



Det helsevitenskapelige fakultetet

Distriktssykepleie i Nord Norge

“Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?”

Ingvild Rapp Hanssen

Natalia Vanzo

Masteroppgave i sykepleie desember 2020 SYP 3901



Forord

Forsidebilde er gjengitt med tillatelse fra Linn Sylvi Steinnes, vår gode venninne. Motivet er tatt fra Joppelen i Kåfjord kommune med utsikt mot Årøyholmen og Djupvik.

En stor takk til vår veileder Gunn Hågensen, samt Grete Mehus for god veiledning, støtte og oppfølging gjennom en svært lærerik, men også tidvis krevende studie.

Takk til gode kollegaer for støtte og oppmuntring underveis.

Takk til våre medstudenter for gode samtaler og godt samarbeid.

Takker også våre informanter for deling av erfaringer, opplevelser og refleksjoner. Vi hadde ikke fått det til uten dere.

Sist, men ikke minst, tusen takk til familie og venner for oppmuntring, motivasjon, tålmodighet og støtte hele veien.

Nord

Se oftere mot nord.
Gå mot vinden, du får rødere kinn.
Finn den ulendte stien. Hold den.
Den er kortere.
Nord er best.
Vinterens flammehimmel, sommer-
nattens solmirakel.
Gå mot vinden. Klyv berg.
Se mot nord.
Oftere.
Det er langt dette landet.
Det meste er nord.

Rolf Jacobsen

(*Nattåpent*, 1985)

Innholdsfortegnelse

Forord

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valgt tema og forforståelse.....	1
1.2	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.3	Tidligere forskning og litteratursøk.....	2
2	Teoretisk tilnærming	4
2.1	Distriktssykepleie	4
2.2	Distriktssykepleie i Nord Norge i historisk perspektiv	5
3	Forskningsmetode	7
3.1	Kvalitativ metode	7
3.2	Utvalg, rekruttering og datasamling.....	7
3.3	Analyse.....	8
3.4	Metodekritikk	9
3.5	Forskningsetiske betraktninger	10
4	Presentasjon av funn.....	11
4.1	Aleneansvar	11
4.2	Samhandling.....	12
4.4	Generalistkompetanse	14
5	Diskusjon.....	16
5.1	Aleneansvar og begrensede ressurser.....	16
5.2	Samhandling - utfordringer og muligheter.....	17
5.3	Sykepleie i nære relasjoner i små samfunn	18
5.4	Distriktssykepleiere er generalist-spesialister	19
6	Konklusjon	21

Referanseliste

Vitenskapelig artikkel

«Distriktssykepleie i Nord Norge – en særegenhet.»

Vedlegg

ORIGINAL PUBLIKASJON

Vitenskapelig artikkel

Natalia Vanzo, Ingvild Rapp Hanssen og Gunn Hågensen

«Distriktssykepleie i Nord Norge – en særegenhet.»

Skal innsendes tidsskriftet «*Sykepleien*».

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema og forforståelse

I dette masterprosjektet er vi to sykepleiere med bakgrunn fra distriktskommuner i Troms og Finnmark fylke, som har gjennomført fagfordypning i distriktssykepleie ved Campus Hammerfest (UiT, 2015). Våre hjemkommuner har tilnærmet lik organisering av helsetjenestene med sykestue, sykehjem, legevakt og hjemmesykepleie som sentrale ansvarsområder for sykepleierne. Vi har omtrent like lang ansiennitet i kommunehelsetjenesten, og har siden endt utdanninge jobbet på samme arbeidsplass. Ved flere anledninger har vi erfart hvordan det er å være langt fra spesialisthelsetjenesten, stå alene i krevende situasjoner, samt utfordringer som dårlig vær og stengte veier som forhindrer oss fra å sende pasientene til sykehus så raskt som ønskelig. Selv om sykepleietradisjonene i distriktet har sine røtter langt tilbake i tid, har det ikke vært en formell utdanning for styrking av generalistkunnskapene før nå. Fagfordypningen har styrket oss i en spennende og givende jobb ute i distriktet – med få ressurser, god lokalkunnskap, samt handlingsberedskap og kunnskap innenfor et bredt fagfelt.

Det som er beskrevet i litteratur om sykepleiarbeidet i rurale områder, som vi omtaler som distriktene i Nord Norge, vil vi undersøke nærmere med tanke på om sykepleierne vi intervjuer beskriver sykepleiarbeidet og konteksten slik det står skrevet i litteraturen.

Sykepleieutøvelsen i Distrikts-Norge generelt har noen av de samme utfordringene som i Nord Norge og kan på mange måter ikke sammenlignes med arbeidet i urbane strøk. Bosetningene er spredt over store, avsidesliggende og vanskelig tilgjengelige områder. Det er langt fra spesialisthelsetjenesten og sykepleieren har få å søke råd hos. Faglig er ansvaret omfattende, noe som krever avansert generalistkunnskap, samhandlingskompetanse, løsningsorientering og logistikkforståelse. Sykepleierne i distriktene i Nord Norge jobber under nær-arktiske forhold som krever kjennskap til værmessige og teknologiske begrensninger, forhold i små lokalsamfunn, samt kjennskap til samisk kultur (Edwardsen, 2016; De Smedt & Mehus, 2017; Isaksen, 2017).

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å utforske det særegne ved utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge for å øke forståelsen og anerkjennelsen for det spesielle ved arbeidskonteksten og kompetansen i distrikt. Ved å få belyst sykepleiernes beskrivelser, erfaringer og kompetanse i distriktskommuner i Nord Norge, er det ønskelig å løfte frem viktige tematikker for at det skal kunne utøves god og forsvarlig sykepleie for befolkningen som lever i distriktene.

Basert på det overordnede er det formulert følgende problemstilling med to forskningsspørsmål:

Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?

- Hva kjennetegner arbeidshverdagen til sykepleiere i kommunehelsetjenesten i distriktene?
- Hva beskrives som den særegne kompetansen til sykepleiere i distriktene?

1.3 Tidligere forskning og litteratursøk

Litteratursøk viser lite relevante norsk forskning på distriktssykepleie i nyere tid. Søk ble hovedsakelig utført i SveMed+, Chocrane, CINAHL, PubMed, Google Scholar og Helsebiblioteket. Søkord som ble brukt er: distriktssykepleie, menighetspleie, samhandling, district nursing, rural nursing, remote nursing.

Ingunn Elstad (2006; 2017), professor i sykepleie, har bidratt mye til forskning om distriktssykepleiehistorie. Av nyere relevant norsk vitenskapelig kunnskap fant vi to masteroppgaver som omhandler organisering av sykepleietjenesten i distriktet og utfordringer sykepleiere møter i ytelsen av palliativ omsorg i Finnmark, skrevet henholdsvis av Isaksen (2017) og Edvardsen (2016). Edvardsen, Lorem og Mehus (2020) har publisert en vitenskapelig artikkel som tar utgangspunkt i Edvardsens forskning. "Rural and Remote Nursing and Healthcare in Arctic and North-Sámi Area" er en relativt nyetablert forskningsgruppe ved Campus Hammerfest som bidrar med kunnskap om utfordringer knyttet til sykepleieutøvelse, utdanning, helse og livsstil i et distriktsperspektiv. De Smedt & Mehus (2017), som er tilknyttet denne forskergruppa, har skrevet artikkelen "Sykepleieforskning i

rurale områder i Norge; en scoping review». Deres studie har identifisert et behov for større bevissthet rundt den rurale konteksten og mer sykepleieforskning på temaet i Norge. Dette samsvarer med våre litteratursøk, og vi ser derfor både behovet og nytteverdien av å presentere ny forskning på distriktssykepleie i Norge.

Internasjonalt er land som Australia, USA og Canada langt fremme og veletablerte innenfor forskningsfeltet. Winters & Lee (2018) har skrevet en bok med flere medforfattere som tar for seg både utvikling, utforskning og oppdatering av teori innenfor rural nursing. Bushy (2002) har også forsket på de internasjonale perspektivene innen feltet.

Den kanadiske sykepleieforskeren Jane Ellis Scharff (2018) utførte i 1987 en studie med hensikt å beskrive distriktssykepleiens natur, omfang og dimensjon. Funnene viser at distriktssykepleiere er generalister med bred kompetanse, må være selvstendig, fleksibel, tåle mye ansvar og utøve sykepleie i nære relasjoner med risiko for egen anonymitet. Denne studien har vært til inspirasjon for vår studie.

2 Teoretisk tilnærming

2.1 Distriktssykepleie

Distriktssykepleie er oversatt fra det engelske begrepet rural nursing, hvor rural kan oversettes til landlig, utkantstrøk eller til distrikt. Store norske leksikon (2019) definerer distrikt som landlige områder med forholdsvis spredt bosetning, beliggende et stykke fra landets største byer. Distriktene står da i kontrast til sentrale byområder. Avstanden til nærmeste sykehus kan være lang, eksempelvis er det 300 km fra den nordligste kommunen i tidligere Troms fylke til lokalsykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Scharff (2018) som beskriver en amerikansk kontekst, definerer rural som å være langt fra hvor som helst og temmelig nært ingen steder.

Distriktssykepleie kan defineres som utøvelse av sykepleie i utkantstrøk og bygder, både på sykestuer og sykehjem, samt hjemme hos pasienten. Enkelte pasienter bor gjerne avsides, utenfor et kommunesentrum, som kan være vanskelig tilgjengelig med tanke på reisetid, værforhold og fremkomstmidler (Elstad, 2017). Distriktssykepleiere har en “rik arv” som Bushy (2002) beskriver med ord som fleksibel, ressurssterk, tilpassningsdyktig og kreativ. Historisk er spesialfeltet i deres praksis å være generalist-spesialister. Samtidig må de tåle fravær av egen anonymitet og håndtere avanserte situasjoner i nære relasjoner (Scharff, 2018).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å tilpasse og organisere tilbudet i samsvar med lokale behov. Samtlige av lovens formål går ut på å sikre gode livsvilkår for hele kommunens innbyggere. Loven har også et forsvarlighetskrav som innebærer at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud. Videre skal kommunen tilrettelegge slik at helsepersonell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, samt arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Samhandlingsreformen har som mål å bedre folkehelse og helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Det skal forebygges mer, behandles tidligere og samhandles bedre. Pasienter og brukere skal få god og tidlig hjelp nærmest mulig der de bor. Gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker, skal

man få rett behandling til rett tid på rett sted. Det gis i dag avansert behandling og sykepleie på sykestuer og sykehjem, samt hjemme hos pasienten, som tidligere ble gitt på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Nord-Troms og Finnmark har årelange tradisjoner med sykestuedrift, da geografi og lange avstander til sykehus har gjort at kommunene måtte tilpasse helsetilbudet. Driften var opprinnelig hjemlet i sykehusloven (1969) hvor det stod at sykestuene er en medisinsk institusjon mellom hjem og sykehus hvor det kan observeres, gis enkle behandlinger, avklares behov for sykehusbehandling, i tillegg til at unødvendige innleggelser unngås. Sykestuer er ikke lenger definert på samme måte i helselovgivningen og vies lite oppmerksomhet av myndighetene. De finnes likevel fortsatt i enkelte distriktskommuner, særskilt i Nord Troms og Finnmark, som resultat av samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Rapporter viser at sykestuene gir lokalbefolkningen en trygghet ved at de kan få behandling, pleie og omsorg på hjemmeplassen, av helsepersonell de ofte kjenner, nær pårørende. I tillegg viser det seg at sykestuene bidrar til rekruttering og stabilisering av sykepleiere, da de gir faglig stimulans og utfordringer (Olsen & Gjertsen, 2011; Iversen 2014; Helse Nord 2017).

2.2 Distriktssykepleie i Nord Norge i historisk perspektiv

Distriktssykepleie i Nord Norge startet som en del av en stor europeisk bevegelse, men utviklet seg utvilsomt under påvirkning av lokale forhold og tradisjoner, fra tiden da frivillige hjalp til når familie, slekt og naboer ble syke. De kom inn i hjemmene og tok seg av den syke, samt barna og gården. I forbindelse med tuberkuloseepidemien rundt 1900 ble det en smittefrykt blant folk, og det ble vanskeligere å få hjelp. Denne frivilligheten fremmet dermed faglig kompetanse, noe som førte til at frivillig distriktssykepleie ble en pådriver i utvikling av sykepleiefaget. Sykepleierne i distriktet var ekstremt fleksibel og allsidig. De pleide den kritisk syke og tok vare på familiene deres, fraktet syke personer over havet og fjellene til en lege eller sykehus, behandlet ulykker og skader, kjørte mil på mil for å besøke gamle mennesker, samt distribuerte mat og medisin til de syke (Elstad, 2006; Elstad, 2017).

Fugelli (2006) forteller om søster Johanne som kom til Røst like etter krigen. Øyfolket fikk da både jordmor, sykesøster og barfotlege, som alene hadde ansvaret for åttehundre sjeler og kropper med 40 km til doktor og 100 km til sykehus. Hun hadde vakt hver time, hver dag og hver natt i over tretti år. En fisker får armen revet av, en mann skyter seg selv, en unge kveles av falsk krupp, et foster ligger på tvers under fødselen, en hjertesyk får livstruende blodstuvning i lungene, en sinnssyk går amok og vil knivstikke enhver som nærmer seg. Distriktslegen satt nord for Røsthavet som det tok timer å krysse, hvis været i det hele tatt tillot det. Det måtte handles øyeblikkelig, og det måtte også handles rett. Søster Johanne tok seg av disse dramatiske og vanskelige oppgavene, selv om det overskred hennes utdanning og arbeidsfelt. For distriktslegen var det en gave å ha søster Johanne som sin utstrakte hånd, og lokalbefolkningen hadde enorm tillitt til henne.

Distriktssykepleien var åpen mot samfunnet, noe den også er i dag. I tillegg var den sterkt forankret lokalt, varierte fra sted til sted og har en mangfoldig historie (Elstad, 2017).

3 Forskningsmetode

3.1 Kvalitativ metode

Dette er en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju av sykepleiere i det nordnorske distrikt. Det benyttes deskriptivt og utforskende design, samt fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

Kvale & Brinkmann (2015) viser til at fenomenologi er et filosofisk perspektiv basert på grundige beskrivelser og analyser av forskningsdeltakerens livsverden. Å anvende 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, holdninger, meninger, erfaringer og oppfatninger av omgivelsene. Fenomenologien kobles inn i intervjuet med sykepleiere ved å bruke et utforskende perspektiv i samtalen. Utforskeren nøyer seg ikke med å registrere meninger og holdninger, men forsøker å gå under overflaten og trenge inn i de dypere lagene av intervjupersonenes erfaringsverden. En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel. Det vil også fokuseres på virkningen av forforståelsen, både den som har med intervjuedes svar å gjøre, samt forforståelsen som ligger bak intervjuerens spørsmål.

Kvalitativ metode som intervju er velegnet for å innhente og beskrive deltakernes erfaringer og refleksjoner (Malterud, 2017).

3.2 Utvalg, rekruttering og datasamling

Studien ble avgrenset til to distriktskommuner i Troms og Finnmark fylke, og deltagerne ble valgt ut etter følgende inklusjonskriterier. Minimum 75 % stilling og minst to års aktiv klinisk praksis fra sykestue eller hjemmetjeneste i distrikt, da relevante kliniske ferdigheter er en ferskvare og stor stilling er en nødvendighet for å få nok erfaring. Minst én times kjøreavstand til lokalsykehuset, for å fange erfaringer med det å være langt fra spesialisthelsetjenesten, vær, transport- og teknologibegrensninger, samt det å være sykepleier i et lite og gjennomsiktig samfunn. Etter godkjennelse fra kommuneledelsen tok vi kontakt

med ledere for de respektive helsesentrene som hjalp oss med å komme i direkte kontakt med aktuelle kandidater. Et pilotintervju av noen sykepleiere vi kjenner ble gjennomført i forkant, for å teste ut tema, intervjuguide, samt hvordan håndtere intervjusituasjonen.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen seks deltakere. Informantene fikk mulighet til å diskutere, tenke sammen og resonere seg frem til temaer som hverken de eller vi hadde tenkt på i forkant, noe de kanskje ikke tidligere har hatt anledning til på samme måte. Ved referering til deltakere i intervjuene brukes betegnelse D1, D2, D3, D4, D5 og D6.

3.3 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker koblet til et datasikkerhetssystem og det ble i tillegg skrevet notater. Transkriberingen valgte vi å utføre selv. Ved selv å være mellomledet mellom tale og tekst får forskeren gjenoppleve erfaringene fra datainnsamlingen til å gjøre seg kjent i materialet fra en ny side. Transkripsjon ivaretok det opprinnelige materialet lojalt, slik deltakernes meninger og erfaringer ble formidlet og oppfattet (Malterud, 2017).

I følge Malterud (2017) er den største forskjellen mellom overfladisk synsing og forskning at den nye kunnskapen kommer som resultat av en systematisk analyse.

Vi analyserte materialet med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans (2008) analysemetode. Intervjuene ble gjennomlest flere ganger før ble det utformet tabell med fire kolonner: meningsenhet, kondensert mening, kode og kategori. Under meningsenhet ble direktisitatene plassert. Under kondensert mening la vi sammendrag av sitater. Deretter ble teksten kodet og plassert i kategorier.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Deltaker	Meningsenhet	Kondensert mening	Kode	Kategori
1	«Man har så mange roller ... du jobber som sykepleier, men du er også mor, kollega, venninne og nabo, så det er ikke så rart at du ser de samme folkan over alt, de er både plutselig din pasient og din slektning.»	Stadig veksling mellom private og profesjonelle roller og oppgaver i nærmiljø.	Tette relasjoner Små samfunn	Små samfunn
4	“Ellers har vi jo hatt faktisk to stans på sykehjemmet på natt. Lungeødem på natt. Eg har kjent på det, kossn det e å stå lenge i en behandlingsfase.”	Stå lenge i akutte pasientforløp med få ressurser.	Aleneansvar Begrensede ressurser	Aleneansvar
3	«Aksepterer at man ikke kan alt, men at man på en måte finner løsninger i lag. Når man er i distriktet at man e på en måte er avhengig av kverandre, og at man vet at blir det helt krise så kan eg ringe til en kollega og få hjelp.»	Samarbeid med andre i distrikt er viktig for å få ting til å gå rundt.	Samarbeid lokalt	Samhandling
3	“Man blir jo litt allsidig. Man kan litt om alt egentlig, men heller det enn å kunne alt om en ting.”	Bedre å være allsidig og vite litt om alt enn mye om en ting.	Kompetanse på mange områder	Generalistkompetanse

3.4 Metodekritikk

Dette er en liten studie med få deltakere. Resultatene som kommer frem er ikke generaliserbare, men gir noe innsikt i og forståelse på hvordan det oppleves å jobbe i en liten distriktskommune langt fra spesialisthelsetjenesten. Forskningen på distriktssykepleie i Norge er begrenset, og vår studie setter søkelys på viktige utfordringer og muligheter ved sykepleieutøvelsen i distriktet. Deltakernes fortellinger bekrefter våre erfaringer, noe som styrker gyldigheten og troverdigheten, men kan også være farget av hva vi ønsket å høre med

bakgrunn i det vi har lest i fagforypningen vår. Ingen deltakere har trukket seg fra studien, hverken underveis eller i etterkant, noe som har betydning for gyldigheten.

3.5 Forskningsetiske betraktninger

Studien har fått godkjenning av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 935755) og Universitetet i Tromsø før oppstart.

Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer er ivaretatt (WMA, 2018). Deltakerne fikk i forkant av intervjuene et informasjonsskriv hvor de fikk forklart formålet med forskningsprosjektet, deres rettigheter og at resultatene publiseres anonymt. Deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien (Vedlegg 1). Skriftlig, informert samtykke ble innhentet før oppstart av intervjuene (Vedlegg 2). De innhentede data ble anonymisert og lagret trygt etter gjeldende retningslinjer ved UiT (2018).

4 Presentasjon av funn

Det ble analysert frem fire hovedkategorier med utgangspunkt i sykepleiernes erfaringer. Disse er aleneansvar, samhandling, små samfunn og generalistkompetanse.

4.1 Aleneansvar

Samtlige sykepleiere beskrev opplevelsen av mye aleneansvar og begrensninger i forhold til mulighet for å få hjelp fra andre.

“Man lærte seg jo fort å stole på seg sjøl. Må jo bare ta noen sjefsavgjørelser der og da som du vet er riktig og som du kan leve med. I distriktet står du jo aleina i mye da og da må du bare stole på deg sjøl og dine kunnskaper.» (D1)

Kreativitet, løsningsorientering, selvstendighet og evner til å stole på egen kunnskap ble beskrevet som viktige kvaliteter for å jobbe som sykepleier i distriktet. Deltagerne beskrev også at de måtte være nysgjerrige, ha evne til å stå i utfordrende situasjoner, ta hurtige avgjørelser, samt håndtere et mangfold av situasjoner og oppgaver. Arbeidsdagen var uforutsigbar og ble ofte påvirket av uforutsette hendelser som samtidighetskonflikter, dårlig vær, stengte veier og lange avstander. Dette førte noen ganger til at de ikke fikk sendt pasienten videre til sykehus, og behandlingen måtte håndteres lokalt inntil transport var mulig. Det kunne oppleves fortvilende å stå i akutte situasjoner med få ressurser og ikke ha mulighet til å dele på oppgavene, men sykepleierne påpekte likevel at de trivdes og syntes det var spennende å jobbe i distriktet.

«Fjellovergangen kan være stengt, det kan være rasfare i dalen. Da er det jo som regel uvær, helikopter kan ikke lande, og så kan du ha en kritisk syk pasient med enten sepsis eller en som vi mistenker hjerteinfarkt, og så ka gjør du da, de blir jo her. Du må prøve å gjøre det beste ut av situasjonen og improvisere litt rett og slett.» (D2)

Deltagerne fortalte også om tilleggsansvar i form av veiledning av nye leger med tanke på lokale forhold, geografi og logistikk, da det ofte var de som hadde lokalkunnskapen og visste hvordan praktiske ting skulle løses.

4.2 Samhandling

Samhandling med spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som tidvis vanskelig. Sykepleierne hadde inntrykk av at sykehuset har manglende kunnskap om hvor lange avstander det faktisk er mellom sykehuset og enkelte distriktskommuner. Det var eksempler på at pasienter ble utskrevet uten at sykehuset hadde informert om avreisetidspunkt, noe som førte til at sykepleierne følte seg uforberedt. De fortalte også at de sjelden ble hørt ved innvendinger om utskrivelse. Dette medførte at pasienten kunne komme tilbake til hjemkommunen med delvis uavklart tilstand som endte med reinnleggelse, noe som ble belastende både for pasient og sykepleier. Tidvis lite informasjon i elektroniske meldinger, viktige beskjeder som ikke ble videreformidlet innad på sykehuset og epikriser som kom sent var andre eksempler på mangelfull samhandling. Flere av dem følte på forbedringspotensial når det gjaldt avviksregistrering, men systemet for samhandlingsavvik ble beskrevet som tungvint, noe som igjen førte til underrapportering. Sykepleierne hadde også inntrykk av at spesialisthelsetjenesten var lite kjent med mulighetene i distriktskommuner, eksempelvis at de utfører mange forskjellige prosedyrer.

«Samarbeidet med sykehuset går ikke bestandig glatt, og noen ganger kan vi kanskje føle litt sånn ovenfra og ned holdning i forhold til oss, når vi får rapport fra sykehuset at vi må observere sår og at vi må observere så det ikke blir infeksjon. Vi har jo også fått spørsmål om vi faktisk kan sette venflon, blande og gi antibiotika. Det føles nesten ut som om vi ikke har samme utdanning.» (D1)

Sykepleierne fortalte om forskjeller på samhandling mellom de ulike sykehusavdelingene og distriktet. I begge intervjuene kom det frem at samhandlingen med palliativt team og trykksårteamet var positivt. Mer veiledning, samt hospitering ved spesielle tilfeller var ønskelig.

Samhandling lokalt ble beskrevet som positiv. Sykepleierne bisto, støttet og hjalp hverandre, også på fritiden, noe det var aksept for. Samtlige uttrykte at dette ga en trygghetsfølelse. Samhandling og samtrening med lokale aktører og andre helseprofesjoner, også på tvers av andre distriktskommuner, ble ansett som viktig og betydningsfullt.

«... aksepterer at man ikke kan alt, men at man på en måte finner løsninger i lag. Når man er i distriktet at man e på en måte er avhengig av kverandre og at man vet at blir det helt krise så kan eg ringe til en kollega å få hjelp.» (D3)

4.3 Små samfunn

Sykepleierne fortalte at relasjoner til kollegaer og pasienter er mye tettere og personlig i et lite lokalsamfunn. Frivillighet, dugnadsvilje og allsidighet var begrep som ble nevnt. Samtlige av deltagerne hadde flere eksempel på løsninger de mente var spesielle for distriktet. Slik som selv å rykke ut til akutte hendelser i mangel på ambulanse, samt benyttet seg av lokalt nettverk og sosiale medier for å løse utfordringer, eksempelvis å få tak i medisiner, sonde og blod fra apoteket og sykehuset. Tross få ressurser i distriktet ble forskjellige tjenester utført på grunn av velvilje. Eksempelvis ble noen av sykepleierne frivillig med i en turnus som tilrettela for at pasienter som ønsket det fikk anledning til å dø hjemme.

«Man strekker seg jo veldig langt for å gi det lille ekstra, som dem kanskje ikke ville ha gjort på sykehuset ... Det blir ofte mer personlig.» (D2)

Sykepleierne trakk frem flere fordeler med lokalkunnskap, slik som kjennskap til den spesifikke pasientens normaltilstand og behov.

«Små forhold er absolutt en fordel og, fordi vi kjenner jo pasientene, dem kjenner oss, de har tillitt til oss. Ofte så husker vi medisinene deres, kem som er familien, trenger ikke å bruke så veldig mye tid på å bli kjent med sykdomsforløpet. Du har kanskje sett de på sitt friske også.» (D3)

Deltagerne ga uttrykk for at «alle kjenner alle» i en liten kommune, noe som kunne føre til tap av anonymitet. Videre fortalte de at sannsynligheten var stor for at sykepleieren hadde en eller annen form for relasjon til pasienten, uten å ha mulighet til å reservere seg fra oppgavene. I noen tilfeller kunne det oppleves ubehagelig for både sykepleier og pasient, men det kunne også være med på å gi trygghet for pasienten.

«Man har så mange roller ... du jobber som sykepleier, men du er også mor, kollega, venninne og nabo, så det er ikke så rart at du ser de samme folkene over alt. De er både plutselig din pasient og din slektning.» (D1)

4.4 Generalistkompetanse

Sykepleierne beskrev et stort arbeidsområde, i tillegg til stor variasjon i avanserte sykepleieoppgaver og prosedyrer. I begge intervjuene kom det frem at det var ønskelig med mer generell kunnskap for å føle seg styrket. Eksempelvis multisyke pasienter, palliasjon, gjenkjenning og observasjon av akutte symptomer, mer kunnskap om akutte situasjoner generelt, sårbehandling og psykiatri.

«Eg tenker at her så bør man kunne litt om alt. At det er på en måte videreutdanning i forhold til både det akutte, til den geriatriske pasienten, til omsorg ved livets slutt. Eg tenker man har et behov for å vite litt om alt.» (D3).

Sykepleierne hadde inntrykk av at de gjorde flere prosedyrer og prøvetakinger i distriktet enn sykepleiere i sentrale strøk, og at det behandles mer lokalt i distriktet enn på institusjoner nært sykehus.

Deltagerne fortalte om store utfordringer knyttet til rekruttering, og at det var store forskjeller i antall opplæringsvakter på sykehus kontra distrikt. Opplæringen ble beskrevet som utfordrende med tanke på manglende generalist- og lokalkunnskap blant mange nyansatte. Videre fortalte deltagerne at vikarsykepleiere og nyutdannede ofte ble overveldet over aleneansvaret, samt variasjonen og vanskelighetsgraden på oppgavene, og at de dermed kjente på manglende kompetanse og ikke følte seg tilstrekkelig rustet til å jobbe i distriktet. Det ble fremlagt en tese om at enkelte nyutdannede sykepleiere muligens sluttet i jobben nettopp fordi det ble for tøft.

“For eg ser jo at vi har mista en del nyutdanna sykepleiera som har kommen og, så kor det kanskje har blitt for ...vi vet jo ikke årsaken til at dem har slutta, men eg har jo fådd forståelsen av at det kunne bli litt tøft.» (D5).

Sykepleierne uttrykte også for lite fokus på betydningen det samiske kan ha for enkelte pasienter. De kunne tenke seg å lære litt samisk, samt samisk kulturforståelse.

5 Diskusjon

5.1 Aleneansvar og begrensede ressurser

Distriktssykepleiere opplever ofte situasjoner hvor de står alene uten assistanse av kollegaer eller andre ressurser. De kan føle seg overlatt til seg selv, og må selv ha svarene, da det kanskje ikke er noen andre å spørre (De Smedt & Mehus, 2017; Long & Weinert, 2018; Scharff, 2018; Edvardsen, Lorem & Mehus, 2020). Dette er i tråd med våre funn, hvor deltagerne opplevde et stort aleneansvar, samt begrensninger i å få hjelp fra andre. Det ble trukket frem at en derfor må stole på seg selv og sine kunnskaper. Distriktssykepleie kan tenkes å være for tøft og uforutsigbart, men det som gjør det så spennende og givende er at omfanget og kjernen av sykepleie i distriktet er særegent i forhold til sykepleie i urbane strøk (Scharff, 2018). Studien vår viser at sykepleierne opplevde en tidvis uforutsigbar arbeidshverdag, påvirket av uforutsette hendelser, men samtidig ble det påpekt at de likevel trives og synes det er spennende å jobbe i distriktet.

Scharff (2018) skriver om distriktssykepleiere at de til enhver tid i løpet av et skift kan få oppdraget endret drastisk. Ved å ta raske og riktige avgjørelser kan de utgjøre forskjellen mellom liv og død. Om forskjellen på å være sykepleier i rurale strøk sammenlignet med urbane strøk sier Elstad (2006): «Når du arbeider i sykehus, er ansvaret delt av mange. Men distriktssykepleie på ensomme steder – der blir ens evner satt på prøve.» Våre funn viser at sykepleierne i distriktet er kreative, løsningsorientert og selvstendig. De har også kunnskaper om lokalforhold, geografi og logistikk. Disse egenskapene og kunnskapene er svært verdifulle, og kommer godt til nytte i en uforutsigbar arbeidshverdag. Distriktssykepleiere må være forberedt på all slags problemstillinger og jobbe målrettet for å løse disse på best mulig måte, tross et stort aleneansvar i sin praksis.

Kunnskapsoppsummeringen til De Smedt & Mehus (2017) viser at for pasienter i distriktet er begrensede helsetjenestetilbud og avstander en del av livet og ikke utelukkende negativt, da tilhørighet til stedet handler om identitet og verdi. I Long & Weinerts (2018) teori om sykepleie i rurale områder er uavhengighet og selvstendighet nøkkelkonsepter. Vi tenker at både sykepleiere og pasienter i distriktet ser muligheter i stedet for begrensninger.

5.2 Samhandling - utfordringer og muligheter

Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 med målsettingen om å forbedre helse- og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte. De eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, pasientene skrives tidligere ut fra sykehusene og kommunene har overtatt funksjonene for avsluttende behandling, palliasjon, rehabilitering, korttidsopphold og avlastning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Tidligere forskning viser at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fremsto som mangelfull, spesielt når det gjaldt vurdering av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov, samt forventninger og kommunikasjon mellom tjenestenivåene (Danielsen & Fjær, 2010; Edvardsen, 2016; Riksrevisjonen, 2016). Generelt beskrives samarbeidet mellom tjenestenivåene som tilfredsstillende, men kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og likeverd i forhandlinger og samarbeid. En forklaring kan være at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i avgjørelsen om en pasient er utskrivningsklar, mens den medisinske kompetanse i kommunen sjelden involveres i slike vurdering og beslutninger (Norges forskningsråd, 2016). Dette understøtter våre funn som viser at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten tidvis var vanskelig og mangelfull. Våre deltagere var likevel fornøyd med oppfølgingen og veiledningen fra spesielt palliativt team og trykksårteam ved lokalsykehuset. Dette kan tyde på positive endringer i samhandlingen mellom tjenestenivåene (Helsedirektoratet, 2019; Johansen, 2018). For å ivareta pasientsikkerheten best mulig må det fokuseres ytterligere på styrking av samhandling mellom tjenestenivåene. Herunder se på forbedring av rutiner og prosedyrer, samt systemet for samhandlingsavvik. Både sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan med fordel involveres i dette arbeidet.

Det lokale samarbeidet ble beskrevet som velfungerende. Tjenestekvalitetssikring i distrikt er prisgitt god kommunikasjon og samhandling blant helsepersonell, måtte det være akutte eller dagligdagse situasjoner, samhandling mellom sykepleier, lege og ambulanspersonell eller sykepleier, fysioterapeut og helsefagarbeider. Tverrfaglig samhandling er en nødvendig arbeidsform hvor koordinering av ressurser og forening av kompetansen bidrar til et felles mål til pasientens beste. Den mellommenneskelige nærheten av å kjenne dem du arbeider sammen med har en generell positiv innvirkning på praksisen (Edvardsen; 2016, Scharff,

2018). Vår studie viser at sykepleierne bistår og hjelper hverandre, også på fritiden. Dette for å gi støtte til sine kollegaer, som igjen har betryggende virkning

5.3 Sykepleie i nære relasjoner i små samfunn

Tap av anonymitet i små samfunn har både fordeler og ulemper. Terskelen for å kontakte sykepleieren direkte for helserelaterte spørsmål eller av bekymring for pasienten er lavere i et lite samfunn. Små samfunns særegenhet der "alle kjenner alle" kan føre til et sårbart hjelpeapparat. Samtidig kan det skape uklarheter i forhold til hvilken rolle sykepleieren har i den bestemte situasjonen; venn eller profesjonell hjelper. Sykepleieren kan møte sine nærmeste og naboer i de mest sårbare situasjoner uten å ha anledning til å trekke seg fra oppgaven, noe som kan være tøft både for den det gjelder og sykepleieren (Silviken, Berntsen & Dyregrov, 2014; Edvardsen, 2016; Isaksen, 2017; Swan & Hobbs, 2018; Edvardsen, Lorem & Mehus, 2020). Studien vår identifiserer utfordringer knyttet til sykepleieutøvelsen i et lite lokalsamfunn. De fleste i bygda visste at en var sykepleier, og grensene mellom fritid og arbeid ble mindre synlige. Sykepleieetikken kunne også bli utfordret. Balansen mellom tette relasjonsbånd og taushetsplikten kan være hårfin (Helsepersonelloven, 1999).

Å være rural definerer Scharff (2018) som at når sykepleieren går inn på legevakten kan det være hennes nærmeste som trenger hjelp, og i det øyeblikket, betyr det at å være sykepleier prioriteres høyere enn å være en hvem som helst annen. Videre sier hun at når sykepleieren redder et liv, vil alle vite at hun var der; og når sykepleieren mister et liv, vil alle vite at hun var der. I små samfunn er sannsynligheten stor for at det er en eller annen relasjon mellom sykepleier og pasient. I mange tilfeller kan dette være en fordel, da pasienten kan føle seg trygg ved at det er noen kjente som utøver hjelpen. Foreligger det derimot en form for negativ eller dårlig relasjon mellom sykepleier og pasient kan det være uheldig, ved at for eksempel pasienten blir utrygg i situasjonen.

Studien vår viser at forskjellige tjenester utføres på grunn av velvilje, tross begrensede ressurser. Kjennskapet til lokalsamfunnet og nærheten til pasientene bidrar til at sykepleierne er villig til å arbeide utover formell stillingsinstruks og oppsatt turnus. Familie, venner, naboer og andre uformelle kontakter er også viktige for sykepleieutøvelsen i distrikt (De Smedt & Mehus, 2017; Edvardsen, Lorem & Mehus 2020). Dette fenomenet kan relateres til

lokale tradisjoner og har en rik historie (Elstad, 2006; Elstad, 2017). Vår studie bekrefter også at begrenset tilgang til transport og lange avstander ofte gir utfordringer som løses ved hjelp av uformelle nettverk og alternative ressurser.

Det er en spesiell kultur for trygghet og tillit i tette lokalsamfunn, sammenlignet med mer urbane strøk. Du kjenner mange, noen godt, andre mindre godt, men du er i et felleskap hvor folk bryr seg om hverandre (Fugelli, 2006). Dette er det fine med små samfunns natur. Et flott samhold, samt ønske om å stille opp for hverandre når behovet er der.

5.4 Distriktssykepleiere er generalist-spesialister

Distriktssykepleiere må ha generalistferdigheter og være fleksible for å gi pleie til pasienter i alle aldre, med et stort spekter av sykdommer og tilstander, men samtidig inneha spesialistferdigheter for å håndtere et bredt fagfelt med eksisterende ressurser (Bushy, 2002; Scharff, 2018). Omfanget av praksisen i distriktssykepleie beskrives av Bushy (2002) med at det forventes "å bære mange hatter". Kortere liggetid på sykehus og raskere tilbakeføring til kommunene medfører mer komplekse, alvorlige og behandlingskrevende tilstander hos pasientene ved utskrivning til hjemmet eller institusjon. Dette stiller større krav til sykepleiernes kompetanse og tilrettelegging for kompetanseutvikling (Brenden, Storheil, Grov & Ytrehus, 2011; Romøren 2011; Pedersen & Tingvoll, 2014). Helse og omsorgstjenesteloven (2011) viser et klart ansvar til kommunehelsetjenesten om å være i stand til å ta imot alle pasienter og brukergrupper, men funn i Riksrevisjonens (2016) undersøkelse viser at kommunene i liten grad har styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette samsvarer med våre funn, hvor sykepleierne fortalte om avanserte oppgaver, både på institusjon, så vel som hjemme hos pasienten. De ønsket et bredere spekter av kunnskap for å føle seg styrket i mangfoldet av situasjoner som kan oppstå i distriktet.

Økt kunnskap om sykepleie i rural kontekst vil ha betydning for rekruttering og stabilisering av sykepleiere, i tillegg til bedre forståelse for utfordringene de står i (De Smedt & Mehus, 2017). Deltagerne fortalte om vanskeligheter med å rekruttere og beholde enkelte sykepleiere i distriktet, da opplæringsvaktene er betydelig færre enn på sykehus, i tillegg til utfordrende på grunn av aleneansvaret, samt manglende generalist og lokalkunnskap. Utfordringer knyttet

til sykepleierekruttering og økning av avanserte oppgaver løses ikke over natten, men vi tenker distriktskommunene vil være tjent med et større fokus på relevant opplæring, fagutvikling, samt videreutdanning. Grunnutdanningene bør også ha fokus på utfordringer og muligheter i utøvelsen av sykepleie i distrikt.

Sykepleiere i distriktet opplever ofte arbeidssituasjoner som ikke finnes i urbane områder (Weinhold & Gurtner, 2014). Funn i vår studie gir inntrykk av at det utføres mer avansert sykepleie i distriktet, sammenlignet med institusjoner i sentrale strøk, nært sykehus. Både geografiske, klimatiske og demografiske forhold kan være en årsak til dette. Er pasientene nært sykehus vil muligens terskelen for bruk av polikliniske tjenester, samt innleggelser være lavere enn i et distrikt med lang reisevei.

Det er av stor betydning at helsepersonell har kunnskap om sosiale, kulturelle og historiske faktorer som kan ha innvirkning på møter mellom samer og helsetjenesten. Helsehjelpen til samiske pasienter må tilrettelegges og utøves slik at den blir ivaretatt (Møllersen, 2009; Blix, 2016, Silviken, Berntsen & Dyregrov, 2014). Begge kommunene i studien har en betydelig andel av befolkning med samisk opprinnelse. For lite fokus og økt kunnskap på betydningen det samiske kan ha for enkelte pasienter ble trukket frem av sykepleierne.

6 Konklusjon

Hensikten med studien var å utforske hva sykepleierne i nordnorsk distrikt beskriver som det særegne ved yrkesutøvelsen og arbeidskonteksten. Et gjennomgående fenomen hos sykepleierne var opplevelse av aleneansvar.

Distriktssykepleiere i studien beskrev sine unike ferdigheter innenfor avansert generalistkunnskap, løsningsorientering, logistikkforståelse, samhandlingskompetanse, samt sykepleieutøvelse i nære relasjoner. De anga både utfordringer og begrensninger, men også muligheter og trivsel i sykepleieutøvelsen. Ønske om relevante fagfordypninger, for å bedre møte utfordringene ble identifisert, noe som igjen kan bidra til stabilisering og rekruttering av sykepleiere. Funnene peker på behov for videre forskning, både mot sykepleiere som arbeider i distriktet, men også opplevelsene og erfaringene til pasientene som bor og mottar helsehjelpen der.

Vår studie kan bidra til å øke forståelsen for utfordringene distriktssykepleiere møter i sin arbeidshverdag i Nord Norge, slik at det kan føre til løft i samhandling mellom tjenestenivåene, samt forbedring og videreutvikling av rutiner og prosedyrer. Synliggjøring av det ovennevnte og nødvendigheten for relevante fagfordypninger i de nordnorske distriktene kan bidra til økt refleksjon og anerkjennelse for myndigheter, politikere og helseledelse. Dette kan igjen bedre mulighetene for kvalitetssikret sykepleie der pasientene har tilhørighet.

Referanseliste

- Blix, B. H. (2016). Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap. *Senter for omsorgsforskning*. Oppsummering, nr. 3. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2414949>
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseheving I sykehjem. Ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7 (1), 61-73. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142403/Vitenskapelig2011Grov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bushy, A. (2002). International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Australian Journal of Rural Health*, 10(2), 104-111. DOI: [10.1111/j.1440-1584.2002.tb00018.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2002.tb00018.x)
- Danielsen, B., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleie forskning*, 5(1), 36-43. DOI: 10.4220/sykepleief.2010.0021
- De Smedt, S. & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 13(2). DOI: [10.7557/14.4238](https://doi.org/10.7557/14.4238)
- 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 utfordringene?»* (Masteravhandling). UiT – Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9612/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Edvardsen, T. L., Lore G. F. & Mehus, G. (2020). Palliative care in rural and remote areas: Challenges facing rural nurses in palliative cancer care in the far North of Norway. *Tidsskrift for Nordisk sykeplejeforskning/Nordic Nursing Research*, 20(3), 150-163. DOI: 10.18261/issn.1892-2686-2020-03-02
- Elstad, I. (2006). District nursing between the local and the international. Northern Norway, 1890-1940. Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/759/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Elstad, I. (2017). I distrikt. I Å. Fause (Red.), *Glimt fra sykepleiefagets historie* (s. 127-168). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fugelli, P. (2006). *Doktor på Værøy og Røst: Lege på Utrøst*. Stamsund: Orkana forlag.
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Vedlegg 1. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/vedlegg-1-organisering>

- Helse Nord. (2017, 01. juni). Evaluering av sykestuene i Nord-Troms. Hentet fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202017/20170614/Styresak%2077-2017-3-1%20Sykestuer%20i%20Nord-Troms,%20evaluering,%20vedlegg.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Isaksen, A.M. (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?* (Masteravhandling). UiT – Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/11321>
- Iversen, H. H. (2014) Pasienters erfaringer med sykestuene i Finnmark. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/pasienters-erfaringer-med-sykestuene-i-finnmark.pdf>
- Johansen, P - C. (2018, 14. november). Nyetablert trykksårteam vil bedre pasientsikkerheten. Hentet fra <https://www.pingvinavisa.no/nytt-trykksarteam-vil-bedre-pasientsikkerheten/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Long, A. K. & Weinert, C. (2018). Rural Nursing: Developing the Theory Base. I Winters, C. A. & H. J. Lee (Ed.) (5. utg.) *Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice* (s. 17-30). Springer Publishing Company, New York.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innhållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nilsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Møllersen, S. (2009). Den som tier samtykker - eller ikke: kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten: uttalelser fra norske helsearbeidere, ofte hørt på informasjonsreiser (for SANKS) rundt i Norge. *Utposten*, Årg. 38, nr. 8, 14-18. Hentet fra <https://www.utposten.no/i/2009/8/utposten-chapter-4>

- Norges forskningsråd. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Olsen, T. & Gjertsen, H. (2011) Mellom barken og veden? *Nordlandsforskning*. Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/mellom-barken-og-veden-article694-152.html> 87
- Pedersen, K. R. & Tingvoll, W. (2014): Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I: *Samhandlingsreformen under lupen* (s. 87–104). Bergen: Fagbokforlaget
- Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2011(1), 82-88. Hentet fra <https://www-idunn.no/mime.uit.no/nsf/2011/01/art04>
- Scharff, J. E. (2018). The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases. I Winters, C. A. & H. J. Lee (Ed.) (5. utg.) *Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice* (s. 107–123). Springer Publishing Company, New York.
- Silviken, A., Berntsen, G., & Dyregrov, K. (2014). Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge. *Sykepleien Forskning*, 14(1), 36-42. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0026
- Store norske leksikon (2019, 10. mai). Distrikt. Hentet fra <https://snl.no/distrikt>
- Swan, M. A. & Hobbs, B. B. (2018). Lack of Anonymity: Changes for the 21st Century. I Winters, C. A. & H. J. Lee (Ed.) (5. utg.) *Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice* (s. 79-92). Springer Publishing Company, New York.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sykehusloven. (1969). Lov om sykehus (LOV-1969-06-19-57). Hentet fra <https://www.nb.no/nbsok/nb/3bc2880f374b6ec71197b35b10247e78?lang=no#0>
- Universitetet i Tromsø. (2015). Emneplan i distriktsykepleie. Campus Hammerfest, UiT – Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://en.uit.no/Content/438470/Emneplan-i-distriktsykepleie.Godkjent-15.10.15.pdf>
- Universitetet i Tromsø. (2018). Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt. Hentet fra https://uit.no/forskning/art?p_document_id=604029&dim=179056

Weinhold, I. & Gurtner, S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy* 118(2), 201-214. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>

Winters, C. A. & H. J. Lee (2018). *Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice*. (5. utg.). Springer Publishing Company, New York.

World Medical Association. (2018, 09. juli). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vitenskapelig artikkel

Distriktssykepleie i Nord Norge – en særegenhet

Natalia Vanzo

Student, UiT Norges arktiske universitet

Ingvild Rapp Hanssen

Student, UiT Norges arktiske universitet

Gunn Hågensen

Klinikkrådgiver, Klinikk Hammerfest, Finnmarkssykehuset

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Internasjonal forskning beskriver at sykepleierne i distriktene har spesielle utfordringer og krav til handlings- og beredskapskompetanse i sin yrkesutøvelse enn sykepleiere i byene. Dette understøttes av nyere norsk forskning som også har identifisert et behov for større bevissthet rundt den rurale arbeidskonteksten og mer sykepleieforskning på temaet i Norge.

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske hva sykepleierne i nordnorsk distrikt beskriver som det særegne ved yrkesutøvelsen og arbeidskonteksten. Ved å belyse sykepleiernes opplevelser, erfaringer og kompetanse, ønsket vi å løfte frem viktige tematikker som kan bedre mulighetene for kvalitetssikret sykepleie der pasientene har tilhørighet.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming med et deskriptivt og utforskende design. To fokusgruppeintervju ble gjennomført med til sammen seks sykepleiere. Innholdsanalysen ble utført med inspirasjon fra Graneheim og Lundman.

Resultater: Fire hovedtemaer ble identifisert: «Aleneansvar», «Samhandling», «Små samfunn» og «Generalistkompetanse».

Konklusjon: Distriktssykepleiere i studien beskrev sine unike ferdigheter innenfor avansert generalistkunnskap, løsningsorientering, logistikkforståelse, samhandlingskompetanse, samt

sykepleieutøvelse i nære relasjoner. Et gjennomgående fenomen hos sykepleierne var opplevelse av aleneansvar. Tross utfordringer og begrensninger, ser de muligheter og føler trivsel i sykepleieutøvelsen. Ønske om relevante fagfordypninger, for å bedre møte utfordringene ble identifisert. Funnene peker på behov for videre forskning, både mot sykepleiere som arbeider i distriktet, men også opplevelsene og erfaringene til pasientene som bor og mottar helsehjelpen der. Vår studie kan bidra til å øke forståelsen for utfordringene distriktssykepleiere møter i sin arbeidshverdag i Nord Norge, slik at det kan føre til løft i samhandling mellom tjenestenivåene, samt forbedring og videreutvikling av rutiner og prosedyrer.

Nøkkelord: distriktssykepleie; generalistkompetanse; samhandling; små samfunn; kvalitativ metode.

INNLEDNING

Distriktssykepleie, eller rural nursing, defineres som et tilbud av helsetjenester som gis av sykepleiere til befolkningen i distriktene (1, 2).

Internasjonalt er land som Australia, USA og Canada langt fremme og veletablerte innenfor forskningsfeltet (1, 3-5). Scharff (4) definerer rural som å være langt fra hvor som helst og temmelig nært ingen steder. Distriktssykepleiere har en "rik arv" som Bushy (3) beskriver med ord som fleksibel, ressurssterk, tilpasningsdyktig og kreativ.. Samtidig må sykepleieren tåle fravær av egen anonymitet og håndtere avanserte situasjoner i nære relasjoner (4).

Distrikts-Norge har spredte bosetninger over store, avsidesliggende og vanskelig tilgjengelige områder. Det er langt fra spesialisthelsetjenesten og sykepleieren har få å søke råd hos. Faglig er ansvaret omfattende, noe som krever avansert generalistkunnskap, samhandlingskompetanse, løsningsorientering og logistikkforståelse. Den rurale kontekstens utfordringer kan på mange måter ikke sammenlignes med sykepleiernes arbeidskontekst i urbane strøk (6).

I denne studien vil vi fokusere på nordnorske forhold. Sykepleierne i distriktene i Nord Norge jobber under nær-arktiske forhold som krever kjennskap til værmessige og teknologiske begrensninger, forhold i små lokalsamfunn, samt kjennskap til samisk kultur. Sykepleierne i distriktene i Nord Norge jobber under nær-arktiske forhold som krever kjennskap til

værmessige og teknologiske begrensninger, små lokalsamfunn, samt kjennskap til samisk kultur.

Hensikt

Studiens hensikt var å utforske det særegne ved utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge for å øke forståelsen og anerkjennelsen for det spesielle ved arbeidskonteksten og kompetansen i distrikt. Ved å belyse sykepleiernes opplevelser, erfaringer og kompetanse, ønsket vi å løfte frem viktige tematikker for at det skal kunne utøves god og forsvarlig sykepleie for befolkningen som lever i distriktene.

METODE

Studien har en kvalitativ tilnærming med et deskriptivt og utforskende design. Vi gjennomførte to fokusgruppeintervju. Denne datainnsamlingsmetoden er velegnet for å innhente og beskrive deltakernes erfaringer og refleksjoner (7).

Rekruttering og forskningsetikk

Studien ble gjennomført i to distriktskommuner i Troms og Finnmark fylke. Deltagerne ble valgt ut etter følgende inklusjonskriterier: Aktiv klinisk praksis i minimum 75 % stilling, minst to års klinisk erfaring fra distrikt, arbeidserfaring fra sykestue eller hjemmetjeneste, samt minst én times kjøreavstand til lokalsykehuset. Etter godkjennelse fra kommuneledelsen tok vi kontakt med ledere for de respektive helsesentrene som hjalp oss med å komme i direkte kontakt med aktuelle kandidater (8).

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 935755) og Universitetet i Tromsø før oppstart. Helsinkideklarasjonens etiske anbefalinger er ivaretatt (9). Det ble innhentet skriftlig, informert samtykke, og deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien. De innhentede data ble anonymisert og lagret etter gjeldende forskningsretningslinjer ved UiT (10).

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i februar 2020. Intervjuene varte om lag 1,5 time, ble tatt opp og transkribert ordrett. Den ene av to første forfattere var moderator og ledet

intervjuet ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide med 12 åpne spørsmål inspirert av studien til Scharff (4) og egeninteresse for feltet, mens den andre var assisterende moderator (figur 1). I den andre fokusgruppen byttet de to første forfatterne roller.

Figur 1. Intervjuguide

1. Hvorfor valgte dere å jobbe som sykepleier i distriktet?
2. Hva tenker dere er det spesielle med nord norske distrikt som arbeidssted?
3. Beskriv en vanlig arbeidshverdag for dere og gi eksempler på faglige utfordringer dere mener er særegent i distrikt sammenlignet med bykommuner
4. Hvilke muligheter til faglig utfoldelse har dere som sykepleier i distriktet?
5. Hvilke utfordringer møter dere som sykepleier i distriktet?
6. Hvordan opplevde dere det å stå alene i situasjoner hvor dere kun har vært nødt til å stole på egen dømmekraft, kompetanse og vurderinger? Hvordan føltes dette aleneansvaret?
7. Hvordan samhandler dere med sykehusene om pasientbehandlingen for å sikre gode og trygge pasientforløp (begge veier)?
8. a) Hva tenker dere om det å jobbe som sykepleier i et lokalsamfunn med små forhold når det gjelder f.eks. taushetsplikt og i forhold til at dere er tett på innbyggerne dere møter i forbindelse med deres sykepleierarbeid ellers?
b) Er det fordeler/ulempes?
9. Hvilke tanker har dere om hva som er deres spesielle kompetanse som sykepleiere i distriktet?
10. Samiske kulturforhold, tilnærming til sykdom og helseforståelse kan også relateres til den øvrige befolkningen langs kysten i Nord Troms og Finnmark. Hvordan møter dere denne pasientgruppen?
11. Tenker dere det er behov for økt/spesialkompetanse for å jobbe som sykepleier i distriktet? Hvis ja, hvilken kompetanse/hva savner dere? Hvis nei, hvorfor ikke?
12. Noe dere vil tilføye som vi ikke har rettet fokus på som er viktig og som ikke er blitt diskutert?

Analyse

Analysemetoden vi benyttet er Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse. Metoden kjennetegnes ved å beskrive det manifeste innholdet, samt fortolke underliggende budskap (11). Intervjuene ble gjennomlest flere ganger for å danne helhetsinntrykk. Videre ble teksten delt inn i meningsenheter som ble kondensert og kodet (tabell 1).

Alle forfatterne deltok i analyseprosessen. Første intervju ble grovanalysert av første forfatter og andre av den andre forfatteren. Deretter møttes alle forfatterne for å drøfte underkategorier og hovedkategorier.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Deltaker	Meningsenhet	Kondensert mening	Kode	Kategori
1	«Man har så mange roller ... du jobber som sykepleier, men du er også mor, kollega, venninne og nabo, så det er ikke så rart at du ser de samme folkan over alt, de er både plutselig din pasient og din slektning.»	Stadig veksling mellom private og profesjonelle roller og oppgaver i nærmiljø.	Tette relasjoner Små samfunn	Små samfunn
4	“Ellers har vi jo hatt faktisk to stans på sykehjemmet på natt. Lungeødem på natt. Eg har kjent på det, kossn det e å stå lenge i en behandlingsfase.”	Stå lenge i akutte pasientforløp med få ressurser.	Aleneansvar Begrensede ressurser	Aleneansvar
3	«Aksepterer at man ikke kan alt, men at man på en måte finner løsninger i lag. Når man er i distriktet at man e på en måte er avhengig av kverandre, og at man vet at blir det helt krise så kan eg ringe til en kollega og få hjelp.»	Samarbeid med andre i distrikt er viktig for å få ting til å gå rundt.	Samarbeid lokalt	Samhandling
3	“Man blir jo litt allsidig. Man kan litt om alt egentlig, men heller det enn å kunne alt om en ting.”	Bedre å være allsidig og vite litt om alt enn mye om en ting.	Kompetanse på mange områder	Generalistkompetanse

RESULTAT

Funnene fra studien ble oppsummert i fire hovedkategorier: «Aleneansvar», «Samhandling», «Små samfunn» og «Generalistkompetanse».

Aleneansvar

Samtlige sykepleiere beskrev opplevelsen av mye aleneansvar og begrensninger i forhold til mulighet for å få hjelp fra andre.

Kreativitet, løsningsorientering, selvstendighet og evner til å stole på egen kunnskap ble beskrevet som viktige kvaliteter for å jobbe som sykepleier i distriktet. Deltagerne beskrev også at de måtte være nysgjerrige, ha evne til å stå i utfordrende situasjoner, ta hurtige avgjørelser, samt håndtere et mangfold av situasjoner og oppgaver. Arbeidsdagen var uforutsigbar og ble ofte påvirket av uforutsette hendelser som samtidighetskonflikter, dårlig vær, stengte veier og lange avstander. Dette førte noen ganger til at de ikke fikk sendt pasienten videre til sykehus, og behandlingen måtte håndteres lokalt inntil transport var mulig. Det kunne oppleves fortvilende å stå i akutte situasjoner med få ressurser og ikke ha mulighet til å dele på oppgavene, men sykepleierne påpekte likevel at de trivdes og syntes det var spennende å jobbe i distriktet.

Deltagerne fortalte også om tilleggsansvar i form av veiledning av nye leger med tanke på lokale forhold, geografi og logistikk, da det ofte var de som hadde lokalkunnskapen og visste hvordan praktiske ting skulle løses (tabell 2).

Samhandling

Samhandling med spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som tidvis vanskelig. Sykepleierne hadde inntrykk av at sykehuset har manglende kunnskap om hvor lange avstander det faktisk er mellom sykehuset og enkelte distriktskommuner. Det var eksempler på at pasienter ble utskrevet uten at sykehuset hadde informert om avreisetidspunkt, noe som førte til at sykepleierne følte seg uforberedt. De fortalte også at de sjelden ble hørt ved innvendinger om utskrivelse. Dette medførte at pasienten kunne komme tilbake til hjemkommunen med delvis uavklart tilstand som endte med reinnleggelse, noe som ble belastende både for pasient og sykepleier. Tidvis lite informasjon i elektroniske meldinger, viktige beskjeder som ikke ble videreformidlet innad på sykehuset og epikriser som kom sent var andre eksempler på mangelfull samhandling. Flere av dem følte på forbedringspotensial når det gjaldt avviksregistrering, men systemet for samhandlingsavvik ble beskrevet som tungvint, noe som igjen førte til underrapportering. Sykepleierne hadde også inntrykk av at spesialisthelsetjenesten var lite kjent med mulighetene i distriktskommuner, eksempelvis at de utfører mange forskjellige prosedyrer.

Sykepleierne fortalte om forskjeller på samhandling mellom de ulike sykehusavdelingene og distriktet. I begge intervjuene kom det frem at samhandlingen med palliativt team og trykksårteamet var positivt. Mer veiledning, samt hospitering ved spesielle tilfeller var ønskelig.

Samhandling lokalt ble beskrevet som positiv. Sykepleierne bisto, støttet og hjalp hverandre, også på fritiden, noe det var aksept for. Samtlige uttrykte at dette ga en trygghetsfølelse. Samhandling og samtrening med lokale aktører og andre helseprofesjoner, også på tvers av andre distriktskommuner, ble ansett som viktig og betydningsfullt (tabell 2).

Små samfunn

Sykepleierne fortalte at relasjoner til kollegaer og pasienter er mye tettere og personlig i et lite lokalsamfunn. Frivillighet, dugnadsvilje og allsidighet var begrep som ble nevnt. Samtlige av deltagerne hadde flere eksempler på løsninger de mente var spesielle for distriktet. Slik som selv å rykke ut til akutte hendelser i mangel på ambulanse, samt benyttet seg av lokalt nettverk og sosiale medier for å løse utfordringer, eksempelvis å få tak i medisiner, sonde og blod fra apoteket og sykehuset. Tross få ressurser i distriktet ble forskjellige tjenester utført på grunn av velvilje. Eksempelvis ble noen av sykepleierne frivillig med i en turnus som tilrettela for at pasienter som ønsket det fikk anledning til å dø hjemme.

Sykepleierne trakk frem flere fordeler med lokalkunnskap, slik som kjennskap til den spesifikke pasientens normaltilstand og behov.

Deltagerne ga uttrykk for at «alle kjenner alle» i en liten kommune, noe som kunne føre til tap av anonymitet. Videre fortalte de at sannsynligheten var stor for at sykepleieren hadde en eller annen form for relasjon til pasienten, uten å ha mulighet til å reservere seg fra oppgavene. I noen tilfeller kunne det oppleves ubehagelig for både sykepleier og pasient, men det kunne også være med på å gi trygghet for pasienten (tabell 2).

Generalistkompetanse

Sykepleierne beskrev et stort arbeidsområde, i tillegg til stor variasjon i avanserte sykepleieoppgaver og prosedyrer. I begge intervjuene kom det frem at det var ønskelig med mer generell kunnskap for å føle seg styrket. Eksempelvis multisyke pasienter, palliasjon, gjenkjenning og observasjon av akutte symptomer, mer kunnskap om akutte situasjoner generelt, sårbehandling og psykiatri.

Sykepleierne hadde inntrykk av at de gjorde flere prosedyrer og prøvetakinger i distriktet enn sykepleiere i sentrale strøk, og at det behandles mer lokalt i distriktet enn på institusjoner nært sykehus.

Deltagerne fortalte om store utfordringer knyttet til rekruttering, og at det var store forskjeller i antall opplæringsvakter på sykehus kontra distrikt. Opplæringen ble beskrevet som utfordrende med tanke på manglende generalist- og lokalkunnskap blant mange nyansatte. Videre fortalte deltagerne at vikarsykepleiere og nyutdannede ofte ble overveldet over aleneansvaret, samt variasjonen og vanskelighetsgraden på oppgavene, og at de dermed kjente på manglende kompetanse og ikke følte seg tilstrekkelig rustet til å jobbe i distriktet. Det ble fremlagt en tese om at enkelte nyutdannede sykepleiere muligens sluttet i jobben nettopp fordi det ble for tøft.

Sykepleierne uttrykte også for lite fokus på betydningen det samiske kan ha for enkelte pasienter. De kunne tenke seg å lære litt samisk, samt samisk kulturforståelse (tabell 2).

Tabell 2. Sentrale sitater

Deltaker	Aleneansvar
1	«Man lærte seg jo fort å stole på seg sjøl. Må jo bare ta noen sjefsavgjørelser der og da som du vet er riktig og som du kan leve med. I distriktet står du jo aleina i mye da og da må du bare stole på deg sjøl og dine kunnskaper».
2	«Fjellovergangen kan være stengt, det kan være rasfare i dalen, da er det jo som regel uvær, helikopter kan ikke lande, og så du kan ha en kritisk syk pasient med enten sepsis eller en som vi mistenker hjerteinfarkt, og så ka gjør du da, de blir jo her, du må prøve å gjøre det beste ut av situasjonen og improvisere litt rett og slett».
	Samhandling
1	«Samarbeidet med sykehuset går ikke bestandig glatt, og noen ganger kan vi kanskje føle litt sånn ovenfra og ned holdning i forhold til oss, når vi får rapport fra sykehuset at vi må observere sår og at vi må observere så det ikke blir infeksjon. Vi har jo også fått spørsmål om vi faktisk kan sette venflon, blande og gi antibiotika. Det føles nesten ut som om vi ikke har samme utdanning».
3	«... aksepterer at man ikke kan alt, men at man på en måte finner løsninger i lag. Når man er i distriktet at man e på en måte er avhengig av kverandre og at man vet at blir det helt krise så kan eg ringe til en kollega å få hjelp».
	Små samfunn
2	«Man strekker seg jo veldig langt for å gi det lille ekstra, som dem kanskje ikke ville ha gjort på sykehuset ... Det blir ofte mer personlig».
3	«Små forhold er absolutt en fordel og, fordi vi kjenner jo pasientene, dem kjenner oss, de har tillitt til oss, ofte så husker vi medisinene deres, kem som er familien, trenger ikke å bruke så veldig mye tid på å bli kjent med sykdomsforløpet. Du har kanskje sett de på sitt friske også».
	Generalistkompetanse
5	“For eg ser jo at vi har mista en del nyutdanna sykepleiera som har kommen og, så kor det kanskje har blitt for ...vi vet jo ikke årsaken til at dem har slutta, men eg har jo fådd forståelsen av at det kunne bli litt tøft.”
3	«Eg tenker at her så bør man kunne litt om alt. At det er på en måte videreutdanning i forhold til både det akutte, til den geriatrike pasienten, til omsorg ved livets slutt. Eg tenker man har et behov for å vite litt om alt.»

DISKUSJON

Aleneansvar og begrensede ressurser

Distriktssykepleiere opplevde ofte situasjoner hvor de sto alene uten assistanse av kollegaer eller andre ressurser, følte seg overlatt til seg selv, og måtte selv ha svarene, da det kanskje ikke var noen andre å spørre (1, 4, 6, 12). Hovedfunnet i studien beskriver en gjennomgående følelse av aleneansvar hos deltagerne og begrensede muligheter for hjelp fra andre.

Sykepleierne nevnte at en måtte lære seg å stole på seg selv og sine kunnskaper.

Scharff (4) skriver om distriktssykepleiere at de til enhver tid i løpet av et skift kan få oppdraget endret drastisk. Ved å ta raske og riktige avgjørelser kan de utgjøre forskjellen mellom liv og død. Om forskjellen på å være sykepleier i rurale strøk sammenlignet med urbane strøk sier Elstad (13): «Når du arbeider i sykehus, er ansvaret delt av mange. Men distriktssykepleie på ensomme steder – der blir ens evner satt på prøve». Våre funn viser at sykepleierne i distriktet er kreative, løsningsorientert og selvstendig. De har også kunnskaper om lokalforhold, geografi og logistikk. Disse egenskapene og kunnskapene er svært verdifulle, og kommer godt til nytte i en uforutsigbar arbeidshverdag. Distriktssykepleiere må være forberedt på all slags problemstillinger og jobbe målrettet for å løse disse på best mulig måte, tross et stort aleneansvar i sin praksis.

Kunnskapsoppsummeringen til De Smedt & Mehus (6) viser at for pasienter i distriktet er begrensede helsetjenestetilbud og avstander en del av livet og ikke utelukkende negativt, da tilhørighet til stedet handler om identitet og verdi. I Long & Weinerts (1) teori om sykepleie i rurale områder er uavhengighet og selvstendighet nøkkelkonsepter. Vi tenker at både sykepleiere og pasienter i distriktet ser muligheter i stedet for begrensninger.

Samhandling - utfordringer og muligheter

Samhandlingsreformen ble innført med målsettingen om å forbedre helse- og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte (14).

Tidligere forskning viser at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fremsto som mangelfull, spesielt når det gjaldt vurdering av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov, samt forventninger og kommunikasjon mellom

tjenestnivåene (15, 16). Generelt beskrives samarbeidet mellom tjenestnivåene som tilfredsstillende, men kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og likeverd i forhandlinger og samarbeid (17). Dette understøtter våre funn som viser at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten tidvis var vanskelig og mangelfull. Deltagerne var likevel fornøyd med oppfølgingen og veiledningen ved lokalsykehuset. Dette kan tyde på positive endringer i samhandlingen mellom tjenestnivåene. For å ivareta pasientsikkerheten best mulig må det fokuseres ytterligere på styrking av samhandling mellom tjenestnivåene. Herunder se på forbedring av rutiner og prosedyrer, samt systemet for samhandlingsavvik.

Det lokale samarbeidet ble beskrevet som velfungerende. Tjenestekvalitetssikring i distrikt er prisgitt god kommunikasjon og samhandling blant helsepersonell på tvers av profesjoner. Tverrfaglig samhandling er en nødvendig arbeidsform hvor koordinering av ressurser og forening av kompetansen bidrar til et felles mål til pasientens beste. Den mellommenneskelige nærheten av å kjenne dem du arbeider sammen med har en generell positiv innvirkning på praksisen (4). Vår studie viser at sykepleierne bistår og hjelper hverandre, også på fritiden. Dette for å gi støtte til sine kollegaer, som igjen har betryggende virkning.

Sykepleie i nære relasjoner i små samfunn

Tap av anonymitet i små samfunn har både fordeler og ulemper. Terskelen for å kontakte sykepleieren direkte for helserelaterte spørsmål er lavere i et lite samfunn. Små samfunns særegenhet der "alle kjenner alle" kan føre til et sårbart hjelpeapparat. Samtidig kan det skape uklarheter i forhold til sykepleierens rolle: venn eller profesjonell hjelper. Sykepleieren kan møte sine nærmeste og naboer i de mest sårbare situasjoner uten å kunne reservere seg fra oppgaven, noe som kan være tøft for alle parter (5, 12, 18). Studien vår identifiserer utfordringer knyttet til sykepleieutøvelsen i et lite lokalsamfunn. De fleste i bygda visste at en var sykepleier. Grensene mellom fritid og arbeid ble mindre synlige. Balansen mellom tette relasjonsbånd og taushetsplikten kunne være hårfin (19).

Å være rural definerer Scharff (4) som at når sykepleieren går inn på legevakten kan det være hennes nærmeste som trenger hjelp og at sykepleierrollen prioriteres høyere enn alle andre roller. Videre sier hun at når sykepleieren redder eller mister et liv, vil alle vite at hun var der. I små samfunn er sannsynligheten stor for at det er en eller annen relasjon mellom sykepleier og pasient. I mange tilfeller kan dette være en fordel, da pasienten kan føle seg trygg ved at det er noen kjente som utøver hjelpen. Foreligger det derimot en form for negativ relasjon

mellom sykepleier og pasient kan det være uheldig, ved at for eksempel pasienten blir utrygg i situasjonen.

Våre funn viser at forskjellige tjenester utføres på grunn av velvilje, tross begrensede ressurser. Sykepleierne er villig til å arbeide utover formell stillingsinstruks og oppsatt turnus. Familie, venner og naboer er også viktige for sykepleieutøvelsen i distrikt (6, 12). Dette fenomenet kan relateres til lokale tradisjoner og har en rik historie (2). Vår studie bekrefter også at begrenset tilgang til transport og lange avstander ofte gir utfordringer som løses ved hjelp av uformelle nettverk og alternative ressurser.

Det er en spesiell kultur for trygghet og tillit i tette lokalsamfunn, sammenlignet med mer urbane strøk. Du er i et felleskap hvor folk bryr seg om hverandre (20). Et flott samhold, samt ønske om å stille opp for hverandre er det fine med små samfunns natur.

Distriktssykepleiere er generalist-spesialister

Kortere liggetid på sykehus og raskere tilbakeføring til kommunene medfører mer komplekse, alvorlige og behandlingskrevende tilstander hos pasientene ved utskrivning til hjemmet eller institusjon. Dette stiller større krav til sykepleiernes kompetanse og at kommunene legger til rette for kompetanseutvikling (21, 22).

Helse og omsorgstjenesteloven (23) viser et klart ansvar til kommunene om å være i stand til å ta imot alle pasienter og brukergrupper. Tidligere forskning viser at kommunene i liten grad har styrket kompetansen etter innførelse av samhandlingsreformen (16). Dette samsvarer med våre funn, hvor deltagerne forteller om et mangfold av avanserte oppgaver, både på institusjon, så vel som hjemme hos pasienten.

Deltakerne uttalte ønske om bredere kunnskap, alt fra akutt og kronisk sykdom, til psykiatri og palliasjon, for å føle seg styrket i mangfoldet av situasjoner som kan oppstå i distriktet. I tillegg til praktiske ferdigheter på flere kliniske områder må sykepleierne ha avansert kunnskap, da variasjonen av arbeidsoppgaver er stor (4).

Økt kunnskap om sykepleie i rural kontekst vil ha betydning for rekruttering og stabilisering av sykepleiere, i tillegg til bedre forståelse for oppgavene de står i (6). Våre funn peker på at distriktskommunene kan være tjent med å rette søkelyset mot relevant opplæring, fagutvikling, samt videreutdanning. Grunnutdanningene kan også fokusere på utfordringer og muligheter ved distriktssykepleie, slik at det kan implementeres i tilbudet til studenter.

Sykepleiere i distriktet opplever ofte arbeidssituasjoner som ikke finnes i urbane områder (24). Funnene gir inntrykk av at det utføres mer avansert sykepleie i distriktet, sammenlignet med institusjoner i sentrale strøk, noe geografiske, klimatiske og demografiske forhold kan være en årsak til.

Det er av stor betydning at helsepersonell har kunnskap om sosiale, kulturelle og historiske faktorer som kan ha innvirkning på møter mellom samer og helsetjenesten (25). Helsehjelpen til samiske pasienter må tilrettelegges og utøves slik at den blir ivaretatt. Begge kommunene i studien har en betydelig andel av befolkning med samisk opprinnelse. For lite fokus og økt kunnskap på betydningen det samiske kan ha for enkelte pasienter ble trukket frem av sykepleierne.

Studiens styrker og begrensninger

Dette er en liten studie med få deltakere. Resultatene som kommer frem er ikke generaliserbare, men gir noe forståelse på hvordan det oppleves å jobbe i en liten distriktskommune langt fra spesialisthelsetjenesten. Forskningen på distriktssykepleie i Norge er begrenset, og vår studie setter søkelys på viktige utfordringer og muligheter ved sykepleieutøvelsen i distriktet. At vår forforståelse for fagfeltet kan ha farget resultatene noe, samt at sykepleiere intervjuet sykepleiere, er vi bevisste på. Deltakernes fortellinger bekrefter våre erfaringer som styrker gyldigheten og troverdigheten, men kan også være farget av hva vi ønsket å høre med bakgrunn i det vi fant i tidligere forskning. Ingen deltakere har trukket seg fra studien, hverken underveis eller i etterkant, noe som har betydning for gyldigheten. Sentrale sitater vises i tabell 1 og 2.

KONKLUSJON

Hensikten med studien var å utforske hva sykepleierne i nordnorsk distrikt beskriver som det særegne ved yrkesutøvelsen og arbeidskonteksten. Et gjennomgående fenomen hos sykepleierne var opplevelse av aleneansvar.

Distriktssykepleiere i studien beskrev sine unike ferdigheter innenfor avansert generalistkunnskap, løsningsorientering, logistikkforståelse, samhandlingskompetanse, samt sykepleieutøvelse i nære relasjoner. De anga både utfordringer og begrensninger, men også muligheter og trivsel i sykepleieutøvelsen. Ønske om relevante fagfordypninger, for å bedre

møte utfordringene ble identifisert, noe som igjen kan bidra til stabilisering og rekruttering av sykepleiere. Funnene peker på behov for videre forskning, både mot sykepleiere som arbeider i distriktet, men også opplevelsene og erfaringene til pasientene som bor og mottar helsehjelpen der.

Vår studie kan bidra til å øke forståelsen for utfordringene distriktssykepleiere møter i sin arbeidshverdag i Nord Norge, slik at det kan føre til løst i samhandling mellom tjenestenivåene, samt forbedring og videreutvikling av rutiner og prosedyrer. Synliggjøring av det ovennevnte og nødvendigheten for relevante fagforypninger i de nordnorske distriktene kan bidra til økt refleksjon og anerkjennelse for myndigheter, politikere og helseledelse. Dette kan igjen bedre mulighetene for kvalitetssikret sykepleie der pasientene har tilhørighet.

Referanser

1. Long AK, Weinert C. Rural Nursing: Developing the Theory Base. I Winters CA, Lee HJ, ed. Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice. 5. Utg. New York: Springer Publishing Company. 2018; s.17-30.
2. Elstad I. I distrikt. I: Å. Fause, red. Glimt fra sykepleiefagets historie. Bergen: Fagbokforlaget. 2017; s.127-168.
3. Bushy A. International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. Australian Journal of Rural Health. 2002; 10(2):104-111. DOI: [10.1111/j.1440-1584.2002.tb00018.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2002.tb00018.x)
4. Scharff JE. The Distinctive Nature and Scope of Rural Nursing Practice: Philosophical Bases. I Winters CA, Lee HJ, ed. Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice. 5. Utg. New York: Springer Publishing Company. 2018; s.107–123.
5. Swan MA, Hobbs BB. Lack of Anonymity: Changes for the 21st Century. I Winters CA, Lee HJ, ed. Rural Nursing: Concepts, Theory and Practice. 5. Utg. New York: Springer Publishing Company 2018; s. 79-92.
6. De Smedt S, Mehus G. Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2017;13(2). DOI: [10.7557/14.4238](https://doi.org/10.7557/14.4238)
7. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
8. Polit DF, Beck CT. Essential of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 8. utg. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
9. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects; 2018. [Internett]. [Hentet 2.oktober 2020]. Tilgjengelig fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
10. Universitetet i Tromsø. Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt; 2018. [Internett]. [Hentet 1.desember 2020]. Tilgjengelig fra https://uit.no/forskning/art?p_document_id=604029&dim=179056
11. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innhållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nilsen B, red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur AB. 2017; s.159-172.
12. Edvardsen TL, Lorem GF, Mehus G. Palliative care in rural and remote areas: Challenges facing rural nursen in palliative cancer care in the fare North of Norway.

- Tidsskrift for Nordisk sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research. 2020; 20(3):150-163. DOI: 10.18261
13. Elstad I. District nursing between the local and the international. Northern Norway, 1890-1940. Universitetet i Bergen; 2006. [Intermett]. [Hentet 1. november 2020]. Tilgjengelig fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/759/article.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
 15. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleie forskning. 2010;5(1):36-43. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0021
 16. Riksrevisjonen. 2016. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016). [Intermett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Hentet 1. desember 2020]. Tilgjengelig fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
 17. Norges forskningsråd. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). 2016. [Intermett]. [Hentet 3.oktober 2020]. Tilgjengelig fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
 18. Silvikken A, Berntsen G, Dyregrov K. Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge. Sykepleien Forskning. 2014;14(1):36-42. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0026
 19. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
 20. Fugelli P. Doktor på Værøy og Røst: Lege på Utrøst. 2006. Stamsund: Orkana forlag
 21. Brenden TK, Storheil AJ, Grov EK, Ytrehus S. Kompetanseheving i sykehjem. Ansattes perspektiv. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2011; 7(1):61-73. [Intermett]. [Hentet 5.oktober 2020]. Tilgjengelig fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142403/Vitenskapelig2011Grov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Pedersen KR, Tingvoll W. Kompetanseutfordringer i sykehjem – en studie basert på sykepleieres erfaring fra hverdagssituasjoner. I: Samhandlingsreformen under lupen. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. s. 87–104.
 23. Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v. av 2011-06-24 nr 30.

24. Weinhold I, Gurtner S. Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. Health Policy. 2014;118(2):201-214. [Internett]. [Hentet 2.september 2020]. Tilgjengelig fra <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.018>
25. Blix BH. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap. Oppsummering nr 3. Senter for omsorgsforskning; 2016. [Internett]. [Hentet 3.oktober 2020]. Tilgjengelig fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2414949>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 5: Samarbeidserklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?”

Dette er et mastergradsprosjekt hvor formålet er å se på det særegne med utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet inngår i en masteroppgave i studiet «Master i sykepleie med fordypning i distriktssykepleie» ved UiT.

Vi er to sykepleiere med bakgrunn fra distriktskommuner i Nord Troms. Gjennom vår jobb har vi ved flere anledninger fått erfart hvordan det er å være langt fra spesialisthelsetjenesten, stå alene i krevende situasjoner, samt opplevd utfordringer som dårlig vær og stengte veier som forhindret oss å sende pasienten til sykehuset så raskt som ønskelig. I distriktet stilles det strenge krav til sykepleierens profesjonalitet og evner til improvisering og kontinuerlig veksling mellom forskjellige typer oppgaver, måtte det være akutt sykepleie, rehabilitering eller palliativ omsorg.

Med dette studiet ønsker vi å øke forståelsen for det særegne ved distriktssykepleie i Nord Norge og løfte frem temaer som er viktige for utøvelsen av god og forsvarlig sykepleie for befolkningen som lever i distriktene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT - Norges arktiske universitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalgsriterier:

- Du er sykepleier i en distriktskommune i Nord Norge.
- Du er sykepleier i aktivt klinisk praksis i minimum 75 % stilling.
- Du er sykepleier med minst to års klinisk erfaring i avsidesliggende strøk.
- Du har arbeidserfaring fra sykestue eller hjemmetjeneste.
- Kjøreavstanden til lokalsykehuset er minst en time.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dette er en kvalitativ studie der vi vil gjennomføre to fokusgruppeintervjuer med fire deltakere i hver gruppe. Det settes av 1,5 time til hvert intervju. Under intervjuene er det ønskelig at du bidrar med dine erfaringer og oppfatninger knyttet til tematikken. Det handler om det «daglige» arbeidslivet som sykepleier i en distriktskommune. Intervjuene tas opp med lydopptaker og blir senere skrevet ut i tekst. Tid og sted for intervjuene settes opp i samarbeid med deltakerne.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Vi forholder oss til UiT - Norges arktiske universitets sine rutiner for datasikkerhet. Det er kun prosjektansvarlige som har informasjon om intervjudeltakers navn som kan spores tilbake til dem. De opplysninger deltakerne gir oss vil brukes som grunnlag i vår masteroppgave. Vi planlegger å publisere en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift som del av masteroppgaven. Alle opplysningene i opptakene sensureres og anonymiseres før bruk.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen desember 2020. Alle personopplysninger og intervjuopptak vil bli slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.
Prosjektnummer:

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig veileder/universitetslektor Gunn Hågensen– tlf: 92096876 epost: gunn.hagensen@uit.no
- Prosjektansvarlig masterstudent Natalia Vanzo – tlf: 47023345 epost: nva006@uit.no
- Prosjektansvarlig masterstudent Ingvild Rapp Hanssen – tlf: 47618951 epost: iha035@uit.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Dersom du kan tenke deg å la deg intervju, er det fint om du kontakter oss på epost eller telefon innen

...

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlige

Natalia Vanzo og Ingvild Rapp Hanssen

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg samtykker herved med at de opplysninger som blir innhentet av Natalia Vanzo og Ingvild Rapp Hanssen ved intervju, kan brukes i deres masteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Jeg har lest informasjonsskrivet og er gjort kjent med at min deltakelse i prosjektet er frivillig, og at jeg senere har mulighet for å trekke meg. Jeg er villig til å la meg intervjuet.

.....
Dato, signatur studiedeltaker

Jeg vil delta i et gruppeintervju hvor jeg vil dele mine opplevelser og erfaringer knyttet til sykepleieutøvelsen i distriktet. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2020.

Mitt telefonnr er

Svar sendes i vedlagt konvolutt

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Innledning

Før intervjuet starter vil vi gi en presentasjon av oss selv, orientering om selve prosjektet og repetere innholdet i informasjonsskrivet og avklare eventuelle spørsmål.

Under intervjuet

Vi vil fokusere på sykepleiernes opplevelser, erfaringer og kompetanse. Informantene oppfordres til å fortelle så fritt som mulig om hvordan det oppleves å arbeide som sykepleier i en distriktskommune, og om hvilke erfaringer de har høstet i forhold til dette. Med dette som utgangspunkt stilles det videre utdypende spørsmål.

Utgangspunkt for samtale

Tema: *Særegenheter i utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge.*

-Denne studien har som mål å øke forståelsen for det særegne ved distriktssykepleie i Nord Norge. Hva kjennetegner deres arbeidshverdag og hva beskrives som deres særegne kompetanse? Det er ønskelig å løfte frem viktige tematikker for at det skal kunne utøves god og forsvarlig sykepleie for befolkningen som lever i distriktene.

-Det er kjent fra utenlandsk forskning at sykepleierne i distriktene har spesielle utfordringer og krav til handlings- og beredskapskompetanse i sin yrkesutøvelse enn i byene. Vi vil i dette intervjuet høre hva dere tenker er det særegne ved jobben i deres distrikt.

1. Hvorfor valgte dere å jobbe som sykepleier i distriktet?
2. Hva tenker dere er det spesielle med nord norske distrikt som arbeidssted?
3. Beskriv en vanlig arbeidshverdag for dere og gi eksempler på faglige utfordringer dere mener er særegent i distrikt sammenlignet med bykommuner? (*Ansvarsområde, arbeidsoppgaver, uventede hendelser*)
4. Hvilke muligheter til faglig utfoldelse har dere som sykepleier i distriktet? (*Selvstendighet, generalistkompetanse, løsningsorientering, improvisering, kreativitet, mestring, varierende arbeidsoppgaver*)
5. Hvilke utfordringer møter dere som sykepleier i distriktet? (*Logistikk, langt vekk fra sykehus, dårlige vær, ustabil legedekning/mange vikarleger, usikker transport til sykehus*)
6. Hvordan opplevde dere det å stå alene i situasjoner hvor dere kun har vært nødt til å stole på egen dømmekraft, kompetanse og vurderinger? Hvordan føltes dette aleneansvaret?
7. Hvordan samhandler dere med sykehusene om pasientbehandlingen for å sikre gode og trygge pasientforløp (begge veier)?
8. a) Hva tenker dere om det å jobbe som sykepleier i et lokalsamfunn med små forhold når det gjelder f.eks. taushetsplikt og i forhold til at dere er tett på innbyggerne dere møter i forbindelse med deres sykepleierarbeid ellers?
b) Er det fordeler/ulemper? (*Mangel på anonymitet, "alle kjenner alle", sosiale relasjoner mellom sykepleier og pasient, lokalkunnskap*)
9. Hvilke tanker har dere om hva som er deres spesielle kompetanse som sykepleiere i distriktet? (*Generalistkompetanse, "masse om mye og litt av alt"*)

10. Samiske kulturforhold, tilnærming til sykdom og helseforståelse kan også relateres til den øvrige befolkningen langs kysten i Nord Troms og Finnmark. Hvordan møter dere denne pasientgruppen?
11. Tenker dere det er behov for økt/spesialkompetanse for å jobbe som sykepleier i distriktet? Hvis ja, hvilken kompetanse/hva savner dere? Hvis nei, hvorfor ikke?
(Spesialisering i distriktssykepleie som ledd i kvalitets sikring av helsetjenester)
12. Noe dere vil tilføye som vi ikke har rettet fokus på som er viktig og som ikke er blitt diskutert?
-

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

"Hvilke særegenheter innebærer utøvelsen av distriktssykepleie i Nord Norge?"

Referansenummer

935755

Registrert

01.11.2019 av Natalia Markova Vanzo - nva006@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Hågensen, gunn.hagensen@uit.no, tlf: 92096876

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Natalia Vanzo, nva006@uit.no, tlf: 47023345

Prosjektperiode

15.10.2019 - 31.12.2020

Status

04.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

04.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 04.11.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Samarbeidserklæring

Det bekreftes herved at vi begge har bidratt til denne studien i like stor grad.

Sammen har vi utformet prosjektet og forberedt intervjuene. Vi var henholdsvis intervjuer og moderator på hvert vårt intervju. Transkribering og analysering ble utført med fortløpende kontakt og diskusjoner. For det meste har vi arbeidet sammen, mens vi på slutten arbeidet mer individuelt med henholdsvis kappen og artikkelen. Kontakten har vært tett, både fysisk og over telefon, hvor arbeidet har blitt fordelt, diskutert og evaluert. Vi har vært bevisst på at språkføringen ikke skal bære preg av at vi er to som har forfattet prosjektet. Samarbeidet har vært godt og konstruktivt, da vi har kjent hverandre over flere år gjennom samme fagfordypning, samt videre masterstudie. I tillegg har vi delt en stor interesse for vårt arbeidsfelt og studiens tema.

Å være sammen om dette forskningsprosjektet har definitivt hatt flere fordeler enn ulemper.

08. desember 2020

Ingvild Rapp Hanssen

Natalia Vanzo