

Från sjuksköterska till distriktssköterska

Utveckling i professionell identitet och
fördjupad omvårdnad.

FÖRFATTARE	Madelené Jacobsson & Magdalena Nordqvist
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75hp Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot primärvård, OM5310 HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Eva Lidén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Vi vill tacka de distriktssköterskor som medverkat i studien. Att få intervjuas er var både inspirerande och lärorikt.

Vi vill också tacka vår handledare Susann Strang som trott på oss, kommit med goda råd och väglett oss under arbetets gång.

Nu ser vi fram att återigen få mer tid med våra familjer!



”Surround yourself with the dreamers and the doers, the believers and thinkers, but most of all, surround yourself with those who see the greatness within you, even when you don’t see it yourself”

Edmund Lee

Titel svensk:	Från sjuksköterska till distriktssköterska. Utveckling i professionell identitet.
Titel engelsk:	From nurse to districtnurse. Development in professional identity and advanced care.
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod:	Distriktssköterskeprogrammet/ Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot primärvård/OM5310
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	30
Författare:	Madelené Jacobsson, Magdalena Nordqvist
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Eva Lidén

SAMMANFATTNING:

Bakgrund: Distriktssköterskans kompetensbeskrivning är gedigen och ställer höga krav på en bred kompetens. Befolkningens behov av vård och omsorg stiger i takt med att medellivslängd, livsstilssjukdomar och mångsjuklighet ökar. Distriktssköterskeutbildningen omfattar 75 hp och efter avslutad utbildning ska distriktssköterskan ha utvecklat både personliga egenskaper och fått kunskaper som gör det möjligt att arbeta inom primärvård, barn/ skolhälsovård och hemsjukvård.

Syfte: Syftet med studien är att belysa den nytexaminerade distriktssköterskans erfarenheter av utveckling i professionell identitet samt belysa hur utvecklingen påverkar synen på omvårdnad.

Metod: I pilotstudien användes en kvalitativ metod med induktiv ansats och datainsamling gjordes genom fyra semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visade att utbildningen bidrar till att distriktssköterskan växer som person, känner sig tryggare och utvecklar ett annat sätt att tänka. Distriktssköterskan ställde högre krav på patienten gällande egenansvar och trodde att de allra flesta människor har en

förmåga att klara av mycket själva genom stöd, uppmuntran och bekräftelse.

Distriktssköterskan arbetade mer hälsofrämjande och såg möjligheter att kunna bidra till en effektivare vård.

Slutsats: Under utbildningen utvecklade distriktssköterskan personliga egenskaper som avspeglades i den professionella identiteten vilket bidrog till en fördjupad omvårdnad.

ABSTRACT:

Background: The district nurse's competence description is comprehensive and sets high standards for a wide range of skills. The population's need for health care will rise according to life expectancy, lifestyle diseases and multi-morbidity increases. To graduate as a district nurse, 75 higher education credits are needed and after graduation, the district nurse must have developed both personal qualities and gained skills that makes it possible to work in primary care, child / school health care and home care.

Aim: The aim of this study is to highlight the newly qualified district nurse experiences in developing professional identity and describe on how this development affects nursing.

Method: In the pilot study a qualitative method with an inductive approach was used, and data collection was made by four semi-structured interviews. The interviews were analyzed using qualitative content analysis.

Results: The results showed that the education contributes the district nurse, to grow as a person, to feel more confident and to develop a different way of thinking. The district nurse put higher demands on the patient regarding their own responsibility and believed that the vast majority are able to cope much themselves through support, encouragement and affirmation. District nurses worked more with preventive health care and saw opportunities to contribute to a more efficient care.

Conclusion: During the education, the district nurse developed, personal qualities that were reflected in their professional identity, which contributed to a more advanced care.

Keywords: Newly Qualified, District nurse, Professional identity, Advanced Nursing

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Samhälle i förändring	1
Utbildning	2
Distriktssköterskans kompetens	3
Teoretisk referensram	4
TIDIGARE FORSKNING	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	8
METOD	8
URVAL	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	10
PILOTSTUDIEN	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE	12
Informationskravet	12
Samtyckeskravet	13
Konfidentialitetskravet	13
Nyttjandekravet	13
RESULTAT	14
ATT VÄXA MED ÖKAD KOMPETENS	14
Personlig utveckling/professionell identitet	15
<i>Att förändra sin yrkesroll</i>	15
<i>Att utveckla en helhetssyn</i>	16
Fördjupad omvårdnad	17
<i>Att uppmuntra till egenvård/ autonomi</i>	17
<i>Att arbeta hälsofrämjande</i>	18
<i>Att förbättra vården</i>	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
RESULTATDISKUSSION	21
Slutsats	24
REFERENSER	25

BILAGOR	28
BILAGA 1 Frågeguide	28
BILAGA 2 Brev	29
BILAGA 3 Forskningspersonsinformation.....	30

INTRODUKTION

INLEDNING

Att utbilda sig till distriktssköterska innebär att fördjupa sig i omvårdnad med målet att utveckla sina kunskaper från grundutbildningen och bli mer självständig i sitt arbete. Sjuksköterskan ska genom utbildningen erhålla kompetens för att som nyutexaminerad distriktssköterska kunna arbeta inom primärvård, barn och skolhälsovård eller hemsjukvård. Distriktssköterskans arbetsfält innefattar möten med barn, ungdomar, vuxna och äldre men också möten med allt från friska till svårt sjuka människor.

Samhällets behov av specialistkompetens stiger i takt med att livsstilssjukdomarna ökar. Behandlingarna blir mer och mer avancerade och vård i livets slutskede blir allt vanligare. Till detta kommer en allt högre medellivslängd vilket innebär ett ökat antal äldre med mångsjuklighet. Behovet av vård och omsorg blir större samtidigt som sjukvården och primärvården ska erbjuda vård av hög kvalitet.

BAKGRUND

Samhälle i förändring

Statens distriktssköterskeskola startade år 1920 och distriktssköterskan har sedan dess varit en professionell yrkesutövare. Arbetet har varit självständigt och insatserna har varierat mellan förebyggande arbete och traditionell sjukvård men båda delarna har alltid varit med.

Arbetsuppgifterna har utförts både på mottagning och i patientens hem och har innefattat alla åldersgrupper. Allt eftersom samhället utvecklats, har behoven och därmed distriktssköterskans arbetsuppgifter ändrats. Distriktssköterskorna själva har alltid satt stort värde på det preventiva arbetet (Emanuelsson & Wendt, 1994).

Sjukvården blir mer avancerad och kräver mer och mer specialistkunskaper samtidigt som livsstilssjukdomar som diabetes, fetma och hjärt- kärlsjukdomar ökar. Detta medför att behovet av kompetens ökar för att trygga möjligheterna till behandling och förebyggande hälsovård (Högskoleverket, 2010). Samtidigt ökar andelen äldre i befolkningen (SCB 2014). Med stigande ålder ökar risken att drabbas av flera sjukdomar och behovet av vård och omsorg stiger vilket kommer att medföra stora kostnader för samhället. Det är därför av stor

vikt att aktivt främja ett hälsosamt åldrande (Folkhälsomyndigheten, 2014). Till detta kommer också vård i livets slutskede som blivit en allt viktigare del av svensk sjukvård.

Utbildning

Den specialistsjuksköterskeutbildning som gäller i dag är enligt 2007 års examensordning. För att antas till en specialistsjuksköterskeutbildning krävs grundläggande behörighet som legitimerad sjuksköterska. Det är upp till varje lärosäte att bestämma om särskild behörighet skall gälla. Utbildningen gavs 2010/2011 på 18 lärosäten och så gott som alla lärosäten kräver att sjuksköterskeutbildningen är enligt 1993 eller 2007 års examensordning eller att sjuksköterskan har en kandidatexamen med relevant inriktning. Nästan alla lärosäten har också krav på att den sökande skall ha yrkeserfarenhet som sjuksköterska. För att uppnå en specialistsjuksköterskeexamen till distriktssköterska krävs 75 högskolepoäng (Högskoleverket, 2010). Enligt Högskoleförordningen innebär utbildningen att studenten fördjupar sin kunskap från grundutbildningen. Studenten ska bli mer självständig och genom sina kunskaper kunna ta hand om komplexa situationer men också få möjlighet att introduceras för forskning (SFS 1992:1434). Sedan 1994 har distriktssköterskor befogenhet att, enligt Socialstyrelsen, förskriva läkemedel (SOSFS 2001:16).

I examensordningen för specialistsjuksköterskor (Högskoleverket, 2010) finns gemensamma mål för alla specialistutbildningarna samt specifika mål för varje inriktning. De gemensamma målen rör sig runt förståelse och kunskap, förmåga och färdighet samt förhållningssätt och värderingsförmåga. Kortfattat kan sägas att en specialistsjuksköterska förväntas kunna knyta samman forskning med beprövad erfarenhet i planering-, samordning och ledning av omvårdnadsarbetet. Arbetsuppgifterna är självständiga och innebär en fördjupad kunskap som gör att patient och närståendes behov och önskningar tillgodoses utifrån befintliga resurser. För detta krävs att specialistsjuksköterskan har empati, god självkännedom, en holistisk människosyn samt kontinuerligt söker ny kunskap.

De specifika målen för distriktssköterska är att han/hon ska:

- självständigt arbeta för att främja psykisk, fysisk och social hälsa samt preventivt arbeta för att motverka sjukdom och komplikationer.
- kunna hantera komplexa omvårdnadssituationer.

- ha kunskap att genomföra hälsoundersökningar och vaccinationer (Högskoleverket, 2010).

Distriktssköterskans kompetens

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterska beskrivs personliga egenskaper som mycket viktiga för möjligheterna till en individanpassad vård utifrån vårdens resurser (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

De personliga egenskaper som beskrivs som viktiga är mod, förmåga att inge trygghet och att ha en god självuppfattning. Distriktssköterskan ska ha förmåga och kompetens att stärka patienter i deras strävan mot hälsa och arbeta hälsofrämjande. Eftersom samhället ständigt förändras måste distriktssköterskan också vara inställd på ett livslångt lärande och ha kompetens att söka och tillgodogöra sig kunskap som är evidensbaserad. Distriktssköterskans arbete ska bygga på ett holistiskt synsätt där stor hänsyn tas till patientens hela livssituation. Varje patient är unik och stor respekt ska visas för patientens integritet och självbestämmande.

Distriktssköterskeföreningen beskriver kompetens som:

”förmåga att vilja och utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter. Följande innebörd har lagts bakom orden= erfarenhet, förståelse och omdöme att omsätta kunskap och färdigheter; =attityd, engagemang, mod och ansvar; =fakta, metoder- att veta; = kunna utföra i praktiken- att göra”
(Distriktssköterskeföreningen 2008, s. 5)

Då distriktssköterskans arbetsområde är stort och brett och innefattar många olika verksamheter och vårdformer är det svårt att i detalj beskriva distriktssköterskans arbetsuppgifter. Istället har kompetensbeskrivningen ett övergripande innehåll. Kompetensbeskrivningen utgår från fyra olika områden och beskrivs nedan kortfattat för att ge läsaren en uppfattning om vad distriktssköterskan förväntas ha en fördjupad kunskap inom:

Omvårdnad/vårdvetenskap: Distriktssköterskan ska observera, upptäcka och agera på avvikelser i det direkta patientarbetet samt kunna reflektera och vidta adekvata åtgärder. Distriktssköterskan ska också kunna utveckla omvårdnadsarbetet exempelvis inom smittskydd, smittspårning och hygienrutiner.

Folkhälsovetenskap: I denna del benämns att distriktssköterskan bland annat ska ha fördjupade kunskaper om vad som påverkar människors hälsa när det gäller samhällets uppbyggnad, ålder, kultur och kön samt kunskaper i att bedriva hälsofrämjande arbete både för enskilda individer men också för grupper.

Medicinsk vetenskap: Distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper i de vanligaste sjukdomarna i alla åldersgrupper, ha kunskap om läkemedel, kunna ordinera och förskriva vissa läkemedel.

Pedagogik och ledarskap: Distriktssköterskan ska ha fördjupade kunskaper inom pedagogik och ledarskap vilket ska göra det möjligt att handleda studenter, stödja patienter, genomföra gruppundervisning och göra medvetna val avseende vård och behandling ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Distriktssköterskeföreningen sammanfattar själva sin kompetensbeskrivning:

”Sammanfattningsvis kan sägas att en distriktssköterskas kompetens omfattar ett hälsofrämjande arbetssätt för att möta, stödja, hjälpa, förebygga, råda, vårda samt behandla en person och dennes familj i livets alla skeenden utifrån fysisk, psykisk, social, kulturell och existentiell hälsa och sjukdom”

(Distriktssköterskeföreningen, 2008, s.13)

Teoretisk referensram

Patricia Benners (1982) forskning har sin grund i det praktiska omvårdnadsarbetet. Forskningen beskriver hur kunskap och erfarenheter utvecklar sjuksköterskans sätt att arbeta och hantera komplexa omvårdnadssituationer. Sjuksköterskans utveckling i klinisk omvårdnadskompetens beskrivs i fem faser. Faserna benämns som *novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert*. Kortfattat kan faserna beskrivas som att:

Novisen behöver följa givna regler och ramar då sjuksköterskan saknar erfarenhet och har svårt att bedöma vad som för stunden är mest relevant. Därefter följer en utvecklingen där den *avancerade nybörjaren* kan se likheter från tidigare erfarenheter men fortfarande har svårt att uppfatta helheten och att prioritera. I denna fas krävs riktlinjer. Den *kompetenta sjuksköterskan* är medveten om sina handlingar och kan ta itu med oförutsedda händelser. Dock saknas den snabbhet och flexibilitet som kännetecknar experten. *Skickligfasen* innebär att sjuksköterskan nu har erfarenheter vilket gör att hon kan se helheten och fatta relevanta

beslut. Som *expert* tar sjuksköterskan in helheten utan att fundera på delarna. Hon förstår situationen och vet intuitivt vad som behöver göras utan att reflektera över det (Benner, 1982).

Utvecklingen sker stegvis. Varje fas markeras med en ökad klinisk kunskap och kritiskt tänkande. De två sista faserna handlar om att ha förmågan att se helheten. Tidigare erfarenheter gör att sjuksköterskan har handlingsberedskap för situationen och snabbt kan läsa av små förändringar hos patienten. Den skickliga sjuksköterskan behöver fortfarande tänka på vad hon ska göra medan experten intuitivt vet vad som behöver göras. Expertsjuksköterskan bygger sin omvårdnad på engagerat kliniskt tänkande och erfarenheter av liknande situationer. Även om expertsjuksköterskan vet och är förberedd för vad som komma skall finns en flexibilitet för att situationen kan förändras. Expertsjuksköterskan individanpassar vården utefter behov och resurser genom att fokusera på patientens hela situation. I expertrollen ingår också att handleda annan vårdpersonal (Benner, Tanner & Chelsa, 1997).

Att se helheten är att se patienten som en del av ett sammanhang, som aktiv och i samspel med andra. De fysiska behoven värderas lika högt som de psykiska, emotionella, andliga och sociala behoven och dessa ses som beroende av varandra. Hälsa kan då vara en känsla av välbefinnande eller möjlighet att kunna göra det individen upplever som viktigt. Att ha ett hälsofrämjande synsätt innefattar att ha en helhetssyn på individen och de behov individen har. Ett hälsofrämjande möte innebär att bekräfta, visa medkänsla och inge hopp med önskan om att förmedla tillit och trygghet (Johansson, 2010).

Svensk sjuksköterskeförening (2010) beskriver helhetssyn ur ett holistiskt perspektiv där människan är en helhet och själen är lika viktig som kroppen och begreppet hälsa en individuell upplevelse. Distriktssköterskeföreningen (2008) skriver att vården ska bygga på ett holistiskt hälsofrämjande förhållningssätt och menar att ett holistiskt perspektiv är att se individen, den miljö individen rör sig i och samhället i stort men att det också omfattar ekonomiska och politiska faktorer.

TIDIGARE FORSKNING

Upplevelserna av att vara nyutexaminerad har i tidigare forskning främst handlat om hur den grundutbildade sjuksköterskan upplever sin första tid i yrket. Arbetet som nyutexaminerad sjuksköterska har beskrivits som en positiv känsla men också som en känsla av osäkerhet och kaos eftersom allting är nytt. Nyutexaminerade sjuksköterskor tyckte det var viktigt att

arbetsmiljön var tillåtande och att de fick möjlighet att fråga och få återkoppling på sitt arbete (Bisholt, 2012; Pennbrant, Skyvell Nilsson, Öhlén & Rudman, 2013; Wangensteen, Johansson & Nordström, 2007). Sjuksköterskorna berättade också att de upplevde att det var ett stort ansvar att arbeta som sjuksköterska och att detta ansvar blev tydligt först när de började arbeta. Nyutexaminerade sjuksköterskor beskrev också att det kändes viktigt att ”kunna” sina patienter när de gick rond med doktorn. De upplevde också stor tillfredsställelse när de med tiden blev mer erfarna och klarade av svårare situationer (Bisholt, 2012; Wangensteen et al., 2007). De nyutexaminerade sjuksköterskorna tyckte att deras arbete var viktigt men att samhället betraktade sjuksköterskearbetet som ett lågstatusarbete (Pennbrant et al., 2013).

Erfarna distriktssköterskor upplevde att självständighet var något viktigt och positivt i deras arbete. Positivt för arbetet var också mötet med patienter och anhöriga där de kände glädje och fick uppskattning. Helhetssyn och ett socialmedicinskt tänkande beskrevs som kärnan i distriktssköterskans specialistkompetens. Helhetssyn beskrevs som att inte bara se det problem patienten sökte för, utan också observera annat exempelvis hur patienten fungerade i sitt vardagliga liv såsom att klara personlig hygien, matlagning och andra aktiviteter. Samtliga distriktssköterskor kände ett stort engagemang i sitt yrke. Flera uppgav att det var frustrerande att inte få använda all sin kompetens. Som exempel uppgav de att folkhälsoarbete var en kompetens som de sällan eller aldrig fick utöva och att de önskade arbeta med prevention på ett mer strukturerat sätt. Dock hade de ett preventivt tänkande i det enskilda patientmötet. De beskrev distriktssköterskan som en person med kunskap som spänner över många områden. De såg ett behov av att ha möjlighet att specialisera sig utifrån befolkningens behov exempelvis inom astma/KOL och hypertoni. Distriktssköterskorna hade svårt att uttrycka vad som var specifikt för deras profession och de upplevde att gränserna för vad som är deras uppdrag var flytande (Karlsson, Morberg & Lagerström, 2006).

En annan forskargrupp som framhåller helhetssyn är Strandberg, Ovhed, Borgquist & Wilhelmsson (2007). De beskrev distriktssköterskans professionella förhållningssätt som att se hela människan och inte bara den sjuka delen av patienten. För att få en förståelse för hela människan krävdes att distriktssköterskan hade fingertoppskänsla och social kompetens. Det viktigaste var att hitta det patienten verkligen ville och försökte säga. Att se helheten var också att inte bara se det medicinska problemet utan också lägga märke till det patienten upplevde (Strandberg et al., 2007). Att aktivt lyssna och vara närvarande sågs som en möjlighet att skapa en relation till patienten och som en förutsättning för att bättre förstå patientens helhetssituation (Öhman & Söderberg, 2004).

I en brittisk studie tittade forskare på hur distriktssköterskor i hemsjukvården upplevde tillfredsställelse i yrket, vilka utmaningar de ställdes inför och deras arbetsbelastning. Distriktssköterskornas högsta prioritet var omvårdnaden av patienten. Det var också i det direkta omvårdnadsarbetet som de upplevde den största tillfredsställelsen i yrket och fick använda sitt kliniska kunnande och sina färdigheter. Lägst prioritet hade de administrativa arbetsuppgifterna vilket också tenderade att ta mer och mer tid och upplevdes som en källa till stress. Studien visade att helhetssynen fick stå tillbaka när distriktssköterskan behövde prioritera i sitt arbete. Distriktssköterskan beskrev hemsjukvård som en sal utan väggar vilket innebar att det inte finns någon gräns för hur många patienter de kan ta hand om och således ingen gräns för hur hög arbetsbelastningen kunde bli. Distriktssköterskorna kände sig sårbara som generalister och tyckte att deras roll skulle vara lättare att definiera om de fick utvecklas inom specialistområden och att detta även skulle öka deras arbetstillfredsställelse (Haycock Stuart, Jarvis & Daniel, 2008).

En finsk studie visade att specialistsjuksköterskor med masterexamen arbetade mer självständigt. De kände sig tryggare, säkrare och gjorde egna bedömningar i större utsträckning än tidigare. Helhetsansvaret för patienten hade ökat. De ledde egna projekt och konsulterades av övrig personal. Genom sin ökade kunskap visste de vilka frågor de skulle ställa till patienten och frågorna ställdes mer systematiskt när de gjorde sina bedömningar av patienten än tidigare. Teamarbetet runt patienten fungerade bättre och hela deras perspektiv hade vidgats eftersom de fokuserade på helheten i vården av patienten (Glasberg, Fagerström, Rähä & Jungerstam, 2009).

Internationell forskning visade också på att vården förbättrades om andelen sjuksköterskor med hög kompetens ökades. Detta gällde patienternas välbefinnande, symtom och överlevnad. Ett ökat antal sjuksköterskor med hög kompetens bidrog också till ett ökat välbefinnande och minskade risken för utbrändhet hos sjuksköterskor (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; McHugh, Kelly, Smith, Wu, Vanak & Aiken, 2013).

PROBLEMFORMULERING

Livsstilssjukdomarna har stigit i antal, andelen äldre ökar, patienterna med mångsjuklighet blir fler samtidigt som allt fler vårdas palliativt i sina egna hem. Distriktssköterskan ska efter avlagd examen ha kompetens att erbjuda alla dess patientgrupper en god omvårdnad. De personliga egenskaper som beskrivs som viktiga för distriktssköterskan är mod, förmåga att inge trygghet samt att ha en god självuppfattning. Internationell forskning visar att ökad

kompetens hos sjuksköterskor i hög grad påverkar patientens överlevnad, symtom och välbefinnande.

Författarna ställer sig frågan: Vad händer med sjuksköterskan under utbildningen till distriktssköterska och hur påverkar denna utveckling omvårdnaden av patienten? Studien är angelägen att göra då det saknas kunskap om hur sjuksköterskan utvecklar sin professionella identitet till distriktssköterska och hur detta påverkar omvårdnaden.

SYFTE

Att belysa den nyutexaminerade distriktssköterskans erfarenheter av utveckling i professionell identitet samt belysa hur utvecklingen påverkar synen på omvårdnad.

METOD

Då studien syftar till att belysa den nyutexaminerade distriktssköterskans erfarenheter har författarna valt metoden kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Kvalitativ forskningsmetod syftar till att förklara, synliggöra och ge en förståelse för människors subjektiva upplevelser (Polit & Beck, 2008). Innehållsanalys har ingen given filosofisk eller kunskapsteoretisk grund utan anses vara teorilös. Innehållsanalys följer den kvalitativa forskningstraditionen om att sanningen kan ses utifrån varje individ och menar att textmaterial ska handhas med försiktighet och i sitt sammanhang. Det gör att flera tolkningar av materialet är möjliga och beror på betraktaren. Flera tolkningar kan på det viset ses som giltiga. Med en induktiv ansats utgår forskaren från innehållet i texten utan en given modell eller teori (Krippendorff, 2004, Lundman & Graneheim, 2012).

Datinsamling kommer att ske med hjälp av semistrukturerade intervjuer som transkriberas och bildar det forskningsmaterial som sedan ska analyseras. Forskningsmaterialet beskrivs och tolkas utifrån en manifest och latent innebörd. Det manifesta innehållet är det som tydligt framgår i texten medan det latent är den tolkning forskaren gör av textens underliggande mening (Lundman & Graneheim, 2012). En manifest innehållsanalys innebär en process där den berättande kvalitativa texten, som intervjuerna gett, organiseras och kategoriseras. Efter ytterligare granskning kan det underliggande budskapet, det latent innehåll, framträda och mynna ut i ett tema. Ett tema är ett sätt att sammanbinda det latent budskapet i forskningsmaterialet (Graneheim & Lundman, 2004, Krippendorff, 2004).

URVAL

I en kvalitativ studie bestäms urvalet utifrån vad forskaren önskar undersöka. Informanter väljs utifrån att de ska kunna besvara det studien syftar till att belysa. Urvalet blir då ändamålsenligt. Det finns egentligen inga regler för hur stort antal informanter en kvalitativ studie kräver. Snarare ska antalet bestämmas utifrån syftets bredd, informantens lämplighet och val av datainsamlingsmetod (Polit & Beck, 2008).

Då syftet är att belysa den nyutexaminerade distriktssköterskans erfarenheter samt vad den nya kunskapen bidrar med behöver urvalet strategiskt begränsas till ett kriterium. Informanten ska vara examinerad året före studien tar sin början. Anledningen till att urvalet begränsas till antal år i yrket är att informanten ska komma ihåg sin första tid i yrket samt att utbildningen, och inte erfarenheten, i första hand ska ha påverkat distriktssköterskans utveckling. Eftersom datainsamlingsmetoden är semistrukturerade intervjuer anser författarna att ca 20 intervjuer är ett lämpligt antal. Detta då syftet är relativt väl avgränsat och informanterna, utefter de kriterier vi angett, är ytterst lämpliga för uppgiften. Kontakt ska därför tas med varje enskilt lärosäte, som har distriktssköterskeutbildningen som uppdrag, till dess att tjugo informanter samtyckt att delta eller till dess att datamättnad uppstår.

DATAINSAMLING

När syftet i en kvalitativ studie är att informanten ska kunna tala om ämnet och berätta om sina erfarenheter med egna ord är semistrukturerade intervjuer att föredra. Att utforma en frågeguide underlättar samspelet mellan forskare och informant. Frågorna bör inte vara för detaljerade och utformas så att informanten får möjlighet att beskriva det studien syftar till att belysa. Frågeguiden blir ett stöd för forskaren att föra samtalet framåt samt få med de erfarenheter som studien syftar till att studera inom en satt tidsram. En frågeguide gör det också lättare i de fall intervjuarna är fler än en i antal (Polit & Beck, 2008). Kvale och Brinkman (2009) kallar intervjun för halvstrukturerad men menar precis som Polit och Beck (2008) att det är att föredra när informantens upplevelser ska belysas. Halvstrukturerade intervjuer ger intervjuaren möjlighet att ändra ordningsföljd på frågorna om informanten, tidigare i intervjun, spontant tagit upp ämnet. Kvale och Brinkman (2009) menar också att det är lämpligt att spela in intervjun för att intervjuaren ska kunna koncentrera sig på sin uppgift att intervjua.

Då författarnas syfte är att belysa distriktssköterskans erfarenheter av utveckling i professionell identitet ska halvstrukturerade intervjuer genomföras enligt frågeguiden (bilaga 1), och intervjuerna ska spelas in.

DATAANALYS

Inspelade intervjuer är lämpliga att transkribera men det nedskrivna materialet kan inte ersätta det inspelade. Snarare är de båda materialen ett komplement till varandra där det inspelade materialet ger intervjuaren möjlighet att återkomma för att lyssna av exempelvis nyanser i samtalet. För att missa så få detaljer som möjligt i intervjun är det att föredra att intervjuaren själv transkriberar sitt material. Då intervjuerna är flera till antalet kan det vara att föredra att se till att intervjuerna gör lika i sin transkribering (Kvale & Brinkman, 2009). Intervjuerna transkriberas ordagrant. Pauser, skratt eller ironiska tonfall m.m. märks ut.

För att göra materialet mer hanterbart väljs meningsenheter ut. En meningsenhet kan vara en mening eller ett mindre stycke. Det som kännetecknar en meningsenhet är att innehållet hör samman/hänger ihop. Meningsenheten bör inte vara för kort eller för lång då en kort meningsenhet kan hacka sönder sammanhanget och en för lång ibland kan innehålla flera olika kategorier. Meningsenheten görs sedan kortare utan att ta bort det väsentliga, kondensering. Därefter kodas meningsenheten med ett eller några få ord som beskriver meningens innehåll och därefter kategoriseras materialet. En kategori kan då innehålla flera koder som liknar varandra (Lundman & Graneheim, 2012).

Tabell 1. Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori.

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man har väl förstått mer hur bra man har det och att den sociala situationen kan variera väldigt mycket från människa till människa	Jag har förstått att alla inte har det så bra, att den sociala situationen kan variera mycket	Bli medveten/ Ödmjuk	Helhetssyn	Personlig utveckling/ Professionell Identitet
Bland annat utvecklas ju, tycker jag, tankesättet kring mediciner bland annat men också givetvis det här med att hjälpa människor förhoppningsvis innan de hamnar på sjukhus.	Tankesättet utvecklas kring mediciner men också att hjälpa människor innan de blir inlagda på sjukhus	Förändrat tankesätt	Hälsofrämjande	Fördjupad omvårdnad

PILOTSTUDIEN

Då studiens syfte är att belysa nyutexaminerad distriktssköterskors erfarenheter valde författarna att utföra kvalitativa intervjuer. Lämpliga informanter ansågs då vara distriktssköterskor som utexaminerades 2013 på Göteborgs Universitet. Dessa kontaktades via mail (bilaga 2). Ingen av dem svarade. Kontakt togs då istället med nyutbildade distriktssköterskor som korsat författarnas eller författarnas kurskamraters väg under VFU (verksamhetsförlagd utbildning) eller tidigare arbetsplatser. På detta sätt fick författarna fram fyra kvinnliga svenskfödda informanter verksamma inom primär- och hemsjukvård som gav sitt samtycke till att bli intervjuade. Informanterna har studerat vid olika lärosäten i Sverige och utexaminerades mellan år 2012-2013. Informanterna mottog forskningspersonsinformation före intervjuens start (bilaga 3). För att ge informanterna möjlighet att förbereda sig inför intervjun fick informanterna tillgång till de fyra huvudfrågorna (bilaga 1) dagen före intervjutillfället.

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer där distriktssköterskorna svarade på frågor som handlade om deras utveckling i den nya professionen samt vad den nya kunskapen bidragit med. Författarna använde sig av en frågeguide (bilaga 1).

Intervjuernas längd var mellan 20-40 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant av den författare som utfört respektive intervju. Bägge författarna lyssnade och läste igenom det transkriberade materialet tillsammans och enskilt. Därefter fördes en diskussion mellan författarna om intervjuernas innehåll. Alla fyra intervjuer bearbetades enligt följande: meningsenheter plockades ut ur texten, meningsenheterna gjordes kortare (kondensering) för att kodas och slutligen kategoriseras se tabell 1. Analyserna av de fyra intervjuerna gjordes tillsammans av båda författarna. Under arbetet med analysen framkom ett tema som band ihop kategorierna se tabell 2.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE

Då pilotstudien ingår i kursen: Examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot primärvård behöver tillstånd ej sökas hos forskningsetiska nämnden (SFS 2003:460).

All forskning skall bedrivas utifrån att i möjligaste mån undvika obehag eller risk för skada. I de fall forskningen är kvalitativ och innefattar informantens erfarenheter behöver forskaren vara medveten om att de frågor som ställs kan vara känsligt för informanten och väcka tankar. Informanten skall ha fått fullständig information om vad studien innebär, att den är frivillig samt vad det finns för risker och fördelar. Forskaren skall, så långt det är möjligt, skydda informanten. Kvalitativa studier innefattar oftast ett litet antal informanter och för att skydda dem undviks alltför detaljerad information om informanten (Polit & Beck, 2008).

Nedanstående fyra punkter följer Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 1990).

Informationskravet

Informationskravet innebär att forskaren är skyldig att informera, de personer som berörs av studien, om den aktuella studiens syfte.

I den forskningspersonsinformation (bilaga 3) som informanterna tilldelats framgår tydligt syftet med studien liksom att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas. Om intervjun skulle väcka frågor eller funderingar efter det att intervjun genomförts har informanterna informerats om att ta kontakt med författarna för vidare diskussioner.

Forskningspersonsinformationen har formulerats så att den inte innehåller formuleringar som kan upplevas som påtryckningar (Forsman, 1997).

Samtyckeskravet

Samtyckeskravet innebär att de personer som berörs av forskningen själva bestämmer över sin medverkan. Forskaren har en skyldighet att inhämta samtycke från deltagarna.

Muntligt samtycke har inhämtats från informanterna. Informanterna har själva fått välja var och när intervjun skulle äga rum och ingen påtryckning har utförts för att få informanterna att delta. Informanterna står inte i beroendeställning till författarna.

Konfidentialitetskravet

Deltagarnas identitet och personuppgifter ska skyddas av forskaren. Material ska förvaras på ett säkert sätt, skyddat från obehöriga.

Informanternas personuppgifter skyddas och regleras av personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

För att skydda informanternas identitet benämns de ej med namn i de citat som redovisas.

Författarna har också valt att inte nämna när och var informanterna gått sin vidareutbildning eller var informanterna arbetar eftersom antalet distriktssköterskor som examineras per år är få. Då studien handlar om den nytexaminerade distriktssköterskans erfarenheter och vad den nya kunskapen bidrar med och en av frågorna som ställdes var: Hur utnyttjas din kompetens? ville författarna undvika att informanten skulle känna sig illojal mot arbetsgivaren. Därför gjordes intervjuerna efter arbetstid och således utan verksamhetschefens godkännande.

Inspelat och utskrivet material förstörs efter godkänd examination.

Nyttjandekravet

Det material som inhämtats får endast användas i forskningssyfte. Material eller uppgifter om deltagarna får ej lämnas ut eller användas inom andra områden ex. kommersiell verksamhet.

Informanterna tillfrågades under intervjun om de ville ta del av resultatet. Informanter som svarade ja kommer att få resultatet via mejl när arbetet godkänts. I

forskningspersonsinformationen framgår att informanterna inte har någon egen vinning av att delta men att deras deltagande eventuellt kan leda till att distriktssköterskans profession uppmärksammas.

RESULTAT

Författarna kunde under analysens gång se ett samband mellan personlig utveckling och professionell identitet samt hur den professionella identiteten också lett till en fördjupad omvårdnad. Resultatet presenteras i ett tema, två kategorier och fem subkategorier.

Tabell 2. Övergripande presentation av resultat.

Tema	Att växa med ökad kompetens	
Kategorier	Personlig utveckling/ Professionell identitet	Fördjupad omvårdnad
Subkategorier	Att förändra sin yrkesroll Att utveckla en helhetssyn	Att uppmuntra till egenvård/ autonomi Att arbeta hälsofrämjande Att förbättra vården

ATT VÄXA MED ÖKAD KOMPETENS

De nyutexaminerade distriktssköterskorna såg positivt på sitt arbete. De tyckte att arbetet var givande och stimulerande och att arbetet har förskjutits från att lindra lidande till en mer rådgivande och problemlösande roll. De upplevde också att de gör ett bättre arbete nu än förut och det framkom ett samband mellan personlig utveckling och professionell identitet samt hur omvårdnaden fördjupats efter/under utvecklingen av den professionella identiteten.

”Då tänker jag så att den kanske största vinsten med kunskap är att man utvecklar en trygghet gentemot patienten då och att man upplevs som trygg och professionell för att man förstår och man kan och det är kanske fler saker som påverkar det men dels är det väl bemötandet med patienterna men också att man själv privat känner sig mer stabil för att man vet att man kan och förstår saker på ett djupare plan och det är väl kanske det mest värdefulla egentligen.”

Distriktssköterskorna upplevde sig ha en högre kompetens och menade att de fått denna känsla, av att vara kompetenta, dels genom utbildningen men också av arbetserfarenhet och

att denna känsla gjorde att de kände sig bekvämare i många situationer och tryggare i sin roll. De menade att exempelvis samtal med patient och anhörig inte längre var förenat med rädsla över vad som komma skulle utan att de nu istället vågade lyssna och låta en patient eller anhörig prata till punkt. Före utbildningen såg de samtalet som något som gav dem en massa uppgifter och att de nästan själva fick panik om patient eller anhörig uttryckte en massa ångest som de förväntades ta hand om. De menade att de genom att känna sig mer bekväma i sin roll hade kommit ett steg längre och kunde förstå att det har en mycket stor betydelse för patient eller anhörig att bara få det ur sig, att bli lyssnad på, tröstad och bekräftad.

Personlig utveckling/professionell identitet

Distriktssköterskorna uppgav att den nya kunskapen det fått hade gjort dem ödmjuka, tryggare och stoltare. De upplevde att de växt som personer, vågade ta mer plats och var mer benägna att låta andra komma till tals. Utvecklingen beskrevs som en process som ”byggd” upp dem som personer och som gjort att de blivit tryggare och säkrare i sig själva och i sin yrkesroll. De hade svårt att skilja den personliga utvecklingen från sin professionella identitet.

Att förändra sin yrkesroll

Distriktssköterskorna uppgav att det i början varit mycket nytt och att de ibland saknat givna ramar för vad som förväntades av dem samt att distriktssköterskans roll var svårdefinierad. De upplevde att även om de kunde förvänta sig ett visst scenario kändes det osäkert eftersom de inte kände till den nya verksamheten och de rutiner som fanns. Detta blev dock bättre allt eftersom. Distriktssköterskorna såg sig som generalister, som hade lite kunskap om mycket, men var också medvetna om att de saknade kunskap inom många områden. De upplevde att de mognat i sin yrkesroll och inte längre stressade upp sig för små detaljer de inte behärskade utan istället hade accepterat att det fanns ett behov av att lära och erfara mer. Dock fanns det en frustration över att inte ”få tid” att inhämta ny kunskap.

”Jag tycker inte längre jag blir så stressad av små detaljer jag inte kan...Det är nog tryggheten som gör det.”

I sitt mottagningsarbete uppgav distriktssköterskorna att de använde sin kliniska blick och betonade hur viktigt det var att ta i, känna på patienten och lita på att det observationen gav stämde istället för att bara lita på teknisk utrustning som ex. POX mätare. Dessutom menade de att den kunskap de hade nu kompletterades av en magkänsla som ofta fått dem att känna att

något var fel ex. vid telefonrådgivning och att det ofta var magkänslan som gjorde att de ställde extra följdfrågor. Telefonrådgivning togs upp som en svår del av arbetet och sågs som förenat med stort ansvar. Det fanns en rädsla för att missa något och att bli anklagad för att ha gjort en felaktig bedömning.

De tyckte att det fanns ett krav både från patienter, anhöriga och kollegor att de skulle ”kunna” allt och angav att det kunde ha både för och nackdelar. I synnerhet såg de patienternas krav som en stor utmaning när det gällde att boka in läkartider eller lotsa patienten rätt. Kravet från patienten stämde sällan överens med läkarens tidbok och distriktssköterskan upplevde att särskilt de yngre hade svårt att acceptera det och tydligt tog ut det på distriktssköterskan. Äldre människor förväntade sig att distriktssköterskorna kunde precis allt, även det som inte var distriktssköterskerelaterat utan istället berörde exempelvis mammografienheternas upptagningsområden i Västra Götaland. Att inte alltid kunna hjälpa betraktades som svårt.

De upplevde att de hade en högre status nu än tidigare. Distriktsskötersketiteln användes då de ville understryka något, bli lite ”myndiga”, och stärka sitt budskap.

”och sen ibland tar jag till distriktssköterska när jag ska ringa till sjukhuset till exempel... för då tänker jag att det kanske får lite mer genomslag när jag vill diskutera något eller få igenom något.”

Att utveckla en helhetssyn

Distriktssköterskorna upplevde att de blivit mer medvetna om att människors hälsa påverkas av många olika faktorer och att det fanns människor som hade svårt att få den hjälp de behövde. Som exempel angavs människor med psykisk ohälsa. De upplevde att de reflekterade mer runt sina egna familjer, och hur viktigt det var att behålla dem friska. De hade också kommit till insikt om att närstående är en viktig resurs för alla människor men att ha närstående inte var givet för alla.

Patientens närmiljö och psykosociala faktorer såsom närstående och arbetssituation beskrevs som viktiga faktorer för att få en helhetsbild av patienten. Distriktssköterskorna beskrev den nya kunskapen snarare som ett annat synsätt där fokus ligger på att se helheten och fokusera på det friska. De nämnde vikten av att se risker och förebygga innan kronisk sjukdom uppstod

och menade att synsättet gått från att vara ”det bästa under vårdtiden” till att ”se helheten för patienten och arbeta förebyggande”.

”Kunskap fick jag väl en del liksom men det är mer. Det förändrade mer sättet att tänka kring liksom patienten å även sin egen yrkesroll. Att man får främja hälsa, man får jobba väldigt mycket med personer för att de ska stöttas till att ha det bra och att de kan bibehålla sin hälsa. Det är det som är skillnaden tycker jag. Det är mer synsättet. Kanske inte så mycket kunskap.”

Fördjupad omvårdnad

Denna kategori beskriver hur omvårdnaden fördjupats när distriktssköterskan fått ökad kompetens. Omvårdnaden hade gått från att för stunden lindra och ta över för att göra det lättare till att istället uppmuntra patienten till egenvård och självständighet. Genom att arbeta hälsofrämjande ville distriktssköterskan hjälpa patienten att bibehålla sin hälsa. Utöver detta framkom att distriktssköterskan såg en möjlighet att genom sitt arbete kunna förbättra vården.

Att uppmuntra till egenvård/ autonomi

Distriktssköterskorna upplevde att de hade höga krav på sig från patienten men att de också själva ställde högre krav på patienten än vad de gjorde som sjuksköterskor. De tror att patienten genom stöd, uppmuntran och kunskap är kapabel att klara mycket själv. Unga människor tycks idag ha ”tappat” sin förmåga att lita på sin egen känsla om vad som är ett normalt tillstånd och ofta ringer för att få ”tillåtelse” att vara sjuka. Distriktssköterskorna beskrev att de genom bekräftelse, stöttning och egenvårdsråd försökte få patienten att bli säkrare i sin egen bedömning.

”Å det här med egenvård, att de ska ta eget ansvar över sin hälsa och våga lita på sig själva. Att våga lita på sin egen kunskap. Vad som är ett normalt tillstånd, för idag har den kunskapen försvunnit.”

Mötet med patienten blev ett samarbete mellan patient och distriktssköterska där patientens förväntningar behövde vägas samman med de resurser distriktssköterskan hade att erbjuda. Distriktssköterskorna upplevde att förtroendet från patienten ökat och att patienten lyssnade bättre i samtalet. Dessutom uppgav distriktssköterskorna att de tvingats inse att de inte kunde vara ansvariga för att följa upp alla patienter utan måste kunna lita på att patienten vid behov

hörde av sig. De betonade att det fanns en kulturell skillnad mellan vad som i olika kulturer betraktas som egenvård, och vad som är acceptabelt att utföra på egen hand, vilket distriktssköterskan måste vara medveten om och ta hänsyn till.

Att arbeta hälsofrämjande

Distriktssköterskorna ansåg att en av deras viktigaste uppgifter var att arbeta hälsofrämjande. De beskrev hur viktigt det var att arbeta hälsofrämjande ur ett folkhälsoperspektiv och att även om besöket inte handlade om att förändra en livsstil kunde besöket vara ett tillfälle att höra sig för gällande exempelvis alkoholvanor eller rökning. Genom att väcka en tanke på hälsoriskerna fanns en möjlighet att göra patienten mer medveten och på sikt kunde det leda till en förändring. Motiverande samtal och fysisk aktivitet lyftes som två viktiga delar i det hälsofrämjande arbetet. De pekade på vikten av att inte bara ”punktbehandla” sjukdomar utan istället försöka förutse problem och på det viset främja hälsa.

”Stötta dem till att dels hålla sig friska, dels ge dem kunskap och motivation att förändra det som behöver förändras för att hålla sig friska och må bra.”

Distriktssköterskorna menade att detta ”hälsotänk” borde få ta större plats när vårdplaner upprättades istället för att vårdplanerna bara upprättades vid sjukdom och symtom på sjukdom.

Screening av äldre beskrevs som ett bra tillfälle att kunna arbeta hälsofrämjande dock angav distriktssköterskorna att deras hälsofrämjande arbete till viss del fick stå tillbaka på grund av resursbrist och menade att det var beklagligt.

Att förbättra vården

Distriktssköterskorna såg en möjlighet i att kunna avlasta vårdkedjan genom att arbeta preventivt och triagera rätt. Dessutom upplevde de att distriktssköterskors egenvårdsråd och möjlighet att skriva recept på vissa läkemedel minskade belastningen på läkarna.

”Dels så har vi ju kunskapen att ta in folk på vårt behandlingsrum och diagnostisera och skriva ut läkemedel vilket avlastar läkarna enormt mycket och dels har vi också kunskapen att när vi sitter i telefonen, att vi stöttar personen till egenvård...för tar vi in såna (syftar på patienter som genom egenvård kan klara sig hemma) så kommer ju nästa med andnöd åh då har vi ingen tid för

dom utan de får åka till Sahlgrenska och sitta där i tjugo eller fjorton timmar så man avlastar ju..åh jag tror att det är viktigt för hela vårdens uppbyggnad faktiskt.

Distriktssköterskan tyckte att det fanns en möjlighet att bryta den ”onda spiral” som drabbar många äldre idag, då hemsituationen är ohållbar och ofta slutar med sjukhusvård, genom att vara tillgänglig för både de äldre men också för deras närståendes tankar och funderingar. Om kontakt kunde tas med biståndsbedömare i ett tidigt skede kunde det bespara både den äldre och yngre generationen onödigt lidande.

Distriktssköterskan såg det som sin uppgift är att leda gruppen framåt i sin kompetens genom att knyta samman årsvis av praktisk erfarenhet med teoretiska begrepp och menade att det var lättare att se detta behov efter utbildningen. De ansåg sig ha en utbildningsfunktion gentemot omvårdnadspersonal och sjuksköterskor. Distriktssköterskorna poängterade att de inte gjorde detta för att de kunde bättre eller ville lära de andra utan för att det helt enkelt var gynnsamt för gruppen att höja kompetensen och utveckla verksamheten samt att det i förlängningen bidrog till en bättre vård för patienten.

”Jag har ju teoretisk kunskap men de har ju erfarenheter i praktiken som jag har respekt för. Men det som jag ser som en möjlighet är att försöka att lyfta det en nivå och säga att vi måste prata om vad vi kan göra och bli mer eniga i vad vi gör och ibland teoriansknyta det vi gör”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna upplevde en svårighet i att hitta relevant forskning till bakgrunden. En teori är att det på något vis verkar “lättare” att forska i ämnen som är mer konkreta. Hur distriktssköterskan utvecklats som person och i sin professionella identitet kan vara svårt att sätta ord på. Likaså hur denna utveckling påverkar vården för patienten. En annan trolig orsak kan vara att “distriktssköterska” saknar en global titel och benämns på flera olika sätt i artiklar exempelvis som advanced nurse, community health nurse och specialistsjuksköterska.

Författarna anser att kvalitativa intervjuer som granskats genom innehållsanalys varit rätt metod utifrån det studien syftade till att belysa. Då författarna är under vidareutbildning har

förförståelsen givetvis varit stor. Detta kan ha varit gynnsamt i intervjuerna då informant och intervjuare haft stor förståelse för varandras situation. Igenkänningsfaktorn har varit hög (Lundman & Graneheim, 2012). Samtidigt finns det också en risk i att informanterna kan ha haft en känsla av vad som förväntades av dem att säga med tanke på att de var nyutexaminerade och nyligen varit i samma situation som intervjuerna. Detta kan ses som en svaghet för pilotsstudien. Ytterligare en svaghet är att informanterna var av samma kön samt av samma etnicitet. Författarna hade sett en fördel i om informanterna haft olika etnicitet och kön men att få tag i informanter visade sig vara en utmaning. Det brev som skickades ut till de distriktssköterskor som examinerades 2013 vid Göteborgs Universitet gav exempelvis inte något svar. De informanter som deltog hittades istället via författarnas eller kurskamraters tidigare VFU- eller arbetsplatser. Författarna ser en styrka i att informanterna i pilotstudien studerat vid olika lärosäten då syftet med studien inte var att utvärdera distriktssköterskeutbildningen i sig.

Ett önskvärt antal i en fullskadlig studie anser författarna vara runt tjugo stycken dock är författarna osäkra på om kontakt med enbart lärosäten skulle ge så många informanter. En tanke författarna har är att i tillägg till ovanstående använda sig av ett snöbollsurval där distriktssköterskan i slutet av varje intervju frågar informanten om de känner någon som de tror skulle vara lämplig för att delta i studien (Polit & Beck, 2008). För att skydda informanterna har resultatet presenteras i löpande text och det går därför inte att härleda till vem som har sagt vad. Material som skulle kunna vara "utpekande" har inte används.

Författarna anser att de frågor som utformades i den semistrukturerade intervjuguiden gav relevant material till det studien syftade till att belysa. De fyra intervjuerna genererade ett stort material. Under analysarbetet finns det alltid en risk att fynd förminskas eller förstoras. För att stärka resultatets validitet har en diskussion mellan författarna hela tiden förts under analysens gång. Författarna valde att kategorisera och även formulera ett tema i resultatet. Enligt Krippendorff (2004) är en regel att ingen data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier men denna regel är svår att tillgodose när resultatet handlar om erfarenheter och upplevelser (Lundman & Graneheim, 2012). För att tydliggöra resultatet upplevde författarna att temat "Betydelsen av ökad kompetens" på ett bra sätt band samman de både kategorierna. För att ge resultatet trovärdighet valde författarna att presentera citat (Lundman & Graneheim, 2012). Det är också författarnas önskan att citaten ska göra resultatet mer levande och intressant för läsaren samt ge läsaren en förståelse för hur författarna tänkt.

Författarna anser att delar av resultatet kan generaliseras till andra specialistsjuksköterskors verksamheter. Detta gäller främst den personliga och professionella utvecklingen samt den utvecklade helhetssynen. Det resultat som presenteras under fördjupad omvårdnad anser författarna vara specifikt för distriktssköterskans område.

RESULTATDISKUSSION

Utefter Benners (1982) beskrivning av utveckling från novis till expert upplevs de nyutexaminerade distriktssköterskorna, i pilotstudien, närma sig eller redan ha uppnått expertrollen i vissa avseende. Men precis som Benner beskriver går distriktssköterskan, trots sin tidigare erfarenhet som sjuksköterska, igenom novisrollen eftersom arbetsplatsen och sammanhanget är nytt. Trots detta är det tydligt att distriktssköterskan genom att se helheten för patienten rör sig i expertrollen. Att intuitivt veta vad som ska göras (Benner et al., 1997) liknar den nyutexaminerade distriktssköterskans formulering av att använda sin magkänsla, att känna att nått är fel och handla utefter det, att fortsätta fråga. Benner et al. (1997) beskriver också expertsjuksköterskan som någon som känner sig trygg i mötet med patienter och anhöriga och som också har förmåga att handleda studenter och annan vårdpersonal. Detta stämmer väl överens med det som de nyutexaminerade distriktssköterskorna beskriver som en ökad trygghet i mötet med patienten men också i deras strävan efter att utveckla arbetsgruppen och verksamheten för att det i slutändan också gynnar patienten.

Distriktssköterskorna i pilotstudien hade svårt att skilja mellan sin personliga och professionella utveckling och beskrev den nya kunskapen som ett annat synsätt. Synen på lärandet har beskrivits av Marton, Beaty & Dall'Alba (1993) vilka menar att den högsta formen av lärande är att se saker på ett annat sätt och förändras som person. Pilotstudien visar att vidareutbildning gör att individen växer som person, känner sig tryggare och säkrare och att detta även avspeglas i arbetet som distriktssköterska. Öhlén & Segesten (1998) har studerat den professionella identiteten hos sjuksköterskor och även de kommit fram till att den personliga identiteten är integrerad med den professionella. Pennbrant et al. (2013) menar att den professionella förmåga sjuksköterskor upplever, beror på sjuksköterskans självförtroende och känsla av att vara kompetent. Denna känsla av att vara just kompetent, beskriven av de nyutexaminerade distriktssköterskorna, gör att de känner sig tryggare i sin professionella roll.

Distriktssköterskorna var positiva till sitt nya yrke vilket överensstämmer med hur nyutexaminerad sjuksköterskor (Wangsteen et al., 2007) och erfarna distriktssköterskor (Karlsson et al., 2006) ser på sitt yrke. Författarna ser det som anmärkningsvärt att nyutexaminerade sjuksköterskor upplever att deras arbete ses som ett lågstatusyrke och att samhället har en inställning till sjuksköterskor att det ska ”tycka om att hjälpa och inte be om nått i utbyte” (Pennbrant et al., 2013). De nyutexaminerade distriktssköterskorna i pilotstudien anser istället att de fått en högre status. Detta trots att distriktssköterskorna anser att de ställer högre krav på att patienterna ska klara mycket själva samt ta ett större egenansvar. Med högre status följer dock ett högre krav från patienter, anhöriga och annan vårdpersonal som förväntar sig att distriktssköterskan ska kunna allt.

Distriktssköterskorna i pilotstudien ansåg att det fanns ett behov av att skaffa mer kunskap samt att en viktig uppgift för distriktssköterskan var att föra omvårdnadsarbetet framåt. Detta överensstämmer med distriktssköterskans kompetensbeskrivning i vilken det står att distriktssköterskan behöver vara inställd på ett livslångt lärande och att distriktssköterskan har en akademisk profession med ansvar för att utveckla vården (Distriktssköterskeföreningen, 2008). Att distriktssköterskan vill ha möjlighet att specialisera sig ytterligare är något som även tidigare är känt (Karlsson et al., 2006). Distriktssköterskorna angav emellertid att det sällan fanns tid för att skaffa mer kunskap under arbetstid. Bristen på möjligheter att skaffa mer kunskap under arbetstid verkar vara en del av bekymret inom vården i stort. En svensk studie visar att vårdbiträden och sjuksköterskor inom äldre vården hade begränsade möjligheter att höja sin kompetens under arbetstid (From, Nordström, Wilde-Larsson, Johansson, 2013). Pilotstudien visar att distriktssköterskan ser sig som en möjlig aktör i utbildningssyfte när det gäller just omvårdnadspersonal och andra sjuksköterskor.

Distriktssköterskans självständighet har studerats och visade att självständigheten i arbetet var lika stor oavsett antal år i yrket (Bahadori & Fitzpatrick, 2009). Detta stödjer pilotstudiens resultat i att distriktssköterskorna ansåg att de genom sitt arbete kunde avlasta vårdkedjan trots att de var nyutexaminerade. Författarna fann att distriktssköterskorna upplevde att de genom att använda sina kunskaper kunde avlasta inte bara läkaren utan också hela vårdkedjan genom att göra rätt bedömningar, ge råd och förskriva vissa läkemedel vilket bekräftas i en engelsk studie som jämförde specialistutbildade sjuksköterskor och läkare i deras möte med patienten. Den engelska studien visade att en specialistutbildad sjuksköterska bättre upptäckte psykisk ohälsa, gav mer information samt mer råd om egenvård än vad läkaren gjorde. Studien visade också att patienterna angav en minst lika bra kvalitet på vården, ibland till och

med bättre, som gavs av den specialistutbildade sjuksköterskan som av doktorn. Däremot tog den specialistutbildade sjuksköterskan längre tid på sig i mötet med patienten och besöket bidrog oftare till fler undersökningar. Sammanfattningsvis ansågs att en ökad tillgänglighet av specialistutbildade sjuksköterskor sannolikt bidrar till omvårdnad med hög kvalitet och nöjda patienter (Horrocks, Anderson & Salisbury, 2002).

Distriktssköterskorna i pilotstudien upplevde att de blivit mer medvetna om att människors hälsa påverkas av många olika faktorer. Distriktssköterskorna beskrev den nya kunskapen snarare som ett nytt synsätt där fokus ligger på att se helheten och fokusera på det friska. Att arbeta hälsofrämjande samt att se helheten har även beskrivits i distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen, 2008) och tagits upp av Karlsson et al. (2006) samt Johansson (2010). Att se helheten och att arbeta hälsofrämjande ses som viktigt i den framtida vården (Högskoleverket, 2010, Folkhälsomyndigheten, 2014) och stämmer väl överens med tidigare forskning om hur avancerade specialistsjuksköterskor beskriver hur deras perspektiv har vidgats då de fokuserar på helheten i vården av patienten (Glasberg et al., 2009).

I tidigare forskning anger distriktssköterskorna att deras yrkesroll behöver tydliggöras och stärkas (Haycock et al., 2008, Karlsson et.al, 2006). Distriktssköterskorna i pilotstudien uppgav att deras roll var svår att definiera och såg sig som generalister som hade lite kunskap om mycket. Författarna tror att denna svårighet grundas i att distriktssköterskan ska ha kompetens att arbeta inom många olika verksamheter. Detta problem tas också upp av distriktssköterskeföreningen (2008) när det gäller att utforma en kompetensbeskrivning som täcker in distriktssköterskans alla arbetsområden.

Utifrån det resultat som pilotstudien visar ser författarna att distriktssköterskan har de förmågor som behövs och kommer att behövas mer av i vården. Pilotstudien är inte någon utvärdering av distriktssköterskeutbildningen i sig. Men författarna anser att de nyutexaminerade distriktssköterskornas kunskap och förmågor stämmer överens med vad Högskoleverket (2010) anser som viktiga mål med specialistsjuksköterskeutbildningen samt med vad Distriktssköterskeföreningen (2008) lyfter som viktigt i sin kompetensbeskrivning. För att stärka pilotstudiens resultat är det viktigt att studien görs som fullskalig. En fullskalig studie skulle också ge ett större och kanske mer variationsrikt material vilket ännu tydligare skulle kunna visa på vinsterna med att utbilda och anställa distriktssköterskor.

Slutsats

Författarna ställde sig frågan: Vad händer med sjuksköterskan under utbildningen till distriktssköterska och hur påverkar denna utveckling omvårdnaden av patienten? Resultatet visar att sjuksköterskan, under utbildningen, utvecklar personliga egenskaper och en professionell identitet. Distriktssköterskorna upplevde att de blivit mer kompetenta, mer ödmjuka, stoltare och fått en större trygghet både som personer och i sin profession. Den professionella identiteten och de personliga egenskaperna har bidragit till en fördjupad omvårdnad som innebär att distriktssköterskan fått en utvecklad helhetssyn och arbetar mer hälsofrämjande. En fullskalig studie kan förhoppningsvis resultera i en diskussion om vad samhället har att vinna på att utbilda distriktssköterskor. Författarna anser att en vidare forskning med fokus på vad patienter upplever i mötet med distriktssköterskan vore intressant. Likväl att studera hur läkarna uppfattar distriktssköterskorna i teamarbetet. Författarna hoppas att en sådan forskning ytterligare ska kunna stärka distriktssköterskans betydelse i vården som omvårdnadsexpert.

REFERENSER

- Aiken, L H., Clarke, S P., Sloane, D M., Sochalski, J., Silber, J H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 288(16), 1987-1993.
- Bahadori, A., Fitzpatrick, J. (2009). Level of autonomy of primary care nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21, 513-519. doi: 10.1111/j.1745-7599.2009.00437.x
- Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *American Journal of Nursing*. March 402-407.
- Benner, P., Tanner, C., Chelsa, C. (1997). Becoming an expert Nurse. *American Journal of Nursing* 97(6) June. ISSN: 0002-936X Accession: 00000446-199706000-00024
- Bisholt, B. (2012). The learning process of recently graduated nurses in professional situations - Experiences of an introduction program. *Nurse Education Today*, 32, 289-293. doi: 10.1016/j.nedt.2011.04.008
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad 2014-10-21 från http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1
- Emanuelsson, A., & Wendt, R. (1994). *I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan FOU rapport 4*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Forsman, B. (1997). *Forskningsetik en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Seniorguiden*. Hämtad 2014-09-20 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/aldrande-befolkning/>
- From, I., Nordström, G., Wilde- Larsson, B., Johansson, I. (2013). Caregivers in older peoples´care: perception of quality of care, working conditions, competence and personal health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 704-714. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01083.x
- Glasberg, A-L., Fagerström, L., Rähä, G., Jungerstam, D. (2009). Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare- en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 29 (2), 33-37.
- Graneheim, U.H, Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haycock Stuart, E., Jarvis, A., Daniel, K. (2008). A ward without walls? District nurses´ perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3012-3020. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02316.x
- Horrocks, S., Anderson, E., Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.

- Högskoleverket. (2010). *Sjuksköterskors specialistutbildning- vilket slags examen*. Stockholm: Högskoleverket.
- Johansson, H. (2010). *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hinder och möjligheter utifrån professionernas perspektiv*. Umeå universitet Medical Dissertations. Series NO 1388, ISSN 0346-6612, ISBN 978-91-7459-112-5. Hämtad 2014-10-06 från <http://www.umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:369438/INSIDE01.pdf>
- Karlsson, B., Morberg, S., Lagerström, M. (2006). Starka som individer men svaga som grupp. En kvalitativ studie om hur distriktssköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. *Vård i Norden*, 26 (1), 36-41.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An introduction to its Methodology*. 2:a uppl. Sage Publications Inc., Thousands Oaks, London, New Delhi.
- Kvale, S., Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B., Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär, B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. (s.187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F., Beaty, E., Dall'Alba, G. (1993). Conceptions of Learning. *International Journal of Educational Research*, 19, 277-300.
- McHugh, M., Kelly, L., Smith, H., Wu, E., Vanak, J., Aiken, L. (2013). Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical care* (51) 5. 382-388.
- Pennbrant, S., Skyvell Nilsson, M., Öhlén, J., Rudman, S. (2013). Mastering the professional role as a newly graduated registered nurse. *Nurse Education Today*, 33, 739-745. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.021>
- Polit, DT., Tatano Beck, C. (2008). *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilcins.
- SFS 1992:1434. *Högskolelag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.
- SOSFS 2001:16. *Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strandberg, E L., Ovhed, I., Borgquist, L., Wilhelmsson, S. (2007). The perceived mening of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8 doi: 10.1186/1471-2296-8-8
- Statistiska Central Byrån. (2014). *Åldrande befolkning*. Hämtad 2014-10-02 från http://www.scb.se/sv/_hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/statistikatlasen/VisletBehallaren/aldrande-befolkning/
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wangenstein, S., Johansson, IS., Nordström. (2007). The first year as a graduated nurse - an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*, 1877-1885 doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02229.x

Öhlén, J., Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28, (4). 720-727.

Öhman, M., Söderberg, S. (2004). District nursing- sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 858-866.

BILAGOR

BILAGA 1 Frågeguide

1. Kan du berätta hur det känns att arbeta som distriktssköterska?

Följdfrågor

Hur kändes det att börja arbeta som "ny" distriktssköterska?

På vilket sett har din nya roll påverkat dig som person?

2. Hur har den nya kunskap du fått påverkat dig?

Följdfrågor:

Hur har den nya kunskapen påverkat dig i din profession?

På vilket sett tycker du att den nya kunskap du fått påverkat dig som person?

3. Hur upplever du mötet med patienten sedan du började arbeta som distriktssköterska?

Följdfrågor:

Har din nya kunskap påverkat mötet med patienten/ är det någon skillnad sedan du vidareutbildade dig?

4. Vad ser du som distriktssköterskans viktigaste uppgift?

Följdfrågor

Kan du se någon fördel med att anställa en distriktssköterska tillskillnad från en sjuksköterska?

Vad gör distriktssköterskans profession speciell?

Hur utnyttjas din kompetens?

BILAGA 2 Brev

25 juni 2014

Hej!

Vi heter Magdalena och Madelene och ska snart påbörja vår sista termin i distriktsjuksköterskeutbildningen på Göteborgs universitet!

Vi planerar att skriva vår uppsats om den nyutbildade distriktssjuksköterskans uppfattning av sig själv i sin nya profession. Därför vill vi tillfråga dig om du har möjlighet att träffa oss för en intervju i september?

Frågorna rör sig runt; anledningen till att du valde att läsa till distriktssjuksköterska, hur du upplevde utbildningen, eventuella skillnad du upplever finns mellan att arbeta som sjuksköterska och distriktssjuksköterska samt hur du ser på din roll idag.

Låter det intressant?

Maila eller smsa ditt namn och telefonnummer till någon av oss så tar vi kontakt med dig och bestämmer en tid som passar!

Med vänlig hälsning,

Magdalena Nordqvist
Mob. 0739772673
magnor@glocalnet.net

Madelene Jacobsson
Mob. 070494511
trollmossevagen11@gmail.com

BILAGA 3 Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bakgrund: Inom några år beräknas ett flertal av dagens distriktssköterskor att gå i pension. I arbetsannonser efterfrågas distriktssköterskor *alternativt* sjuksköterskor med primärvårds erfarenhet. Detta fick oss att fundera över; Kan en specialistutbildad sjuksköterska jämföras med en grundutbildad? Vad händer med sjuksköterskan under utbildningen och hur tas den nya kunskapen tillvara?

Syfte: Syftet med studien är att belysa den nyutexaminerade distriktssköterskans uppfattning av sig själv i sin nya profession samt belysa vad den nya kunskapen bidrar med.

Förfrågan om deltagande: Du är tillfrågad att delta eftersom du nyligen avslutade din distriktssköterskeutbildning.

Hur går studien till: Om du väljer att delta kommer du att intervjuas vid ett tillfälle. Intervjun kommer att ta mellan 30-60minuter. När och var bestämmer du. Intervjun kommer att röra sig runt frågor som: hur du upplever att arbeta som distriktssköterska, eventuella skillnader du upplever finns mellan att arbeta som sjuksköterska och distriktssköterska samt hur den nya kunskapen du fått påverkat dig.

Intervjun kommer att spelas in och därefter analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå på Göteborgs universitet.

Eventuella Risker: Om vårt samtal skulle väcka frågor eller funderingar efter intervjun kan du kontakta oss på nedanstående telefonnummer eller email adresser.

Eventuella fördelar: Inga direkta fördelar föreligger för dig som person. I ett vidare perspektiv kan studien bidra till att uppmärksamma distriktssköterskans profession.

Hantering av uppgifter och sekretess: Hanteringen av dina personuppgifter regleras av personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Ditt namn kommer inte att finnas med i studien. Inspelat och nedskrivet arbetsmaterial kommer att förstöras efter genomgången examination.

Hur får jag information om studiens resultat: Du kommer i samband med intervjun att bli tillfrågad om du önskar ta del av resultatet.

Ersättning: Ingen ekonomisk ersättning utgår.

Frivillighet: Studien är frivillig att delta i. Skulle du ångra ditt deltagande står det dig fritt att närsomhelst avbryta ditt deltagande utan att ange skäl för detta.

Ansvariga för studien är:

Sjuksköterska/ Dsk. Student

Madelene Jacobsson

trollmossevangen11@gmail.com

Mob. 0704945116

Sjuksköterska/ Dsk. Student

Magdalena Nordqvist

magnor@globalnet.net

Mob. 0739772673

Handledare:

Susann Strang susann.strang@gu.se