Health Sciences

Department of Health and care sciences

University of Tromsø- The Arctic University of Norway

Telephone:+4778427831

Cellphone: +4790511213

Med vennlig hilsen

Anne-Marie Isaksen