



Det helsevitenskapelige fakultet

Kommunal akutt døgnetenhet i rurale områder

-En kvalitativ studie om sykepleiers erfaringer med kommunal akutt døgnetenhet i sykehjem i distriktskommuner.

Hanne Lykkedrang

SYP-3902

Masteroppgave i sykepleie, studieretning distriktssykepleie. Vår 2022

Antall ord: 15748

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, krevende og spennende prosess. Jeg har fordypet meg i eget fagfelt og kan nå fortsette i arbeidet som distriktssykepleier med ny kunnskap og innsikt. Min bakgrunn som sørlending og oppvekst i en stor bykommune gjør at jeg, litt fra utsiden og på innsiden samtidig, har latt meg fasinere og begeistre over utfordringene distriktssykepleieren står ovenfor, men også over samholdet og omsorgen for hverandre.

Jeg har hatt mange gode hjelpere og støttespillere på min vei mot målet og disse fortjener en takk.

Første vil jeg takke mine seks informanter som delte sine av sine erfaringer, kunnskaper og meninger om tematikken, og berikete teksten med uttrykk og utsagn på vakker, Nordnorske dialekt.

Min veileder Grete Mehus fortjener en stor takk. Din rike kunnskap om fagfeltet, gode råd og tips og konstruktive tilbakemeldinger har vært helt nødvendig for komme i mål. Takk for at du hadde troa og hjalp meg å holde motet opp.

Så en takk til mine to medstudenter Birgitte Bellika og Katrine Brochmann. Dere har vært uvurderlige støttespillere gjennom hele studieløpet. Gjennom samarbeid om en rekke antall arbeidskrav og eksamener har dere blitt mine beste «digitale-venner». Dere har hjulpet meg å holde motet opp når motivasjonen sviktet.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver som har lagt til rette og gjort det mulig å kombinere jobb og studier, kollegaer som har støttet og oppmuntret meg på veien og min god venninne Beate Josefsen som tatt seg tid til å lese oppgaven og kommet med smarte og gode råd.

Til slutt en takk til familien. Takk for at dere har vært tålmodige støttespillere som har gitt meg tid og ro til å studere. Gleder meg til å få mer tid sammen med dere.

Mai 2022

Hanne Lykkedrang

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har ført til at flere pasienter mottar behandling lokal i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) som et alternativ til sykehusinnleggelse. Innføring av KAD i sykehjem i distriktskommuner har ført til nye oppgaver og ansvarsområder for sykepleiere som jobber i primærhelsetjenesten. Sykepleiere som har sitt virke i rurale områder, opplever ofte andre utfordringer enn sykepleiere i med urbane omgivelser. Dette med hensyn til nærheten til lokalsamfunnet og pasientene, aleneansvar og begrenset legetilgjengelighet og tverrfagligstøtte. Distriktsykepleieren har behov for kompetanser og ferdigheter på mange fagfelt og lokalkunnskap om kommunes systemer og tjenester, i tillegg må hun kunne lede og delegere ansvar og oppgaver. Pasienter som innlegges i KAD har ofte mer akutte og komplekse problemstillinger enn andre pasienter og beboere i sykehjem.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere med kommunal akutt døgnetenhet i sykehjem i distriktskommuner?

Metode: Studien har et kvalitativ design, inspirert av Gadamer's hermeneutiske tilnærming og Malteruds metodebeskrivelse. Datainnsamlingen er på bakgrunn av seks individuelle, semistrukturerte intervju. I analysen av datamaterialet har jeg benyttet Malteruds systematiske tekstkondensering, med noen tilpasninger.

Resultater: Funnene er systematisert under fire hovedtema: 1) KAD-pasienten i distriktet og ressurser i tjenesten. Her beskriver deltakerne erfaringer med ulike pasientgrupper innlagt i KAD, hvilke utfordringer og muligheter gi det lokale behandlingstilbudet og ressurser tilknyttet tjenesten. 2) Sykepleiers rolle for å ivareta KAD-tilbudet. Her belyses sykepleiers oppgaver og ansvarsområde, samt sykepleieres rolle i lokalsamfunnet og kjennskap til pasientene. 3) Generalistkompetanse og kompetanseutvikling. Erfaring, kunnskap og ferdigheter beskrives som viktig i møte med KAD-pasienter. Kompetanseutvikling skjer i hovedsak gjennom erfaring og diskusjoner om pasientcaser og kunnskapsdeling i det kollegiale fellesskapet. 4) Samhandling i distriktet. Et godt samarbeidet mellom sykepleiere og lege er nødvendig for faglige forsvarlighet i KAD-tjenesten.

Nøkkelord: Distriktsykepleie, akuttsykepleie, sykehjem, kompetanse, erfaring, primærhelsetjeneste, kommunal akutt døgnetenhet.

Abstract

Background: The collaboration reform has led to more patients receiving treatment locally in a municipal acute unit (MAU) as an alternative to hospitalization. The introduction of MAU in nursing homes in district municipalities has led to new tasks and areas of responsibility for nurses working in the primary health care service. Nurses who work in rural areas often experience other challenges than nurses in urban environments. This with regard to proximity to the local community and patients, sole responsibility and limited availability of doctors and interdisciplinary support. The district nurse needs competencies and skills in many disciplines and local knowledge of the municipality's systems and services, in addition he or she must be able to lead and delegate responsibilities and tasks. Patients admitted to MAU often have more acute and complex issues than other patients and residents in nursing homes.

Research question: What experiences do nurses have with municipal acute units in a nursing home in rural areas?

Method: The study has a qualitative design, inspired by Gadamer's hermeneutic approach and Malterud's method description. The data collection is based on six individual, semi-structured interviews. In the analysis of the data material, I have used Malterud's systematic text condensation, with some adaptations.

Results: The findings are systematized under four main themes: 1) The MAU-patient in rural areas and resources in the service. The participants describe experiences with different patient groups admitted to MAU, what challenges and opportunities the local treatment offer and resources associated with the service provide. 2) The role of the nurse in taking care of the MAU service. The nurses' tasks and area of responsibility are highlighted, as well as the nurses' role in the local community and knowledge of the patients. 3) Generalist competence and competence development. Experience, knowledge and skills are described as important in meetings with MAU-patients. Competence development takes place mainly through experience and discussions about patient cases and knowledge sharing in the collegial community. 4) Interaction in rural areas. A good collaboration between nurses and doctors is necessary for professional soundness in the MAU service. **Keyword:** Rural nursing, acute care, nursing home, competence, experience, primary health care og municipal acute unit.

Innhold

Sammendrag	3
Abstract	4
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Avgrensning av problemstilling	8
1.4 Begrepsavklaring	8
2 Tidligere forskning	9
2.1 KAD-pasienten	9
2.2 Distriktsykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver	10
2.3 Sykepleierressurser og pasientsikkerhet	12
3 Teoretisk tilnærming	14
3.1 Organisering av sykehjem og kommunal akutt døgnetenhet	14
3.2 Kompetanse og ressurser i sykehjem	15
3.3 Distriktsykepleie	16
3.4 Kompetanseutvikling i akutte og kritiske situasjoner	16
3.5 Sykepleieres ansvar og klinisk forforståelse	17
4 Metode	19
4.1 Kvalitativt forskningsintervju	19
4.2 Forforståelse og hermeneutisk tilnærming	19
4.3 Kontekst	20
4.4 Rekruttering og utvalg	21
4.5 Gjennomføring av intervju	22
4.5.1 Transkripsjon	24
4.5.2 Ethiske overveielser og personvern	24
4.6 Analyse av data	24
4.6 Begrensninger ved metoden og validitet	27
5 Resultater	28
5.1 KAD-pasienten i distriktet og ressurser i tjenesten	28
5.1.1 De eldre KAD-pasientene	29
5.1.2 De yngre KAD-pasientene	30
5.1.3 Ressurser og utstyr	31
5.2 Sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet	32
5.2.1 Sykepleiers kliniske og organisatoriske ansvar og oppgaver	32
5.2.2 Aleneansvar i sykehjem	33
5.2.3 Nattevakter og det utvidede ansvaret	33

5.2.4 Kjennskap og relasjoner til pasientene	34
5.3 Generalistkompetanse og kompetanseutvikling	35
5.3.1 Sykepleiers observasjons- og vurderingsevne	35
5.3.2 Kompetanseutvikling og kollegastøtte	36
5.4 Samhandling i distriktet.....	38
5.4.1 Sykepleier-lege samarbeidet	38
5.4.2 Avstander og samhandling	40
6 Diskusjon	41
6.1 KAD-pasienten fordrer mer tid, ressurser og kompetanse	41
6.1.1 Aleneansvar i sykehjem «å stole på seg selv»	42
6.1.2 «Det handler om pasientsikkerhet og vår arbeidshverdag»	43
6.1.3 Erfaring, kunnskap og ferdigheter	44
6.1.4 Sykepleier-lege samarbeidet «være på og ha en god plan»	45
6.1.5 Kompetanseutvikling «learning by doing».....	46
6.2 Rett behandling - på rett sted – til rett tid.....	47
6.2.1 Pasienter som ikke passer inn.....	48
6.2.2 Tidsrammen for KAD er ikke tilpasset eldre pasienter	49
7 Avslutning.....	51
REFERANSER	52

VEDLEGG 1: SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET

VEDLEGG 2: INFORMERT SAMTYKKE

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE

VEDLEGG 4: VURDERING FRA NSD

1 Innledning

Denne masteroppgaven omhandler sykepleiers erfaringer med kommunal akutt døgnetenhet (KAD) i sykehjem i rurale områder i Nord-Norge. Hensikten med studien er få ny kunnskap om sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet. Oppgaven vil belyse sykepleiers ansvar, oppgaver og behovet for kompetanse og ressurser for å ivareta pasienten og organiseringen av tilbudet, samt samhandling mellom lege og sykepleier. Ny kunnskap kan påvirke praksis med hensyn til behovet for sykepleierressurser og kompetanse for å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten i KAD-tjenesten og i distriktet generelt.

Oppgavens oppbygning og skriveprosessen er inspirert av Fekjærs (2013) råd og guidelines for masteroppgaveskriving.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiers ansvar i sykehjem er å fremme helse og gi omsorgsfull behandling. I takt med at andelen eldre i samfunnet øker og flere mottar behandling, øker også behovet for utvikling av helsetjenestene i kommunen. Blant annet medførte Samhandlingsreformen krav om kommunale akutt plasser (St.medl. 47, 2008-2009). Det er opptil hver enkelt kommune hvordan KAD tjenesten blir organisert med hensyn til lokasjon og drift. I mange kommuner ble tilbudet etablert som en del av sykehjemsdriften, og det medførte nye oppgaver og ansvarsområder for sykepleiere som jobber i sykehjem. Tjenesten må ha døgkontinuerlig omsorg og tilstedeværelse av sykepleier 24/7. Innleggelse i KAD skal være et likeverdig alternativ til sykehusinnleggelse. Pasienten mottar den samme behandling, utredning og omsorg som ved en sykehusinnleggelse (*Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009*).

Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

På bakgrunn av innledning og presentasjon av tematikken har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med kommunal akutt døgnetenhet i sykehjem distriktskommuner?

Jeg har selv erfaring både fra hjemmesykepleie og sykehjem med KAD-plasser i distriktet. Jeg opplever KAD-tilbudet som et viktig alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter og pårørende, men også et tilbud som utfordrer sykepleieren med hensyn til problemstillinger, diagnoser og organisering. Flere studier og rapporter viser noe høyere pasienttilfredshet ved innleggelse i KAD sammenlignet med sykehusinnleggelse, og det oppfattes derfor som et nødvendig tilbud i primærhelsetjenesten. Det pasientene opplever som positivt er omgivelsene, hyggelig personell og slippe reisevei til sykehus og innleggelse via akuttmottak (Johannessen & Steihaug, 2020; Linqvist Leonardsen et al., 2016).

1.2 Avgrensning av problemstilling

Gjennom problemstillingen vil jeg belyse tematikken i en rural kontekst, og fremheve det deltakerne nevner som det særegne med å arbeide som sykepleier i distriktet. Jeg har valg å avgrense problemstillingen til sykepleier i som jobber i sykehjem i avdeling med KAD i distriktskommuner. Gjennom individuelle intervju med sykepleiere vil jeg belyse sykepleieres rolle for å ivareta KAD-pasienten, samt KAD-tilbudets funksjon, hensikt og organisering som en del av sykehjemsdriften og de kommunale helsetjenestene.

Forskningsspørsmål til tematikken:

- Hvilke oppgaver og ansvar står sykepleieren i distriktet ovenfor i møte med KAD-pasienter i sykehjem?
- Hvordan opplever sykepleieren behovet for kompetanse og ressurser etter innføring av KAD?
- Hvordan samhandler sykepleieren i distriktet med lege, spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester om KAD-pasienten?

1.4 Begrepsavklaring

Begreper som vil være gjennomgående i studien vil jeg definere på forhånd. For det første vil sykepleiere omtales som *hun* og lege som *han*, dette bare for å få flyt skriveprosessen.

Pasienter som mottar behandling i KAD vil omtales som KAD-pasienter som en felles betegnelse og er ikke ment som en kategorisering. Sentrale begreper i oppgaven er rural og distrikt, og sykepleie knyttet til slike områder. Rurale områder kjennetegnes av store geografiske områder med lav befolkningstetthet, lang avstand til nærmeste sykehus og begrensede helsetjenester. SSB (2018) definerer distrikt som et område der det er få jobber og tjenestetilbud innenfor rimelig avstand fra kommunesenteret.

2 Tidligere forskning

Tidligere forskning viser at sykepleiere i distriktet opplever andre utfordringer enn sykepleier som jobber i mer urbane omgivelser. (De Smedt & Mehus, 2017; Edvardsen, Lorem, & Mehus, 2020; Scharff, 2018). I en scoping review fra 2017 (De Smedt & Mehus) kommer det frem at det er begrenset sykepleieforskning på sykepleie fra rurale områder i Norge, og at det er behov for forskning både på innen flere tematikker og ulike geografiske områder. Internasjonal forskning på rural sykepleie er godt etablert, spesielt i land som USA, Canada og Australia. Bushy (2002) har på bakgrunn av utvalgte publikasjoner oppsummert og sammenlignet distriktsykepleiepraksis i Australia, Canada og USA.

Flere ulike databaser ble benyttet i søk etter aktuell forskning og bakgrunns litteratur; pubmed, cinahl, google scholar og oria. Følgende søkeord ble brukt i ulike kombinasjoner: Rural nursing, acute care, nursing home, competence, experience, primary health care og municipal acute unit. De første søkene på rural nursing gav svært mange treff. Jeg valgte derfor å begrense søket til sist ti år og legge til et og et av søkeordene. Gjennombruddet kom da jeg la til experience og competence. Treffene ble da begrenset i antall, og jeg valgte ut artikler som var relevante for denne studien. Forsking på KAD fant jeg først å fremst i litteraturlister fra artikler og rapporter som omtalte tematikken. Jeg fikk også tips fra min veileder om forskning på distriktsykepleie. Inkluderte studier beskriver rural sykepleie, akutt sykepleie eller KAD og er publisert mellom 2014 og 2021.

2.1 KAD-pasienten

I en kunnskapsoppsummering fra 2015 kommer det frem at det er behov for mer forskning på KAD fra et faglig, klinisk perspektiv. Sykepleieres erfaringer og arbeidsoppgaver i forbindelse med utvikling og drift av ø-hjelpssenger ønskes belyst (Skinner, 2015).

I 2018 publiserte Schmidt, Lilleeng, Baste, Mildestvedt, og Ruths (2018) en observasjons studie som oppsummerer de fire første årene med drift av kommunale akutenheter i sykehjem i rurale områder i Norge. Studiens hensikt var å evaluere bruk, pasientkategori og hjelpebehov, samt å finne ut om tjenesten reduserte antall akutt innleggelser i sykehus. Funnene i studien viser blant annet at ligge tiden varierte fra 0,5-7 dagen og at halvparten av pasienten ble utskrevet etter under tre dager. De fleste pasientene ble lagt inn via legevakt, 84,6%, og 4% ble innlagt fra sykehus. Pasientene fra sykehus hadde mindre plager, som for

eksempel behov for smertelindring og mobilisering etter fall, der det ikke var brudd. Gjennomsnittets alderen var 84 år og mange av de eldre pasientene hadde komplekse sykdomstilstander. Den vanligste innleggelses årsaken var infeksjon. En av fem ble innlagt for observasjon og halvparten av disse mottok ingen spesifikk behandling. Cirka halvparten av KAD-pasientene hadde behov for forlenget opphold i institusjon, og de fleste ble overflyttet til korttids plass i samme avdeling. Pasienter med muskel- og skjelettplager som førte til nedsatt funksjonsnivå ble forbudt med behov for høyere omsorgsnivå. Ti pasienter døde under KAD-innleggelsen. Behovet for akuttinnleggelse i sykehus gikk litt ned i denne perioden (2013-2016). Studien beskriver KAD som en vei inn til et høyere omsorgsnivå. Det anbefales videre forskning på pasienters behov for høyere omsorgsnivå etter en akutt episode. Denne forskningen er gjort i en rural kontekst og har derfor overføringsverdi til min studie. Studien er basert på faktiske tall knyttet til KAD i en gitt periode. Forskningen kan underbygge eller være motstridende til sykepleiers erfaring med KAD-pasienter og tilbudets nytteverdi (Schmidt et al., 2018).

En kvalitativ studie (Johannessen & Steihaug, 2019) fra urbane KAD-enheter viser de samme funnene med hensyn til eldre pasienter med funksjonssvikt og behov for forlenget opphold i institusjon. Her beskrives mangel på plass i sykehjem som gjorde at pasienten kunne bli liggende på KAD i opptil sju uker. Uenighet om skrøpelige eldre var egnet for KAD førte til knisinger i samarbeidet mellom sykepleier og lege. Der legen mente et opphold i KAD var hensiktsmessig, mens sykepleieren mente at de ikke oppfylte kriteriene for KAD-innleggelse, da de som regel hadde behov for lengre opphold. Sykepleierne var bekymret for at enheten skulle fungere mer og mer som et sykehjem. Mange av pasientene ble sendt til sykehus først for avklaring og diagnostisering. Dette opplevdes som belastende og stressende for eldre pasienter som ble liggende flere timer i akuttmottak for å bli avklart av en spesialist, før de ble innlagt i KAD. Studien konkluderte med at det bør investeres i tiltak for å styrke det relasjonelle og strukturelle samarbeidet mellom profesjoner og tjenester for å gjøre pasientforløp for eldre smidigere (Johannessen & Steihaug, 2019).

2.2 Distriktsykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver

En kvalitativ studie fra rurale områder i Alberta Canada beskriver distriktsykepleierens dobbeltrolle som «A double whammy». Sykepleiers generalistrolle innebærer ha kompetanse på mange fagområder, samtidig som hun må bli kjent med stedet og

menneskene, er ofte er alene på vakt og har lederansvar. Studiens hensikt er å undersøke hva som har betydning for at nyutdannede sykepleiere blir i jobben i ved en rural akutenhet, og hva som gjør at de vurderer å si opp. Funnene i studien er blant annet at sykepleieren opplevde generalistrollen og den bratte læringskurven som overveldende og skremmende, og de var redd for å gjøre feil i kritiske situasjoner. Aleneansvaret ble beskrevet som å være eneste sykepleier på sitt skift, men også i situasjoner der legen var utilgjengelig og sykepleieren må prioritere og håndtere kritisk syke pasienter alene. Det som ble beskrevet som positivt med distriktsykepleie var mangfoldet av arbeidsoppgaver, å være selvstendig i arbeidet, samt et inkluderende og støttende arbeidsmiljø (Smith & Vandall-Walker, 2017). Beskrivelsen av sykepleierollen i en rural kontekst kan være gjenkjennbar for sykepleiere som jobber i distriktet i Norge med hensyn til aleneansvar og generalistrollen.

En kvalitativ studie fra rural områder i Canada hadde til hensikt å få kunnskap om sykepleiers evne til klinisk resonnement og beslutningsevne i akutte eller uventede situasjoner. Studien ble gjort på bakgrunn av bekymring for pasientsikkerheten i rurale akutenheter. Sykepleiers evne til å gjøre kliniske resonnement varierte blant deltakerne og antall års erfaring synes ikke å ha direkte sammenheng med evnen til å vurdere kliniske problemstillinger, men var heller knyttet til faglig engasjement. Sykepleiere som var selvbevisste og faglig engasjerte hadde evne til å se hva som er relevant i en situasjon. De kunne tenke dypt og bredt og ta en avgjørelse på bakgrunn av helhetlig klinisk resonnement, samt å lytte til pasienten og pårørende. Andre sykepleier synes det var vanskelig på å prioritere oppgaver og følte seg overveldet av ansvaret. Stress førte til at de stolte mindre på seg selv i kritiske situasjoner. Distriktsykepleierne i studien beskriver at de lærer av hverandre og at klinisk vurderingsevne og beslutsomhet utvikles gjennom refleksjon og diskusjon. Forskeren anbefaler videre forskning på sykepleiers engasjement i kunnskapsbasert praksis ved rurale institusjoner (Sedgwick, Grigg, & Dersch, 2014a).

Sykepleiere som jobber med KAD-pasienter kan også komme i situasjoner der klinisk vurdering og beslutningsevne er nødvendig. Vatnøy, Karlsen, and Dale (2019) sin kvalitative studie inkluderer sykepleiere og leger som arbeider ved KAD-enheter i urbane og rurale områder. Studien har til hensikt å avdekke kritiske aspekter i sykepleiers kompetanse i møte med eldre pasienter innlagt i KAD. Funnene i studien viser blant annet at hver enkelt sykepleiers kompetanse var viktig for å kunne håndtere og beslutte i kritiske situasjoner.

Sykepleieren måtte i tillegg ha kunnskap om organisering og systemer på arbeidsplassen. Flere andre studier beskriver også sykepleieres behovet for kunnskap om organisering og kjennskap til kommunenes systemer og ressurser i forbindelse med innføring av KAD (Kise Hjertrøm, Obstfelder, & Norbye, 2018; Krone-Hjertrøm, Norbye, Abelsen, & Obstfelder, 2021).

Videre beskriver studien (Vatnøy et al., 2019) at eldre pasientene oftere ble innlagt med uavklarte diagnoser. Sykepleierne beskriver erfaring med kliniskobservasjon og evne til å se tidlige tegn på forverring spesielt viktig i forhold til eldre KAD-pasienter. De brukte scoringsverktøy, men de hadde erfart at det ikke alltid passet for eldre da de hadde flere diagnoser og tilstander å ta hensyn til. I kommunikasjon med lege var scoringsverktøy og kommunikasjonsverktøy nyttig. Sykepleierne beskriver at de eldre KAD-pasientene ofte hadde behov for helhetlig omsorg og pleie, og ikke bare behandling for innleggelses årsaken (Vatnøy et al., 2019).

Legene i studien (Vatnøy et al., 2019) uttrykker at de er helt avhengig av sykepleiers kompetanse og observasjonsevne. En lege beskriver også at sykepleierne har svært god hukommelse og minner dem på hva som skal gjøres og dokumenteres. Sykepleiers kunnskap, erfaring og samarbeidsevner beskrives som viktig. Disse egenskapene gir sykepleieren selvtillit til å konfrontere legen om noe er uklart, eller hun er uenig i beslutninger angående pasienten. Sykepleierne beskriver arbeidet med KAD-pasienter som spennende og variert og at de hele tiden lærer noe nytt. De har erfart at mangel på kvalifiser personal kan påvirke kvaliteten i pleien til de eldre pasientene. I tillegg beskrives utfordringer med å være alene sykepleier på vakt og ikke ha kollegastøtte eller mulighet for en «second opinion» i vurdering og beslutning i vanskelige pasientsituasjoner. Det beskrives et støttende arbeidsmiljø og faglig utvikling gjennom å dele erfaringer og kunnskap med hverandre. Forskeren anbefaler krav til spesialist utdanning for sykepleiere som jobber med KAD-pasienter, og forslår videre forskning på leders rolle for å sikre kompetansen i enhetene (Vatnøy et al., 2019).

2.3 Sykepleierressurser og pasientsikkerhet

En tverr-seksjonal studie (Vatnøy, Sundlisæter Skinner, Karlsen, & Dale, 2020) på sykepleiekompetanse ved KAD-enheter kommer det frem at Nord- og Midt-Norge har flest KAD-plasser i sykehjem sammen med langtids-plasser, og den laveste andelen sykepleiere i

arbeidsstokken. Her er det også flest ufaglærte og flest vakter med bare en sykepleier på vakt. Antall sykepleiere med mastergrad eller videreutdanning er lav. Studien belyser at den lave andelen sykepleiere i avdelingen kombinert med økt ansvar og kompleksitet i sykepleiepraksisen kan utfordre rekrutteringen og påvirke kvaliteten i KAD-tilbudet. Hun henviser til flere studier som viser at en høy andel sykepleiere i klinisk praksis har positiv påvirkning på pasientsikkerheten. Studien viser store forskjeller i leges tilstedeværelse og tilgjengelighet som fører til et stort ansvar på sykepleieren. Kvaliteten i tilbudet avhenger av den enkeltes sykepleiers kompetanse og samarbeidsevner. Studien viser at spesielt i rurale områder er det viktig med høy kompetanse hos sykepleieren da sykehus er langt unna, og pasientene foretrekker behandling lokalt. Det anbefales mer enn en sykepleier på vakt, og på bakgrunn av mange vakter med kun en sykepleier antas det at sykepleierressursene i avdelinger med KAD ikke er økt til tross for økt kompleksitet i tjenesten (Vatnøy et al., 2020). Studien belyser behovet for ressurser og kompetanse for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Funnene kan overføres til min studiet og sykepleiers erfaring med behovet for ressurser og kompetanse for å ivareta KAD.

En studie fra Canada viser de samme forskjellene i bemanning og antall sykepleiere i rurale akuttenheter sammenlignet med urbane akuttenheter. Studien konkludere med at årsaken også kan være hvilken type pasienttilstander som behandles og hvilke tjenester de kan tilby. Det anbefales videre forskning på pasientutfall ved de ulike enhetene (Sharma, Hastings, Suter, & Bloom, 2016).

3 Teoretisk tilnærming

Den teoretiske referanserammen skal hjelpe forskeren og leseren å forstå empirien i en større sammenheng. Teorien skal belyse relevante perspektiver i problemstillingen, og tas med videre inn i analyse og tolkning av data (Malterud, 2017). I den teoretiske tilnærmingen til tematikken vil rural sykepleie og det særegne med distriktsykepleie være relevant på bakgrunn av den valgte retningen innenfor sykepleiefordypning. Jeg vil bruke Scharff (2018) beskrivelser for å klargjøre distriktsykepleiers rolle og virke. Organisering av sykehjem og KAD i sykehjem vil være relevant for å forstå konteksten og KAD som en del av en virksomhet. Tematikken blir belyst med bakgrunn av Orviks (2015) teori om organisasjonskompetanse, samt lovverk som regulerer tjenesten. På bakgrunn av min forståelse av tematikken, tidligere forskning og data fra intervju vil teori om sykepleiers rolle med hensyn til oppgaver og ansvar, kompetanseutvikling og ressurser bli belyst. For å beskrive kompetansebegrepet har jeg valgt Benners (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011) teori om kompetanseutvikling ved akutt og kritisk sykdom, supplert med Elstads (2014) teori om sykepleies ansvar og oppgaver som blant annet bygger på Benners teorier.

3.1 Organisering av sykehjem og kommunal akutt døgnerhet

En organisasjon er en virksomhet som har som formål å løse de oppgaver den har ansvar for. Et sykehjem er en døgkontinuerlig, klinisk virksomhet som har ansvar for å fremme helse og gi omsorgsfull behandling. Kliniske virksomheter er komplekse i dobbel forstand. De består av ulike profesjoner, benytter avansert teknologi, må håndtere uforutsigbarhet og usikkerhet, samtidig som målgruppen har komplekse hjelpebehov. Organisasjonskompetanse innebærer å koordinere, prioritere, motivere, beslutte og forberede i alle former for samarbeid og samhandling (Orvik, 2015).

Sykehjem er ofte organisert i ulike avdelinger. Det kan være avdelinger for langtidsplass for pasienter med omfattende hjelpebehov på grunn av fysisk nedsatt funksjonsnivå eller demens. Korttids- og rehabiliterings avdelinger for pasienter med behov for opptrening etter sykehusopphold, utredning eller i påvente av langtidsplass. Noen sykehjem har egne enheter for lindrende behandling og palpasjon (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012*).

Kommunal akutt døgnerhet i sykehjem er et begrenset antall senger i en sykehjemsavdeling for pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp som er påtrengende nødvendig og ikke

kan vente. Betegnelsen Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) beskriver det samme tilbudet. Innleggelse i KAD likestilles med innleggelse i spesialisthelsetjenesten og pasienten belastes ikke økonomisk, som ved andre sykehjemsopphold. Oppholdet er tidsbegrenset, vanligvis 72 timer. Det er pasientens tilstand og psykososiale behov som avgjør om det er forsvarlig å skrive ut pasienten etter normert tid. Pasienter som innlegges i KAD kan være på grunn av akutt sykdom, forverring av kronisk sykdom, behov for observasjon og utredning av uavklarte tilstander, moderate psykisk helse og/eller rus utfordringer eller etterbehandling etter sykehusopphold. Det er ingen klare føringer for hvilke pasientgrupper som kan behandles i KAD, men det stilles krav om at tilbudet er faglig forsvarlig. I startfasen av etablering av tilbudet var det anbefalt kun for avklarte pasienter med kjente diagnoser, senere er det endret til å kunne omfatte stabile, uavklarte pasienter som har behov for utredning og observasjon, men som ikke oppfattes som alvorlig syk. I 2017 kom kravet om at tilbudet også skulle omfatte pasienter med psykisk helse- og rusutfordringer (Helsedirektoratet, 2016b).

3.2 Kompetanse og ressurser i sykehjem

Helsedirektoratets veiledningsmateriale for kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold beskriver at tilbudet skal være faglig forsvarlig og krever personal med observasjons- vurderings -og handlingskompetanse. Det stilles krav til prosedyrekunnskap og bruk av nødvendig medisinsk utstyr, samt relasjonskompetansen og evne til å ivareta pasienter i psykisk krise. Alle pasienter som innleggelse i KAD skal vurderes av sykepleier umiddelbart og av lege innen rimelig tid. Påfølgende, planlagte legetilsyn vurderes ut fra pasientens tilstand, hvilken behandling eller tiltak som er iverksatt og sykepleiers kompetanse. Bruk av vurderingsverktøy vil være nyttige i vurdering av pasientens tilstand og funksjonsnivå, samt i kommunikasjon mellom sykepleier og lege (Helsedirektoratet, 2016b).

På oppdrag fra Norsk sykepleierforbund skrev Gautun (2020) NOVA-rapporten «En utvikling som må snus». Rapporten sammenfatter forskning og statistikk om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie. Rapporten viser blant annet at underbemanning og stadig flere ufaglærte i tjenestene går ut over kvaliteten i behandlingen. Sykdomstilstander hos eldre utvikler seg raskt og blir mer alvorlige enn de ville blitt om sykepleieren hadde hatt bedre tid til tilsyn og oppfølging, og flere alvorlig syke utskrives fra sykehus. Sykepleieren må få rom til å bruke sin kompetanse og det må satses på

kompetanseheving og flere spesialsykepleiere i tjenestene, samt tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere (Gautun, 2020).

3.3 Distriktsykepleie

Kjernen i sykepleiers oppgave er ifølge Scharff (2018) å være det pasienten trenger til enhver tid. Hun beskriver hvordan distriktsykepleieren må kunne bevege seg fysisk og mentalt mellom ulike oppgaver, fra rutine oppgaver til akutte situasjoner. Dette krever ferdigheter på mange områder og evnen til å omstille seg raskt. I noen situasjoner er det behov for veiledning og terapeutisk tilnærming til pasienten. I en akuttsituasjoner, der lege ikke er tilgjengelig, må sykepleieren ta lederansvar og ta beslutninger. Det hender at sykepleieren må gå utover sitt ansvarsområde for å hjelpe pasienten. Egenskaper som er typiske hos distriktsykepleieren er sunn fornuft, god dømmekraft, evne til å prioritere, håndterer fysisk og psykiske stress og kan ta selvstendige beslutninger. Aleneansvar og stort ansvarsområde er typisk for sykepleiere i rurale områder. Sykepleieren må være selvstendig og kunne ta beslutninger, samtidig som hun må kjenne sine grenser og ikke utfordre pasientsikkerheten eller etiske retningslinjer. Sykepleierens kompetanse utvikler seg ofte raskt i rurale helsetjenester. Gjennom erfaring, refleksjon og samhandling utvides sykepleierens grenser og kunnskap. Sykepleiere i distriktet kan kjenne et ekstra ansvar fordi hun kjenner pasienten eller familien. Pasientene uttrykker ofte stor tillit til distriktsykepleieren. Å gjøre en feil kan være en stor belastning på grunn av nærheten til pasienten og lokalsamfunnet. Sykepleiere som ikke klarer å bære dette ansvaret vil ofte ikke bli værende i jobben. Samtidig kjenner sykepleierne hverandre godt og har god støtte i hverandre (CARRN, 2020; Scharff, 2018).

Distriktsykepleierens kunnskap og kompetanse kan være alt hun har, og når hun lurert på noe må hun ofte ha svaret selv fordi det er ingen andre å spørre. Den kunnskapen sykepleieren har må hun dele med kollegaer for å utvikle en bred kunnskapsbase i avdelingen. Å diskutere og reflektere når noe uventet skjer er svært lærerikt (Scharff, 2018).

3.4 Kompetanseutvikling i akutte og kritiske situasjoner

Benner et al. (2011) tilnærming til pasienten og sykdom er at den må ses i sammenheng med situasjonen og konteksten han befinner seg i, hans erfaringer og historie. Sykepleiers kjennskap til pasienten er en fordel for å kunne se endringer. I distriktet har sykepleieren ofte kjennskap til pasienten. I tillegg kan konteksten være med på å bestemme

sykdomsforløpet med hensyn til avstand til sykehus, begrenset personal, utstyr, tekniske hjelpemidler og behandlingsmuligheter.

Den teoretisk tilnærming til sykepleiers kompetanseutvikling ved akutt og kritisk sykdom innebærer at klinisk dømmekraft utvikles gjennom kunnskap og erfaring, og er noe sykepleieren har behov for når det oppstår uventede situasjoner. Benner et al. (2011) mener at enhver situasjon er unik og må vurderes med hensyn til pasientens historie og kontekst. Hva som er best for pasienten må bestemmes i hvert enkelt tilfelle, sammen med pasienten.

Begrepet «thinking-in-action» beskriver hvordan sykepleieren vurderer og handler i akutte og kritiske situasjoner. Sykepleieren må være engasjert og lytte til pasienten for å kunne forstå sykdomsutvikling og symptomer. Sykepleieren må være åpen for at hypoteser kan være feil om pasienten ikke responderer som forventet på behandlingen. «Reasoning in transition» er et annet begrep fra Benners teorier. Det handler om at sykepleieren må se sykdomsutviklingen i lys av hvordan tilstanden var før endringen. Hun må kontinuerlig vurdere om symptomer og tegn tilsier at tilstanden bedres eller forverres (Benner et al., 2011).

Benner et al. (2011) beskriver fire aspekter for utvikling av klinisk forståelse og dømmekraft: kvalitative distinksjoner, det kliniske puslespillet, gjenkjenne kliniske forandringer og klinisk kunnskap om spesifikke pasientgrupper. Utvikling av kompetanse er nødvendig for at sykepleieren skal gjenkjenne hva som er fremtredende i en pasientsituasjon, hvordan sykdommen utvikler seg og hva som ligger bak. Erfarne sykepleiere vil gjenkjenne det som er relevant og se mønster i sykdomsutviklingen. Å se en endring hos pasienten vil være lettere om sykepleieren kjenner pasienten fra før, men også på bakgrunn av en pasientpopulasjon. Sykepleiere med god kliniske dømmekraft og beslutsomhet er ikke avhengig av vitale målinger for å forstå sykdomstilstanden. Denne evnen gjør sykepleieren i stand til å handle raskt i akutte og kritiske situasjoner (Benner et al., 2011).

3.5 Sykepleieres ansvar og klinisk forforståelse

Elstad (2014) skriver at sykepleieren først og fremst har et kontinuerlig ansvar for mennesker, det som skjer i møtene og hvordan hun handler. Ansvaret er både personlig og kollektivt. Hun beskriver sykepleiers ansvar som praktisk, kontinuerlig, åpent og dynamisk. Det praktiske ansvaret innebærer at hun er kompetent i arbeidet med pasienten, men også kan lede, delegere og organisere. Sykepleiere i institusjon har døgkontinuerlig ansvar for

pasientene, det innebærer blant annet at sykepleieren gir relevant og nok informasjon når hun overlater ansvaret til neste vakt. Sykepleiers ansvar er åpent og i forkant. Hun må kunne ta ansvar for nye pasienter, gjøre vurderinger og ta kontakt med lege. Ansvar er i bevegelse, ikke konstant. Om pasientens tilstand forverres må hun ta ansvar for oppgaver som pasienten tidligere klarte selv. Sykepleieren utvikler en klinisk forforståelse gjennom fagkunnskap, diskusjoner, planlegging, observasjoner og kjennskap til pasienten. Sykepleieren må likevel ikke være låst i forforståelsen, men være utprøvende og fleksibel, ellers oppfattes bare det en ser etter. Sykepleieren må få oversikt og se deler utfra en helhet (Elstad, 2014).

4 Metode

I dette kapitlet beskriver jeg fremgangsmåten jeg har brukt for å besvare problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har valgt en kvalitativ metode som er en egnet metode for å få kunnskap om menneskers erfaringer og opplevelser. Metoden er fleksibel og har en åpne tilnærming som er godt egnet når en skal beskrive områder eller fenomener som er lite beskrevet fra tidligere (Malterud, 2017).

4.1 Kvalitativt forskningsintervju

Datamaterialet er innhentet på bakgrunn av individuelle, semistrukturerte intervju.

Individuelle intervju er hensiktsmessig når vi vil gi deltakeren tid og rom til å hente frem erfaringer, hendelser og opplevde historier i en trygg setting (Malterud, 2017). Kvale, Brinkmann, Anderssen, and Rygge (2015) definerer slike kvalitative forskningsintervju som «semistrukturerte livsverdenintervju», der formålet er å forstå et fenomen i dagliglivet utfra deltakerens egne perspektiver, deres livsverden. Et slikt intervju er verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema, men følger en intervjuguide som sirkler inn på bestemte tema. I min studie ønsker jeg å få kunnskap om sykepleiers erfaringer med KAD i deres arbeidshverdag og gjennom tolking og analyse forstå deres livsverden.

Jeg valgte individuelle intervju fremfor fokusgruppe intervju, da jeg så for meg at rekruttering av deltaker og praktisk gjennomføring av intervjuene vil bli lettere. Da ville jeg ikke være avhengig av flere deltakeres anledning og mulighet til å delta på samme tidspunkt. Samtidig som individuelle intervju følte trygger for meg som nybegynner i forskerrollen. I følge Malterud (2017) kan fokusgruppeintervju gi en annen type data som skapes gjennom dynamikken i en gruppesamtale. Samtidig kan noen deltakere være ukomfortable med å uttale seg i en større gruppe. Jeg er tilfreds med valget av individuelle intervju da alle deltakerne fikk mulighet til å uttale seg utfra sitt perspektiv og sine erfaringer, uten å bli påvirket av andre.

4.2 Forforståelse og hermeneutisk tilnærming

Min forforståelse er de erfaringer, kunnskaper og den forståelse jeg har for tema og forskningsfelt i forkant av studien. Forforståelsen vil påvirke hvordan jeg tilnærmer meg data gjennom forskningsprosessen. En viss kjennskap til forskningsfeltet er nyttig for å kunne

innhente relevant og ny kunnskap, samtidig kan forforståelsen begrense evnen til å være tilstrekkelig åpen for ny empirisk kunnskap (Malterud, 2017).

Et kvalitative forskningsintervju er en profesjonell samtale der det er avgjørende at intervjueren har en klar formening om tema som skal belyses (Wifstad, 2018). Gadamer og Holm-Hansen (2010) sier at all forståelse forutsetter at vi allerede har forstått noe annet. I samtaler kan en ny forståelse utfordre egen forforståelse. Hermeneutikkens tilnærming innebærer å forstå og fortolke en tekst. En del av en tekst kan bare forstås utfra en helhet og en helhet må forstås i lys av delene (Wifstad, 2018). Min studie beskriver en del av en virksomhet fra et sykepleieperspektiv i en bestemt kontekst. Tidligere forskning og teori kan belyse tematikken i en større helhet. Min forforståelse for tematikken er bygget på mine egne erfaringer som sykepleier i distriktet og på den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom masterstudiet. Jeg kan kjenne meg igjen i beskrivelser av praksis utfra et bredt forståelsesgrunnlag, samtidig som jeg må være åpen for at intervjuene kan beskrive nye perspektiver. Malterud (2017) skiver at det er en kunst å være tilstrekkelig åpen og fokusert på samme tid.

4.3 Kontekst

Beskrivelse av konteksten kan belyse hvilke sammenhenger funnene har overførbarhet til utover den gitte konteksten (Malterud, 2017). Datamaterialet er innhentet fra tre distriktskommuner i Troms og Finnmark fylke. De tre kommunene drifter totalt fem kommunale akutt plasser lokalisert i sykehjem. Samtlige KAD-plasser i studien er tilknyttet korttidsavdeling i sykehjem. De inkluderte sykepleierne jobber hovedsakelig på korttidsavdeling, men det er også langtids plasser tilknyttet avdelingene.

Tabell 1: Oversikt over kommunens befolkning per kv.km, organisering av korttids plasser, langtids plasser og KAD senger, organisering av legevakt.

Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3
2 KAD-senger (3-5 døgn)	2 KAD-senger (3 døgn)	1 KAD-seng (3 døgn)
10 korttids plasser	8 korttids plasser	5 korttids plasser
8 langtids plasser	8 langtids plasser	6 langtids plasser
Interkommunalt samarbeid om KAD-plasser og legevakt	Interkommunalt samarbeid om legevakt	Egen legevaksordning
Innbyggere: 2,44/km ²	Innbyggere: 1,98/km ²	Innbyggere: 3,35/km ²

Innbyggertall og areal hentet fra SSB (2021)

Kommune 1 har interkommunalt samarbeid med nabokommunen og tar imot KAD-pasienter fra to kommuner, samt interkommunalt samarbeid om legevakt i helg og høytid. Kommune 2 har interkommunalt samarbeid om legevaksordning, der legevakt er lokalisert i nabokommunen på kveld, natt, helg og høytid. Kommune 3 har egen legevaksordning. De fem KAD-plassene dekker et totalt areal på 7177 km² og 16740 innbyggere. Til sammenligning har Oslo et areal på 454 km² og 699827 innbyggere (SSB, 2021) og drifter 73 KAD-plasser (Swanson, Alexandersen, & Hagen, 2016).

4.4 Rekruttering og utvalg

Behandling av personopplysninger i prosjektet ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata i desember 2021 (referansenr. 569341), og jeg kunne starte rekrutteringen. Jeg sendte søknad til fire distriktskommuner i Troms og Finnmark fylke som hadde KAD-senger i sykehjem. Søknaden inneholdt informasjon om prosjektet og forespørsel om tillatelse til å intervju sykepleiere ved aktuell avdeling (vedlegg 1). Enhetsledere ved to sykehjem svarte innen noen dager og var positive til studien. Den ene kommunen hadde dog bare hatt KAD i sykehjem i ett og et halvt år og falt derfor utenfor inklusjonskriteriene som i utgangspunktet var sykepleiere med to års erfaring med KAD-pasienter. Etter vurdering og samtale med min veileder valgte jeg å endre inklusjonskriteriene til ett års erfaring med KAD-pasienter og minst to års erfaring fra primærhelsetjenesten i kommunen. I ettertid tenker jeg dette var et godt valg da jeg fikk verdifulle data om innføringsfasen og et ferskt perspektiv på hvordan det har vært å arbeide med en ny pasientgruppe i sykehjemmet.

Jeg ville gjerne ha med sykepleiere fra en kommune til, så jeg tok direkte kontakt med avdelingsleder ved den aktuelle avdelingen, og spurte om hun hadde mottatt informasjon om studien fra kommuneledelsen. Det hadde hun og hadde allerede to informanter klare og forslag til tidspunkt for når jeg kunne komme og intervju.

Avdelingsledere formidlet informasjon om studien og rekrutterte informanter ut fra inklusjonskriteriene. I en kommune der bare en hadde meldt seg, spurte jeg henne direkte om hun kunne oppfordre en kollega til å delta. Det gjorde hun, og jeg fikk inkludert en til. Denne måten å rekruttere deltakere på er omtalt i metodelitteratur som «snowball sampling» (Polit & Beck, 2020). Jeg hadde nå rekruttert seks deltakere fra tre forskjellige kommuner og var tilfreds med utvalget. Malterud (2017) skiver at et utvalg på fire til sju deltakere kan være tilstrekkelig til å gi et rikt datamateriale hvis informasjonsstyrken er høy.

Deltakerne ble inkludert på bakgrunn av inklusjonskriterier. Et slikt strategisk utvalg vil si det utvalget av deltakere som kan belyse forskningsspørsmålet på best mulig måte (Malterud, 2017).

Sykepleierne er inkludert etter følgende kriterier:

- Minimum et års erfaring med KAD-pasienter i sykehjem.
- Minst to års erfaring som sykepleier i primærhelsetjenesten i den respektive kommunen.

Tabell 2: Oversikt over deltakernes alder, kjønn, ansiennitet, utdanning utover bachelorgrad, gjennomsnitt praksiserfaring i primærhelsetjenesten og i KAD-enhet.

Antall deltakere	Gjennomsnittsalder	Kjønn		Gjennomsnitts ansiennitet	Videreutdanning Geriatri og jordmor	Master i sykepleie	Gjennomsnitt kommunal praksis ansiennitet	Gjennomsnitt KAD ansiennitet
n=6	44,1 år	1 M	5 K	19,3 år	2	2	16 år	3,8 år

Utvalget består av fem kvinner og en mann, gjennomsnittsalderen er 44,1 år. Deltakerne har gjennomsnittlig 19,3 års erfaring som sykepleier, hovedsakelig fra primærhelsetjenesten, og i gjennomsnitt 3,8 års erfaring med KAD-pasienter i sykehjem. To av deltakerne har mastergrad i sykepleie, en har videreutdanning i geriatri og en er jordmor. Deltakeren benevnes som D1, D2, D3, D4, D5 og D6.

4.5 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene utviklet jeg en intervjuguide (vedlegg 3), som min veileder så over og kom med tilleggsspørsmål og kommentarer til. Den ble til slutt bestående av 13 hovedspørsmål og tilhørende stikkord til oppfølgingsspørsmål som jeg kunne bruke nå jeg ønsket mer utdypende svar. I det siste spørsmålet ville jeg gi rom for at informanten kunne komme med tilføyelser om det var noe hun ikke hadde fått sagt, eller kommet på underveis. Intervjuguiden i et semistrukturert intervju er temabasert, og deltakerne må få anledning til å snakke fritt med egne ord og komme med eksempler. Spørsmålene må være åpne og ikke ledende, slik at team blir belyst fra ulike vinkler og perspektiver (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2020).

Intervjuene ble gjennomført i slutten av januar og begynnelsen av februar 2022. De to første intervjuene ble definert som pilotintervju. Sykepleierne ble inkludert og samtykket etter samme kriterier som øvrige deltakere. Disse intervjuene opplevde jeg som svært nyttige da deltakerne ikke var helt ukjente for meg og jeg følte meg trygg i situasjonen, i tillegg fikk jeg prøvd ut intervjuguiden med hensyn til egnethet og tidsbruk. Etter vurdering og samtale med veileder valgte vi å inkludere pilotintervjuene i datamaterialet. Jeg gjorde noen små justeringer i spørsmålene etter pilotintervjuene, slik som fleksibiliteten i metoden tillater (Malterud, 2017). For eksempel fant jeg ut det fungerte fint å innlede med at deltakerne bare fortalte litt om arbeidsplassen og avdelinga og organisering. Det ble en lett start som senket skuldrene både for meg og deltakeren. Jeg hadde med litt snacks og drikke. Det ble godt mottatt. Malterud (2017) skriver at det er en forutsetning at informantene føler seg trygge og ivaretatt i samtalen for å kunne frembringe rik empiriske kunnskap.

Alle intervjuene ble gjennomført på deltakerens arbeidsplass, en deltaker stilte opp utenfor arbeidstid, resterende ble gjort i arbeidstiden. Informantene fant et egnet rom, og intervjuene ble stort sett gjennomført uten forstyrrelser. Før jeg startet lydopptaket gav jeg en kort informasjon om studien, personvern, antall spørsmål og beregnet tid, som anbefalt i metoden (Polit & Beck, 2020). Deltakerne hadde mottatt samtykke og informasjon om studien (vedlegg 2) på forhånd via e-post. Jeg hadde med kopi av samtykke som de skrev under på, og de fikk mulighet til å stille spørsmål. Deltakerne fylte også inn et skjema med informasjon om kjønn, alder, antall års erfaring og eventuell videreutdanning. Intervjuene varte gjennomsnittlig 37 minutter, og ble tatt opp ved hjelp av appen diktafon-nettskjema som anbefalt for sikker lagring (UiO, 2017). Jeg hadde ikke fått tak i en back-up for lydopptak, men heldigvis fungerte diktafon-nettskjema veldig bra. Jeg hadde testet det flere ganger på forhånd og følte meg trygg på bruken. Jeg opplevde det som en fordel å intervju på deltakernes arbeidsplass da jeg fikk et inntrykk av sykehjemmet, kommunen og konteksten. Malterud (2017) skriver at det vil være en styrke for datainnsamlingen og studien å intervju informantene på egen arbeidsplass. Kjente og trygge omgivelser kan gi en avslappende atmosfære og gjøre det lettere å skape tillit i samtalen. I tillegg gav kjøreturene mellom kommunene, heldigvis i fint vintervær, et inntrykk av avstander og omgivelser. På hjemturen fikk jeg god tid til å tenke over samtalene og skape meg et helhetsinntrykk.

4.5.1 Transkripsjon

Jeg transkriberte intervjuene fortløpende etter gjennomføring. Før jeg transkriberte materialet lyttet jeg til lydfilen og prøvde å danne meg et helhetsinntrykk. Hva er mest fremtredende i hvert intervju, og hva formidlet deltakerne med det de sa? Malterud (2017) skriver om denne prosessen; gjennom å lytte til samtalene og skrive den som tekst blir forskeren kjent med materiale på en ny måte og vil kunne skimte mønstre og ny kunnskap om tematikken. Transkripsjonen er en del av den analytiske prosessen og fleksibiliteten i kvalitativ forskning er nyttig og nødvendig for å få frem relevant informasjon (Malterud, 2017).

4.5.2 Etske overveielser og personvern

I kvalitativ forskning der kun helsepersonell medvirker omfattes ikke av Helsinkideklarasjonen (*Helsinkideklarasjonen*, 2013), men krever godkjenning fra NSD (vedlegg 4) og skriftlig informert samtykke fra deltakere. I metoden beskrives det at i samtale med deltakerne måtte det brukes skjønn for å utøve en ansvarlig forskningsetikk. Gjensidig tillit og respekt i samtalene er en forutsetning for å få et troverdig datamateriale (Malterud, 2017). I samtalene opplevde jeg tillit og trygghet ovenfor meg som forsker. Noe var litt nervøse og usikre på om de hadde nok kunnskap. Jeg betrygget deltakerne med at det ikke var noen rette eller feile svar, men at det er sykepleierens erfaringer og opplevelser jeg ønsket kunnskap om. Alle deltakerne formidlet ut fra sin rolle som sykepleier.

I forkant av intervjuet hadde deltakeren mottatt informasjon og signert samtykke. Samtykket inneholder informasjon om prosjektet, innsamling og oppbevaring av data og ivaretagelse av personvern og anonymitet, samt muligheten for å trekke seg underveis i prosjektet. Før intervjuene startet sammenfattet jeg informasjonen muntlig og deltakerne fikk mulighet til å stille spørsmål, som beskrevet av Polit and Beck (2020). Noen hadde flere spørsmål og andre hadde ingen. Samtykkene oppbevares av veileder i låst skap ved forskningsinstitusjonen.

4.6 Analyse av data

Jeg har brukt Malteruds (2017) fire trinns metode for systematisk tekstkondensering i analyse og tolkning av data. De fire trinnene er helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese. I første trinn av analysen skal jeg danne meg et helhetsbilde og vurdere mulige tematikker. Forforståelse og teoretisk referanse ramme settes i parentes, men problemstillingen må jeg ha med meg (Malterud, 2017). I først forsøk på å følge de fire

trinnene i analyseprosessen gikk jeg litt for fort frem og trinn en og to ble blandet sammen. Noe som førte til at jeg startet kodingen før jeg hadde identifisert foreløpige tematikker. Jeg gikk derfor tilbake til rådata fra intervjuene og notatene jeg hadde skrevet etter hvert intervju for å skape et helhetsinntrykk. Jeg bemerket meg da sju tematikker. Malterud (2017) anbefaler fire til åtte temaer som umiddelbart vekker oppmerksomhet. De foreløpige tematikkene var: «For kort tidsramme for eldre pasienter», «En spennende arbeidshverdag», «Alene på vakt», «Utfordrende nattevakter», «Erfaring er viktig», «Ulike erfaringer med legesamarbeid» og «Pasienter som ikke passer inn».

I andre trinn av analysen skal meningsbærende enheter identifiseres og sorteres under de foreløpige tematikkene og irrelevant tekst blir sortert bort. I dette trinnet skal de foreløpige temaene bli til kodegrupper som representerer ulike perspektiver i problemstillingen (Malterud, 2017). Jeg så etter kunnskap om sykepleiers erfaring med kommunal akutt døgnenhet i sykehjem i distriktet. Teksten ble sortert i følgende ti kodegrupper som omtalte sykepleiers erfaring med: «ulike pasientgrupper», «oppgaver og ansvar», «begrensninger og muligheter», «generalistkompetanse», «ressurser i distriktet», «lege-sykepleier samarbeidet», «samhandling i distriktet», «relasjoner og kjennskap til pasientene», «kollegastøtte», «avstander og værutfordringer». Kodegruppene skulle nå kodes i flere kodergrupper eller slås sammen utfra om kodegruppen beskriver adskilte fenomener eller ulike perspektiver på samme fenomen. Malterud (2017) anbefaler å tre til fem kodegrupper. Jeg valgte å gå videre til tredje trinn med alle de foreløpige ti kodegruppene. Jeg synes det var lettere å se hvilke kodegrupper som kunne slås sammen og hvilke som kunne fjernes etter jeg hadde kondensert meningsenhetene. Jeg hadde også de foreløpige tematikkene med meg inn i den videre analysen.

I tredje trinn ble meningsinnholdet abstrahert og systematisert ved at meningen i deltakernes utsagn ble tolket og omskrevet til kondenserte meningsenheter, som beskrevet i metoden (Malterud, 2017). Jeg valgte ut meningsbærende enheter som omhandlet tematikken i kodegruppene og sammenfattet meningen i innholdet, laget subgrupper og justerte tematikken i kodegruppene etter min forståelse og tolking etter kondensering. Kodegruppen «ansvar og oppgaver» ble inkludert i som en del av kodegruppen «sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet».

Tabell 3: Eksempel på systematisk tekstkondensering.

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsenheter	Subgruppe	Kodegruppe
<p>Du har jo ansvar for å iverksette de planene som legen har lagt, den behandlingen som skal gis og de undersøkelsene og observasjoner som skal tas, og dokumentasjon av det og tilbakemelding ved endringer. (D2)</p> <p>Jeg er jo ansvarlig da, jeg delegerer jo pasientene og arbeidsoppgavene de skal gjøre på vakta. (D5)</p>	<p>Sykepleierens ansvar og oppgaver med hensyn til KAD-pasienter innebærer behandling, observasjoner, dokumentasjon og legekontakt. I tillegg til det kliniske ansvaret har sykepleieren ansvar for å fordele pasienter og oppgaver i avdelingen</p>	<p>Sykepleierens kliniske og organisatoriske ansvar og oppgaver.</p>	<p>Sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet.</p>
<p>Ja det hviler veldig stort ansvar på oss som står alene på vakt på ettermiddagen og natt og i helgene. Ofte så er det bare en sykepleier på huset på helgene og om natta og på ettermiddagen, så det blir veldig mye ansvar på en person. (D3)</p>	<p>Sykepleierne opplever et stort ansvar fordi de ofte er eneste sykepleier på vakt med ansvar for et stort antall pasienter i tillegg til KAD-pasientene.</p>	<p>Aleneansvar i sykehjem.</p>	
<p>Det er noe med det å sende ambulansen ut av kommunen, dem kan selvfølgelig komme seg frem, men kommer de seg tilbake, så er det jo den akuttberedskapen i kommunen da når det er vanskelig. (D6)</p> <p>Helg, høytid og natt står du helt alene som sykepleier. Spesielt natt, jeg må bare presisere at natt er en utfordring. (D5)</p>	<p>Sykepleieren opplever et ansvar for kommunens helhetlige helsetilbud, beredskap, legetilgang og ivaretagelse innbyggerne lokalt, samt avlaste sykehuset.</p> <p>Nattevakter oppleves som ekstra utfordrende da sykepleieren kan ha ansvar utover sykehjemmet.</p>	<p>Nattevakter og det utvidede ansvaret.</p>	
<p>Man er jo et kjent ansikt, det er en liten kommune, alle kjenner alle og alle, vet hvem man er, så da er det bare å ta på den «jobb-masken» og vise dem hva vi gjør (D5)</p>	<p>Sykepleieren har ulike roller i lokalsamfunnet. På jobb må de gå inn i den profesjonelle sykepleierrollen selv om de kjenner eller har en relasjon til pasienten.</p>	<p>Kjennskap og relasjoner til pasientene.</p>	

Gjennom den systematiske analysen så jeg at flere av de opprinnelige kodegruppene omhandlet samme tematikk fra ulike perspektiver. Kodegruppene ble sortert, noen ble slått sammen og andre ble tatt bort som egen kodegruppe og noen ble en subgruppe. For eksempel ble kodegruppen «Avstand og værutfordringer» omtalt som et perspektiv på utfordringer med «samhandling i distriktet». Jeg sorterte til slutt kodegruppene under fire hovedtematikker:

-KAD-pasienten i distriktet og ressurser i tjenesten.

-Sykepleiers rolle for å ivareta KAD-tilbudet i distriktet.

-Generalistkompetanse og kompetanseutvikling.

-Samhandling i distriktet.

I siste trinn av analysen formidles datamateriale til leser, formulert i tredjeperson. Her sammenfattes fellestrekk og variasjoner fra flere beskrivelser (Malterud, 2017). Funnene beskrives under kapittel 5 Resultater.

Jeg har, som nybegynner, opplevd det som krevende som å sette meg inn i analyse metodikken. Det har ført til at jeg har hoppet litt frem og tilbake i de ulike analysetrinnene. Jeg har en ganske åpen problemstilling, så det var vanskelig å sortere bort innhold i frykt for å miste noe relevant. Resultatdelen ble derfor veldig omfattende, og jeg måtte stadig gå tilbake til problemstilling, forskningsspørsmål og analysen for å avgrense innholdet. Flexibiliteten i metoden tillater en slik tilnærming, men den mindre systematiske fremgangsmetoden kan påvirke lesers forståelse av prosessen.

4.6 Begrensninger ved metoden og validitet

Jeg er nybegynner som forsker og intervjuer, dette kan ha begrensninger på min evne til å innhente data gjennom intervju. Jeg kunne vært mer fokusert på å stille oppfølgings spørsmål når deltakerne kom med en påstand eller betraktning uten å utdype noe mer. Samtidig har jeg som sykepleier kompetanse og erfaring med kommunikasjon og samtale med mennesker. Forskerens kompetanse og egnethet er avgjørende for dataene som skapes (Drageset & Ellingsen, 2010). Jeg møtte deltakerne som masterstudent, men også som sykepleier. Den felles forståelsen av praksis og likhet i autoritet kan være fordelaktig i intervjusettingen, samtidig som enkelte perspektiver kan bli tatt for gitt fordi det er gjenkjennbart og ikke trenger videre utdyping. Malterud (2017) beskriver også dette i sin metodebeskrivelse. Validiteten i studien må overveies i alle ledd av forskningsprosessen (Malterud, 2017). I beskrivelse av fremgangsmåte og veivalg underveis prøver jeg å gjøre prosessen så «gjennomsiktig» som mulig for å styrke troverdigheten. I kvalitativ forskning brukes ofte troverdighet som et overordnet begrep på studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010). Et begrenset antall deltakere i en bestemt kontekst gjør at kvalitativ forskning aldri vil kunne gi generalisert kunnskap. Beskrivelsene kan likevel være overførbare til sykepleiere i lignende kontekst og situasjoner.

5 Resultater

Funnene fra datamaterialet er sortert under de fire hovedtematikkene med tilhørende underoverskrifter; KAD-pasienten i distriktet og ressurser i tjenesten, sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet, generalistkompetanse og kompetanseutvikling og samhandling i distriktet.

De viktigste funnene i denne studien er sykepleiers rolle for å ivareta KAD-tilbudet som innebærer både kliniske og administrative oppgaver og aleneansvar. Noen av deltakerne beskriver også et sykepleiefaglig ansvar utover avdelingen og sykehjemmet de jobber i. Flere av deltakerne opplever nattevakter som spesielt utfordrende. Deltakerne forteller om utfordringer både med eldre og yngre KAD-pasienter. Eldre pasienter kan ha diffuse diagnoser, komplekse sykdomsbilder og uavklarte tilstander, samt tidsrammen er for kort for mange eldre pasienter. Yngre pasienter med rus- og /eller psykiatrilidelser beskrives som pasienter som ikke passer inn. En deltaker bruker uttrykket «learning by doing» om innføring av KAD og kompetanseutvikling, og andre beskriver det kollegiale fellesskapet som en kilde til faglig utvikling. Under tematikken samhandling i distriktet beskrives i hovedsak deltakernes erfaring med legesamarbeidet. En kommune har legevakt i nabokommunen og flere av deltakerne beskriver avstander og legetilgjengelighet som en utfordring. Deltakernes erfaring med samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester blir ikke utdypet på grunn av oppgavens omfang.

5.1 KAD-pasienten i distriktet og ressurser i tjenesten

Samtlige inkluderte sykepleiere beskriver at KAD-plassene er hyppig i bruk og at det stort sett fungerer etter formålet; å behandle lokalt og redusere sykehusinnleggelser. Pasientene som ikke blir ferdigbehandlet innenfor tidsrammen overføres til et korttidsopphold for videre behandling. Deltakerne forteller at det som regel er kapasitet i avdelinga til å flytte pasienten over i et korttidsopphold, og at KAD-pasienten kun overflyttes til sykehus om tilstanden forverres. To av deltakerne beskriver pasientforløp og kapasitet slik:

Noen ganger blir det sånn at de som kommer på KAD og får et korttidsopphold etterpå hvis det er behov for det, og noen ganger må vi sende de inn på sykehus, og noen ganger drar de bare hjem, det kommer an på problemstillingen (D3).

Jeg har til dags dato ikke opplevd at de må til sykehus fordi vi ikke har kapasitet (D4).

Deltakerne formidler at de yngre pasientene og de med ukompliserte helsetilstander ofte kan utskrives etter tidsrammen for KAD-opphold.

5.1.1 De eldre KAD-pasientene

Deltakerne har erfart at de fleste som innlegges i KAD er eldre, over 70 år. Disse pasienten behandles ofte for infeksjoner, forverring av kronisk sykdom, fallskader eller nedsatt allmenntilstand/funksjonssvikt. Eldre pasientene med KOLS er ofte innlagt i KAD og oppfattes som en gjenganger. Mange av de eldre pasientene har behov for forlenget opphold i institusjon. Noen av deltakeren forteller om eldre pasientene med diffuse problemstillinger som er vanskelig å avklare. Disse beskrives av deltakerne som pasienter som ikke faller helt innenfor innleggelseskriteriene for KAD, men likevel kommunens ansvar å gi helsehjelp. Flere av deltakerne mener at de eldre bør unngå sykehusinnleggelse om de kan få helsehjelp lokalt, selv om det ikke akkurat er en ø-hjelps tilstand. Deltakerne beskriver eldre KAD-pasienter slik:

Jeg synes personlig i forhold til dette at det skal være helt avklart problemstilling, så får man noen ganger litt problemer med de gamle som bor hjemme, der det er mer sånn nedsatt allmenntilstand eller en funksjonssvikt-sak, som ikke er helt lett å definere hva er problemet. Der det blir en litt mer sånn utredningssak. Jeg synes det er vår oppgave og ansvar og ta imot de. De skal i utgangspunktet ikke på sykehuset (D4).

De som går til legevakta som ikke kan dra hjem igjen for de er i dårlig form, men heller ikke så dårlig at de trenger å inn på sykehuset, så er det veldig bra at de kan komme en plass som er nært, spesielt dem eldre (D6).

Andre beskriver denne innleggelsestypen som en «hvilepute» for hjemmesykepleien og legen, der for eksempel hjemmesykepleien ønsker innleggelse i KAD istedenfor å øke ressursene i hjemmet, eller der lege ikke vet helt hvordan han skal behandle eller hvor han skal «plassere» disse pasientene.

Deltakerne forteller om eldre pasientene med komplekse og sammensatte sykdomstilstander som innlegges i KAD. Disse pasientene beskrives som utfordrende å behandle og observere da flere tilstander og sykdommer påvirker helsetilstanden og behandlingen. En av deltakerne beskriver disse pasientene slik:

Har de en hjertesvikt fra før av og en nyresvikt og en diabetes, så er det flere ting som spiller inn på helsa deres enn bare den infeksjonen de kommer inn for (D1).

Flere av deltakerne beskriver pasienter som innlegges med uavklart eller feil diagnose. De har erfart at pasienter blir dårligere under KAD-oppholdet og har behov for innleggelse i

sykehus. Dette beskrives som utfordrende, men også en fordel fordi pasienten får dø i hjemkommunen med nærhet til pårørende:

Si at det ser ut som det ikke går rette veien, så må det på en måte være avklart om pasienten skal være i kommunene eller sendes til sykehuset. Så det kan være litt utfordrende (D1).

Han ble innlagt på KAD, blei ganske kort tid etterpå overflyttet på korttidsplass og døde (...) Det er et tilfelle, hadde vi ikke hatt KAD-plasser her hadde han fort havnet på sykehus og sannsynligvis død der (D4).

Noen pasienter beskrives som kritisk syke og ved forverring under oppholdet kan de ha behov for avansert behandling i sykehus om de skal overleve I slike tilfeller, formidler deltakerne at det er det viktig å avklare med pasienten og pårørende, deres ønske om behandling i sykehus eller ikke, samt HLR-status.

5.1.2 De yngre KAD-pasientene

Sykepleierne har erfart at de yngre pasientene som innlegges i KAD kan være dehydrert på grunn av rus eller svangerskapskvalme, det kan være røykskader, infeksjoner eller psykiatri. Deltakerne uttrykker at de føler seg mer usikre på yngre pasienter fordi de har mest erfaring med eldre og må kommunisere på en annen måte med yngre. Slik beskriver en av deltakerne utfordringer med yngre KAD-pasienter som en ny pasientgruppe i sykehjemmet:

Mange som jobber her har jobbet lenge og hovedsakelig i eldreomsorgen, og yngre pasienter og pasienter som ikke er demente det er nytt. Det forholder vi oss kanskje til på en litt annen måte og stiller litt større krav og spør om litt andre ting (D4).

Deltakerne beskriver utfordringer med KAD-pasienter som har rus- og psykiatriutfordringer. De forteller at en KAD-plass lokalisert i sykehjem ikke alltid er rette plassen for disse pasientene. D4 beskriver det som pasienter som «faller mellom alle stoler». Slik beskriver deltakerne utfordringer med denne pasientgruppa:

Vi har jo denne rus-psykiatri KAD-senga også, som er lokalisert inne på et sykehjem, som kanskje ikke fungerer helt optimalt og med et personal som ikke har kunnskap om rus og psykiatri, så der er en utfordring selvfølgelig (D1).

Det er jo lokalisert i et sykehjem, og jeg fikk en gang inn en pasient på natt med rus, ruspåvirka da. Det skjer mye i avdelinga og på hele huset, jeg blir borte, må jo gå på tilsyn og da er plutselig pasienten borte (D5).

Deltakerne har erfart at Rus-psykiatri KAD benyttes i mindre grad. D5 forteller at kommunen har en alternativ plass for denne pasientgruppa, en type akutt-leilighet med

døgnbemanning. De har erfart at disse pasienten ikke passer inn i sykehjemmet og at de har for lite kompetanser og ressurser til å ivareta denne pasientgruppa.

5.1.3 Ressurser og utstyr

Samtlige deltakere mener at det ikke ble tilført ekstra personalressurser i forbindelse med innføring av KAD i sykehjemmet. D5 forteller at det ble utlyst en ekstra sykepleier stilling, men at grunnbemanningen er den samme. D1 forteller at de i starten hadde en ordning med ekstra bemanning når KAD-sengen var i bruk. Samtlige deltakere beskriver KAD-pasienten som mer tid og ressurskrevende. En deltaker beskriver det slik:

Det er jo ikke tilført noen ekstra ressurser i form av personell når vi har KAD-pasienter. De er litt mer tidkrevende enn de pasientene vi har i avdelinga fra før av (D1).

Deltakere fra to kommuner forteller at det ble kjøpt inn medisinteknisk utstyr etter KAD ble innført. Blærescanner, smertepumpe, overvåkningsmonitor for vitale målinger blir nevnt. EKG-apparat savnes av flere. Deltakerne forteller at de ikke har EKG eller at det er gammelt eller i uorden. Flere forteller at de er avhengig av å låne på legekantoret eller tilkalle ambulanse for å få tatt EKG. D3 påpeker også at mer teknisk utstyr krever flere sykepleierressurser for å bruke det, og D6 mener at de har det utstyret som trengs for pasientgruppen de skal behandle. Slik beskriver to deltakere begrensninger i utstyr og ressurser:

Hvis det var noe jeg kunnet ønsket meg så var det et EKG-apparat for det er jo en veldig standard del for mottak av pasient på sykehus og sånn, så det setter mye begrensninger på hva slags type pasienter vi kan ta imot (D4).

Vi har sagt ifra til ledelsen, både skriftlig og muntlig at vi trenger flere ressurser. Det handler om pasientsikkerhet, men også om vår arbeidshverdag. Dagene kan bli veldig hektiske. Det er perioder, så det går i bølger (D3).

Deltakerne beskriver arbeidshverdagen som varierende i arbeidsmengde og pasientbelegg. De forteller at kan være rolige dager, men at det ofte er mye å gjøre, spesielt for sykepleieren på vakt. Flere beskriver et stort behov for sykepleiere og kompetanse i avdelingen med KAD-senger. Slik beskrives behovet for sykepleiere med hensyn til KAD:

Ja det krever jo at det er en viss andel fagfolk. Det må være sykepleiere på de avdelingene som har KAD ellers så er det ikke gjennomførbart i praksis. Så hvis det er stor sykepleiemangel tror jeg det kan være utfordrende å drifte KAD-sengene (D2).

Det er alfa og omega at det er sykepleiere her hvis det skal fungere, uten det så hadde det ikke fungert (D4).

Deltakerne beskriver sykepleiers rolle, med hensyn til å ivareta KAD-pasienter og medfølgende oppgaver og ansvar, som helt elementær for kvaliteten og driften av tilbudet.

5.2 Sykepleiers rolle for å ivareta KAD i distriktet

Deltakerne beskriver både kliniske, administrative og organisatoriske oppgaver. De beskriver aleneansvar og et ansvar for det helhetlige helsetilbudet i kommunen, samt sin rolle i lokalsamfunnet og i møte med pasientene.

5.2.1 Sykepleiers kliniske og organisatoriske ansvar og oppgaver

Deltakerne beskriver det som sykepleiers oppgave og ta imot KAD-pasienten, iverksette behandling, observere og kontakte lege ved endring. I tillegg beskrives administrative oppgaver som å skrive inn pasienten, innhente journal, dokumentere innleggelses årsak, tiltak og observasjoner. Noen deltakere beskriver også praktiske oppgaver som å klargjøre rommet og finne frem nødvendig utstyr. Oppgaver tilknyttet KAD beskrives slik:

Er ikke pasienten i systemet, så må du lage den i systemet og det kan ta tid (...), men så er det jo også alt som skal gjøres i forhold til pasienten, ikke sant, hvis det er kateter eller veneflon, antibiotika, ordne dosetten og medisiner, det kan være mye (D6).

Noen sykepleiere forteller at de bruker egne sjekklister for oppgaver i forhold til innskriving og utskriving av pasienter. Andre har sjekklister, men bruker også skjønn, og noen har ikke skriftlige rutiner, men forholder seg i hovedsak til bestillingen fra lege. En deltaker beskriver observasjonsskjemaet som «ryggraden» i avdelinga, som en forsikring om at de ikke overser noe i sykdomsutviklingen hos pasienten. Slik beskrives bruk av sjekklister:

Vi har jo ordnet egne rutiner på det her med KAD-målinger. At det ikke er legen som skal si hva vi skal gjøre til enhver tid, for vi har erfart at noen ganger har legen ikke har bedt oss om å gjøre ting så har det vært sepsis-pasienter for eksempel, med kjempehøy CRP som ikke vi ble bedt om å måle (D5).

I tillegg til de kliniske oppgavene og ansvaret for pasienten beskriver deltakerne et organisatoriske ansvar i avdelingen som innebærer fordeling av pasienter og oppgaver i avdelingen. Når det kommer nye KAD-pasienter til avdelinga beskriver sykepleierne at de må delegere og omfordele oppgaver. En deltaker beskriver det slik:

Hvis jeg er ansvarlig sykepleier så frigjør jeg meg selv fra alle andre arbeidsoppgaver og må gi det over til mine arbeidskollegaer og kun fokusere på KAD-pasienten til jeg har fått avklart situasjonen til pasienten (D5).

Deltakerne beskriver at de må prioriter KAD-pasientene først fordi de kan være ustabile og sykdomsutviklingen kan være uforutsigbar. Samtlige deltakere beskriver i hovedsak KAD-pasientene som mer komplekse, tidkrevende og har ofte større behov for sykepleiekompetanse enn andre pasienter i avdelingen.

Da er hovedsakelig KAD-pasienten mitt ansvar. Så jeg må forsikre meg om at alt er bra der og har kontroll på alt som skal gjøres, det er det jeg prioriterer først, før jeg tar resten av avdelinga (D4).

Noen beskriver at de har gode rutiner for oppgavefordeling, mens andre beskriver at de fortsatt jobber med fordeling av pasienter, oppgaver og ansvar som er hensiktsmessig i forhold til kompetanse og behov.

5.2.2 Aleneansvar i sykehjem

Deltakerne beskriver et stort ansvar da de ofte er eneste sykepleier på vakt med det sykepleiefaglige ansvar for hele sykehjemmet (50-60 pasienter), i tillegg til KAD-pasientene. Spesielt kveld, natt og helg oppleves som sårbare og mye aleneansvar. En deltaker forteller at hun ofte må forlate avdelingen for å se til pasienter på andre avdelinger, og må da overlate ansvaret for KAD-pasienten til fagarbeidere og assistenter. Selv om sykepleieren kan overlate oppgaver til kollegaer beskriver de et overordnet ansvaret som sykepleier. Slik beskrives aleneansvaret:

Så det er jo stort sett deg sjøl da, det er ikke noen andre å støtte seg på. Selv om man jobber sammen med flinke hjelpepleiere og assistenter så er det ganske mye som hvile på din egen kunnskap (D1).

Da (på nattevakt) er jeg i utgangspunktet alene på jobb på de to avdelingene. Så da på en måte å få KAD-pasienter, sånn som hvis det blir mye arbeid med det, så er det jo utfordrende. Man kan jo bare være en plass (D4).

En deltaker forteller om dyktige medarbeider, og at hun kjenner kompetansen til hver enkelt, og kan vurdere hvilke oppgaver hun kan delegere til hvem når hun er alene sykepleier på vakt.

5.2.3 Nattevakter og det utvidede ansvaret

Flere av deltakerne trekker frem nattevaktene som mest utfordrende. Sykepleierne forteller at de da er alene på sine avdelinger, og har i tillegg det sykepleiefaglige ansvaret for alle

pasientene på sykehjemmet. Noen beskriver at KAD-pasienter kan trenge tett oppfølging og tar mye tid, og at det kan gå utover behovet til andre pasienter. På nattevakter beskriver også noen av deltakerne om hvilket ansvar de har utover sykehjemmet, det kan være flere telefoner, trygghetsalarmer og ansvar for hjemmetjenestens brukere da det ikke er nattjeneste i kommunen. Utfordringer og ansvarsområdet på nattevakt beskrives slik:

Jeg har da ansvar for hele dette huset som til sammen blir rundt 56 pasienter, sykepleiefaglig ansvar, pluss at jeg har sykepleiefaglig ansvar for bygda, altså hele kommunen, hjemmetjenesten. Og det sykepleiefaglige ansvaret på tilsvarende eldrehjem som ikke er akkurat her, men en annen plass. Ja så hvor mange blir det, kanskje 200 (D5).

En deltakerne beskriver evnen til å stole på seg selv, erfaring og trygghet i sykepleierollen gjør aleneansvaret lettere:

Man må stole mye på seg selv, tørre å stå i det sjølt, så det er litt utfordring i forhold til de nyutdanna som kommer til oss, de er litt redd for KAD-senga, og gå på natt på grunn av KAD-senga (D5).

Flere av deltakerne forteller at det kan være utfordrende for nyutdannede sykepleiere å være alene på vakt, spesielt på grunn av KAD-pasientene.

5.2.4 Kjennskap og relasjoner til pasientene

Noen av deltakerne beskriver ulike roller og relasjoner i lokalsamfunnet. Deltakerne fra den minst kommunen forteller om personlige relasjoner til pasienter innlagt på KAD. De beskriver hvordan de må ha en profesjonell rolle som sykepleier når de møter bekjente eller familiemedlemmer som pasienter. D5 beskriver det som «alle kjenne alle». Slik beskrive D6 sykepleierollen og pasientrelasjoner:

Det er ikke så lenge siden jeg hadde en onkel her som kom inn på KAD og ble litt lengre. Det er klart at det kan bli litt problematisk, men sånn er det bare i en liten kommune og du er alene sykepleier på vakt, så må du bare ta det som er (D6).

Deltakerne opplever at pasienter og pårørende generelt har stor tillit til sykepleierne og føler trygghet i behandlingen de får i KAD i sykehjemmet. Slik beskrives tillit og trygghet i møte med sykepleieren:

Også er det pårørende og naboer som kjenner at det er trygt å ha et kjent fjes. Det har jeg ofte fått høre, at det er veldig greit at det er noen som de vet hvem og har jobba lenge og sånn (D2).

Samtlige deltakere beskriver tilfredshet hos pasienter og pårørende med KAD-tilbudet fremfor å innlegges på sykehus. Deltakerne beskriver mulighet for å ha pårørende i nærheten, som trygt og viktig for pasienten.

Flere av deltakerne forteller at de ofte har kjennskap til pasientene som innlegges i KAD fordi det er et lite sted. Noen av deltakerne har jobbet i hjemmesykepleie og forteller at disse pasientene også er brukere av KAD. To av deltakerne beskriver seg som tilflyttere og har ikke like god kjennskap til innbyggerne. D1 beskriver at det er lettere å kommunisere med pasienter og pårørende som hun kjenner fra tidligere, kjenner til bosituasjon, naboer og sosialt nettverk. Slik beskrives kjennskap til pasientene:

Heldigvis så er det en lite kommunen, så vi kjenner jo rimelig mange av pasientene fra før av. Og kjenner ikke vi dem så kjenner som oftest hjemmetjenesten dem eller noen på avdelinga kjenner dem på privaten (D1).

En deltaker beskriver hvordan kjennskap til pasienten sykdomsbilde gjorde at han vurderte situasjonen annerledes og mer alvorlig:

Men jeg kjente jo denne mannen fra før av og kvalme og brekninger var ikke noen typisk problemstilling for han (D4).

Flere av deltakerne beskriver det som er fordel å kjenne sykdomsbildet til pasienten for å se endringer i sykdomsutviklingen.

5.3 Generalistkompetanse og kompetanseutvikling

Ikke alle deltakerne er ikke kjent med begrepet generalistkompetanse, men samtlige beskriver kompetanse på flere fagområder og erfaring som viktig for å kunne ivareta KAD-pasientene. Flere trekker frem erfaring som en viktig faktor for å tilegne seg kunnskap og kompetanse:

Det blir mange varierte problemstillinger så du bør ha et bredt erfaringsgrunnlag heller enn å ha jobbet på en veldig spesialisert avdeling i mange år (D4).

Jeg klarer å henge ting på en knagg og liksom kanskje det, og tenker at dette ligner på noe jeg så for noen år siden, kan det være... (D2)

En deltaker trekke også frem fordelene med en blanding av de med lang erfaring og de med ny kunnskap, som kan utfylle hverandre.

5.3.1 Sykepleiers observasjons- og vurderingsevne

Deltakerne beskriver at gode observasjons- og vurderingsevner er viktig i møte med KAD-pasientene da det kan være mange forskjellige diagnoser og tilstander som innlegges. Flere

forteller om hvordan de må tenke og vurdere utover diagnosen og behandlingen ved innleggelse. Slik beskrives vurderingsevnen:

Så man må jo være på alerten hele tiden og følge med. Det hende at diagnosen er feil og det har jeg sett noen ganger, man kan ikke bare tenke at her er det stabilt og vi trenger ikke å følge med så nøye. Man må følge med og det er jo litt skummelt av og til, og som sagt det er viktig med erfaring, kunnskap og ferdigheter (D3).

Vi er ganske runde i kantene, vi klarer å tenke ganske mye forskjellig og det må vi være for det er så mye forskjellig som kommer inn, så vi må jo hele tida tenke oss rundt andre ting (D5).

Noen av deltakerne beskriver behovet for å ha nok informasjon og god oversikt over pasientens sykdomstilstand. De forteller at de etterspør informasjon hos lege eller hjemmesykepleien. En deltaker beskriver å være forkant med observasjoner og tiltak om tilstanden skulle utvikle seg i en uventet retning. Slike beskrives å ha oversikt sykdomstilstanden og være i forkant:

Så er det viktig at vi klarer å innhente nok informasjon så vi klarer å behandle dem. og i og med at det er lang vei til sykehuset er det greit at vi har god oversikt over tilstanden deres (D1).

Her må vi kanskje tenke et hakk lengre og hyppigere tilsyn og vurdere og tenke. Altså hele tiden tenke hva det kan være, hva man kan gjøre og følge med med tilsyn, så man plutselig ikke har en veldig syk person som i utgangspunktet ikke skulle være så dårlig (D6).

Å ha god oversikt og være i forkant beskrives som viktig fordi det er lange avstander til sykehus og behandlingsmulighetene er begrenset hvis pasienten blir dårlig.

5.3.2 Kompetanseutvikling og kollegastøtte

En deltaker forteller om utfordringer med å få inn pasienter med teknisk utstyr som sykepleierne ikke kjenner til og ikke har fått opplæring på, og at det blir bruke Youtube for finne ut hvordan det fungerer. Det stilles spørsmål med kvaliteten og pasientsikkerheten når opplæring skjer på Youtube:

Plutselig en fredags kveld så får du en med pumper du aldri har sett og da er det Youtube, men det er ikke kvalitetssikret for å si det sånn. Der har vi, eller kommunen en jobb å gjøre, for det kjennes ikke riktig å gå inn på Youtube. Det handler om pasientsikkerhet (D3).

Deltakerne forteller at de ikke deltatt på kurs eller gjennomgått noen kompetansehevende opplæring i forbindelse med at KAD ble innført. Noe av deltakerne har i ettertid deltatt på

akuttkurs. Andre har hatt opplæring på medisinskteknisk utstyr og om hvordan innhenting av pasienter i journalsystem. Slik beskrives kompetanseutvikling og opplæring:

Det har vært litt sånn «Learning by doing» egentlig. Tror ikke vi har hatt noen spesiell opplæring, foruten om at vi har hatt opplæring på en blærescanner som ble kjøpt inn. (D1)

Flere av deltakerne ønsker mer undervisning og faglig oppdatering. Deltakerne beskriver også at korona-pandemien, og fokus på smittevern har hindret internundervisning som var planlagt. Vider formidler deltakerne at sykepleierne i avdelinga har generelt god kompetanse, og at de hjelper hverandre. Noen av sykepleierne forteller om hvordan de bruker hverandre som en del av den faglig utvikling. Gjennom å dele erfaringer, pasientcaser og i diskusjon, samt innheter kunnskap om nye diagnoser og problemstillinger. Slik beskrives kollegastøtte og kunnskapsdeling:

Vi er vel egentlig flinke til å bruke hverandre, prate og diskutere og lære av forskjellige situasjoner, av forskjellige ting vi har hatt på KAD, at vi trekker lærdom ut av det, og at vi deler med andre (D6).

Det er veldig lett å snakke med kollegaer og spørre om råd og hjelp. Der føler jeg at vi har et veldig godt samarbeid. Er man alene på jobb så har man bare seg selv og støtte seg på, da kan det være i ettertid eller i vaktskifte at man kan diskutere ting (D4).

En deltakerne forteller at hun kan kontakte en kollega som har fri, om hun står alene med en problemstilling og trenger råd eller praktisk hjelp. Slik beskriver hun hvordan sykepleierne hjelper og støtter hverandre:

Sykepleiere kan ringe hverandre, hvis jeg blir usikker eller har noen spørsmål, så kan jeg alltid ringe en kollega som har fri, det går fint, det har vi avtalt for lenge siden, så vi kan ringe hverandre. Vi har også hatt en lukket gruppe, Messenger, for sykepleiere. Der den som hadde anledning kunne svare (D3).

Samtlige deltakerne opplever at KAD-plassene bidrar til en mer spennende og varierte arbeidshverdag. De forteller at pasientene og problemstillingene de møter på KAD ofte er anderledes enn det de møter blant andre pasienter og beboere ved sykehjemmet. Flere forteller også at KAD-plassene bidrar positivt for å rekruttere og beholde sykepleiere. D4 beskriver det som en «vinn-vinn»-situasjon:

Jeg vil si du utvikler deg jo faglig, det er mer faglig utvikling, kontra det og jobbe på en vanlig sykehjemsavdeling. Du har større sirkulasjon i pasientgruppa og mer uavklarte,

mer akutte problemstillinger, så jeg tenker læringskurven er brattere (...) særlig unge sykepleiere søker seg jobb. Det blir sånn «vinn-vinn» (D4).

Deltakerne beskriver også at de hele tiden lærer noe nytt hele tiden og aldri blir utlært.

5.4 Samhandling i distriktet

Deltakerne beskriver samhandling og tverrfaglig samarbeid med ulike tjenester og profesjoner med hensyn til KAD-pasientene. De forteller om samhandling med kollegaer, hjemmetjeneste, psykiatritjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut og lege. De fleste deltakerne beskriver gode samarbeid, men at mangel på ressurser i ulike tjenester kan være begrensende. Samtlige deltakere beskriver lite samhandling med spesialisthelsetjenesten i forhold til KAD-pasientene da de kun har erfart henvisninger fra fastleger eller legevakt. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å fokusere samhandling mellom sykepleier og lege med hensyn til KAD-pasienter og utfordringer med lange avstander.

5.4.1 Sykepleier-lege samarbeidet

Deltakerne forteller at pasienter meldes til avdelinga av fastlege eller legevakt i kommunene per telefon. De beskriver at legen legger fram problemstillingen og avklarer med sykepleier om pasienten oppfyller kriteriene for KAD-innleggelse. De fleste deltakerne mener at sykepleieren på vakt har siste ord i vurderingen om de kan ta imot pasienten, andre mener at det er legen som bestemmer. Slik beskrives vurderinger ved innleggelse:

Det er bestandig sykepleieren på vakt som skal avgjøre om avdelingen er i stand til å ta imot pasienten, om det er bemanning nok, om det er senger (D1).

Det er vaktlegen som bestemmer det, men selvfølgelig de ringer jo og diskuterer med oss. Det hender jo at vi må si at den pasienten kan ikke vi ta imot når vi forstår problemstillinga (D6).

Samtlige deltaker forteller at de stort sett tar imot pasientene som meldes når de har ledig på KAD. Flere beskriver legen som treffsikre i diagnose og vurdering. Slik beskrives vurdering med hensyn til innleggelseskriterier:

Kriteriene kan tolkes på veldig mange måter. Noen ganger så er det vanskelig å vurdere, men vi tar imot pasienter som oftest når vi får henvendelser fra legevakta, så tar vi de imot stort sett (D3).

Deltakerne beskriver at samarbeidet og dialogen med lege stort sett er god, og at det er en god plan for behandling og oppfølging. Flere av deltakerne påpeker også at de ikke bare kan forholde seg til legens plan, men må observere og gjøre egne vurderinger. En deltaker

beskriver sykepleierens nærhet til pasienten over tid som en mulighet til å gjøre nye eller andre observasjoner i pasientens tilstand:

Ja vi starter jo med det som legen har sagt, men så kan det være at vi gjør observasjoner, for de (legen) har jo ikke vært så lenge ilag med pasienten, ting som vi fanger opp da som vi bringer videre til legen og da kan det jo være noe som endrer seg (D6).

Noen av deltakerne har erfart at de må etterspør informasjon om pasienten for å avklare behandling og oppfølging. Deltakerne beskriver at det krever et ekstra engasjement fra sykepleieren for å komme i mål med behandlingen innen tidsrammen for KAD-opphold. Uttrykket «være på», ta tak i problemstillingen og ha en god plan går igjen hos flere av deltakerne. Slik beskrives disse fenomenene:

Vi må jo bruke tid på å bli raskt kjent med dem i og med at vi skal behandle dem og helst få dem ut igjen i løpet av fem dager. Vi kan ikke tenke det tar vi i morgen, det kan vi snakke om i morgen. Vi må være litt på for å komme gjennom den (D2)

Det er sårbart fordi det krever et fokus fra lege og sykepleier at man på en måte tar tak i problemstillingen til hver pasient og planlegger sånn at de kommer videre og at de ikke blir liggende (D4).

Deltakerne fra de to største kommunene forteller at de må forholde seg til flere forskjellige leger, en vaktlege og en visittlege og noen ganger vikarleger fra sykehuset som tar vakter i kommunen. D1 beskriver utfordringer i samarbeidet med leger som ikke kjenner pasienten eller organiseringa av KAD:

Det er jo leger som ikke kjenner til pasienten. Og ikke kjenner godt til systemet heller, for det er jo leger som jobber i byen og som bare er her og jobber ei helg for eksempel. Så da kan det bli litt større utfordringer med samhandling og dialog med dem (D1).

Flere av sykepleierne beskriver at de må kontakte legevaktsentralen om de trenger å avklare noe med lege eller ved semiakutte tilstander. De forteller at det kan ta tid før legen tar kontakt fordi legen er alene på vakt og ofte har mye å gjøre. Andre har avtale om at de kan ta direkte kontakt med vaktlege. Deltakerne har erfart at det er viktig å ha avklart mest mulig ved innleggelse og indikasjon for re-kontakt med lege for å unngå måtte vente lenge for å få avklart en pasient. En deltaker beskriver hvordan hun vurderer pasienten og tar kontakt med lege. Slike beskriver deltakere legetilgjengeligheten og kommunikasjon:

Det er jo stor pågang der (på legevakta) også, så det er ikke sikkert man får svar med en gang. Man må vente noen timer før man får svar, eller legen ringer tilbake. For man ringer jo og forteller hva som er status og så får man beskjed vent på svar fra lege og så går det noen timer før vi får svar (D3).

Da blir det å avklare situasjonen ved å ta de målingene og bruke min kompetanse og ringe til legen, at nå er det sånn og sånn og si min mening at nå burde pasienten sendes, og som regel så får vi gehør for det (D5).

Deltakeren forteller at hun som regel får gehør hos legen om hun har gjort en faglig vurdering på at pasienten bør overføres til sykehus for videre behandling.

5.4.2 Avstander og samhandling

Deltakerne fra en kommune forteller at de har legevakt i nabokommunen på kveld, natt og helg. Det beskrives som en utfordring da det i praksis ikke er mulig å få legetilsyn på pasienter utenom kontortid. D3 beskriver at kan også være vanskelig både for sykepleieren og legen å vurdere pasienten over telefon. D4 forteller at legen på vakt som regel kjenner til problemstillingen til KAD-pasienten når de tar kontakt. Slike beskrives samarbeidet og tilgjengeligheten:

På dagtid har du en lege ikke så langt unna, så du kan alltid tilkalle legen hvis du er i tvil. På ettermiddag, natt og i helger har du en lege på telefon i annen kommune på legevakta, og det er vanskelig for sykepleieren som står der og det er vanskelig for legen som får rapport over telefon (D3).

Deltakerne beskriver lange avstander og belastning med transport, spesielt for eldre pasienter, til sykehuset og innad i kommunen. Flere av deltakerne forteller om lang reisevei til legevakt og at pasientene er takknemlige for kunne få behandling lokalt og slippe den lange turen til sykehuset i tillegg. En deltaker forteller at værforhold kan være et hinder for transport til sykehuset og pasienten må behandles lokalt i påvente av bedre vær. Slik beskriver en av deltakerne avstander og værutfordringer:

De slipper de lange turene, det er jo lange distanser her. De lange turene til sykehuset kan være en belastning i seg selv (D5).

Om vinteren med stengte veier og ferga er innstilt og da kan det jo være en utfordring at pasienten blir lengre (D6).

To av deltakerne foreslår mer bruk av videotilsyn med lege og sykehus for å avklare pasienttilstander og tiltak. D3 forteller at det brukes video i kontakt med legevakt, men at ikke alle legen kan bruke det. Videotilsyn beskrives som en mulighet for brukermedvirkning i motsetning til telefon der det bare er en dialog mellom lege og sykepleier.

6 Diskusjon

I dette kapitelet vil resultatene fra studien bli diskutert med bakgrunn i tidligere forskning og den teoretiske tilnærmingen for å belyse problemstillingen; Sykepleiers erfaring med kommunal akutt døgnenhet i sykehjem i distriktskommuner. Funnene som vil bli diskutert er tid, ressurser og kompetanse for å ivareta KAD-tilbudet og ulike perspektiver på aleneansvaret, sykepleierens behov for kompetanse og kompetanseutvikling i møte med KAD-tjenesten og sykepleier-lege samarbeidet som er viktig for den faglige forsvarligheten i tilbudet, og til slutt hvilke erfaringer sykepleiere har med ulike de pasientgruppene som behandles i KAD i lys av samhandlingsreformens intensjon. Funnene i denne studien diskuteres med bakgrunn i den beskrevne praksiskonteksten sykepleierne i datainnsamlingen jobber i (Tabell 1).

6.1 KAD-pasienten fordrer mer tid, ressurser og kompetanse

Funnene i denne studien viser at deltakernes erfaring er at KAD-pasienter i hovedsak er mer tid, ressurs og kompetansekrevende enn andre pasienter og beboere i sykehjem. KAD-plassene i sykehjem gjør arbeidshverdagen mer uforutsigbar i forhold til oppgaver og planlegging. Deltakerne beskriver både kliniske, administrative og organisatoriske oppgaver knyttet til KAD-tjenesten (Tabell 3). Det er det Orvik (2015) beskriver som kompleksiteten i en klinisk virksomhet og behov for en dobbelt kompetanse. Allen and Birkeland (2019) beskriver sykepleieren som limet i organisasjonen, et bindeledd mellom ulike aktører. Deltakerne forteller om organisatorisk arbeid innad i avdelingen og sykehjemmet, samt kontakt med lege, pårørende, hjemmesykepleie, psykiatritjeneste og fysioterapeut. KAD-sengene fører til økt turnover i pasientgruppa og logistikk, inn- og utskrivning, innhenting av journal og dokumentasjon beskrives som tidkrevende. Disse oppgaven kommer i tillegg til de kliniske oppgavene som ifølge deltakerne ofte er mer kompetansekrevende på grunn av kompleksiteten i tilstandene. Sykepleiers behov for organisatorisk kompetanse ved innføring og drift av KAD-tjenesten i rurale områder beskrives også i tidligere forskning (Kise Hjertstrøm et al., 2018; Krone-Hjertstrøm et al., 2021).

I beskrivelse av distriktsykepleie kan mangfoldet av oppgaver og ansvar beskrives som sykepleiers generalistrolle (Smith & Vandall-Walker, 2017). Scharff (2018) beskriver også distriktsykepleierens evne til å bevege seg fysisk og mentalt mellom ulike oppgaver og

ansvarsområder, noe som er gjenkjennbare i beskrivelsene til deltakerne i denne studien. Resultatene i denne studien viser at innføring av KAD har utvidet ansvarsområdet til sykepleierne både med hensyn til klinisk- og organisatorisk kompetanse. I neste underkapittel vil jeg drøfte hvordan sykepleierne beskriver dette utvidede ansvarsområdet som en utfordring, spesielt når de er eneste sykepleier på vakt.

6.1.1 Aleneansvar i sykehjem «å stole på seg selv»

Alle deltakerne i studien beskriver erfaring med å være alene på vakt: «du må tørre å stå i det og stol på deg selv» (D5), «mye hviler på din egen kunnskap» (D1), «du har bare deg selv å støtte deg på» (D4), «det blir mye ansvar på en person» (D3). Aleneansvar er et kjent fenomen i distriktsykepleie. Det innebærer å være eneste sykepleier på vakt eller innenfor et gitt ansvarsområde. Distriktsykepleieren har ofte ansvar for et stort antall pasienter og administrative oppgaver, med minimal støtte fra større fagmiljø. Tidligere forskning beskriver at distriktsykepleien må være selvstendig, kunne ta beslutninger og være løsningsorientert (CARRN, 2020; Edvardsen et al., 2020; Scharff, 2018; Sedgwick, Grigg, & Dersch, 2014b).

Deltakerne i studien som jobber tredelt turnus beskriver nattevakter som mest utfordrende med hensyn til aleneansvar og det utvidede ansvaret. Dette ansvaret innebærer å ta beslutninger over telefon, svare på trygghetsalarmer, tilsyn på andre avdelinger eller omsorgsboliger. Det kan være vurderinger og beslutninger i forhold til helsetilstand, medisiner og behov for legetilsyn. I studien til Johannessen and Steihaug (2019) fra en stor urban KAD-enhet uttrykker sykepleierne at de av og til vurderer å melde seg syk på natt, da de ikke har lege i avdelingen og det føles utrygt. I denne studien beskrives det at erfaring og evnen til å stole på seg selv gir trygghet i sykepleierollen og i aleneansvaret, men at det kan være utfordrende for nyutdannede sykepleiere å ha dette aleneansvaret og spesielt på nattevakt. Å være nyutdannet sykepleier og jobbe i distriktet beskrives i tidligere forskning som utfordrende med hensyn til aleneansvar og generalistrollen (CARRN, 2020; Scharff, 2018; Smith & Vandall-Walker, 2017).

Det utvidede ansvaret som spesielt D5 og D6 beskriver har jeg ikke funnet beskrevet i andre studier, men kan sammenlignes med beskrivelser om distriktsykepleiernes mangel på anonymitet i et lite samfunn, der alle vet hvem du er. Der du har sykepleierrollen, og opplever at ansvaret for dine valg og handlinger blir med deg ut i lokalsamfunnet. Det ansvaret distriktsykepleieren kjenner for pasientene og bygda gjør at de ofte streker seg

lengre og tar på seg oppgaver utover normert arbeidstid. En ekstra stressfaktor som kan være belastende for distriktsykepleieren er å gjøre feil. I en liten bygd kjenner hun ofte pasientene eller pårørende og er ikke «usynlig», noe som er et kjent fenomen innenfor distriktsykepleie (Edwardsen et al., 2020; Isaksen, 2017; Scharff, 2018).

På bakgrunn av min erfaring og forforståelse er ikke funnet om det utvidede ansvaret så overraskende da kjenner til at både pasienter, pårørende og legevakt tar kontakt med sykepleiere på sykehjemmet når det oppstår helseproblemer hos hjemmeboende på natt. Det kan for eksempel være kateter som ikke fungerer, lekkasje på stomi eller behov for smertelindring. Ikke alle pasienter har mulighet til å komme seg til legevakt på grunn av nedsatt funksjonsnivå og ambulansetjenesten kan påpeke at det er kommunens ansvar og ivareta disse pasientene. Slike problemstillinger kan sette sykepleieren i en vanskelig situasjon der hun ønsker å hjelpe pasienten, men ikke kan forlate sykehjemmet. I noen tilfeller må hun kanskje ringe en kollega og spør om hjelp. Egne erfaringer, funn i denne studien og tidligere forskning viser at sykepleiere i distriktet kjenner hverandre godt og støtter hverandre og kan be om hjelp utenfor arbeidstid (Edwardsen et al., 2020; Scharff, 2018).

KAD-pasienten opptar tid og ressurser, og det kan gå utover behovene til andre pasienter; «man kan bare være på en plass» (D4). Lav bemanning og/eller mangel på kompetanse og stress kan påvirke kvaliteten og pasientsikkerheten og føre til uønskede hendelser (Gautun, 2020; Schmidt et al., 2018; Vatnøy et al., 2020). I sykehjem er de vanligste uønskede hendelsene fall, feilmedisinering, infeksjoner og underernæring (Cappelen, 2018). Denne tematikken utdypes i neste kapittel.

6.1.2 «Det handler om pasientsikkerhet og vår arbeidshverdag»

Alle deltakerne i studien mener at det ikke er tilført ressurser i form av personell etter innføring av KAD. I Vatnøy et al. (2020) tverr-seksjonale studie viser at Nord- og Midt-Norge har flest vakter med bare en sykepleier. Gautuns (2020) rapport peker også at lav bemanning, og stadig flere ufaglærte i sykehjem og hjemmesykepleie. Hun beskriver at tidspresset gjør at sykepleierne må prioritere pasienter og oppgaver, og at det kan være belastende å ta slike prioriteringsvalg. Begge studien påpeker at bemanningssituasjonen og ressursknapphet kan påvirke kvaliteten i tjenestene. Deres funn stemmer overens med mine funn. Spesielt kveld, natt og helg oppleves som sårbare i forhold til lav sykepleiedekning,

stort ansvarsområde og mange oppgaver som kan gå utover pasientsikkerheten og føre til «slitasje» på sykepleierne. Flere studier fra rurale områder viser at stress i arbeidshverdagen og belastningen med å gjøre feil kan føre til at sykepleiere slutter i jobben (El-Hneiti, Shaheen, Bani Salameh, Al-Hussami, & Ahmad, 2019; Scharff, 2018; Smith & Vandall-Walker, 2017).

En rapport (Bliksvær, Andrews, Bardal, & Waldahl, 2020) som er skrevet på oppdrag fra helsedirektoratet, omhandler aldring i rurale kommuner. Den beskriver også utfordringer med kompetanse, ressurser og rekruttering, men på bakgrunn av begrensede jobbmuligheter i distriktskommuner har mange helsearbeidere lang erfaring og kjenner kommunen, tjenestene, systemene og pasientene godt. Korte beslutningslinjer og bred variasjon i arbeidsoppgaver oppleves som positiv, og pasientene er mer fornøyde sammenlignet med urbane helsetjenester. Funnene sammenfaller med mine funn. Alle deltakerne i studien har lang erfaring (Tabell 2) og kjenner kommunen godt. De forteller at KAD-tilbudet fører til en mer spennende og variert arbeidshverdag og bidrar positivt til rekruttering. De beskriver også utfordringer med tilstrekkelig kompetanse og bemanning i tjenestene.

Mangel på ressurser i sykehjem er ikke unikt i rurale områder, men det kan forsterkes på bakgrunn av aleneansvar, avstander til sykehus, legetilgjengelighet og et «gjennomsiktig» lokalmiljø. (Scharff, 2018; Smith & Vandall-Walker, 2017). Deltakerne i studien trekker frem økt grunnbemanning, flere sykepleier, sykepleier «på topp», det vil si at sykepleieren ikke inngår i grunnbemanningen, men gjør oppgaver og vurderinger der det er behov for sykepleie- autorisasjoner eller kompetanse, samt opplæring og kompetansehevende tiltak for å sikre kvaliteten og pasientsikkerheten i sykehjemmet og med hensyn til KAD-pasienter. I neste underkapittel vil behovet for kompetanse med hensyn til KAD bli diskutert.

6.1.3 Erfaring, kunnskap og ferdigheter

Ressurser, kompetanse og faglig forsvarlighet skal vurderes ved innleggelse i KAD og personalet må ha observasjon- handlings og beslutningskompetanse (Helsedirektoratet, 2016a). Som beskrevet i tidligere forskning er bred kompetansen hos hver enkelt sykepleier viktig, og spesielt når sykepleieren er alene på vakt (Sedgwick et al., 2014b; Vatnøy et al., 2019). En kvalitativ studie der leger blir intervjuet om sykepleiers kompetansebehov i KAD-enheter, kom det frem tre hoved funn; bred medisinsk kunnskap, avanserte kliniske

ferdigheter, og en etisk og helhetlig tilnærming til pasienten. Bred kunnskap innebærer systematisk klinisk observasjon, se symptomer på endring i sykdomsutvikling på et tidlig tidspunkt og rapportere presis og systematisk til lege. Legene i studien vektla erfaring og trygghet sykepleierollen som verdifulle egenskaper (Landstad, Hole, Strand, & Kvangarsnes, 2021). De samme funnen kommer frem i denne studien; «Det er viktig med erfaring, kunnskap og ferdigheter» (D3). Bred kompetanse på flere fagområder, kunnskap og ferdigheter beskrives i distriktsykepleiepraksis som generalistkompetanse. Evnen til å vurdere og tenke bredt beskrives i denne studien og i tidligere forskning som nødvendig i forhold til KAD-pasienter og i distriktsykepleie (Scharff, 2018; Sedgwick et al., 2014b; Vatnøy et al., 2019). Lange avstandene til sykehus og avansert behandling krever at sykepleieren er i forkant og har god oversikt over pasientens sykdomstilstand og symptomer. Elstad (2014) beskriver de samme egenskapene med å innhente relevant informasjon og være åpen og i forkant. For sikre faglige forsvarlighet i KAD-tilbud er samhandlingen mellom sykepleier og lege en viktig del i vurdering og beslutning om pasienten. Sykepleier-lege samarbeidet diskuteres i neste kapittel.

6.1.4 Sykepleier-lege samarbeidet «være på og ha en god plan»

I denne studien beskrives et godt samarbeid med lege med hensyn til KAD-pasienter, men at avstander, tilgjengelighet og flere ulike leger kan være utfordrende. Uttrykkene «være på» og «ha en god plan» går igjen hos flere av deltakerne når de omtaler i samarbeidet med lege. Beskrivelsene handler om å innhente tilstrekkelig informasjon, ha en klar problemstilling, iverksette tiltak og behandling og planlegge videre legetilsyn og indikasjon for re-kontakt. I tidligere forskning beskrives gode samarbeidsevner som nødvendig for å gi forsvarlig behandling. Tillitsforhold mellom lege og sykepleier er elementært i samhandlingen (Johannessen & Steihaug, 2019; Landstad et al., 2021; Vatnøy et al., 2019). I distriktsykepleiepraksis beskrives mangel på legestøtte i vanskelige pasientsituasjoner som et perspektiv på aleneansvaret, der sykepleierne må lede og beslutte og av og til gå utover sitt ansvarsområde. Det kan innebære beslutninger om oksygenbehandling, væskebehandling eller medisiner i en akuttsituasjon (Scharff, 2018; Sedgwick et al., 2014b). I studien beskrives utfordringer med legevakt i annen kommune. Denne fysiske avstanden kan forsterke aleneansvaret som beskrevet tidligere. Når legen ikke har mulighet til å være fysisk til stede og vurdere pasienten er det viktig med god kommunikasjon. På bakgrunn av sykepleiers erfaring med legesamarbeidet i denne studien og tidligere forskning

fra et legeperspektiv kan et godt samarbeid oppsummeres slik; tilstrekkelig informasjonsutveksling, en god plan og personkontinuitet i oppfølgingen, klare avtaler om legeoppfølging, kontaktvei ved endring i tilstand, direkte eller via legevaktsentral, og bruke scoringsverktøy for vitale målinger og observasjoner og gi systematisk og presis rapport til lege. Bruk av video kan gi mulighet for at legen kan se og snakke med pasienten og inkludere pasienten i vurderinger og beslutninger, når han ikke er fysisk til stede. Et godt samarbeid mellom sykepleier og lege øker kvaliteten og faglig forsvarlighet i tilbudet og er en viktig del av samhandlingen (Helsedirektoratet, 2016b).

6.1.5 Kompetanseutvikling «learning by doing»

Uttrykket «learning by doing» ble introdusert av John Dewey, en amerikansk filosof, pedagog og psykolog, og en av deltakerne omtaler sin læringsprosess ved hjelp av dette begrepet. Det innebærer at læring, tenking og refleksjon finner sted *mens* man handler. Tenking og handling veves inn i hverandre. Selv om praktiseren har teoretisk kunnskap om hvordan han skal løse problemet anvendes også utprøving og refleksjon. Det handler om forholdet mellom teori og praksis, som en taus kunnskap i form av klokskap som tilegnes gjennom erfaring og «refleksjon i handling» (Wifstad, 2018). Benner et al. (2011) bruker uttrykkene «thinking in action» om sykepleierens evne til å vurdere mens hun handler som beskrevet i teori kapitlet. Hun trekker også frem erfaring som viktig del av kompetanseutviklingen for å kunne se endring og mønster i sykdomsutvikling og handle ut fra det.

Funnene i studien viser at utvikling av kunnskap og kompetanse i hovedsak skjer gjennom erfaring og i arbeidshverdagen gjennom diskusjon og refleksjon rundt pasientcaser, og i liten grad i form av planlagt undervisning. Denne formen for kunnskapsdeling beskrives i teori og tidligere forskning (Scharff, 2018; Sedgwick et al., 2014b; Vatnøy et al., 2019). Kjennskap til pasientens sykdomshistorie og symptomer beskriver deltakerne som en fordel da den individuelle kunnskapen om pasienten øker vurderingskompetanse med hensyn til hver enkelt pasient. Det innebærer også kunnskap om boforhold, naboer og sosialt nettverk. Denne kunnskapen beskrives av deltakerne som verdifull med hensyn til den helhetlige tilnærming og vurdering av det videre pasientforløpet etter KAD-innleggelsen. En slik tilnærming til pasienten kan ses i lys av Benners (2011) beskrivelse om at sykdom må ses i sammenheng med situasjonen og konteksten han befinner seg i.

En av deltakerne forteller om utfordringer når pasienter innlegges med medisinskteknisk utstyr som de ikke er kjent med og beskriver bruk av Youtube som et verktøy for å tilegne seg kunnskap. Bruk av Youtube i klinisk sykepleiepraksis beskrives også i Edvardsen et al. (2020) sin studie fra rurale områder i Finnmark som omhandler kreftomsorg i hjemmet. Det kan være ulike grunner til at Youtube blir brukt i sykepleiepraksis. Både deltakeren i denne studien og Edvardsens (2020) beskriver at det kom «plutselig» en pasienter med slikt utstyr, og jeg tolke det som at de ikke har hatt tid eller mulighet til å forberede seg. Da er det enkleste å ta opp telefonen og finne en video som illustrerer bruk av produktet. Det kan også være utfordringer med teoretisk tilnærming til slik praktisk kunnskap. «Learning by doing» er ofte en nødvendig kunnskapstilnærming. Ikke alle kommuner har investert i kvalitet sikre nettbaserte, læringsverktøy for sykepleieprosedyrer, som VAR (video assistant referee). Det kan være utfordrende da sykepleiere på samme arbeidsplass tilegner seg kunnskap fra ulike plattformer som ikke er kvalitetssikret. En oppsummert forskningen fra rurale områder i Canada beskriver at det er en ulike ferdigheter og evner til å tilegne seg kunnskap om teknologiske hjelpemidler og utstyr blant distriktsykepleierne, og at det må vektlegges i opplæring og utdanning (CARRN, 2020). Landstad et al. (2021) foreslår mer hospitering i sykehus for å tilegne seg kunnskap og praktiske ferdigheter.

Samtlige deltakere forteller at de har for lite kompetanse på pasienter med psykiatri- og rusutfordringer. De beskriver at KAD i sykehjem ikke er rett sted for denne pasientgruppa. I neste kapittel vil jeg drøfte sykepleies erfaring med ulike pasientgrupper og utfordringer tilknyttet disse.

6.2 Rett behandling - på rett sted – til rett tid

Samhandlingsreformen har ført til at kommunene og sykehjemmene har fått utvidede oppgaver blant annet i form av KAD og mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Pasientene som behandles i kommunen har økende medisinske behov og økt kompleksitet i sykepleiefaglige oppgaver (Cappelen, 2018). Denne studien belyser utfordringer med pasienter som innleggs med uavklart diagnoser og eldre med komplekse sykdomsbilder. Disse pasientene kan være vanskelig å vurdere både for lege og sykepleier, hvordan tilstanden vil utvikle seg. Alle deltakeren forteller om tilfeller der diagnosen har vært feil og tilstanden har utviklet seg til alvorlig sykdom. Obstipasjon som viste seg å være ileus og i et annet tilfelle blindtarmbetennelse, funksjonssvikt som viste seg å være indre blødning,

infeksjon som utviklet seg til sepsis og lungeødem som viste seg å være RS virus. Disse tilstandene krever behandling i sykehus og pasientene fikk behandling senere enn om de hadde blitt sendt direkte til sykehus. Pasientene mottok ikke «rett behandling, på rett sted til rett tid». I rapporten «Eldre i den akuttmedisinske kjeden» beskrives atypisk symptomer ved akutt sykdom og skade hos eldre og konsekvenser som forsinket eller manglende diagnostikk eller behandling og økt mortalitet (Sortland, Haraldseide, & Sebjørnsen, 2021). I deltakernes beskrivelse av vurdering med hensyn til pasientens tilstand og diagnose brukes uttrykk som «være på alerten hele tiden» (D3) og «være rund i kantene og tenke mye forskjellig» (D5). Beskrivelsene kan gjenkjennes i Benners (2011) uttrykk «Reasoning in transition» som beskriver hvordan sykepleierne kontinuerlig må vurdere om symptomer og tegn som tilsier at tilstanden bedres eller forverres, og ikke ta for gitt at diagnosen er rett.

6. 2.1 Pasienter som ikke passer inn

Deltakerne forteller om både yngre og eldre pasienter med rus og/eller psykiatrilidelser som innlegges i KAD. Innleggelsesårsaker som nevnes er avrusning, selvskading, depresjon, angst, mani, akutt forvirring og dehydrering på grunn av rus. Flere studier fra rurale områder beskriver utfordringer og mindre kompetanse på dette fagfeltet (Beks, Healey, & Schlicht, 2018; Janlöv, Johansson, & Clausson, 2018; Scharff, 2018). Denne pasientgruppen omfattes også av samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009), og har lik rett til et kommunalt ø-hjelps tilbud. Veilederen sier at tilbudet må videreutvikles for å romme ulike pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2016b). Deltakere fra en kommune beskriver en akutt-leilighet som et alternativ for denne pasientgruppen. De andre deltakerne beskriver ikke tiltak eller alternative løsninger. Min erfaring er at det kommunale ø-hjelps tilbudet også gjøre det vanskeligere for legen å få innlagt pasienter med rus- og psykiatriutfordringer i spesialisthelsetjenesten, da de vil anbefale det kommunale tilbudet om ikke tilstanden er «akutt nok». Spesialisthelsetjenesten tar sannsynligvis ikke hensyn til om tilbudt er i et sykehjem, da kommunen plikter å ha et faglig forsvarlig tilbud. Deltakerne stiller spørsmål med hvordan pasienten opplever behandlingstilbudet. Pasienter med rus- og psykiatrilidelser har ofte utfordringer med økonomi, boforhold og relasjoner og har behov for helhetlig omsorg i kjente og trygge omgivelser. Intensjonen om lokal behandling og helhetlige pasientforløp ved innføring av samhandlingsreformen og KAD kan for noen pasienter føre til enda et ledd i behandlingkjeden og mer fragmenterte forløp. Det må unngås ifølge veilederen (Helsedirektoratet, 2016b). Et prosjekt kalt «kropp og sjel» ble

gjennomført ved et helsehus for å øke personalets kompetanse på psykisk helsearbeid. Dette prosjektet anbefales også for sykehjems avdelinger som tar imot denne pasientgruppen (Morttjernet, Diesen, & Bonsaksen, 2022). På bakgrunn av denne studien belyses det et behov for kompetansehevende tiltak, ressurser og vurdering om sykehjem er den rette plassen for denne pasientgruppen.

Deltakerne beskriver også eldre pasienter som ikke passer inn i rammebetingelsene for KAD med hensyn til tid og diffuse og uavklarte diagnoser. Denne tematikken diskuteres i neste underkapittel.

6.2.2 Tidsrammen for KAD er ikke tilpasset eldre pasienter

Deltakerne har noe ulike oppfatninger om eldre pasienter med diffuse eller uavklarte diagnoser som innlegges på KAD for observasjon, mange av disse mottar også helse og omsorgstjenester i hjemmet. På den ene siden beskrives denne pasientgruppen som kommunens ansvar å ivareta, og deltakerne er bevisst på hvilken belastning reisevei og sykehusinnleggelse kan være for eldre. Andre beskriver slike KAD-innleggelse som en «hvilepute» for legen og hjemmetjenesten. Denne konflikten om hvilket behandlingsnivå pasienten skal tilhøre beskrives også i tidligere forskning. Der beskrives KAD som en vei inn til et høyere omsorgsnivå og halvparten av pasientene som ble innlagt for observasjon mottok ikke noen spesifikk behandling (Schmidt et al., 2018). Johannessen and Steihaug (2019) beskriver pasienter som er for syke til å være hjemme, men for friske til å innlegges i sykehus, og sykepleiere som er bekymret for at KAD-enheten skal bli mer og mer lik et sykehjem. Vatnøy et al. (2019) beskriver KAD-pasienter med behov for helhetlig omsorg i tillegg til diagnosen de behandles for. Johannesens (2019) studie belyser en konflikt mellom leger og sykepleiere angående eldre pasienter med funksjonssvikt på KAD og ulike holdninger til denne pasientgruppen.

Funnene i denne studien viser at eldre pasienter ofte har behov for forlenget behandlingsopphold etter KAD-innleggelse. Som beskrevet i tidligere forskning har halvparten av KAD-pasientene behov for forlenget opphold i institusjon (Schmidt et al., 2018). Veilederen sier at det er pasientens tilstand og psykososiale behov som avgjør om det er forsvarlig å skrive ut pasienten etter normert tid (Helsedirektoratet, 2016a). Sykepleieres erfaring i denne studien er at det som regel er kapasitet til å behandle pasienter videre i korttidsopphold og frigjøre KAD-plassene etter tidsrammen. Det kan likevel stilles spørsmål

om denne løsningen er bærekraftig i et lengre perspektiv med tanke på den demografiske utviklinger med en stadig større andel eldre i samfunnet.

Min erfaring og forforståelse med hensyn til den eldre pasientgruppen i distriktskommuner er at det er begrensede muligheter for å ivareta disse. Det er for få tilrettelagte omsorgsboliger og mangel på nattjeneste i mange distriktskommuner. Lange avstander innad i kommunene og begrensede ressurser gjør det vanskelig å gi et forsvarlig helse- og omsorgstilbud i hjemmet. I tillegg er det mange ufaglærte og personal med manglende observasjons- og sykepleiefaglig handlingskompetanse. Grunnleggende forbyggende sykepleietiltak mot for eksempel fallfare, legemiddelbivirkninger, underernæring og eliminasjonsproblemer, og evne til å se endring i sykdom eller funksjonsnivå er nødvendig. Mange av de samme utfordringene i manglende ressurser og sykepleiekompetanse kommer frem i tidligere forskning (Bliksvær et al., 2020; Gautun, 2020). Et annet fra perspektiv fra egen erfaring er at pasienter som søker korttidsopphold på grunn av fallerende helsetilstand ofte må vente lenge på å få komme inn. Det kan være fordi KAD-pasienter og pasienter som overflyttes fra sykehus blir prioritert først. Over tid kan tilstanden bli så redusert i påvente av korttidsplass at pasienten må innlegges via KAD, som en vei inn til et høyere omsorgsnivå.

På bakgrunn av funn i denne studien og tidligere forskning kan se ut som det mangler et omsorgsnivå i kommunen. En løsning kunne vært øremerkede senger som hjemmetjeneste kunne disponere og kunne hatt tettere oppfølging av pasienter i en periode. Etablering av nattjeneste kunne gjøre at flere pasienter kunne bo lengre hjemme og flere kunne få dø hjemme. Min erfaring er at sykepleiere gjør private avtaler om å yte helsehjelp med pasienter og pårørende på natt og utenfor arbeidstid for at pasienter skal få dø hjemme. Den omsorgen og ansvaret sykepleieren påtar seg kan skjule et behov for utvikling av tjenestetilbudet i kommunen. Funn i denne studien, egne erfaringer og tidligere forskning belyser behov for å utvikle det helhetlige tjenestetilbudet i kommunene.

7 Avslutning

Sykepleierne erfarer at kommunal akutt døgnetenhet er et viktig tilbud, til tross for utfordringer med en ny pasientgruppe innenfor sykehjems rammen. Funnene viser at innføring av tilbudet har ført til større ansvarsområde og flere arbeidsoppgaver for sykepleieren. Distriktsykepleiefenomener som aleneansvar, behov for kompetanse på flere fagfelt, begrenset legetilgjengelighet og samhandling på avstand er temaer som blir belyst av deltakerne. Hovedfunnene er utfordringer med aleneansvar på nattevakter, pasienter med rus- og psykiatriutfordringer som ikke passer inn i sykehjemsdriften, at tidsrammen er for kort for eldre pasienter, og pasienter som innlegges med feil eller uavklart diagnose utfordrer sykepleieres observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Sykepleierne beskriver fordeler med KAD-tilbudet i distriktet som viktig for pasienter med hensyn til å unngå belastningen med lang reisevei til sykehuset og nærhet til pårørende. KAD-tilbudet gir en spennende og variert arbeidshverdag og bidrar til faglig utvikling, og er positivt for rekruttering av sykepleiere.

I lys av teori og tidligere forskning samsvarer funnene med teori og forskning om distriktsykepleie på flere områder som nevnt over. I de inkluderte studiene som omhandler KAD beskrives ikke de samme utfordringene med pasienter med rus og psykiatrilidelser, men det kan ikke utelukkes at det er gjort studier på dette området. Utfordringer med eldre som faller utenfor innleggelses kriteriene og tidsrammen blir belyst i andre studier, samt behov for kompetanseutvikling og ressurser.

Denne studien belyser behov for mer forskning på organiseringen av KAD for å gi et likeverdig tilbud til pasienter med rus og psykiatrilidelser, samhandling og pasientforløp innad i kommunene og mellom ulike omsorgsnivå og sykepleiers utvidede ansvarsområde og helsehjelp utenfor de organisatoriskerammene i distriktskommuner.

Denne studien har gitt innsikt sykepleier betydning og rolle for å ivareta KAD i distriktskommuner. Studien belyser flere områder med behov for utvikling og det er nødvendig at leder og politikere vurderer tiltak med hensyn til organisering, ressurser og tjenesteutvikling.

REFERANSER

- Allen, D., & Birkeland, E. U. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Beks, H., Healey, C., & Schlicht, K. G. (2018). 'When you're it': a qualitative study exploring the rural nurse experience of managing acute mental health presentations. *Rural Remote Health, 18*(3), 4616. doi:10.22605/rrh4616
- Benner, P. R. N. P. F., Hooper-Kyriakidis, P. P. M. S. N., & Stannard, D. R. N. P. C. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed. ed.). New York: New York: Springer Publishing Company.
- Bliksvær, T., Andrews, T. M., Bardal, K. G., & Waldahl, R. H. (2020). «Et godt sted å bli gammel. En studie av aldring i rurale kommuner.
- Bushy, A. (2002). International perspectives on rural nursing: Australia, Canada, USA. *Australian Journal of Rural Health, 10*(2), 104-111.
- Cappelen, K. (2018). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet Teori og praksis*. universitetsforlaget.
- CARRN. (2020). Rural and Remote Nursing Practice in Canada: An Updated Discussion Paper. *Unpublished report*.
- De Smedt, S. E., & Mehus, G. (2017). Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review. *Nordisk tidsskrift for helseforskning, 13*(2).
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning, 5*(4), 332-335.
- Edvardsen, T. L., Lorem, G. F., & Mehus, G. (2020). Palliative care in rural and remote areas. *Nordisk sykeplejeforskning, 10*(03), 150-163.
- El-Hneiti, M., Shaheen, A. M., Bani Salameh, A., Al-Hussami, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of nurses' stress working with older people admitted to acute care setting. *Int J Older People Nurs, 14*(2), e12222-n/a. doi:10.1111/opn.12222
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fekjær, S. B. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent: masteroppgavehåndbok*: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien.
- Helse- og omsorgsdepartementet*. (2008-2009). Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted -til rett tid
- Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse-og omsorgstjenesteloven*. (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (online) Lovdata Retrieved from URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Veiledningsmateriale*. Oslo Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunenenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold>
- Helsinkideklarasjonen*. (2013). Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

- Isaksen, A.-M. (2017). *Organisering av sykepleietjenesten i distriktet-utfordringer og muligheter. Hvilke utfordringer og muligheter er knyttet til å arbeide som sykepleier ute i distriktet i dag?* UiT Norges arktiske universitet,
- Janlöv, A. C., Johansson, L., & Clausson, E. K. (2018). Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 987-996.
- Johannessen, A.-K., & Steihaug, S. (2019). Municipal acute units as part of the clinical pathway for older patients. *International journal of integrated care*, 19(4).
- Johannessen, A.-K., & Steihaug, S. (2020). The function of the Norwegian municipal acute units fails to fulfill the intention of health authorities. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(1), 75-82. doi:10.1080/02813432.2020.1717085
- Kise Hjertrøm, H., Obstfelder, A., & Norbye, B. (2018). *Making new health services work: nurse leaders as facilitators of service development in rural emergency services*. Paper presented at the Healthcare.
- Krone-Hjertrøm, H., Norbye, B., Abelsen, B., & Obstfelder, A. (2021). Organizing work in local service implementation: an ethnographic study of nurses' contributions and competencies in implementing a municipal acute ward. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 840. doi:10.1186/s12913-021-06869-4
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landstad, B. J., Hole, T., Strand, A.-M. S., & Kvangarsnes, M. (2021). Nursing qualifications needed in municipal emergency inpatient units. A qualitative study. *BMC nursing*, 20(1), 1-8.
- Linqvist Leonardsen, A.-C., Del Busso, L., Abrahamsen Grøndahl, V., Ghanima, W., Barach, P., & Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2016). A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(3), 317-324.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Morttjernet, H., Diesen, K. A. B., & Bonsaksen, T. (2022). Ansatte i helsehus må ha kompetanse i psykisk helsearbeid. *Sykepleien*, 110(87808), 87808.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scharff, J. E. (2018). Rural Nursing Practice. In *Rural Nursing: concepts, theory, and practice (fifth edition)*: Springer publishing company.
- Schmidt, A. K., Lilleeng, B., Baste, V., Mildestvedt, T., & Ruths, S. (2018). First four years of operation of a municipal acute bed unit in rural Norway. *Scand J Prim Health Care*, 36(4), 390-396. doi:10.1080/02813432.2018.1523993
- Sedgwick, M. G., Grigg, L., & Dersch, S. (2014a). Deepening the quality of clinical reasoning and decision-making in rural hospital nursing practice. *Rural Remote Health*, 14(3), 2858-2858.
- Sharma, K., Hastings, S. E., Suter, E., & Bloom, J. (2016). Variability of staffing and staff mix across acute care units in Alberta, Canada. *Hum Resour Health*, 14(1), 74-74. doi:10.1186/s12960-016-0172-1
- Skinner, M. S. (2015). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
- Smith, J., & Vandall-Walker, V. (2017). A double whammy! New baccalaureate registered nurses' transitions into rural acute care. *Rural Remote Health*, 17(4), 4256. doi:10.22605/rrh4256
- Sortland, L. S., Haraldseide, L. M., & Sebjørnsen, I. (2021). Eldre i den akuttmedisinske kjeden. *Rapport (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin)*.
- SSB. (2021). *Kommunefakta*. <https://www.ssb.no/>

- Swanson, J., Alexandersen, N., & Hagen, T. P. (2016). Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus?
- UiO. (2017). Diktafon-Nettskjema. Retrieved from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Vatnøy, T. K., Karlsen, T. I., & Dale, B. (2019). Exploring nursing competence to care for older patients in municipal in-patient acute care: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 28(17-18), 3339-3352. doi:10.1111/jocn.14914
- Vatnøy, T. K., Sundlisæter Skinner, M., Karlsen, T.-I., & Dale, B. (2020). Nursing competence in municipal in-patient acute care in Norway: a cross-sectional study. *BMC Nurs*, 19(1), 70-70. doi:10.1186/s12912-020-00463-5
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.

VEDLEGG 1 SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET

15.12.2021

Søknad om tillatelse til å intervju sykepleiere

Jeg heter Hanne Lykkedrang. Jeg studere master i sykepleiefordypning retning distriktsykepleie ved UiT Norges arktiske universitet. I arbeider med masteroppgaven søker jeg tillatelse til å intervju sykepleier som jobber i sykehjemsavdeling med kommunal akutt døgnenhet (KAD). Gjennom prosjektet vil jeg belyse sykepleiers erfaring med KAD-pasienter i en rural kontekst, og hvordan sykepleieren opplever behovet for kompetanse og ressurser for å sikre kvalitet i KAD-tilbudet.

Tematikken studeres gjennom en kvalitativ forskningsmetode. Jeg ønsker å intervju 3-6 sykepleier fra to til tre ulike distriktskommuner. Jeg håper intervjuene vil gi kunnskap om sykepleiers erfaringer, opplevelser og utfordringer i møte med pasienter innlagt i KAD. Spesielt ønsker jeg å belyse tematikker i en rural kontekst. Forskning viser at sykepleiere i distriktet opplever andre utfordringer enn sykepleiere i mer urbane omgivelser. Dette med hensyn til begrensede sykepleieressurser, behov for generalistkompetanse, kjennskap til lokalmiljøet og pasientene, lange geografiske avstander og værutfordringer, samt tilgang til legestøtte og avstand til sykehus.

Datamaterialet som innhentes gjennom intervjuene vil bli tatt opp på lydopptak og oppbevart og behandlet etter NSDs (Norsk senter for forskningsdata) og UiTs retningslinjer. Data vil anonymiseres og sykepleier og arbeidsplass vil ikke kunne identifiseres i studien.

Lydopptaket vil bli transkribert og analysert ved hjelp av en kvalitativ analyseprosess for

tekstkondensering. Lyddata vil bli slettet ved prosjektets slutt. Det er frivillig å delta. Deltakerne vil motta informasjon om prosjektet og skriftlig samtykke. Deltakerne kan når som helst før, etter eller under intervjuet trekke seg fra studien. Data fra deltakers intervju vil da bli slettet. Intervjuene planlegges gjennomført i januar 2022. Jeg håper å få gjennomføre intervjuene i sykepleierens arbeidstid, og at leder kan legge til rett for at det kan foregå uforstyrret i et passende rom på arbeidsplassen. Hvert intervju vil vare 45-60 minutt. Jeg ber med dette om hjelp til å videreformidle informasjon om prosjektet til leder ved sykehjemsavdeling med KAD-senger og tillatelse til å intervju sykepleiere. De inkluderte sykepleierne må ha jobbet minst to år med KAD-pasienter og gjerne ha et faglig engasjement og evne til å reflektere over praksis.

Prosjektet er godkjent av NSD og er i samsvar med deres personvernregler. Min veileder og prosjektansvarlig er Førsteamanuensis ved UiT Grete Mehus.

Håper på positiv og snarlig tilbakemelding på søknad.

MVH

Hanne Lykkedrang, hly001@uit.no, 90681228

VEDLEGG 2 INFORMERT SAMTYKKE

Vil du delta i masterprosjektet:

«Sykepleiers erfaring med kommunal akutt døgnenhet i sykehjem i distriktet»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse sykepleiers erfaringer og opplevelse med pasienter innlagt i kommunal akutt døgnenhet (KAD). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere, som jobber i sykehjem i distriktskommuner har med KAD-pasienter. Dette med hensyn til behovet for kompetanse, oppgaver og ansvar i møte med en denne pasientgruppen. Kunnskap om sykepleiers oppgaver og ansvar i distriktskommuner kan påvirke praksis ved å belyse behovet

for kompetanseheving og økte ressurser. Vi vil samle inn data gjennom intervju med 3-6 sykepleiere som arbeider i sykehjem med KAD-senger.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i sykepleiefordypning, retning distriktsykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektleder er Førsteamanuensis ved UiT Grete Mehus.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi vil rekruttere sykepleiere fra to til tre ulike distriktskommuner. De inkluderte sykepleierne må ha jobbet to år i sykehjem med KAD-plasser, eller ha et års erfaring med KAD og minst to års erfaring som sykepleier i primærhelsetjenesten. Vi ønsker å inkludere sykepleiere som er faglig engasjerte og har evne til å reflektere over praksis. Enhetsleder har anbefalt og godkjent utvalget etter inklusjonskriteriene. Jeg har mottatt din kontaktinformasjon fra din leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du må gjennomføre et intervju som vil ta 45-60 minutt. Intervjuet vil foregå i din arbeidstid etter avtale med din leder. Intervjuet vil utformes som en samtale om ulike tema som belyser forskningsspørsmålene.

De viktigste tema vil være:

Kompetanse, oppgaver og ansvar: hva kreves av sykepleiekompetanse, hvilket ansvar og oppgaver innebære KAD-tilbudet?

Rurale sykepleie perspektiver: alene på vakt, generalistkompetansen, geografiske avstander og relasjoner til pasientene.

Samarbeid og faglig utvikling: samarbeid med andre profesjoner og tjenester, kollegastøtte og mulighet for faglig utvikling.

Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger og data fra intervju vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. I tillegg til meg vil min veileder og prosjektansvarlig ha tilgang til data. Navn og personopplysninger vil bli anonymisert og erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lyddata fra intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av appen diktafon nettskjema og lagret kryptert på forskningsserver.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er cirka 1. Juni 2022. Lydopptak slettes etter transkripsjon. Jeg (masterstudent) vil gjennomføre transkripsjonen av lyddata og anonymisere personopplysninger fortløpende.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

UiT, det helsevitenskapelige fakultet ved Grete Mehus, grete.mehus@uit.no (prosjektleder).

Vårt personvernombud: personvernombud@uit.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektleder/veileder

Masterstudent

Grete Mehus

Hanne Lykkedrang

hly001@uit.no, tlf: 90681228

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Sykepleiers erfaring med kommunal akutt døgnenhet i sykehjem i distriktet*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt forskningsintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Hvilke erfaringer har sykepleiere med kommunal akutt døgnenhet i sykehjem i distriktskommuner?

1) Hvordan er KAD-tilbudet organisert i sykehjemmet og avdelinga?

Antall plasser til KAD? Korttidsplasser? Langtidsplasser?

2) Hva betyr det å ha KAD senger i distriktet?

For pasienten, pårørende og sykepleiere? Hva er distrikt? Kjenner du til om det ble tilført ekstra ressurser i forbindelse med at KAD ble innført?

3) Hvordan opplever du at KAD-tilbudet i sykehjemmet fungerer?

Hvilken pasientgruppe har dere? Mottak av KAD-pasienter? Pasientene behandles innfor tidsperspektivet som er fastsatt for KAD-opphold?

4) Hvem og hvordan bestemmes det at pasienten tilhører KAD-kategorien?

Innleggelseskriterier for KAD? Samarbeid med lege? Sykehus? Kan du gi et eksempel på et vellykket KAD-opphold og et mindre vellykket?

5) Har du fått noen spesiell opplæring med hensyn til KAD-pasienten?

Kompetanseheving? Triagering/pasientprioritering?

6) Hvordan planlegger og prioriterer du arbeidsoppgaver når du har, eller får KAD-pasienter i avdelingen?

Pasientoppgaver? Organisering? Delegering?

7) Er det noe du opplever du som særlig utfordrende med KAD-pasienter?

Sykdomstilstander, generalistkompetanse? Kompetanse og vurderingsevne? Tid og ressurser? Ulike vakter: kveld, natt, helg og høytider?

8) Hvordan opplever du forutsigbarheten i sykdomsutvikling og behandling til KAD-pasienter?

Observasjoner? Uventede hendelser? Forverring? Eksempler?

9) Opplever du spesielle utfordringer med hensyn til KAD-tilbud i en distriktskommune?

Avstand til sykehus? Legetilgjengelighet? Vær og klimautfordringer? Relasjoner til pasientene? Eksempler?

10) Hvordan opplever du behovet for sykepleierressurser for å ivareta KAD-pasientene?

Ansvar, oppgaver, vurderingsevne? Alene på vakt?

11) Hvordan opplever du din faglige rolle i forhold til KAD senger?

Arbeidsoppgaver og ansvar i forhold til KAD? Generalistrollen?

12) Hvordan opplever du muligheten for faglig utvikling og tverrfaglig samarbeid i forbindelse med KAD-tilbudet?

Samarbeidspartnere? Lege? Ledelse? Andre kommunale tjenester?

13) Kan du til slutt oppsummere det du opplever som fordeler og begrensninger med KAD-tilbudet i kommunen?

Er det andre opplevelser eller erfaringer du ønsker å dele?

VEDLEGG 4 VURDERING FRA NSD

Vurdering

Referansenummer

569341

Prosjektittel

Sykepleiers erfaringer med pasienter innlagt i kommunal akutt døgnetenhet (KAD) i sykehjem i distriktskommuner.

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Grete Mehus, grete.mehus@uit.no, tlf: 90511213

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hanne Lykkedrang, hly@uit.no, tlf: 90681228

Prosjektperiode

15.12.2021 - 15.04.2023

Vurdering (1)

09.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så lenge den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 09.12.2021. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.04.2023

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

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: • lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen • formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål • dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet • lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver. Lykke til med prosjektet!