



Distriktssköterskors tillvägagångssätt för professionell kompetensutveckling inom hemsjukvård

-En intervjustudie

District nurse's approach for professional competence
development in home care

-An interview study

Katrin Walderot & Kristin Wästlund

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska

Avancerad nivå 15 hp

Handledare: Ingrid Rystedt

Examinerande lärare: Birgitta Bisholt

2018-03-14

Sammanfattning

Titel: Distriktssköterskors tillvägagångssätt för professionell kompetensutveckling inom hemsjukvård
-En intervjustudie

Fakultet: Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Författare: Katrin Walderot och Kristin Wästlund

Handledare: Inrid Rystedt

Examinerande lärare: Birgitta Bisholt

Examinator: Jan Nilsson

Sidor: 33

Datum för examination: 2018-03-07

Nyckelord: hemsjukvård, professionell kompetensutveckling, distriktssköterska, intervjustudie, kvalitativ studie

Introduktion: Distriktssköterskor som arbetar inom hemsjukvård ställs inför allt mer avancerad vård i hemmet då dagens medicinska utveckling medger denna möjlighet till allt fler patienter. Denna utveckling medför ökade krav på distriktssköterskors kompetens och det innebär även ett ökat behov av kompetensutveckling. **Syfte:** Att beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att utveckla sin professionella kompetens inom hemsjukvården. **Metod:** Kvalitativ metod med innehållsanalys har använts i studien där semistrukturerade intervjuer utfördes med tio stycken distriktssköterskor arbetandes inom hemsjukvård. **Resultat:** Studien resulterade i fyra kategorier: Eget sökande efter kunskap, Kollegialt lärande, Kunskap genom andra vårdgivare och Utbildnings via arbetsgivaren. **Konklusion:** Resultatet visar på att distriktssköterskor tar ett stort eget ansvar för sin professionella kompetensutveckling. För att patientsäkerheten inte ska äventyras söker distriktssköterskor kunskap på egen hand, de har ingen särskild tid avsatt för detta under arbetstiden. Distriktssköterskorna behöver mer tid och resurser för professionell kompetensutveckling på arbetstid, en samordning inom professionen krävs för att effektivisera kunskapssökning samt att arbetsgivare behöver få en ökad medvetenhet om distriktssköterskors behov av professionell kompetensutveckling.

Abstract

Title: District nurse's approach for professional competence development in home care
- An interview study

Faculty: Health, Science and Technology

Course: Degree project - nursing, 15 ECTS

Authors: Katrin Walderot and Kristin Wästlund

Supervisor: Ingrid Rystedt

Examiner: Birgitta Bisholt

Examiner: Jan Nilsson

Pages: 33

Date for the examination: 2018-03-07

Key words: home care, professional competence development, district nurses, qualitative study, interview study

Introduction: District nurses who are working in home care are faced with increasingly advanced home care, as the current medical development is allowing more and more opportunities for patients. This development implies increasing demands on district nurses' skills and as a consequence, the need for further education increases. **Aim:** To describe district nurses' approach to developing their skills in home care. **Method:** The qualitative method content analysis has been applied in the study, where semistructured interviews were made with ten district nurses working in home care. **Results:** The study resulted in four categories: Searching for knowledge on their own, Collegial Learning, Knowledge through other healthcare providers and Education through the employer.

Conclusion: The result shows that district nurses take a large responsibility for their professional competence development. In order to ensure that patient safety is not compromised, district nurses seek knowledge on their own, they have no special time allocated for this during their working hours. District nurses need more time and resources for professional competence development during working hours, coordination within the profession is required to streamline knowledge search and employers need to gain increased awareness of district nurses' need for professional competence development.

Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	5
Professionell kompetens	5
Professionell kompetensutveckling	6
Hemsjukvård.....	7
Tidigare forskning.....	8
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys.....	10
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	13
Eget sökande efter kunskap	14
Kollegialt lärande.....	15
Kunskap genom andra vårdgivare	17
Utbildas via arbetsgivaren	18
Diskussion	20
Resultat diskussion	20
Metoddiskussion	23
Förslag på fortsatt forskning	24
Klinisk relevans	25
Konklusion.....	25
Referenser	26
Bilagor	
Bilaga 1 Information till verksamhetschef och enhetschef	
Bilaga 2 Tillstånd för genomförande av examensarbete	
Bilaga 3 Information till deltagare	
Bilaga 4 Samtyckesblankett	
Bilaga 5 Intervjuguide	

Inledning

En förutsättning för god och säker vård är att distriktssköterskorna är välutbildade och har den kompetens som krävs i vårdarbetet (WHO 2017). Patienters allt mer komplexa och varierade medicinska och omvårdnadsbehov gör att hälso- och sjukvårdspersonal ställs inför omfattande kompetens utmaningar i framtiden (Meretoja & Koponen 2012). Under de kommande 20 åren i Sverige förväntas antalet personer som är 80 år och äldre öka med 76 procent jämfört med de senaste 20 åren då ökningen varit endast 21 procent. Denna ökning innebär att fler personer kommer att behöva kommunal hälso- och sjukvård och därmed ökar behovet av vårdpersonal kraftigt (SOU 2017:21). Ökningen av antal äldre, den medicintekniska utvecklingen och nya behandlingsmetoder ställer högre krav på vårdpersonalens och distriktssköterskans kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården. Distriktssköterskan ansvarar för omvårdnaden av patienterna och ska leda annan vårdpersonal i omvårdnadsarbetet, vilket ställer ytterligare krav på deras kompetens (SOU 2011:55; SOU 2017:21). Det innebär att omfattande utbildningsinsatser behöver komma till, vilket arbetsgivare har ett ansvar för likväl som den enskilda distriktssköterskan. Staten och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att skapa grundläggande förutsättningar för en god kompetensförsörjning (WHO 2017; SOU 2017:21). I föreliggande studie finns intresset av att beskriva hur distriktssköterskor i hemsjukvården går tillväga för att utveckla sin kompetens.

Bakgrund

Professionell kompetens

Kompetens beskrivs på många olika vis inom litteraturen. Kompetens definieras som förmågan att tillämpa kunskap och färdigheter för att kunna utföra en uppgift med önskvärt resultat (Meretoja et al. 2004). Ellström (1992) beskriver vidare två aspekter av kompetens, den formella och reella. Den formella kompetensen beskrivs som den kompetens som är dokumenterad i form av betyg, certifikat, legitimation etcetera medan den reella handlar om en generell kompetens som personen samlat på sig genom kunskap och erfarenheter genom livet som kan omsättas i handling i olika sammanhang. Grundläggande kompetens utvecklas till professionell kompetens då utövaren kan omsätta kunskaper, färdigheter och beteende i praktiken genom ökad självförtroende och erfarenhet (Yoon & Compton 2017). Bentlig och Jonsson (2010) menar vidare att professionell kompetens är unik inlärdd kunskap som vilar på en vetenskaplig grund, för detta krävs lång högre utbildning och innebär ett tydligt kompetensområde.

För att utöva distriktssköterskeyrket krävs en godkänd legitimation eller särskild behörighet. En del av kompetensen lärs in genom formell utbildning, en annan kräver ett kritiskt och reflekterande förhållningssätt över det praktiska arbetet där kunskapen baseras på teoretiska och vetenskapliga argument. Distriktssköterskans kompetens syftar till att främja och skydda befolkningens hälsa och det kliniska arbetet utgår från både omvårdnads- och folkhälsovetenskap medan den praktiska kunskapen baseras på arbetserfarenhet från verksamhetsområdet (WHO 2010; Swider et al. 2013).

Inom hemsjukvården är det distriktssköterskan som har ett övergripande ansvar för omvårdnaden och det ställs därför höga krav på gedigen kunskap om hälsa och ohälsa ur ett livsperspektiv, för att främja hälsa och att kunna arbeta självständigt (Karlsson et al. 2006; Ainalem et al. 2007). Distriktssköterskan ska kunna samtala och samarbeta med patienter, deras närstående samt vårdpersonal inom olika professioner. Det krävs även att distriktssköterskan har medicinskt- och tekniskt kunnande samt innehar avancerade omvårdnadsfärdigheter (Leksell & Lepp 2013). Distriktssköterskorna själva framhåller i Karlsson et al (2006) att det unika är den breda kompetensen med en helhetssyn vid vård i hemmet och med en förståelse för patientens och anhörigas situation.

Professionell kompetensutveckling

Kompetensutveckling definieras enligt Kock (2010) som åtgärder en organisation använder sig av för att påverka utbudet av kompetens inom den egna verksamheten. Åtgärderna syftar till att ge individen nya kunskaper och beskrivs som en överförings- eller tillägnelseprocess där individens kunskapsbehov står i centrum. Genom att förse medarbetare med lämpliga kunskaper i form av ett formellt lärande ökar förutsättningarna för att aktuella eller kommande arbetsuppgifter utförs på ett bättre sätt. Ett informellt lärande kan uppkomma genom att medarbetaren stöter på problem i det dagliga arbetet och ett lärande uppstår då vid hantering och lösning av det uppkomna problemet (Ellström 2004). Ellström beskriver även att det formella lärandet ökar förmågan att tillgodogöra sig informellt lärande.

Kompetensförsörjning avser en process som utförs i en organisation för att fortlöpande säkerställa att rätt kompetens uppnås och för att därigenom kunna nå verksamhetens mål och tillgodose verksamhetens behov (Socialstyrelsen 2013). Distriktssköterskor i hemsjukvård bör ha en bred kompetens som utvecklas och fördjupas utifrån specifika behov hos befolkningen. Detta medför att det ställs högre krav på kompetens och kompetensutveckling (Nilsson et al. 2008). Kompetensförsörjning ska på kort och lång sikt leda till att attrahera, rekrytera, introducera, behålla och utveckla medarbetare med rätt kompetens (Nilsson et al., 2011).

Kompetensutveckling kan främjas och tillgodoses på olika sätt, genom exempelvis informell muntlig kompetensutveckling vilket ofta används då arbetskollaborerar delar ny kunskap med varandra (Bahn 2007). Praestgaard et al. (2013) framhåller i en studie att genom att undervisa varandra i mindre grupper och att reflektera tillsammans i grupp kan den professionella kompetensen stärkas och därmed bidra till ett ökat engagemang i utvecklingen av omvårdnaden på arbetsplatsen. Distriktssköterskor har vidare ett eget ansvar att söka, kritiskt granska och använda sig av relevant kunskap och forskningsresultat samt ha beredskap för ett livslångt lärande (Svensk sjuksköterskeförening 2008). Kompetensutveckling främjar patientsäkerheten, skapar trygghet och säkerhet i yrket samt verkar främjande för en god klinisk omvårdnad (Bramley 2006).

Motivation till kompetensutveckling varierar mycket från person till person, exempelvis kan det finnas en rädsla att inte hänga med i vårdutvecklingen, eller att vara stärkt i den

professionella yrkesrollen efter genomgången kompetensutvecklande aktivitet med mera. Ålder och år i yrket visade sig vara av mindre betydelse för behovet av kompetensutveckling, utan det handlar mer om attityden till arbetet. (Pool et al. 2013). Vidare visade Banning (2008) att arbetsmoralen minskar om inte kompetensutvecklingen ges under arbetstid. Även andra faktorer kan bidra till negativa upplevelser bland vårdpersonalen då kompetensutvecklingen genomförts, såsom att inte ges den uppskattning som förväntas i form av höjd lön samt bristande stöd från chefer och kollegor (Bahn 2007; Banning 2008; Häggström et al. 2010; Lee 2011). Hinder till kompetensutveckling kan vara brist på tid, ekonomiskt stöd, svårigheter att få vikarie samt omedvetenhet om möjligheter till kompetensutveckling (Praestgaard et al. 2013; Cooper et al., 2016).

Hemsjukvård

Socialstyrelsen (2008) definierar hemsjukvård som den hälso- och sjukvård som utförs i patientens bostad, under dygnets alla timmar och ger möjlighet till medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och samverkan. Vården ges av legitimerad personal, dock inte läkare, samt vårdpersonal som har delegerats av legitimerad personal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) för att utföra vissa hälso- och sjukvårdsinsatser. Vården ska ges sammanhängande över tid och skiljer sig från öppen hälso- och sjukvård som är av tillfällig karaktär. De insatser och åtgärder som ges inom hemsjukvården ska ha föregåtts av en vård- och omsorgsplanering (Socialstyrelsen 2008). Hemsjukvård syftar till att skapa trygghet och ökad autonomi för patienten men för det krävs tillräckliga kunskaper hos personalen (Josefsson 2009).

Den allt mer avancerade hemsjukvården lägger ett tungt ansvar på distriktssköterskan att fatta medicinska beslut och lösa akuta situationer. Distriktssköterskor upplever svårigheter i att fatta självständiga beslut på grund av rädsla att fatta felaktiga beslut eller för att bli anmälda för något som de inte sett eller förstått. Arbetet kräver engagemang av distriktssköterskorna och det ständiga beslutsfattandet tar mycket energi. För att ha en känsla av kontroll över arbetet och planeringen beskriver distriktssköterskorna vikten av att ha kollegialt stöd och kontinuitet (Karlsson et al (2006).

En studie av Karlstedt et al. (2015) har visat att professionell kompetens är den enskilt viktigaste faktorn för att säkerställa patientsäkerhet och trygghet inom hemsjukvård. Trots detta varierar nivån på utbildning inom kommunens sjuksköterskor idag kraftigt. Enligt Socialstyrelsens är endast 1,6 procent specialistutbildade av samtliga sjuksköterskor verksamma inom äldreomsorg (Socialstyrelsen 2012). Om inte den professionella kompetensen upprätthålls finns risk att en säker hemsjukvård inte kan garanteras och därmed äventyras en säker vård för patienten (Josefsson 2009). Kompetensbrist har visats vara en betydande orsak till missförhållande inom vård och omsorg och var femte Lex Maria anmälning kan knytas till brist på kompetens (IVO 2016).

Tidigare forskning

Distriktssköterskor beskriver ett behov av mer kompetensutveckling i form av utbildning inom läkemedel, palliativ- och demensvård, medicinsk kunskap inom akutsjukvård, och läkemedelsförskrivning (Karlstedt et al. (2015). Det är inte ovanligt att distriktssköterskorna bedriver sin kompetensutveckling på fritiden utan ekonomisk ersättning (Flöjt et al, 2014; From et al 2013). Forskning har visat att kompetensutveckling spelar en viktig roll då det bidrar till säkerhet och självständighet hos distriktssköterskorna som arbetar i hemsjukvård. Det har påvisats att ökad kompetens bidrar till patientens ökade välbefinnande och överlevnad samt förbättrade hälsan hos distriktssköterskorna och minskade risken för utbrändhet (McHuge 2013). Trots detta saknas strategier för kompetensutveckling inom kommunerna (Flöjt et al 2014). För att klara av att uppnå framtidens krav behöver distriktssköterskor som dagligen arbetar med omvårdnad av svårt sjuka människor i hemmen tydlighet och en plan för hur kompetenskraven ska tillgodoses.

Problemformulering

Allt fler äldre och multisjuka personer med omfattande omvårdnadsbehov vårdas idag inom hemsjukvården. Distriktssköterskor i hemsjukvården arbetar självständigt och har omvårdnadsansvar för patienter och leder dessutom vårdande personal i det dagliga omvårdnadsarbetet. Distriktssköterskor behöver därför professionell kompetens som motsvarar de krav som ställs inom vården och dagens allt mer avancerade hemsjukvård. I forskningen saknas beskrivningar av hur distriktssköterskan går tillväga för att utveckla den professionella kompetens som krävs för att utföra det dagliga arbetet inom hemsjukvården. Studien är angelägen att genomföra för att öka förståelsen och kunskapen om distriktssköterskors tillvägagångssätt att tillgodose sitt kompetensbehov inom hemsjukvården.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att utveckla sin professionella kompetens inom hemsjukvården.

Metod

Design

Föreliggande studie är en empirisk studie med kvalitativ design. Kvalitativ forskningsintervju har använts som metod för att beskriva distriktssköterskors levda erfarenheter av professionell kompetensutveckling (Henricson & Billhult 2012). Den här metoden används med fördel för syftet att se hur människor uppfattar ett fenomen eller situation (Graneheim & Lundman 2004). I den kvalitativa designen går forskaren in förutsättningslöst och reflekterar över de egna erfarenheterna och den egna förståelsen (Polit & Beck 2016).

Urval

Studien baserades på intervjuer med distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård i mellersta Sverige. I studien ingick tio distriktssköterskor varav nio kvinnor och en man. Distriktssköterskornas ålder varierade mellan 36 - 65 år (m=53 år). Arbetslivserfarenhet som distriktssköterska varierade från 4 - 26 år (m=13 år). Av distriktssköterskorna arbetade tre stycken på landsbygden, fem stycken i innerstaden och två arbetade både på landsbygd och i innerstad.

Ett strategiskt urval genomfördes för att få en så bred och varierad kunskap som möjligt inom området (Danielsson 2012). Inklusionskriterier för medverkan var att distriktssköterskorna skulle ha arbetat minst tre år inom kommunal hemsjukvård. Denna inklusionskriterie valdes för att distriktssköterskorna skulle ha erfarenhet av yrket. Exklusionskriterierna var distriktssköterskor med erfarenhet från kommunal hemsjukvård, men som inte arbetat inom hemsjukvård under de senaste åren.

Urvalet genomfördes i fyra steg. I första steget tillfrågades verksamhetscheferna inom hemsjukvården i fyra kommuner om tillstånd för intervjuer (Bilaga 1).

I steg två tillfrågades enhetscheferna inom hemsjukvården om godkännande för distriktssköterskorna att delta i intervjun (Bilaga 2) samt ombads att ge förslag på distriktssköterskor som lämpade sig att delta i intervjun utifrån inklusions- och exklusionskriterier.

I tredje steget kontaktades distriktssköterskor via mail och gavs skriftlig information om studien och dess syfte (Bilaga 3). Slutligen kontaktades de valda distriktssköterskorna som visat intresse för att delta i intervjun via telefon och då för att bestämma tid och plats för intervjun. Informerat samtycke inhämtades i samband med att intervjun genomfördes.

Datainsamling

Då syftet var att identifiera, beskriva och förstå, distriktssköterskors tillvägagångssätt för att utveckla sin kompetens inom hemsjukvården, användes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod (Polit & Beck 2016). Semistrukturerade frågor möjliggjorde för distriktssköterskorna att tala fritt och beskriva sina erfarenheter och upplevelser med egna ord. Frågorna hade öppna svarsmöjligheter och på så vis skapades

möjlighet för att uppnå en bredare syn (Kvale & Brinkmann 2009; Polit & Beck 2016). Enligt Danielsson (2012) kan en intervjuguide med fördel användas för att ge alla deltagare samma utgångspunkt och fokus under intervjun.

Frågorna i intervjuguiden (Bilaga 5) konstruerades utifrån studiens syfte som därefter granskades och godkändes av handledare innan intervjuerna påbörjades. De inledande frågorna beskrev distriktssköterskornas bakgrundsdata i form av ålder, kön, arbetslivserfarenhet och nuvarande arbetsplats. Därefter följde sex frågor som handlade om distriktssköterskornas professionella kompetens och kompetensutveckling. Följfrågor ställdes utifrån vad distriktssköterskorna berättade. Syftet med dessa var att fördjupa eller förtydliga de svar som gavs.

Två provintervjuer genomfördes för att pröva intervjufrågorna och för att öva på intervjuteknik. Ingen förändring genomfördes av intervjufrågorna, varför även provintervjuerna ingick i studiens resultat. Intervjuerna genomfördes under oktober år 2017. Varje intervju varade mellan 18-36 minuter och genomfördes under arbetstid på distriktssköterskornas arbetsplats, efter att de tillfrågats om önskemål om tid och rum. Alla intervjuer spelades in och transkriberades därefter ordagrant vilket innebar att exempelvis pauser, tvekan eller skratt noterades. Transkriberingen av intervjuerna genomfördes i så nära anslutning till intervjun som möjligt för att få möjlighet till analys av intervjuteknik och för att förbättringar skulle kunna göras till nästa tillfälle. Det transkriberade materialet avidentifierades genom att varje intervju numrerades med en siffra.

Dataanalys

Intervjuerna i studien analyserades med hjälp av innehållsanalys som är en ofta använd analysmetod inom omvårdnadsforskning, då den erbjuder forskarna en flexibel och praktisk metod för att kunna utveckla och fördjupa kunskap om mänskliga erfarenheter (Hsieh & Shannon 2005). I dataanalysen användes en modifierad variant av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys med en induktiv ansats som innebär en förutsättningslös analys av texter som baserats på beskrivningar av upplevelser av fenomenet som studeras. Den kvalitativa innehållsanalysen kan delas in i två delar, den manifesta delen som beskriver det som sagts och det uppenbara textinnehållet, och den latent delen som är en tolkning av texten, det utsagda och det som står mellan raderna. I den här studien har enbart den manifesta innehållsanalysen använts. Insamlad data har analyserats efter stegen i Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys.

I första steget lästes intervjuerna, betraktade som analysenheter, igenom ett flertal gånger för att bli bekanta med texten och förstå innebörden av de sagda orden. I steg två markerades meningsbärande enheter i texten. Den text som inte motsvarade studiens syfte uteslöts då.

I steg tre kondenserades enheterna till en kortare mer lättöverskådlig text men utan att kärninnehållet förvanskades eller att något väsentligt försvann.

I steg fyra kodades de kondenserade enheterna med en "etikett" för att lyftas till en högre logisk nivå. Syftet var att förstå vilka delar i texten som innehöll likheter och

olikheter för att sedan underlätta i nästa steg då koderna i steg fem skulle sorteras in i fyra kategorier. Under analysprocessen gick arbetet fram och tillbaka mellan de olika stegen tills slutligen en förståelse uppnåddes av fenomenet som helhet (Graneheim & Lundman 2004). Här nedan följer ett utdrag ur analysprocessen (Figur 1).

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori
då börjar jag med å googla...vårdhandboken är ju bra..för då ser man ju exakt hur det...hur det ska va om det är några särskilda rutiner kring vissa saker (Intervju D9).	Jag börjar med att googla eller söka i vårdhandboken efter särskilda rutiner.	Söka på nätet	Eget sökande efter kunskap
Vi som jobbar har ju gjort annat och har olika kompetenser innan vi började inom hemsjukvården, och jag tycker vi är jätteduktiga att dela med oss av kompetenserna (Intervju D1).	Vi har olika kompetenser innan vi började i hemsjukvården och vi delar med oss av kompetenserna	Dela sin kompetens	Kollegialt lärande

Figur 1. Utdrag ur analysprocessen

Forskningsetiska överväganden

Under studien har reflektioner skett och etiska riktlinjer har följts (Kjellström 2012) Inom omvårdnadsforskningen finns ett humanistiskt fokus som utgår från fyra grundprinciper: om autonomi, om att göra gott ,om att inte skada samt om rättvisa. Autonomiprincipen uppfylls då all forskning är frivillig och genomförs med individens fulla och informerade samtycke. Forskningen ska bygga på respekt för deltagarnas värdighet, integritet och sårbarhet. Deltagarna äger rätten att när som helst dra sig ur forskningsprojektet utan att behöva ange skäl för detta. Forskningsdata ska avidentifieras för att inte deltagarna ska kunna kännas igen och allt material behandlas konfidentiellt. Principen om att göra gott syftar till att vara en potentiell nytta för omvårdnaden och de deltagare som ingår i studien. Den tredje principen att inte skada syftar till att de deltagare som ingår i studien inte får komma till skada. Den fjärde principen om rättvisa innebär att alla deltagare ska behandlas lika (NNF 2003)

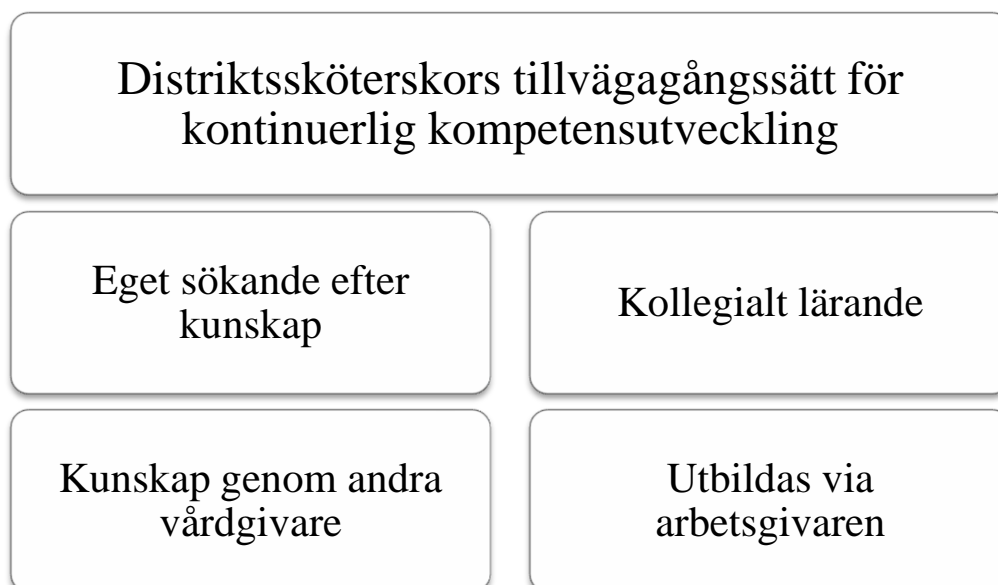
God forskningssed i enlighet med Northern Nurses Federations (NNF) innehåller vidare fyra huvudkrav på omvårdnadsforskning; informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet (2003). Informationskravet har tillämpats då alla distriktssköterskor gavs skriftlig och muntlig information om studien samt att den var frivillig. Efter varje intervju sammanfattades innehållet av författarna för att ge deltagarna möjlighet att ge

mer information, ändra eller rätta sina utsagor. Samtyckeskravet uppfylldes då samtycke inhämtats av samtliga distriktssköterskor. Distriktssköterskorna fick själva välja en miljö där intervjun skulle genomföras hållas samt bestämma tidpunkt.

Konfidentialitetskravet följdes då allt material behandlades som konfidentiellt och all data avkodades för att minska risken att obehöriga skulle kunna identifiera deltagarna. Materialet förvarades och behandlades så att obehöriga inte kunde ta del av det. Efter avslutat arbete raderades alla bandade intervjuer. Nyttjandekravet tillämpades då insamlade uppgifter endast har använts i forskningsändamål (NNF 2003).

Resultat

Resultatet presenteras i form av fyra kategorier; Eget sökande efter kunskap, Kollegialt lärande, Kunskap genom andra vårdgivare och Utbildas via arbetsgivaren. Den första kategorin beskriver hur distriktssköterskorna själva söker kunskap genom att läsa och studera. Den andra kategorin beskriver hur kunskap delas och att hur distriktssköterskorna lär av varandra. Den tredje kategorin handlar om hur distriktssköterskorna utvecklar sin kompetens genom att få råd och information från andra professioner och annan specialistkompetens. Slutligen beskrivs i den fjärde kategorin hur arbetsgivaren ordnar kompetensutveckling åt distriktssköterskorna. Kategorierna presenteras här nedan (Figur 2) och illustreras med hjälp av utdrag ur intervjuerna i form av citat.



Figur 2. Resultat kategorier

Eget sökande efter kunskap

Samtliga distriktssköterskor beskriver att de inhämtar ny kunskap genom att själva söka rätt på den information som de behöver i omvårdnadsarbetet. Distriktssköterskorna menar att det är kunskap de behöver för att kunna fatta svåra beslut och därigenom känna sig trygga i beslutsfattandet. De menar vidare att det är betydelsefullt att söka information. Det gör att de känner sig säkrare i yrkesutövningen och att det bidrar till att patienten kan känna större förtroende för dem.

...man är så ensam som distriktssköterska, eftersom vi inte har någon läkare eller någon med högre medicinsk kompetens på arbetsplatsen så man får helt enkelt lära att söka efter det man behöver (Intervju 1).

Distriktssköterskorna beskriver att kunskap söks på internet och i omvårdnads- eller fackliga tidskrifter. Flera distriktssköterskor framhåller att dessa tidskrifter innehåller intressant läsning som är användbar inom yrkesutövningen. Genom att ta del av innehållet i tidskrifterna håller de sig á jour med vad som är på gång inom olika områden. De flesta distriktssköterskorna berättar att de använder internet för att söka kunskap och det blir då ett lärande som de sköter på egen hand. De menar att detta bidrar till att de utvecklar sin kompetens inom yrket. Flertalet distriktssköterskor beskriver att internet är en guldgruva. De vill lära sig nya saker hela tiden och då blir detta den snabbaste vägen att söka kunskap.

för det mesta så..det ä ju internet tyvärr..men det är ju en guldgruva..för mig för jag vill lära saker hela tiden, å förstå å..för det händer så mycket hela tiden (Intervju 8).

Distriktssköterskorna beskriver att de använder sig av på internet, då bland annat Google, vårdhandboken och FASS. Sökmotorn Google används för generella sökningar om exempelvis sjukdomar och vårdprogram. Vårdhandboken används för att lära sig om hur olika rutiner utförs och FASS används för att lära sig specifika läkemedelsfrågor.

Sen är det ju klart att jag känner varje dag att det här kan inte jag. Då får man googla eller söka kunskap den vägen (Intervju 4).

Distriktssköterskorna beskriver att det kan vara tidskrävande att söka på internet. Flera framhåller att de yngre distriktssköterskorna kanske är mer insatta i att söka via internet och har därför lättare för att använda dessa medier för att lära sig nya saker. Någon av de yngre distriktssköterskorna bekräftar ovanstående och anser att det är den snabbaste vägen för att söka kunskap och att lära sig olika delar som ingår i yrkesutövandet.

Samtliga deltagare påtalar brist på tid för att söka kunskap på egen hand. De flesta distriktssköterskorna uppger att det är svårt att hinna söka och läsa under arbetstid, eftersom det inte ryms inom deras tidsram för omvårdnadsarbetet. Genom att hela tiden vara tillgänglig under arbetsdagen för patienter, närstående och övrig personal är det svårt att hinna med att söka kunskap.

Till viss del kan man även hitta informationen på arbetstid men ofta är det som så att tiden finns inte (Intervju 3).

Flera deltagare gav uttryck för en form av skuld känsla för att de söker kunskap på fritiden. De beskriver det som att det hör till deras vetgiriga personlighet och att det ligger i deras eget intresse att lära sig mer.

Annars så får man söka information på nätet. Det gör jag ofta nattetid. [...] jag vaknar på nätterna...då kanske jag kommer på att det här vill jag veta mer om, jo men då läser jag om det [...] jag är ju nyfiken....Ja till viss del kan man även hitta informationen på arbetstid men ofta är det som så att tiden finns inte. Så det ligger i mitt eget intresse att jag vill faktiskt lära mig mer (Intervju 3).

Pensionsåldern uppges vara ett hinder för att söka kunskap och lära sig mer. Anledningen som gavs var att orken och drivet inte fanns som tidigare och det var svårare att lära sig nya saker.

Jag är ju inte lika driven som tidigare och jag har inte den orken. Jag vet att jag ska sluta om några år och jag tror att jag omedvetet trappar ner. För jag märker att jag har svårare att ta till mig nya grejer (Intervju 4).

Kollegialt lärande

Distriktssköterskorna beskriver att de delar med sig av sina kunskaper och lär sig av varandra. Genom att använda dialogen som ett verktyg för att dela kunskap kan lärande uppstå. Vid problem och frågor som uppstår under arbetstiden väljer samtliga ofta att i första hand kontakta en kollega. Flertalet distriktssköterskor frågar oftast en äldre eller mer erfaren kollega. En distriktssköterska uttrycker att det är den snabbaste vägen att höja sin professionella kompetens. Nyanställda distriktssköterskor uppmanas också att ringa och fråga kollegor när de behöver lära sig mer. De erfarna distriktssköterskorna fungerar då som mentorer. Någon distriktssköterska blir glad av om en kollega hör av sig och efterfrågar mer kunskap. Det sågs som en styrka att våga ta hjälp av varandra och att inse sina egna begränsningar.

fråga kollega...snabbaste vägen för kompetensutveckling...jag brukar fråga någon äldre kollega, alla här är väldigt bra (Intervju 10).

Patientfall används ofta som en metod för att lära sig saker tillsammans. Flera distriktssköterskor beskriver hur de under morgonmötet lyfter fram olika problem som

de möter i omvårdnadsarbetet. De menar att de lär sig mycket genom att delge varandra hur de löser olika problem. Ibland är de inte alltid överens om hur det ska lösas, men även det anser de är ett lärande.

...sedan är det det kollegiala arbetet att man bollar med varandra, du är bra på det och jag på det. Tillsammans blir det oftast väldigt bra. Sen kan det ju vara väldigt mycket olika åsikter (Intervju 4).

I en kommun är det en liten grupp av kollegor som arbetar i nära anslutning till varandra och därmed kan föra en ständig dialog. Detta ses som en fördel då de därför kan diskutera problem direkt när något inträffar.

Vi är en liten grupp.. och väldigt tajt..och det tror jag i sig gör väldigt mycket...vi diskuterar mycket på kaffet och så allmänt, det är ju en ständig pågående dialog (Intervju 9).

Några distriktssköterskor i studien som arbetar ensamma långt ifrån kollegor, upplever sin situation som utsatt och saknar gemenskapen med kollegor.

...man var väldigt utsatt av att vara ensam så..det ä nog inte fel att ha den kollegiala kompetensutvecklingen om man säger..Trygghet...tror jag, mycket är väl att man delar med sig av information..och men samtidigt mycke att man stärker varandra och så, kanske i att man gör rätt i eller inte rätt, det kan va både och där (Intervju 9).

Genom att hämta stöd av sina kollegor säger distriktssköterskor att de klarar utföra uppgifter som de annars inte skulle ha varit säkra på att klara av. Ett sätt att stötta varandra är att följa med t.ex. vid ny teknisk apparatur eller att bedöma ett sår tillsammans. Då de ofta vet om varandras speciella kompetensområden så vet de vem de ska fråga om råd och stöd i olika situationer.

Om nån kommer hem med någon ja..nån mer teknisk apparat..sårpump eller så..kan vi följa med varann (Intervju 6).

Flertalet av distriktssköterskorna anser att det är viktigt att det finns kollegor med olika kunskaper och kompetenser inom en arbetsgrupp. Detta eftersom det ses som en resurs i omvårdnadsarbetet och en förutsättning för kollegialt lärande.

...viktigt att vi har olika kompetenser på olika ställen så vi kan ta del av varann... (Intervju 7).

Flera av distriktssköterskorna beskriver att när de deltagit i utbildning eller varit på föreläsningar är det deras ansvar att delge sina kollegor om det de har lärt sig. Detta kan ske under olika mötesformer.

Om jag skulle skickas på en utbildningsdag så har ju jag ett ansvar att delge det till mina kollegor, oftast så är det ju på stormöte man ska göra det (Intervju 7).

Kunskap genom andra vårdgivare

Distriktssköterskorna beskriver att de ibland måste ta kontakt med andra vårdgivare för att få råd och ny kunskap. När en vårdtagare kommer hem från sjukhus och distriktssköterskor förväntas utföra en arbetsuppgift som känns oklar, exempelvis som inkluderar olika pumpar, ett speciellt sår eller något läkemedel som ska ges på ett speciellt sätt, så kontaktas ibland den avdelning inom slutenvården som vårdtagaren har vistats på för rådgivning.

...kanske har nån speciell sårpump eller..någon annan form av läkemedel som ska ges på något speciellt sätt och så ska vi förväntas kunna det, så är det ju alltid... det här är ju så brett på nåt vis... man ringer tillbaka till avdelningen... men då får man ju oftast råd (Intervju 6).

Distriktssköterskorna beskriver att de ibland behöver ta kontakt med personer som har en högre eller en mer specialiserad utbildning eller kompetens. Det kan röra sig om kontakt med en läkare på vårdcentral, medicinskt ansvarig sjuksköterska eller specialistjuksköterskor. Svårbehandlade sår är ett sådant område. Då brukar distriktssköterskorna söka råd från hudmottagningen eller från specialiserade kollegor på vårdcentral och sjukhus.

...för jag kan alltid ta reda på genom att kontakta den som är specialist på just det området... är det nånting med sår så kontaktar jag hud (Intervju 7).

Vid akuta fall kan distriktssköterskorna behöva rådfråga jourläkare, kontakta akutmottagning eller ringa 112 för råd.

...jag har till och med faktiskt stått ute på vischan och ringt 112 själv för jag har inte vetat hur jag skulle göra...men det beror ju mest på situationen..det beror ju inte kanske inte så mycket på att jag inte fått fortbildning...nej men att jag känner så att det finns alltid någon människa att fråga alltid..i värsta fall kan man ringa 112 eller akuten..när du jobbar själv ute..alldeles ensam och det är mitt i natten till exempel (Intervju 8).

Vid komplexa patientfall som kräver mycket kunskap inom ett litet område rådfrågar distriktssköterskorna specialister inom området. Detta kan exempelvis ske när situationer upplevs svårbemästrade, skapar rädsla och osäkerhet och i syfte att få reda på det som behövs.

...då ringer jag vårdcentralen... eller så ringer jag den kompetens som det gäller på sjukhuset. De brukar vara mycket hjälpsamma (Intervju 5).

Om uppgiften eller situationen kräver mer praktisk kunskap uppger flertalet distriktssköterskor att studiebesök inom ett specialistområde på sjukhus är ett sätt att utveckla mer specialiserad kunskap. Det kan handla om att få kunskap om och att lära sig att hantera t.ex. en ny typ av infart eller läkemedelspump. Distriktssköterskorna beskriver att arbetsgivaren uppmuntrar och gett stöd för att skaffa sig kunskap via studiebesök.

...vi ringer till avdelningen och hör att nu kommer det hem en patient med Medline. Finns det någon möjlighet att komma dit vi, eller jag kan få komma dit och se hur ni byter åh ja... och så. Man får ju söka upp mycket kunskap själv beroende på vilket uppdrag som man får från Landstinget och så (Intervju 1).

Distriktssköterskorna framhåller att deras professionella kompetens utvecklas genom samarbete med olika specialistteam inom hemsjukvården. Distriktssköterskorna kan då ta del av läkares och sjuksköterskors kunskaper direkt på plats hos patienten genom diskussion och samverkan. Känslan av att ha ett bra team bakom sig skapar trygghet för att klara av avancerad hemsjukvård. Kontakten med teamet möjliggör att distriktssköterskorna klarar av att vårda svårt sjuka patienter såsom barn och palliativa patienter i hemmet.

Palliativa teamet, kan ju ge möjlighet till ge nya inputs hela tiden hur man kan göra det på ett bättre sätt nästa gång om man inte lyckades så bra den här gången (Intervju 3).

Utbildas via arbetsgivaren

Distriktssköterskorna beskriver att de brukar erbjudas utbildning av arbetsgivaren när nyheter införs i kommunen som exempelvis nya bedömningsinstrument, datasystem, rutiner eller utbildning i telefonrådgivning. Flertalet distriktssköterskor uttrycker att de erbjuds årlig utbildning av arbetsgivaren då det gäller läkemedel och forskrivningsrätt.

Nu ska vi ha telefonrådgivning en halvdag så det är ju vad kommunen..liksom kommer fram med (Intervju 6).

Flera distriktssköterskor påtalar att det ges möjlighet att anmäla sig till föreläsningar och även möjlighet att få gå på kortare utbildningar någon gång per år. Utbildningar ges exempelvis inom sårvård och palliativ vård samt även önskade ämnen som hjärtsvikt och diabetes.

Det finns möjligheter för hela sjuksköterskegruppen inom olika områden och då är det inte kopplat till forskrivningsrätten utan då kan det vara olika större teman såsom hjärtsvikt (Intervju 3).

De distriktssköterskor som verkade långt från centralorten anser att möjligheterna till att delta i utbildningar är begränsade. Möjlighet fanns då att hyra in föreläsare eller att få information om något/från någon i samband med arbetsplatsträffar. Halvdags utbildningar erbjuds ofta för att skapa förutsättningar för att så många som möjligt ska kunna delta vid varje tillfälle. Men enligt flera distriktssköterskor skapas istället en ökad arbetsbelastning för de som är kvar på arbetsplatsen och mycket arbete är kvar efter utbildningen.

...nu ska man gå halvdagar och vi gå så många som möjligt och då blir bemanningen väldigt låg och då får man prioritera sitt arbete därefter och när du kommer tillbaka har du oftast allting kvar (Intervju 4).

Tidsbrist, ekonomi och svårigheter att få vikarie är den mest framträdande orsakerna till att distriktssköterskorna inte kan gå på utbildningar som erbjuds. Ett flertal distriktssköterskor uppger att utbildningarna sällan är kompetensutvecklande då informationen som ges ofta upprepas från gång till annan. En distriktssköterska anmäler sig alltid till kurser, eftersom det anses vara värdefullt att utbilda sig. Det finns dock inte alltid möjlighet att delta, i och med att verksamheten alltid måste gå före.

Då har vi inte kunnat gå och då säger vår chef att verksamheten måste gå före utbildning men är det lugnt får vi självklart gå (Intervju 1).

Flera distriktssköterskor uttrycker att deras chefer uppmuntrar till utbildning. Ett flertal av de mest erfarna distriktssköterskor upplever dock att arbetsgivaren inte tillhandahåller någon kompetensutveckling alls. Samtliga distriktssköterskor efterfrågar mer utbildning från arbetsgivaren.

Ett önskemål skulle ju va att vi fick mer kompetensutveckling av kommunen..för man stagnerar ju helt klart (Intervju 6).

Diskussion

Syftet med studien var att beskriva tillvägagångssätt distriktssköterskor inom hemsjukvården använder sig av för att utveckla sin professionella kompetens. Distriktssköterskorna söker självständigt kunskap från litteratur och internet, men de har ingen särskild tid avsatt för att göra detta under arbetsdagen. Desto viktigare att det går snabbt att söka den kunskap som krävs för att utföra en arbetsuppgift på ett korrekt sätt. Distriktssköterskor samarbetar och lär av varandra genom diskussion och rådfrågning. Genom att ta del av sina kollegors kunskap och erfarenheter sker fördjupning och höjning av den enskilda distriktssköterskans kompetens. Vid behov av kunskap inom specialistområden vände sig distriktssköterskorna till verksamheter där den önskade kompetensen fanns. Distriktssköterskorna i hemsjukvård arbetar självständigt och tar stort ansvar för patienter. För många blir jobbet också ensamt. Därför finns det även ett behov att konsultera läkare för korrekt vård och behandling. Distriktssköterskorna erbjuds utbildning av arbetsgivare i olika omfattning men efterfrågan av omvårdnadsrelaterad utbildning är stor. Flera distriktssköterskor ger uttryck för en form av skuld känsla över att själva behöva söka den kunskap som krävs.

Resultat diskussion

Resultatet visade att distriktssköterskorna använder sig av olika tillvägagångssätt i olika situationer för att utveckla sin kompetens. Sökandet efter kunskap skedde på grund av distriktssköterskors behov av att känna trygghet när beslut ska fattas och när omvårdnadsåtgärder ska genomföras. Detta överensstämmer med Josefsson och Peltonens (2015) forskningsstudie i vilken distriktssköterskorna inom hemsjukvård upplevde att patientansvaret ofta är alltför omfattande och att de många gånger måste förlita sig på sin egen kompetens.

Att själv söka kunskap beskrivs som tidskrävande, på bekostnad av tid som inte alltid finns i det dagliga arbetet. Internet anges som en vanlig källa till information och genom att läsa på i vårdhandboken, FASS och att googla på olika vårdprogram, ansåg distriktssköterskorna att de höjde sin kompetens. Detta påvisades även i den utredning som genomfördes i samarbete med bland annat vårdförbundet som beskriver hur landstingen och sjukvårdsregionerna bedriver arbete med kunskapsstöd och kunskapsstyrning där medlemmar tillfrågades hur kunskap sökes (SOU 2017:48). Vården ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) vara jämlik och god men det finns risk att detta inte uppfylls då det är upp till varje enskild distriktssköterska att skaffa den kunskap som behövs. Att googla är tidskrävande och information blandas med osäkra källor (Engin Bozdog & van den Hoven 2015). Dahl och Clancy (2015) menar att kombinationen med tidspress och användandet av icke evidensbaserad information kan leda till bristande klinisk bedömning. Den allt mer avancerade omvårdnaden leder till att mindre marginaler finns för distriktssköterskorna att själva söka den kunskap som arbetet kräver för att säkerställa en jämlik och säker hemsjukvård. Studien av Boström et al (2009) visar att större delen av distriktssköterskorna var positivt inställda till att använda forskning i sitt arbete men att endast en tredjedel av distriktssköterskorna inom den kommunala vården hade tillgång

till forskningsresultat på sin arbetsplats. I föreliggande studie ligger det till stor del i distriktssköterskornas eget intresse att uppsöka kunskap men denna söks då via sidor på internet som google eller vårdhandboken. Detta kan jämföras med personal som arbetar på sjukhus där samtliga har tillgång till forskningsresultat i form av access till databaser (Wallin et al 2003). Genom att inte tillhandahålla tid, elektroniska resurser eller hjälp till informationssökning brister förutsättningarna för distriktssköterskor i hemsjukvård att ge patienten beprövad evidensbaserad vård. Dahlberg och Segersten (2013) menar att det professionella arbetet har sin grund i omvårdnads- och medicinsk vetenskap.

Vidare implementeras forskning lättare i omvårdnaden när resultaten diskuteras mellan kollegor inom samma profession (Boström et al. 2009). Distriktssköterskorna beskriver i föreliggande studie att kollegialt samarbete i form av utbyte av erfarenheter och kunskaper, diskussion och reflektion ger möjlighet till att utveckla kompetensen. Detta möjliggörs också av att sammansättningen i arbetsgruppen består av kollegor med olika kompetenser och erfarenheter. Detta överensstämmer med Pools (2015) studie som visade att organiserat lärande på arbetsplatsen är viktig för att hålla sig uppdaterad, höja kompetens och uppfylla de krav som finns. Vidare önskade distriktssköterskorna mer tid till professionella möten och reflektion med kollegor, vilket upplevdes som fördelaktigt för förmågan att hantera komplexa situationer och för förbättrade patientmöten (Skår 2010; Nygren Zotterman et al 2015). Socialstyrelsen (2018 b) menar att om kompetensutveckling i form av reflektion och utbildning prioriteras bort ökar risken för felbehandlingar och vårdskador. Kollegiala diskussioner värderades högt inom hemsjukvården speciellt då distriktssköterskor kan känna sig isolerade om samarbetet med läkare och annan vårdpersonal sviker (Pusa et al. 2015).

Om kompetensen inte återfinns inom den egna verksamheten vänder sig distriktssköterskorna till andra vårdgivare för rådgivning och stöd. Genom att rådfråga eller diskutera med exempelvis läkare och specialistsjuksköterskor utvecklar distriktssköterskorna sin egna kompetens. Detta resultat överensstämmer med en studie av Munck (2011) där distriktssköterskorna besökte avdelningar på sjukhuset för att lära sig medicinteknisk utrustning innan patientens hemgång. Distriktssköterskorna i Skårs studie ansåg att läkarna var en viktig källa till specialistkunskap (2010). I föreliggande studie framhölls specialistteam i slutenvården som viktiga för att utveckla kompetens och skapa förutsättningar för att klara av den allt mer avancerade vården. Även annan forskning har visat att ett ökat samarbete mellan primärvård och slutenvård kan leda till en förbättring av vårdkvaliteten (Rabie et al. 2017).

Till skillnad från Pool (2013) där resultatet visade att ålder hade mindre betydelse för behovet av kompetensutveckling visade Karlstedt et al (2015) att behovet av utbildning minskade med åldern. Mindre erfarna distriktssköterskor hade då ett ökat behov av utbildning och hade en större behållning av de utbildningstillfällen som erbjuds. Detta stämmer väl med föreliggande studie där nästintill alla distriktssköterskor efterfrågade mer kompetensutveckling men uttryckte även att drivkraften försämrades när pensionen närmade sig. I studiens resultat framkom att ett flertal av distriktssköterskorna ansåg att kvalitet på utbildning och föreläsningar ibland var bristfällig eller höll för låg nivå vilket orsakade att kompetensen inte utvecklades i nämnvärd utsträckning. När den kompetens som krävdes fanns och distriktssköterskorna tordes lita på sig själva, uppstod ett ökat

självförtroende och utmanande arbetsuppgifter upplevs som stimulerande (Munck et al. 2011).

Framtidens sjukvård är beroende av att det finns tillgång till rätt kompetens och möjligheter att vidareutveckla den befintliga kompetensen inom verksamheterna (Socialstyrelsen 2013). Distriktssköterskorna i studien av Boström et al. (2012) beskriver att det finns en farhåga att de av arbetsgivaren likställs allt mer med grundutbildade sjuksköterskor. Distriktssköterskor behöver utveckla sin kompetens för att yrkesrollen ska bli tydligare i relation till andra professioner. Föreliggande studie visar att arbetsgivaren erbjuder endast en typ av riktad kompetensutveckling för distriktssköterskor, det vill säga utbildning inom läkemedel och förskrivningsrätt, trots att de har specialistkompetens. Detta leder till att distriktssköterskorna får ta eget ansvar för att tillgodose det egna behovet av kompetensutveckling genom att själva söka kunskap eller gå på kurser. Detta tillvägagångssätt återkommer även i studien av Munck et al. (2011) där distriktssköterskor använde sig av egna studier för att tillgodose sitt kompetensbehov inom den avancerade hemsjukvården. Flera erfarna distriktssköterskor i föreliggande studie upplever att arbetsgivaren inte tillhandahåller någon form av kompetensutveckling utan att de själva får söka den kunskap som arbetet kräver.

Enligt HSL (2017:30) har arbetsgivaren ett ansvar att systematiskt och fortlöpande utveckla verksamheten så att kraven på god vård kan uppfyllas. Munck menar att distriktssköterskorna upplever en kombination av tidsbrist, ökad arbetsbörda och ökat ansvar för beslutsfattandet av den medicinska behandlingen, vilket skapade en osäkerhet och patientsäkerheten riskerade att äventyras (Munck et al. 2011). I föreliggande studie framkom att distriktssköterskor även upplever en form av skuld känsla eftersom de söker kunskap på fritiden. Detta görs i tron att de är ensamma om tillvägagångssättet och att det hör till ens personlighet att vara vetgirig och ha en vilja att lära sig mer. Att själv söka kunskap på fritiden ter sig i många fall vara ett sätt för att skapa trygghet och ge en patientsäker vård av god kvalitet. En arbetsplats med ett sämre ledarskap och lägre grad av utvecklingsmöjligheter leder till att arbetet känns mindre meningsfullt samt ett försämrat välbefinnande hos medarbetarna (Shütte et. al. 2014). Kollegor i en arbetsgrupp kan till viss del kompensera för varandras brister i kompetens men i det långa loppet tar det på personalens resurser vilket inte är hållbart i längden (Socialstyrelsen, 2018 a). Forskning visar att om kompetensutveckling tillhandahålls av arbetsgivaren ger det, framför allt de erfarna sjuksköterskorna, en känsla av att vara värdefulla för organisationen och de får då motivation att stanna kvar på arbetsplatsen (Gould et al. 2007; Tourangeau et al.2014). Idag uppger 9 av 10 arbetsgivare att de upplever brist på specialistsjuksköterskor, framförallt distriktssköterskor (SCB 2017). Genom att erbjuda förbättrade möjligheter till kompetensutveckling skulle kommunerna troligtvis kunna behålla och rekrytera nya distriktssköterskor i högre utsträckning. Detta vore angeläget då statistik visar att antalet distriktssköterskor i kommunerna minskar samtidigt som stora pensionsavgångar väntas inom de närmsta åren (Socialstyrelsen 2018 a).

Metoddiskussion

För att kunna beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att utveckla sin kompetens valdes kvalitativ design som syftar till att beskriva, förstå eller tolka deltagarnas upplevda erfarenhet av fenomenet. Kvalitativ metod var väl lämpad att använda i syfte att få förståelse för distriktssköterskornas erfarenheter genom att de då med egna ord berättade om sin kompetensutveckling (Polit & Beck 2016). I kvalitativa studier används ofta begreppen giltighet, tillförlitlighet, och överförbarhet. Författarna har applicerat dessa begrepp vid granskning av studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman 2004).

Enligt Graneheim och Lundman (2017) är det önskvärt att söka deltagare som har erfarenhet av de fenomen som ska studeras samt har så olik erfarenhet och bakgrund som möjligt för att skapa trovärdighet. Ett strategiskt urval gjordes för att få deltagare som hade erfarenheter av ämnet och för att få ta del av en så variationsrik och bred bakgrund som möjligt, så att studien skulle ge en så rik bild som möjligt av det studerade fenomenet. Nästintill alla som fick frågan om deltagande deltog i studien vilket kan tyda på ett behov att lyfta ämnet. Av de tio intervjuade distriktssköterskorna var endast en manlig. Resultatet skulle kunna ha blivit annorlunda med fler män i studien. Författarna märkte dock ingen skillnad i svaren mellan den man som intervjuades och hans kvinnliga kollegor då de använde samma tillvägagångssätt för att inhämtning av kunskap. Urvalet stämmer vidare med hur verkligheten ser ut inom hemsjukvården där männen endast utgör några procent av samtliga inom distriktssköteskeyrket (SCB 2010). En möjlig svaghet i studien var att övervägande delen distriktssköterskor var över 55 år. Om åldern hade varit mer spridd kunde en ökad variation funnits i det insamlade datamaterialet som analyserats. Anledningen till att inklusionskriteriet distriktssköterskor med minst tre års erfarenhet valdes var att få ta del av distriktssköterskornas erfarenheter och att de passerat det som Benner (2001) benämmer det novisa stadiet i kompetensutvecklingen.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes då det är en flexibel metod som fångar deltagarnas personliga synsätt och upplevelse. Genom att ställa öppna frågor skapades möjlighet för deltagarna att berätta så fritt som möjligt om det studerade området (Danielsson 2012). Deltagarna gav innehållsrika intervjuer vilket tyder på att frågorna i intervjuguiden var relevanta och tydliga. Intervjuguiden användes för att öka studiens tillförlitligheten och för att hålla rätt fokus under intervjuerna. Författarna saknade erfarenhet av att intervjua vilket troligen har varit en svaghet i studien. Genom att genomföra provintervjuer, använda en intervjuguide och sammanfatta intervjun för deltagarna för att säkerställa att svaret tolkats korrekt, kunde författarna dock öka studiens tillförlitlighet. Författarna saknade egen erfarenhet av arbetet inom hemsjukvården så när som på praktikperioder under utbildningen till sjuksköterska och distriktssköterska vilket har färgat förförståelsen. Författarna har dock eftersträvat att vara öppna och medvetna om sin förförståelse och interagerat med deltagarna för att inte påverka svaren. Detta för att stärka studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman 2017). Efter att de tio planerade intervjuerna genomförts ansågs mängden data räcka för att sammanställa ett resultat. Detta då författarna upptäckte att

distriktssköterskorna beskrev ett liknande tillvägagångssätt, oavsett vilken arbetsplats eller kommun de tillhörde.

Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys applicerades på insamlade data, därför att denna metod med fördel används för att stegvis analysera skriven eller verbal kommunikation, också med fokus på skillnader och likheter i materialet. Arbetet med att ta ut meningsbärande enheter gjordes enskilt men diskuterades sedan mellan båda författarna för att säkerställa att alla enheter motsvarade syftet. Diskussioner fördes även mellan författarna för att minska risken för enskilda subjektiva tolkningar. Slutligen analyserades de meningsbärande enheterna ett flertal gånger, vilket ledde fram till tidigare angivna kategorier. För att kontrollera rimligheten och tydligheten i dessa tog författarna också hjälp av handledare med omfattande omvårdnads kunskaper. På så vis stärktes studiens trovärdighet enligt Hsieh och Shannon (2005). Kategoriernas titlar fick ändras ett flertal gånger för att representera innehållet på bästa sätt. Innehållet kunde troligen ha analyserats ytterligare om tid funnits. Genom att presentera ett utdrag ur analysprocessen samt citat har författarna försökt skapa transparens till läsaren och stärka resultatets giltighet. Det är enligt Graneheim och Lundman (2017) viktigt för studiens trovärdighet att skilja på när det är deltagarna i studiens röst eller författarnas röst som skildras.

Studiens överförbarhet har ökat genom en tydlig beskrivning av arbetet under studiens gång såsom sammanhang, urval, datainsamling, en detaljerad redovisning av innehållsanalysens olika steg samt resultatet enligt Graneheim och Lundman (2017). Resultatet skulle troligen kunna vara överförbart på distriktssköterskor arbetande inom hemsjukvård i andra svenska kommuner då resultatet var i stort sett samstämmigt trots att deltagare från fyra olika kommuner ingick i studien. I studien har etiska riktlinjer och etiska ställningstagande varit ständigt närvarande, framför allt för att skydda deltagarnas konfidentialitet. Arbetsgivaren tillhandahöll namn på distriktssköterskor som stämde in på inklusionskriterierna men då det fanns få distriktssköterskor med tre års erfarenhet i kommunernas hemsjukvård, innebar detta en risk för igenkänning. Citat har valts ut med hänsyn till detta och resultatet har redovisats på ett sådant vis att ingen enskild distriktssköterska ska kunna identifieras.

Förslag på fortsatt forskning

Distriktssköterskor ställs ständigt inför nya situationer, förväntningar och krav, vilket kräver en bred och djup kompetens inom fältet. Detta kräver att ny kunskap ständigt söks. Det skulle därför vara intressant att undersöka arbetsgivares syn på distriktssköterskornas kompetensutveckling. Genom kvalitativ metod och enskilda intervjuer med verksamhetschefer skulle deras syn på distriktssköterskors behov av kompetensutveckling synliggöras. Detta område anses relevant att få mer kunskap om då det är arbetsgivarna som fattar beslut om distriktssköterskors möjligheter till kompetensutveckling.

Klinisk relevans

I föreliggande studie framgår att distriktssköterskor i hemsjukvård har behov av kontinuerlig kompetensutveckling. Genom en ökad medvetenhet om hur distriktssköterskor kontinuerligt söker kunskap och höjer sin kompetens kan metoder för kompetensutveckling utvecklas, förbättras och effektiviseras. Förbättrade metoder för kompetensutveckling skulle skapa ökade möjligheter för genomgripande och kontinuerlig kompetensutveckling i framtiden. Nya strategier kunde tas fram för att kompetensutveckling ska kunna ske gemensamt istället för att varje enskild distriktssköterska söker sin egen väg att kompetensutveckla sig. En mer gemensam och sammanhållen kompetensutveckling skulle tydliggöra och stärka distriktssköterskans roll.

Konklusion

Distriktssköterskorna utvecklar sin kompetens kontinuerligt under hela sitt yrkesverksamma liv. De tar ett stort eget ansvar för att tillgodose att de har den kompetens som krävs för omvårdnaden av patienten. En del av arbetstiden ägnas åt att söka kunskap för att klara av att utföra omvårdnaden på ett patientsäkert sätt, men tid avsätts inte av arbetsgivaren för detta kunskapsinhämtande. Samtliga distriktssköterskor i studien sökte kunskap på egen hand och tog eget initiativ till att lära sig mer. Önskemål fanns om mer utbildning organiserad av arbetsgivaren. Forskning visar trots allt att kompetensutveckling bidrar till säkrare och mer självständiga distriktssköterskor, dessutom leder det till ett ökat välbefinnande hos distriktssköterskor. Det krävs att arbetsgivaren tar ett ökat ansvar för distriktssköterskors kompetensutveckling med hjälp av tydlig planering och strategier där varje enskild distriktssköterska vet vad målet är med kompetensutvecklingen. Utebliven organiserad kompetensutveckling kan leda till att det blir färre antal distriktssköterskor, kompetensbrist hos den enskilda distriktssköterskan likväl som inom professionen distriktssköterska vilket kan leda till att en säker vård för patienten äventyras.

Referenser

- Ainalem, I., Carlsson, A., Jansson, A-K., Olsson, B. & Sjö Dahl I. (2007) Kompetensutveckling för distriktssköterskor och barnsjuksköterskor i primärvården. *Vård i Norden*, 27(3): 45-48.
- Bahn, D. (2007) Orientation of nurses towards formal and informal learning: Motives and perceptions. *Nurse Education Today*, Oct 2007; 27(7): 723-730.
- Banning, M. & Stafford, M. (2008) A hermeneutic phenomenological study of community nurses' CPD...Continuing professional development. *British Journal of Community Nursing*, Apr 2008; 13(4): 178-182.
- Benner, P. (2001) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bentling, S. & Jonsson, B. (2010) *Vårdpedagogiska utmaningar*. Stockholm : Liber.
- Boström, A-M., Nilsson Kajermo, K., Nordström, G. & Wallin, L. (2009) Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1430–1441.
- Boström, E., Hörnsten, Å., Persson, C., Rising, I. & Santamäki Fisher, R. (2012) Clinical challenges and ongoing role changes for primary health-care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 17(2), 68-74.
- Bramley, I. (2006). Continuing professional development: what is it and how to get it? *NURSE PRESCRIBING*, 4(3): 117-120.
- Cooper, E., Spilsbury, K., McCaughan, D., Thompson, C., Butterworth, T. & Hanratty, B. (2016). Priorities for the professional development of registered nurses in nursing homes: a Delphi study. *Age and Ageing*, 46(1), 39–45.

Dahl, B.M. & Clancy, A. (2015) Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4): 679-687.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2013). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur, ss. 163-174.

Ellström, P-E. (1992) *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Stockholm: Publica/Norstedts Juridik AB.

Ellström, P-E. (2004). Reproduktivt och utvecklingsinriktat lärande i arbetslivet. I Ellström, P-E. & Hultman, G. (red.) *Lärande och förändring i organisationer: Om pedagogik i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur. ss. 17-40.

Engin Bozdag, E. & van den Hoven, J.(2015) Breaking the filter bubble: democracy and design. *Ethics Inf Technol*, 17:249–265.

Flöjt, J., Hir, U.L. & Rosengren, K.(2014) Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4): 223-229.

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(3): 704-714

Gould, D., Drey, N. & Berridge, E-J.(2007). Nurses' experience of continuing professional development. *Nurse Education Today*, 27(6): 602-609.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B.(2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56: 29–34.

Henricson, M., Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund:Studentlitteratur AB, ss. 129-137.

Hsieh, H-F. & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9): 1277-1288.

Häggeström, E., Mamhidir, A-G. & Kihlgren, A. (2010). Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2): 99-105.

Inspektionen för vård och omsorg [IVO] (2016). *Tillsynsrapport, 2015*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

Josefsson, K.(2010). *Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Josefsson, K. & Peltonen, S. (2015). District nurses' experience of working in home care in Sweden. *Healthy Aging Research*, 4:37.

Karlsson, B., Morberg, S. & Lagerström, M. (2006). Strong as individuals but weak as a group:a qualitative study about district nurses perceptions of their work situation and occupation. *Nordic journal of nursing research & studies*, 26(1):36-41.

Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I. & Pöder, U. (2015). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2): 307-316.

Kjellström, S.(2012). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur 69-92.

Kock, H. (2010). Kompetensutveckling - strategier och metoder. I Kock, H. (red.) Arbetsplatsens lärande. Lund: Studentlitteratur. 99-116

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, N-J. (2011) An evaluation of CPD learning and impact upon positive practice change. *Nurse Education Today*, 31(4): 390-395.

Leksell, J. & Lepp, M.(2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm : Liber.

McHugh, M., Kelly, L., Smith, H., Wu, E., Vanak, J. & Aiken, L. (2013). Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Medical care*, 51(5): 382-388.

Meretoja R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 47(2), 124–133.

Meretoja, R.& Koponen, L. (2012). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 68(2), 414–422.

Munck, B., Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2011). District nurses' conceptions of medical technology in palliative homecare. *Journal of Nursing Management*, 19(7): 845-854.

Nilsson, C., Skär, L. & Söderberg, S. (2008). Swedish District Nurses' Attitudes to Implement Information and Communication Technology in Home Nursing. *The Open Nursing Journal*, 2: 68-72.

Nilsson, P., Wallo, A., Rönnqvist, D. & Davidson, B. (2011). *Human Resource Development: Att utveckla medarbetare och organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Northern Nurses' Federation (2003). Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden.

<http://ssn-norden.dk/wpcontent/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>. [2017-11-05]

Nygren Zotterman, A., Skär, L. Olsson, M. & Soderberg, S.(2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3): 418-425.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Pool I., Poell, R. & Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1):34-43.

Pool I., Poell, R. & Cate, O.(2015). Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: A biographical approach. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5):939-950.

Præstegaard, J., Espander, T. & Glasdam, S.(2013). Reflection on practice within community nursing – a concept for development of competences. *Klinisk Sygepleje*, 27(1): 39-49.

Pusa, S., Hägglund, K., Nilsson, M. & Sundin, K.(2015). District nurses' lived experiences of meeting significant others in advanced home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1): 93-100.

Rabie, T., Klopper, H. & Coetzee, S. (2017). Creating positive practice environments in a primary health care setting. *International Journal of Nursing Practice*; 23(4).

SFS 2017:30 . Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Skår, R. (2010). How Nurses Experience Their Work as a Learning Environment. *Vocations and Learning*, 3:1–1.

Shütte, S. Chastang, J-F. Malard, L. Niedhammer, I. Parent-Thirion, A. & Vermeulen, G. (2014). Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International Archives of Occupational & Environmental Health*; 87(8):897-907.

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring- En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer.*

https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf [2017-10-04]

Socialstyrelsen (2012). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi förslag till utformning och genomförande av satsning.*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18591/2012-2-5.pdf> [2017-09-22]

Socialstyrelsen (2013). *Kompetens och kompetensförsörjning.*

https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-2-2/Documents/2013-2-2_Kompetensochkompetensforsorjning.pdf [2018-01-20]

Socialstyrelsen (2018 a). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård Nationella planeringsstödet 2018.*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20880/2018-2-23.pdf>

Socialstyrelsen (2018 b). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet -Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.*

SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård.* Stockholm: Fritzes.

SOU 2017: 48. *Kunskapsbaserad och jämlik vård- Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.*
http://www.regeringen.se/49c8c5/contentassets/c8f0ef5cd4644a3e8d6169e8afdc7a90/so_u_2017_48_kunskapsbaserad-och-jamlik-var-d-forutsattningar-for-en-larande-halso--och-sjukvard.pdf [2017-11-23]

SOU 2017:21 *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer, Del 1* Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen.

http://www.regeringen.se/4969b7/contentassets/9378aff4b35a427c99b772345af79539/sou-2017_21_webb_del1.pdf [2017-09-28]

Statistiska Centralbyrån [SCB] (2010). *Könsstruktur per utbildning och yrke 1990–2030*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Statistiska centralbyrån [SCB](2017). ARBETSKRAFTSBAROMETERN 2017 Vilka utbildningar ger jobb?
https://www.scb.se/contentassets/24d533b997c5430d9d0427804fadbd2f/uf0505_2017a01_am78br1705.pdf [2018-03-13]

Swider S., Krothe, J., Reyes, D. & Cravetz, M. (2013). The Quad Council Practice Competencies for Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 30(6):519-536.

Tourangeau, A., Patterson, E., Rowe, A., Saari, M., Thomson, H., MacDonald, G., Cranley, L. & Squires, M.(2014). Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*, 22(8): 1015-1026.

Wallin, L., Boström, A-M., Wikblad, K. & Ewald, U. (2003). Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5): 509-518.

World Health Organization [WHO] (2010). *A framework for community health nursing education*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. *Human Resources for Health Observer*, 18. Geneva: WHO.

Yoon, M.N. & Compton, S.M. (2017). Building professional competence in dental hygiene students through a community-based practicum. *International Journal of Dental Hygiene*, 15(4): 119-127.

Bilaga 1.



Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Institutionen för hälsovetenskaper, Omvårdnad

Information till verksamhetschef och enhetschef

Under hösten 2017 kommer intervjuer genomföras med tio distriktssköterskor, förutom några provintervjuer, inom hemsjukvården i Värmland. Enligt gällande riktlinjer för examensarbete behövs ett tillstånd för att i samband med den här studien intervjua tio stycken distriktssjuksköterskor inom hemsjukvården. Vi ansöker nu om ett tillstånd att få intervjua tio distriktssköterskor inom hemsjukvården. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att öka sin kompetens inom hemsjukvården.

Vi som genomför ett examensarbete inom ramen för distriktssköterskeutbildningen heter Katrin Walderot och Kristin Wästlund, omvårdnad Karlstads universitet. Intervjun beräknas pågå mellan 20-30 minuter och den kommer spelas in digitalt för att därefter transkriberas ordagrant. Intervjuerna genomförs individuellt under oktober månad 2017. All insamlad data kommer avidentifieras och behandlas konfidentiellt.

Resultatet kommer att sammanställas i form av ett examensarbete. Examensarbete kommer att arkiveras elektroniskt enligt beslut av rektor (130907), vilket innebär att registrering av examensarbetet är obligatoriskt i DIVA. All data avmagnetiseras efter att examensarbetet är godkänt i distriktssköterskeprogrammet.

I datainsamlingsmetoden kommer ett strategiskt urval användas och det innebär att respektive enhetschef identifierar intresserade distriktssjuksköterskor som frivilligt vill delta i studien.

Om Du har några frågor kontakta någon av nedanstående:

Student:	Student:	Handledare:
Katrin Walderot	Kristin Wästlund	Birgitta Bisholt
Leg. sjuksköterska	Leg.sjuksköterska	Docent
Karlstad Universitet	Karlstad Universitet	Karlstad Universitet

Bilaga 2.

Tillstånd för genomförande av examensarbete

Katrin Walderot och Kristin Wästlund, specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska. Ovanstående studerande vid, inom ämnet Omvårdnad, Karlstads universitet, erhåller tillstånd att genomföra examensarbetet benämnt:

Syfte: att beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att öka sin kompetens inom hemsjukvården.

.....

Hemsjukvården

.....

Ort och datum

.....

Enhetschef/Områdeschef

.....

Bilaga 3.



Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institutionen för hälsovetenskaper, Omvårdnad

Information till deltagare

Under hösten 2017 kommer intervjuer genomföras med tio distriktssköterskor inom hemsjukvården i Värmland. Vi vänder oss till dig, eftersom du har erfarenhet av att arbeta inom hemsjukvården. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors tillvägagångssätt för att öka sin kompetens inom hemsjukvården.

Vi som genomför ett examensarbete inom ramen för distriktssköterskeutbildningen heter Katrin Walderot och Kristin Wästlund, omvårdnad Karlstads universitet. Intervjun beräknas pågå mellan 20-30 minuter och den kommer att spelas in digitalt för att därefter transkriberas ordagrant. Intervjuerna genomförs individuellt under oktober månad 2017. Deltagande i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att det medför några konsekvenser. Data kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Resultat kommer att sammanställas i form av ett examensarbete. Examensarbetet kommer att arkiveras elektroniskt enligt ett rektorsbeslut (130907). Det innebär att registreringen av examensarbetet är obligatoriskt i DIVA. All data kommer att avmagnetiseras efter godkänt examensarbete inom distriktssköterskeprogrammet.

Om du har frågor kontakta någon av nedanstående:

Student:

Katrin Walderot

Leg. Sjuksköterska

Karlstad Universitet

Student:

Kristin Wästlund

Leg Sjuksköterska

Karlstad Universitet

Handledare:

Birgitta Bisholt

Docent

Karlstad Universitet

Bilaga 4.

Samtyckesblankett

Till distriktssköterskor höstterminen 2017 inför intervjustudien:
Distriktssköterskors tillvägagångssätt för ökad kompetens inom hemsjukvården.

Jag har tagit del av informationen om studien och samtycker till att medverka i intervju.

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Bilaga 5.

Intervjuguide

Inleda med att informera om:

Vilka vi är som utför studien.

Be deltagarna läsa igenom brevet det räcker och fråga om det är något de vill fråga om innan ni startar intervjun.

1. Kan du beskriva din yrkesmässiga erfarenhet? Kan du beskriva ditt arbete som distriktssköterska?
2. Hur många år har du arbetat?
3. Din ålder?
4. Kan du berätta om din kompetens som distriktssköterska?
5. Hur går du tillväga när du märker att du behöver ytterligare kompetens inom något område?
6. Kan du berätta om hur kompetensutvecklingen sker på din arbetsplats?
7. Kan du berätta om en positiv händelse där du fått kompetensutveckling?
8. Kan du berätta om en negativ händelse där du inte fått kompetensutveckling men där du själv anser att du haft behov av kompetensutveckling?
9. Nu har vi pratat om olika saker är det något ytterligare som du skulle vilja berätta om innan vi avslutar intervjun?