



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi

**«Vi behandler det meste her såfremt det ikke krever røntgen eller operasjon»**

En kvalitativ studie om hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleiere.

Stine Fedreheim og Geir Hugo Bolle

Masteroppgave i erfaringsbasert ledelse, BED-3906 juni 2024

## Sammendrag

Helse- og omsorgstjenestens største utfordring i dag og fremover er å rekruttere og beholde kompetent helsepersonell. Studien vår handler om turnover og hvilke grep nordnorske distriktskommuner kan gjøre for å beholde sykepleierne. Deltakerne i studien er sykepleiere som arbeider i sykehjem og hjemmetjenesten i nordnorske distriktskommuner. Vi har beskrevet hvordan sykepleierne opplever å jobbe i nordnorske distriktskommuner, og hva som motiverer sykepleierne til å stå i arbeidet sitt. Studiens problemstilling er: *Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne.*

Vår teoretiske tilnærming i studien består av tre deler: turnover, motivasjon og lederstøtte. Vi støtter oss blant annet på Ali, H. Alkahtani, Jacobsen & Thorsvik, Bolman & Deal og Stein Amundsen. Vårt teoretiske rammeverk har bidratt i forståelse og analysering av våre funn.

Studien bygger på et datagrunnlag som er innhentet gjennom to fokusgruppeintervjuer av totalt 9 sykepleiere i to utvalgte distriktskommuner i Nord-Norge. Metoden har gitt oss innsikt i den kollektive opplevelsen av å være sykepleier i distriktskommunen og hva som motiverer sykepleierne til å stå i arbeidet.

Hovedfunnene i studien er at sykepleierne i nordnorske distriktskommuner i stor grad administrerer eget arbeid og forvalter et stort ansvar som de ikke alltid er rustet for. Til tross for mange utfordringer i arbeidshverdagen, motiveres sykepleierne av en spennende arbeidshverdag med faglige utfordringer. Sykepleierne må beherske rollen som sykepleier og sambygding, og opplever at tilknytningen til lokalsamfunnet styrker arbeidsprestasjonene og jobbegasjementet i motsetning til vikarer fra vikarbyrå. Å arbeide i distriktet krever bred teoretisk og praktisk kompetanse om sykepleieutøvelse i distriktet, fordi sykepleierne ofte jobber alene og må stole på egen kompetanse. Det sterke sykepleierfellesskap støtter hverandre relasjonelt og faglig, slik at distriktskommunene strekker seg lengre før de henviser pasientene til legevakt og spesialisthelsetjenesten. For å mestre den autonome arbeidshverdagen, trenger sykepleierne tillit og støtte av leder slik at de utvikler seg personlig og faglig i takt med kravene i jobben. Et overraskende funn er at utdanningen til helsefagarbeiderne har endret seg og mistet den breddekompetansen hjelpepleierne hadde. Det får betydning for den totale oppgaveløsningen og sykepleiernes opplevelse av ansvar.

Vårt hovedfunn er at sykepleierne i nordnorske distriktskommuner trenger å være del av et godt og utviklende team, med lederstøtte som tilrettelegger for autonomt arbeid.

## **FORORD**

Å skrive masteroppgave har vært en spennende, lærerik og krevende prosess, og markerer avslutningen på et treårig masterløp i erfaringsbasert ledelse. Gjennom arbeidet med masteroppgaven har vi styrket vår faglige kompetanse, men også lært mye om oss selv. Tusen takk til våre kjære medstudenter for artige og lærerike diskusjoner, gode lunsjsamtaler og opplevelsen av at vi har backet hverandre i vekslingen mellom studie, jobb og livet.

Tusen takk til våre arbeidsgivere for muligheten vi har fått til å studere i kombinasjon med full jobb, og til våre arbeidskolleger som har heiet oss frem på sidelinja.

Tusen takk til våre utvalgte distriktskommuner som responderte kjapt på vår henvendelse og tok varmt imot oss. Dere ga oss verdifull tid sammen med sykepleierne deres i en hektisk arbeidshverdag. Til sykepleierne som stilte som informanter i våre fokusgrupper: Uten dere – ingen forskning! Tusen takk for at dere hjertelig og engasjert delte deres kunnskaper og erfaringer, som ga oss et rikt datamateriale. Vi håper at vi har forvaltet datamaterialet og deres fortellinger på en god og rettferdig måte.

En særdeles varm takk til vår veileder, Geir Hyrve ved NTNU, som har veiledet oss gjennom hele prosessen med interesse, gode råd og stødig kompetanse. Du har trodd på oss gjennom hele prosessen!

Tusen takk til familiene våre som har støttet oss på veien og akseptert at mye av vår tid dette året har vært dedikert til masteroppgaven.

Vi håper at oppgaven vår kan være et verdifullt supplement i forskningen om turnover, men at den også kan være til inspirasjon for sykepleiere og nordnorske distriktskommuner spesielt.

Harstad, 21.mai 2024

Stine Fedreheim

Geir Hugo Bolle



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema og bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	4
1.3	Avgrensning .....	5
1.4	Disposisjon.....	5
2	Å være sykepleier i nordnorske distriktskommuner .....	6
3	Teoretisk rammeverk.....	8
3.1	Turnover som begrep .....	8
3.2	Motivasjon.....	10
3.2.1	Motivasjonstyper.....	10
3.2.2	Motivasjonsmodeller.....	12
3.3	Lederstøtte.....	17
4	Forskningsdesign.....	20
4.1	Vitenskapsteoretisk forankring .....	20
4.2	Fokusgruppe som metode.....	20
4.3	Utvalg .....	21
4.4	Intervjuguide .....	23
4.6	Gjennomføring av fokusgrupper .....	26
4.7	Valg av analysemetode.....	28
4.8	Forskningens kvalitet .....	30
5	Analyse og drøfting.....	32
5.1	Hvordan opplever sykepleierne å jobbe i distriktskommunene? .....	32
5.2	Hva motiverer sykepleierne til å bli i jobben og hvordan mestrer sykepleiere å jobbe i små lokalsamfunn?.....	41
5.3	Hvilken lederstøtte trenger sykepleierne i distriktskommunene? .....	50

6	Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne? .....	56
7	Avsluttende refleksjoner .....	60
	Referanseliste .....	62
	Vedlegg 1: Introduksjon.....	65
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	67
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv .....	69
	Vedlegg 4: Samtykkeerklæring.....	72
	Vedlegg 5: Godkjenning fra SIKT .....	73

## Tabelliste

Tabell 1 Alkahtanis oppsummering av faktorer som påvirker medarbeideres intensjon om turnover (Alkathani, 2015, s.158) .....	9
Tabell 2 Oversikt over deltakere i fokusgruppe 1 .....	22
Tabell 3 Oversikt over deltakere i fokusgruppe 2. ....	22
Tabell 4 Utdrag fra kodelaget vårt. ....	30

## Figurliste

Figur 1 Virksomheter som har mislykkes med å rekruttere arbeidskraft eller måtte tilsette noen med annen formell kompetanse enn det man søkte etter, etter næring. Prosent. (NAV, 2023,s. 15).....	1
Figur 2 Turnover i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt på deltjeneste. 2019–2020 og 2020-2021 (NOU 2023:4, s.103).....	2
Figur 3 Andel av kommunene som vurderer det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere utvalgte helsepersonellgrupper. 2012–2021 (NOU 2023:4, s. 92 .....	3
Figur 4 Befolkningen fordelt på aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. 1945-2040 (NOU 2023:4 s.42).....	4
Figur 5 Herzberg motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer (Jacobsen &Thorsvik, 2021,s. 245) .....	12
Figur 6 Hackman & Oldhams motivasjonsmodell (Jacobsen &Thorsvik, 2021,s. 247).....	15
Figur 7 Stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2021, s. 21) .....	29

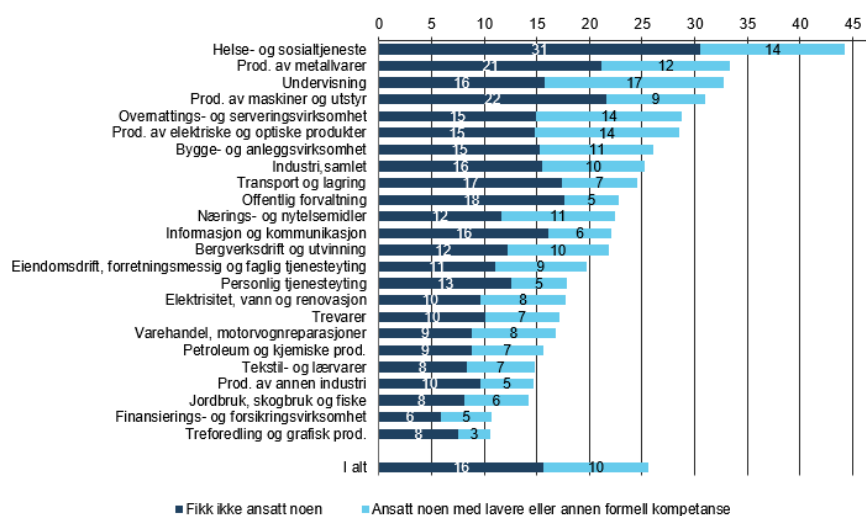
# 1 Innledning

Ifølge St. Meld 24 (2022-2023) må velferdsstaten Norge gjøre grep slik at innbyggerne kan leve gode, selvstendige liv, samtidig som samfunnet evner å gi bærekraftige helse- og omsorgstjenester til de som trenger det. Staten har gjennom flere år stilt stadig høyere krav til kommunenes helse- og omsorgstjenester, parallelt med at det er utfordrende å rekruttere og beholde kompetent personell. I horisonten truer demografiske endringer vår evne til å opprettholde dagens velferdssamfunn, spesielt i distriktskommunene.

Vi har bakgrunn som sykepleiere og ledere i helse- og omsorgstjenesten i mindre distriktskommuner i Norge- Norge, og vårt engasjement for sykepleietjenesten i distriktet er grunnlaget for vår studie om turnover blant sykepleiere. Studiens formål er å undersøke hvordan nordnorske distriktskommuner kan hindre turnover og beholde sykepleierne.

## 1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

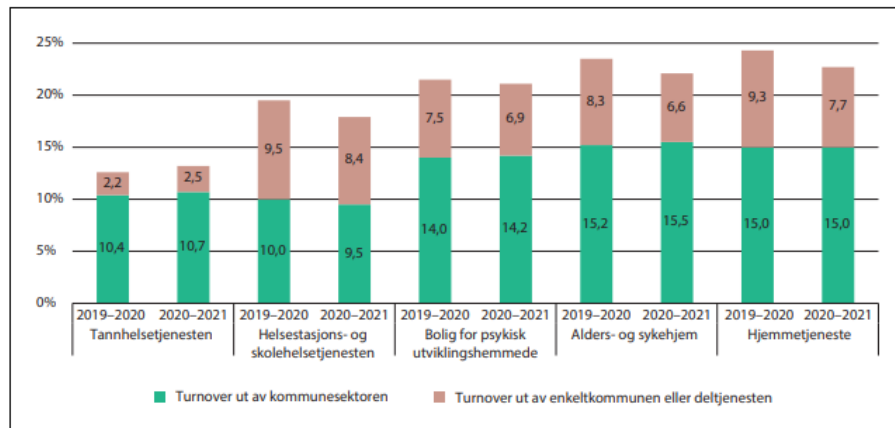
Det er en grunnleggende forutsetning for helse- og omsorgstjenestene å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsepersonell i dag og årene fremover (Sjøstad, Beyrer, Hansen & Hjemås, 2019/4). Flere sektorer opplever rekrutteringsutfordringer som skaper vansker for tjenesteproduksjonen. NAV anslo i 2023 en samlet mangel på arbeidskraft på over 52 000 personer, der helse- og sosialtjenesten skiller seg ut med den største mangelen på opp mot 30 % (NAV, 2023, s.5). Mangelen er størst i Troms og Finnmark, etterfulgt av Nordland fylke, målt etter mangelen på arbeidskraft og ønsket sysselsetting (NAV, 2023, s.8). Det er helse- og sosialtjenesten som er den sektoren som har mislyktes mest med rekruttering, se figur 1.



Figur 1 Virksomheter som har mislyktes med å rekruttere arbeidskraft eller måtte tilsette noen med annen formell kompetanse enn det man søkte etter, etter næring. Prosent. (NAV, 2023, s. 15)



I tillegg til rekrutteringsutfordringer viser NOU (2023:4) at høy turnover er en av de største utfordringene for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Ifølge NOU (2023:4) var det en samlet turnover på ca. 25 % fra 2020 til 2021, som inkluderer alle som av ulike grunner sluttet i kommunene, der sykepleierne har en turnoverandel over 20 %. Det er kommunens sykehjem og hjemmetjenester som har høyest turnover, se figur2.



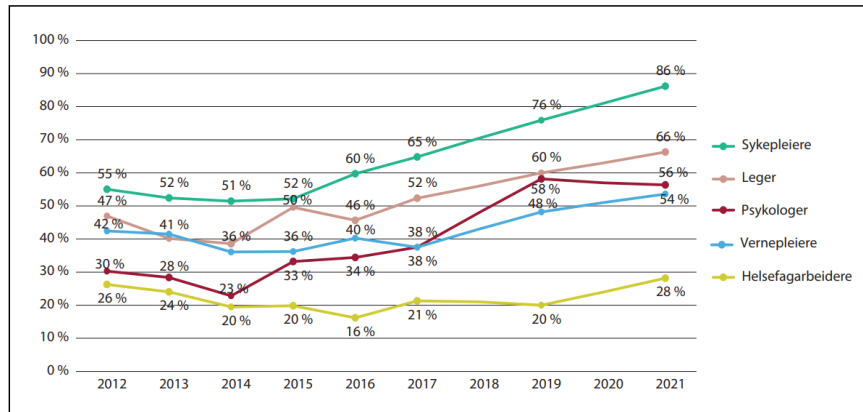
Figur 2 Turnover i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fordelt på deltjeneste. 2019–2020 og 2020-2021 (NOU 2023:4, s.103)

Sykepleierne er den yrkesgruppen der vi har størst mangel (NAV, 2023). En annen studie viser at 16 % av sykepleierne arbeider utenfor helsetjenesten og det er dermed ingen stor reservekapasitet av sykepleiere i Norge (Hjemås & Syse, 2023, s.13). I 2019 kartla Norsk Sykepleierforbund at 15 % av deres medlemmer ønsket å slutte som sykepleier i helsetjenesten (Dolonen, 2019). Oppsummert indikerer tallene at sykepleierdekningen i Norge er truet.

Regjeringen har det øverste ansvaret for at helse- og omsorgstjenestene våre leverer faglig forsvarlige tjenester. Helsepersonellkommissjonen fikk i 2021 i oppdrag å foreslå tiltak for å sikre kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Kommisjonen viser til at Norge bruker mest ressurser i Europa på helse- og omsorgstjenester, og vi har høyest andel sysselsatte i helsetjenesten med tredobling siden 1970-tallet (NOU 2023:4, s. 11). Det skyldes endring i befolkningens aldersfordeling, høyere levealder, medisinske fremskritt, økte forventninger og prioritering av helsetjenestene. Helsepersonellkommissjonen fastslår at helsepersonellveksten så langt har vært høyere enn befolkningsveksten (NOU 2023:4).

I tillegg til at Norge bruker mest ressurser på helse- og omsorgstjenester, har Norge også den høyeste dekningen av sykepleiere per 1000 innbyggere i EØS, noe som forklares med spredt bosetting, lange avstander og desentraliserte tjenester, samt høy kvalitet i helse- og

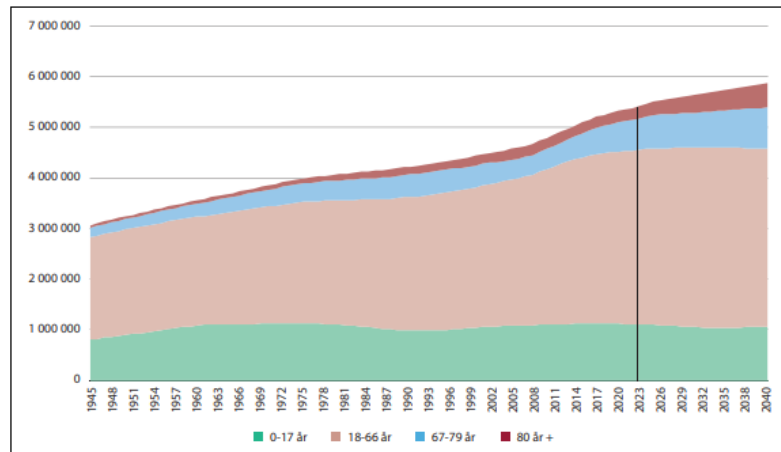
omsorgstjenestene (NOU 2023:4, s. 28-29). Til tross for den høye sykepleierdekningen vil etterspørselen etter sykepleiere øke frem mot år 2040. Framskrivningstallene sannsynliggjør en økning på 25 000 - 60 000 årsverk mellom 2019-2040 (NOU 2023: 4, s. 31).



Figur 3 Andel av kommunene som vurderer det som ganske eller meget utfordrende å rekruttere utvalgte helsepersonellgrupper. 2012–2021 (NOU 2023:4, s. 92)

Den generelle helsetilstanden til den norske befolkningen er god sammenlignet med OECD-landene, men Norge er likevel ett av landene i verden med høyest dekning av sykepleiere med 17,3 per 1000 innbyggere (Vold, 2017). Det kan være vanskelig å forstå hvorfor vi med den høyeste dekning av helsepersonell i verden også beskriver rekrutteringsutfordringer.

I årene frem mot 2040 får vi en økning i antallet eldre, som vil kreve flere sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023:4). De siste tjue årene har aldersgruppen over 80 år økt med 40 000 personer, og de neste tjue årene vil aldersgruppen øke med over 250 000 personer (NOU 2023:4, s. 12). Den demografiske utviklingen er spesielt utfordrende for nordnorske distriktskommuner. Aldringen kommer raskere i distriktene som allerede har en aldrende befolkning og et fraflyttingsmønster som forsterker mangelen på arbeidskraft (NOU 2023:4, s.45). Samtidig med at andelen eldre øker, vil flere trenge helse - og omsorgstjenester, mens andelen personer i yrkesaktiv alder flater ut. Se figur 4.



Figur 4 Befolkningen fordelt på aldersgrupper, observert før 2022 og fremskrevet deretter. 1945-2040 (NOU 2023:4 s.42)

I 2040 vil det være 2,2 yrkesaktive per pensjonist i landet, mens det i kommuner under 3000 innbyggere vil være 1,6 yrkesaktive per pensjonist (NOU 2023:4, s. 43). Den demografiske utviklingen er urovekkende og vil påvirke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, og sykepleiere spesielt. Helsepersonellkommissjonen anbefaler ikke økt vekst i antall helsepersonell, fordi andelen personer i yrkesaktiv alder flater ut og en økning vil ta arbeidskraft fra andre sektorer (NOU 2023:4). For at helsevesenet skal gi gode tjenester, er vi avhengig av at også andre sektorer som varehandel, oppvekst- og utdanningstilbud har tilstrekkelig arbeidskraft.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Gjennom vår bakgrunn som sykepleiere og ledere i helsetjenesten, har vi kjent på helsetjenestenes utfordring med å rekruttere og beholde sykepleiere, særlig i distriktskommuner i Nord- Norge der fagmiljøene er små. Basert på faktagrunnlaget og vår egen erfaring har vi valgt følgende problemstilling:

### *Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne?*

For å svare på problemstillingen har vi definert tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleierne å jobbe i distriktskommunene?
2. Hva motiverer sykepleierne til å bli i jobben og hvordan mestrer sykepleiere å jobbe i små lokalsamfunn?
3. Hvilken lederstøtte trenger sykepleierne i distriktskommunene?

### **1.3 Avgrensning**

Vi avgrensner oppgaven til turnover blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmetjenesten i nordnorske distriktskommuner, selv om Helsepersonellkommissjonen peker på at turnover i kommunehelsetjenesten gjelder flere helsepersonellgrupper (NOU:4, 2023). Turnover er også en utfordring i spesialisthelsetjenestene, men på grunn studiens omfang kan vi ikke ta det med. Studien tar for seg opplevelsen av å være sykepleier i distriktskommunene, motivasjon, mestring og lederstøtte. Vi kunne skrevet om organisasjonsutvikling, selvledelse eller ulike ledertilnæringer, men har gjort våre avgrensninger på bakgrunn av faktagrunnlag, relevant teori, tidligere forskning og eget interessefelt.

### **1.4 Disposisjon**

I kapittel 1 presenterer vi tema for studien og gjør rede for bakgrunn for vårt valg. I kapittel 2 beskriver vi sykepleiernes kontekst i nordnorske distriktskommuner.

I kapittel 3 presenterer vi det teoretiske grunnlaget som er relevant for vår analyse og fortolkning av funn. I kapittel 4 presenteres forskningsdesignet og vi diskuterer valg av metode.

I kapittel 5 presenterer vi våre funn og diskuterer disse opp mot egne tolkninger og relevant teori. I kapittel 6 drøfter vi våre funn opp mot problemstillingen om hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. Vi avslutter studien med en kort avsluttende refleksjon.

## **2 Å være sykepleier i nordnorske distriktskommuner**

I dette kapittelet beskriver vi sykepleiernes kontekst fordi det er viktig med felles bakgrunnsforståelse i studien vår som omhandler hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne.

Vi gjennomfører undersøkelsen i to nordnorske distriktskommuner som har under 5000 innbyggere og spredt bosetting. Det er et sykehjem og en hjemmetjeneste i hver kommune, og de har ikke egen legevakt. En norsk studie fastslår at antall fysiske legevaktskonsultasjoner reduseres med 50 % dersom du bor 43 km unna legevakten, samt at antall telefonkonsultasjoner øker med geografisk avstand (Abelsen, Gaski & Fosse, 2020, s.11). I de utvalgte kommunene er det 4-5 mil til legevakt og 5-7 mil til nærmeste sykehus. Innbyggerne må reise over værutsatte broer dersom de skal til sykehus. Kommunene har små fagmiljø og sykepleierne hjelper hverandre på tvers av sykehjem og hjemmetjeneste.

### **Kommunens ansvar**

Innbyggerne har krav på samme helsefaglige oppfølging om en bor sentralt i en storbykommune på Østlandet eller i en liten distriktskommune i Nord-Norge. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2) er kommunene forpliktet til å ha sykehjem og helsehjelp i hjemmet, videre omtalt som hjemmetjenester. Det er forskriftsfestet at kommunene må tilsette sykepleiere for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og derfor har sykepleierne en sentral rolle i daglig drift (Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg, 1989, § 1 og Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste, 1984, §3). Da samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012 fikk kommunene større omsorgs- og behandlingsansvar da de overtok ansvar for flere oppgaver som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten (Meld. St 47 (2008-2009)). Formålet med samhandlingsreformen var å flytte pasientoppfølgingen nærmere hjemmet der pasienten oppholder seg.

### **Sykepleiernes ansvar**

Sykepleierne har tre år bachelorutdanning og er kunnskapsarbeidere med komplekse arbeidsoppgaver innen flere kliniske felt. Sykepleiere skal sørge for at pasientene får forsvarlig sykepleie i samarbeid med andre yrkesgrupper. Kommunene skal sørge for at det er en sykepleier som har det sykepleiefaglige ansvaret på vakt på sykehjem 24 timer i døgnet. I kommunens hjemmetjenester bør det være en sykepleier på vakt på dag og aften for å følge opp hjemmebasert behandling. Ved sykepleiers fravær dekkes ofte vekten av medarbeidere med

annen kompetanse fordi det ikke er tilgjengelig sykepleiervikarer. Det sykepleiefaglige ansvaret dekkes av sykepleier i hjemmevakt. Sykepleiere i nordnorske distriktskommuner har dermed både aktive og passive vakter. Å jobbe som sykepleier i små distriktskommuner i Nord-Norge krever høy kompetanse og godt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne jobber i sykehjem og hjemmetjeneste, men må samarbeide på tvers for å gi pasientene den oppfølgingen de trenger gjennom hele døgnet.

Vår påstand er at sykepleietjenesten i sentrale områder har bedre vilkår og forutsetninger enn i distriktet eller rurale områder, som er begrepet helseforskningen benytter. De Smedt & Mehus (2017) har forsket på sykepleie i rural kontekst, som beskrives som et område med lav befolkningstetthet, mellom 45-90 minutter reisetid til befolket område og sykehus, samt avstand til pårørende. De Smedt & Mehus (2017) oppsummerer at rural sykepleie i Norge samsvarer med internasjonal forskning på feltet. Den rurale sykepleien utfordres av reduserte ressurser, små fagmiljø og lang avstand til øvrige helsetjenester, som krever at sykepleierne må observere og håndtere akutte situasjoner som krever høy klinisk kompetanse. I tillegg kan sykepleierne ha nære relasjoner til pasientene, fordi de bor og jobber i samme lokalsamfunn. Sykepleiere i rurale områder kan i mange tilfeller være pasientens viktigste sosiale kontakt (De Smedt & Mehus, 2017, s. 14). Det kan utfordre profesjonaliteten. Samtidig er det identiteten og tilknytningen til lokalsamfunnet som skaper trygghet og er grunnlaget for pasientens ønske om å bo i distriktet til tross for helseutfordringer og begrensede helsetilbud (De Smedt & Mehus, 2017, s. 17). Vår erfaring er at eldre ønsker å bli boende i distriktet med disse begrensningene.

En rural sykepleiers arbeidshverdag krever improvisasjon og erfaringsbasert læring fordi geografi og værforhold kan hindre hjemmetjenesten å komme frem til pasienten (Gregersen, 2018). Sykepleieren kan måtte bruke nettverket i lokalsamfunnet for å gi pasienten et annet alternativ. Vi har erfart at sykehusene skriver ut pasientene fredag ettermiddag uten å sende nye medisiner med pasienten. Det er ofte ikke apotek i distriktskommunene, noe som kan medføre at pasienten får forsinket behandlingen. Gregersen (2018) bekrefter at tilsvarende erfaringer er kjent for rurale sykepleiere.

### 3 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenterer vi det teoretiske rammeverket vi mener er relevant for problemstillingen om hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. Teorien skal hjelpe oss å forstå og analysere våre funn. Vi innleder teorikapitlet med en generell tilnærming til turnover, deretter beskriver vi motivasjon og lederstøtte.

#### 3.1 Turnover som begrep

KS (2024) definerer turnover som andelen ansatte som slutter i kommunal sektor fra ett år til et annet. Turnover fordrer at arbeidsgiver må rekruttere en ny medarbeider for å erstatte den tapte arbeidskraften. Det er naturlig med noe turnover i en virksomhet da medarbeidere kan ønske å gå over i andre stillinger på grunn av karrierevalg eller andre forhold i livet (Bjørvik & Haukedal, 2001). Å rekruttere inn nye medarbeidere kan være nyttig for å få nye øyne på tjenesteproduksjonen. Dette støttes også i Helsepersonellkommisjonens vurdering som beskriver at turnover på et visst nivå er naturlig og nødvendig (NOU 2023:4).

Det er vanskelig å fastslå når turnover blir problematisk da det er forskjeller mellom yrkesgrupper og virksomheter (NOU 2023:4). Turnover kan være uheldig dersom virksomheten stadig opplever at medarbeidere slutter, samtidig som det er problematisk å rekruttere ny kompetanse. Turnover kan skape forstyrrelser i arbeidsmiljøet, påvirke kontinuiteten og være ressurskrevende fordi nye medarbeidere må læres opp (NOU 2023:4). Som ledere har vi erfart at turnover påvirker arbeidsplassen både individuelt og kollektivt.

Alkahtani (2015) har oppsummert forskning fra flere studier og identifisert åtte faktorer som påvirker turnover. (tabell 1):

8 faktorer som påvirker turnover i en virksomhet	
P1	Employees' organizational commitment (affective, normative and continuance commitment) reduces employees' turnover intention.
P2	Employees' job satisfaction reduces employees' turnover intention.
P3	Training reduces employees' turnover intention

P4	Perceived organizational support reduces employees' turnover intention.
P5	Perceived supervisor support reduces employees' turnover intention.
P6	Organizational climate reduces employees' turnover intention.
P7	Employees' benefits and opportunities reduce employees' turnover intention
P8	Organizational justice (distributive, procedural, and interactional justice) reduces employees' turnover intention

*Tabell 1 Alkahtanis oppsummering av faktorer som påvirker medarbeideres intensjon om turnover (Alkahtani, 2015, s.158)*

I følge Alkahtani (2015) kan turnover skyldes eksterne faktorer i samfunnet som påvirker virksomhetens overlevelsessevne, faktorer i virksomheten og faktorer som påvirker den enkelte medarbeider. Dersom en virksomhet ivaretar de nevnte faktorene, vil medarbeidernes lojalitet til virksomheten øke fordi de føler seg sett. Vi bruker Alkahtani for å få oversikt over forskningsfeltet og som inspirasjon i intervjuguiden, samt undersøke om faktorene er relevant i vår kontekst.

For å få innsikt i helse- og omsorgstjenestens utfordringer med å beholde og rekruttere helsepersonell, lener vi oss på Helsepersonellkommisjonens faktagrunnlag og vurderinger. Ifølge NOU (2023:4) er det en sentraliseringstrend i landet som gir store geografiske forskjeller, der mindre steder opplever større rekrutteringsutfordringer enn sentrale områder. Mange unge i arbeidsfør alder flytter i større grad til byene, mens de eldre arbeidstakerne blir værende i distriktene. I vår studie har vi en antagelse om at nordnorske distriktskommuner har lavere terskel for når turnover oppleves belastende. Demografiske utfordringer i distriktet med økende antall eldre, ungdom som flytter ut og spredt bosetting gir redusert tilgang til sykepleierkompetanse. Små fagmiljø og mindre bredde i den samlede kompetansen, kan gi sykepleierne i nordnorske distriktskommuner en opplevelse av redusert kvalitet på tjenestene de gir, og stimulere ønsket om å bytte jobb. Dermed påvirkes kontinuiteten, og gjenværende sykepleiere må bruke ressurser på opplæring av nyansatte. Arbeidsplassen er en viktig arena for personlig og faglig utvikling (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Noen arbeidsplasser beholder i



større grad sine medarbeidere og har mindre turnover. Hva gjør disse virksomhetene for å beholde og motivere sine medarbeidere til å bli værende i jobben?

## **3.2 Motivasjon**

I vår studie er det relevant å forstå hva motivasjon er, og hvordan ulike faktorer skaper motivasjon hos sykepleierne. Teorien om motivasjon er viktig for å forstå og analysere våre funn, samt i drøftingen av problemstillingen.

### **3.2.1 Motivasjonstyper**

En tidligere sykepleierkollega av oss fortalte at det var krevende å jobbe med kreftpasienter som ønsket hjemmedød, fordi hun stod i faglige vurderinger alene. Samtidig opplevde hun det som givende å være til hjelp. Sykepleieren ga telefonnummeret sitt til pårørende slik at de kunne ta kontakt når som helst, også utenom vakttid. Å håndtere ulike problemstillinger alene er utfordrende, så vi undrer hva som gjør at sykepleierne likevel står i det?

Motivasjon er en drivkraft eller indre psykologisk prosess som får oss til å gjøre noe (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s.229). Drivkrafta kan avgjøre hvordan et arbeid utføres og resultatet av det, og inndeles i tre motivasjonstyper: ytre, indre og prososial motivasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

#### **Ytre motivasjon**

Ytre motivasjon stimuleres av muligheten til å få en belønning for arbeidet. De vanligste formene for ytre motivasjonstiltak er materielle belønninger som lønn og forfremmelse, men kan også være symbolske belønninger som skryt (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Ordinær lønn og overtid for ekstra utrykninger og merarbeid kan stimulere sykepleieren til økt innsats. Ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) er det belønningen for et arbeid, og ikke selve arbeidet, som motiverer. Ytre motivasjon gir mindre effekt på arbeidsprestasjon og ønsket om å bli værende i jobben (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Det tydeliggjør behovet for at arbeidsgivere bør ha kunnskap og bevissthet om når ytre motivasjonstiltak kan fungere (Kuvaas & Dysvik, 2020).

#### **Indre motivasjon**

Den indre motivasjonen kommer av gleden ved å utføre et arbeid, og det er selve oppgaveløsningen som stimulerer motivasjonen hos medarbeideren (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 243). Ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) skaper indre motivasjon bedre prestasjoner og

ekstrarolleadferd. Mens ytre motivasjon stimulerer medarbeidere til å få gjort en jobb og raskt gå over til neste, vil arbeidsoppgaver som krever problemløsning, kvalitet og forbedring stimulere den indre motivasjon slik at medarbeiderne presterer bedre over tid (Kuvaas & Dysvik, 2020). I eksempelet om hjemmedød viser sykepleieren høy grad av indre motivasjon og sterk forpliktelse til arbeidsplassen som vi antar stimulerer til bedre prestasjoner.

Ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) viser flere studier at ytre motiverte medarbeidere presterer dårligere, kjenner svakere forpliktelse til arbeidsplassen og viser økende grad av utmattelse. Ytre motiverte medarbeidere har mer kortlivet tilfredshet ved å nå mål og høyere turnoverintensjon enn indre motiverte medarbeidere (Vansteenkiste et al, 2007, sitert i Kuvaas og Dysvik, 2012, s. 61). Indre motiverte medarbeidere kjenner sterkere tilknytning til arbeidsplassen, har mindre fravær og stress i motsetning til ytre motiverte. Autonomi, selvtillit, kompetanse og tilhørighet fremheves som faktorer med størst betydning for indre motivasjon, mens lønn har mindre betydning (Kuvaas & Dysvik, 2020). Flere studier viser at indre motivasjon får deg til å gjøre en god jobb med vilje til å strekke deg lengre, mens lav indre motivasjon øker turnover (Kuvaas & Dysvik, 2020).

Med denne teoretiske innsikten på ytre- og indre motivasjon forstår vi at utsikten til å få utbetalt overtid stimulerer til innsats, men stimulansen er kortvarig. Selv om flere studier har vist at den indre motivasjonen stimulerer gode verdier og adferd i arbeidslivet, er det ifølge Jacobsen & Thorsvik (2021) vanskelig å fastslå at en motivasjonstype skaper de beste resultatene.

### **Prososial motivasjon**

Den tredje motivasjonstypen er prososial motivasjon som handler om opplevelsen av å gjøre en forskjell for andre mennesker (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 236). Kuvaas & Dyvik (2020) hevder at indre motivasjon kan styrke den prososiale motivasjonen. Medarbeidere presterer bedre dersom de har medbestemmelse og kontroll over egen arbeidssituasjon, jobber smartere fordi de får brukt sin kompetanse i arbeidet og tar mer ansvar i arbeidet fordi ansvaret ligger hos dem.

Indre motivasjon knytter medarbeideren sterkere til arbeidsplassen, mens ytre motivasjon kan være forbundet med faktorer hvor det er større sannsynlighet for at arbeidstakeren har intensjon om å slutte eller bytte jobb. Vi oppsummerer med å se tilbake på sykepleieren i eksempelet vårt. Sykepleieren kan bli ytre motivert av lønn og utsiktene til overtidbetaling, men det skaper

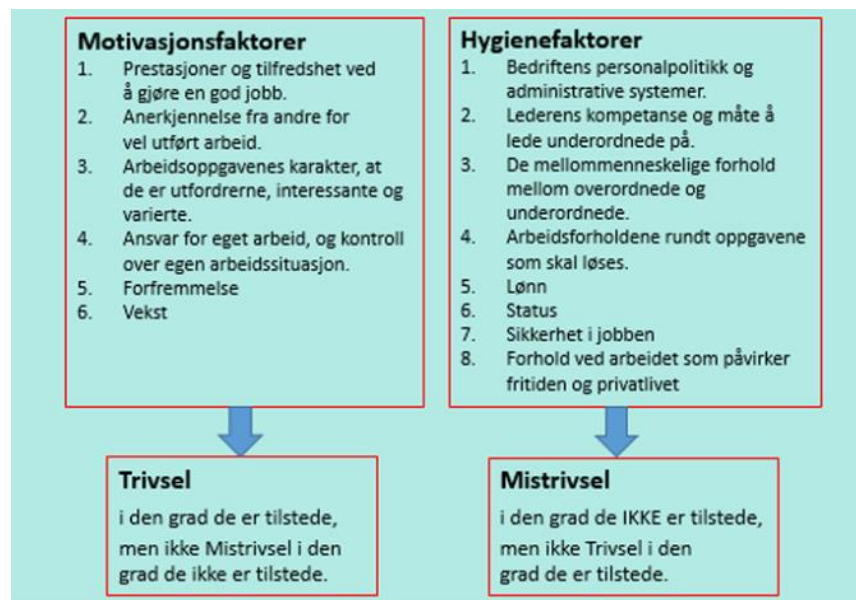
ikke nødvendigvis trivsel og gode arbeidsprestasjoner. Sykepleieren kan bli indre motivert av opplevelsen av meningsfulle arbeidsoppgaver siden hun får følge et menneske til livets slutt, samtidig som hun får brukt kompetansen sin. Sykepleieren kan motiveres prososialt av at pasienten får ønsket sitt oppfylt om å dø hjemme fordi sykepleieren evner å gi et forsvarlig tilbud, og dermed utgjør en vesentlig forskjell i et annet menneskets liv.

### 3.2.2 Motivasjonsmodeller

Det finnes flere motivasjonsmodeller som beskriver hva som motiverer medarbeidere til bedre ytelse. Teoriene beskriver hvor stor betydning de ulike faktorene har, og er enige om at det er mer enn lønn som er viktig for motivasjonen (Bolman & Deal, 2014).

#### Tofaktorteorien

Frederick Herzberg forsket på jobbtilfredshet på 1960-tallet og etablerte tofaktorteorien som skilte mellom motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Dersom medarbeidernes arbeidssituasjon ivaretok motivasjonsfaktorene, ville det skape trivsel, mens lav tilfredsstillelse av hygiene faktorene ville skape mistrivsel (Amundsen, 2020). Motivasjonsfaktorene er knyttet til hvordan arbeidsoppgavene utføres, mens hygiene faktorene er omgivelsene der arbeidet utføres. (Bolman & Deal, 2014). Se figur 5.



Figur 5 Herzberg motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 245)

Herzberg fremhevet anerkjennelse, utfordringer, variasjon, ansvar, autonomi og utvikling som faktorer som skaper trivsel (Matthiesen, 2016, s. 174). Hygiene faktorene representerer de ytre

rammene på en arbeidsplass som må være ivaretatt for å unngå misfornøyde medarbeidere, men et ensidig fokus på hygienefaktorer vil ikke bidra til å skape trivsel (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Administrasjon, personalpolitikk, ledelse, det fysiske arbeidsmiljøet, mellommenneskelige forhold og lønn var mest fremhevet i Herzbergs undersøkelse (Matthiesen, 2016, s. 174)

Ifølge tofaktorteorien vil en sykepleier bli motivert og oppleve trivsel dersom hun mestrer og har interessante arbeidsoppgaver, får anerkjennelse for sin innsats og rom for autonomi i arbeidet. Til tross for at Herzberg har vært sentral i organisasjonspsykologien, har flere vært kritisk til Herzbergs tofaktorteori (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Ifølge Matthiesen (2016) har ikke andre forskere skilt mellom motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer som forklaring på trivsel og mistrivsel. Et annet kritisk perspektiv er at det kan være lettere å skylde på andre dersom du mistrives og ikke lykkes i jobben (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

Gjennom Herzbergs fortolkning vil en sykepleier bli motivert av å ha varierte og meningsfulle oppgaver, mens lønn ikke har betydning for motivasjonen. Herzberg kategoriserer lønn som en hygienefaktor og mente det er uheldig å lokke medarbeidere med lønn og andre frynsegoder for å øke motivasjonen (Bolman & Deal, 2014). Det står i kontrast til Alkahtani (2015) som mener at lønn har betydning fordi det viser i hvilken grad arbeidsplassen verdsetter deg. Samtidig sier Alkahtani (2015) at lønn er viktig for jobbsikkerhet og muligheten til å forsørge seg, noe som kan tale for at lønn også er en hygienefaktor. Jacobsen & Thorsvik (2021) argumenterer også for at lønn har betydning for medarbeidernes opplevelse av anerkjennelse og status.

Gjennom vår ledererfaring har vi sett hvor vanskelig det kan være å snakke om lønn, fordi det henger sammen med medarbeidernes opplevelse av å bli sett og ivaretatt. Vi har også erfart at sykepleiere har takket nei til en jobb på grunn av lønn, eller valgt å bli dersom de gis et lønnstillegg. Erfaringen vår er i overensstemmelse med Jacobsen & Thorsvik (2021) som sier at lønn kan forstås som arbeidsplassens anerkjennelse av deg og en fastsettelse av sosial status.

Herzbergs skille mellom motivasjons- og hygienefaktorer er også i kontrast med Norsk Sykepleierforbunds påstand om at sykepleiermangelen i Norge kan løses ved å øke lønna til sykepleierne vi har for å beholde dem (Dolonen, 2022). Vi erfarer at stadig flere kommuner lokker sykepleiere med tiltakspakker for å rekruttere og beholde sykepleiere. I Evenes kommune får sykepleiere et signeringstilbud på kr 50 000,- dersom de takker ja til

sykepleierstilling og personlig lønnstillegg på kr 20 000,- på toppen av grunnlønnen (Evenes kommune, 2022). Selv om lønn ikke er det eneste tiltaket som motiverer sykepleierne, stimulerer det til at kommunene beholder sykepleierne en viss tid på grunn av bindingstid.

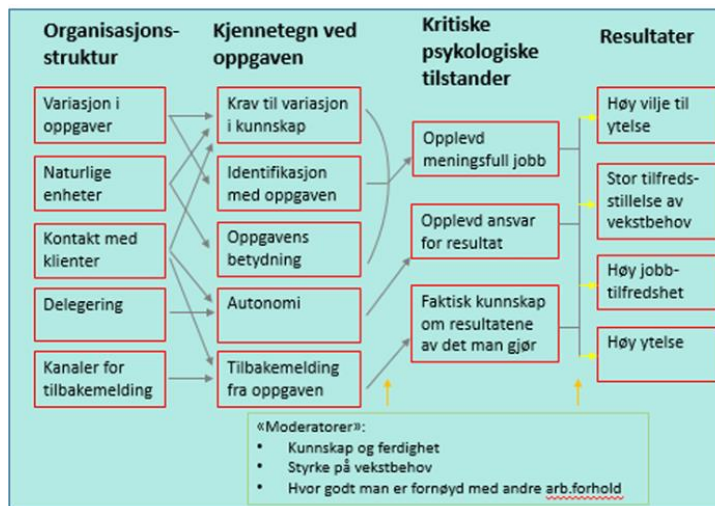
Det er ulik oppfatning av hvordan lønn som motivasjonstiltak virker. Alkahtani (2015) hevder at det ikke er størrelsen på lønna som er mest avgjørende, men at medarbeidere opplever at lønna er god og rettferdig. Det bekreftes også av Kuvaas & Dysvik (2020) som oppsummerer at lønn må være rettferdig og konkurransedyktig, men at ledere må skape arbeidsforhold som stimulerer medarbeidere til å fokusere mindre på lønn, og mer på tjenesten de er ansatt for å ivareta.

Basert på tidligere forskning og mediernes fokus på økt lønn til sykepleiere, ønsker vi i vår undersøkelse å se nærmere på hvilken påvirkningskraft lønn har for at sykepleierne blir i jobben i nordnorske distriktskommuner. Vår oppfatning er at lønn har betydning for å fange oppmerksomheten til sykepleierne i rekrutteringsfasen, men kan også fungere som en stabiliserende faktor for å beholde sykepleierne vi har. Samtidig har vi etter mange år som leder i helsetjenesten en opplevelse av at sykepleierne er mer opptatt av miljøet og arbeidstidsordningen enn lønn. Mye har endret seg i arbeidslivet og samfunnets for øvrig siden Herzberg gjennomførte sine studier på 1950-1960 tallet. Vi stiller dermed spørsmålet om Herzberg tofaktorteori kan være gjeldende også i dag? Kanskje er det vanskelig å sette et skille mellom hygienefaktorer og motivasjonsfaktorer?

### **Hackman & Oldhams motivasjonsmodell**

I vår søken etter nyere kunnskap om motivasjon finner vi Hackman & Oldhams motivasjonsmodell som er empirisk testet i flere land, og viser at det har betydning hvordan virksomheter organiserer arbeidsutførelsen slik at den gir best motivasjonsgrunnlag (Amundsen, 2020). Vi trekker frem Hackman & Oldhams teori fordi vår studie gjennomføres i nordnorske distriktskommuner der måten arbeidet organiseres har avgjørende betydning for resultatet.

Hackman & Oldham bygde på Herzbergs motivasjonsteori og beskriver tre individuelle psykologiske tilstander hos medarbeideren som fremmer motivasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2021) Se figur 6.



Figur 6 Hackman & Oldhams motivasjonsmodell (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 247)

Organisasjonsstrukturen på arbeidsplassen er premissgivende for hvordan arbeidsoppgavene utformes og oppleves, som igjen påvirker den psykologiske tilstanden til medarbeideren, som får stor betydning for resultatet. Hackman & Oldham hevder at arbeidet må utformes slik at medarbeiderne har en individuell opplevelse av å ha en meningsfull jobb, kjenner personlig ansvar for arbeidet som utføres, samt har kompetanse til å evaluere og korrigere sin egen arbeidsinnsats (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Medarbeidere som er i de psykologiske tilstandene, vil yte bedre, ha høyere jobbtildfredshet og opplevelse av utvikling og selvrealisering (Jacobsen & Thorsvik 2021, s. 246).

Vekstforholdene for de psykologiske faktorene hos den enkelte sykepleier er avhengig av hvordan sykepleieren mestrer å jobbe i den lokale konteksten. For hva kreves egentlig av en sykepleier for å jobbe i et lite lokalsamfunn? En sykepleier kan være tilfreds med en forutsigbar arbeidshverdag uten særlige utfordringer eller variasjoner, mens en annen sykepleier kan kjede seg i en rutinepreget struktur med mindre variasjon og faglig- eller personlig utvikling.

Jacobsen & Thorsvik (2021) peker på at Hackman & Oldhams motivasjonsmodell ikke inkluderte medarbeideres medvirkning. Ifølge Amundsen (2020) skiller den norske arbeidslivsmodellen seg ut ved at den bygger på demokratiske spilleregler med høy tillit og godt samarbeid mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden. Slik kan kontroll og styring nedtones til fordel for myndiggjøring av medarbeidere, noe som skaper rom for at et sykepleierteam får tillit til å lage kjøreruter i hjemmetjenesten slik at arbeidet utføres slik sykepleierne mener er mest hensiktsmessig.

## **Å jobbe i team**

Selv om individuelle motivasjonsfaktorer hos den enkelte medarbeider er viktige, fremheves betydningen av å tilhøre et team. Ifølge Abelsen et al. (2020) er en av viktigste anbefalingene for å beholde personell, å gi støtte til teambygging slik at fagfolk velger å bli i distriktene. Det fremheves også av Bolman & Deal (2014, s.127) at et velfungerende team styrker den enkelte medarbeiders mestring og prestasjoner ytterligere. Det er avgjørende for resultatene hvordan leder organiserer og strukturerer oppgaveløsningen slik at virksomhetens resultater oppnås, samtidig som medarbeiderne opplever mestring, motivasjon og arbeidsglede. Ifølge Bolman & Deal (2014) styrkes den enkelte medarbeiders prestasjoner gjennom arbeid som gjøres i team fordi teammedlemmene utfyller hverandre og har kollektivt resultatansvar.

Teamstrukturen bestemmes av hvordan myndighetsutøvelse, ansvarsfordeling og relasjonene menneskene i teamet har til hverandre, som igjen påvirker medarbeidernes prestasjoner. Ved oppgaveløsning av enkle oppgaver under stabile forhold kan hierarkisk teamstruktur og toppstyring fungere, mens mer komplekse oppgaver i varierende omgivelser krever mer kommunikasjon og samordning på tvers (Bolman & Deal, 2014). Det er en kunst å variere strukturene utfra hvilke oppgaver som skal løses. Men ledere bør også skape et mestringsorientert team slik at den indre motivasjonen og trivselen kan utvikle seg fremfor fokus på prestasjonsorientering og ytre motivasjon (Kuvaas & Dysvik, 2020).

## **Mestringsorientering**

For å oppnå et mål kan prosessen være prestasjons- eller mestringsorientert. Å være mestringsorientert er å gjøre så godt du kan ut fra dine forutsetninger, mens i prestasjonsorientering sammenlignes din prestasjon med andre. (Amundsen, 2020, s. 148-149).

Ifølge Amundsen kan prestasjonsorientering fungere ved mindre komplisert og rutinepregede oppgaver, for eksempel i byggebransjen. Medarbeideren løser en bestemt oppgave mot forhåndsavtalt betaling, der medarbeiderens innsats avgjør hvor god timelønnen blir. På kunnskapsarbeidsplasser som sykehjem og hjemmetjenester, kan derimot prestasjonsorientering ha negativ effekt. Her planlegges, gjennomføres og evalueres komplekse oppgaver kontinuerlig av medarbeiderne basert på kunnskap og erfaring (Amundsen, 2020).

I kommunens helse- og omsorgstjeneste er det nødvendig at lederen gir rom for sykepleierens faglige autonomi når helse- og omsorgsoppgaver skal løses fordi sykepleierne utfører arbeidsoppgavene i kraft av den kompetansen de har. Kravene til jobbutførelsen for sykepleierne i distriktskommunene er blitt høyere og krever mer spesialisert kompetanse, særlig etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Det er ikke uvanlig at medarbeiderne har mer fagkunnskap enn lederen innenfor arbeidsområdet (Amundsen, 2020). En mestringsorientert leder kan stimulere medarbeidernes tro på egen mestring (Bandura, 1997, i Amundsen, 2020). Ifølge Amundsen (2020) kan leder gjøre det gjennom å peke ut og skape meningsfulle mål, samt gi lederstøtte.

### **3.3 Lederstøtte**

Å jobbe som sykepleier i nordnorske distriktskommuner kan være krevende på grunn av lange avstander og små fagmiljø. Det gir sykepleierne muligheter, men også utfordringer i arbeidet og derfor ser vi nærmere på hvilken lederstøtte sykepleierne trenger. Vi velger å bruke teori om myndiggjørende ledelse fordi sykepleiere i nordnorske distriktskommuner ofte står alene og administrerer eget arbeid. Myndiggjørende ledelse kan være hensiktsmessig for autonome sykepleiere, og blir derfor viktig å støtte seg på i analyse og drøfting av problemstillingen.

#### **Maktdeling**

Det er alltid en ansvarlig sykepleier på vakt i nordnorske distriktskommuner, hver dag og hele døgnet. Oppgavene krever faglige og skjønnsmessige observasjoner og vurderinger, og tiltak iverksettes basert på beslutninger som tas fortløpende. Det er derfor nødvendig å skape rom for sykepleiefaglig autonomi og maktdeling. Å legge til rette for at sykepleierne kan arbeide autonomt er en grunnleggende forutsetning i myndiggjørende ledelse fordi det gir større frihet og myndighet til at de selv kan planlegge og gjennomføre arbeidet (Amundsen, 2020).

Gjennom maktdeling deler leder og sykepleiergruppen myndigheten som normalt følger lederfunksjonen. Leder delegerer myndighet til sykepleierne slik at de kan utføre arbeidsoppgavene på vegne av lederen (Amundsen, 2020). Sammen med delegert myndighet følger også et avtalt resultatansvar. Delegering krever mindre detaljstyring fra leder, men leder kan ikke koble seg av. Den myndiggjørende lederen bør dreie fokuset fra kontroll og styring til veiledning og lederstøtte (Amundsen, 2020).



Men det kan være utfordrende for lederen å innta en myndiggjørende rolle. Ledere i kommunesektoren jobber på delegasjon fra kommunedirektøren og har ansvar for å levere i tråd med administrative og politiske handlingsplaner innenfor personal-, faglige- og økonomiske aspekter. Flere ganger i året må kommuneledere rapportere på status og stå til ansvar dersom resultatene uteblir. Det komplekse lederansvaret kan utfordre delegering. Samtidig er lederen avhengig av å delegerer oppgaver og ansvar. Dersom lederen skal være direkte involvert i alle tenkelige problemstillinger i løpet av en arbeidsdag, vil det forårsake forsinkelser, unødvendig byråkrati og misnøye i personalgruppene.

### **Motivasjonsstøtte**

Å stå alene i vanskelige pasient- og pårørendesituasjoner kan gi sykepleierne en autonom arbeidshverdag. Dersom lederen er lite støttende, kan medarbeiderne føler seg alene og miste motivasjonen (Trevelyan i Amundsen, 2020, s. 143). Alle har et grunnleggende behov for å bli sett, men det er varierende hvor mye støtte den enkelte sykepleier trenger.

I distriktskommunene må sykepleierne i stor grad lene seg på egen kompetanse, fordi oppgavene løses hele døgnet spredt over geografiske avstander fra sykehjem til innbyggernes hjem. Det fordrer stor grad av autonomi og at sykepleierne selv tar styringen i oppgaveløsningen. Ifølge Amundsen (2020) må lederne oppfordre til initiativ, for eksempel ved å ta imot innspill fra sykepleierne på en positiv måte, fordi det genererer flere innspill. Å involvere sykepleierne i arbeidshverdagen kan bidra til autonomi og økt indre motivasjon (Stone mfl i Amundsen, 2020, s.14). Samtidig som leder skal lytte til sykepleierne og ta deres innspill på alvor, må ledere også ivareta pasient- og organisasjonsperspektivet.

Å fokusere på sykepleiernes sterke sider bidrar til å øke troen på sykepleiernes mestring. Lederen kan bidra til å øke sykepleiernes motivasjon ved å forme mål og oppgaver som motiverer medarbeiderne (Amundsen, 2020). Dersom lederen har en positiv holdning, er inspirerende og løsningsorientert, bidrar det til å øke sykepleiernes motivasjon og prestasjoner.

### **Utviklingsstøtte**

Tidligere var det en oppfatning om at fagkompetansen stiger jo høyere i organisasjonen en kommer, men på kunnskapsarbeidsplasser har ofte sykepleierne mer fagkompetanse enn lederne (Amundsen, 2020). Ifølge Fosse & Abelsen (2023) krever sykepleieutøvelse i distriktet mer breddekompetanse og høyere klinisk ansvar enn i sentrale strøk på grunn av små fagmiljø.

Sykepleierne i distriktskommunene trenger derfor distriktsrelevant kompetansebygging for å mestre arbeidsoppgavene og arbeide autonomt (Fosse & Abelsen, 2023, s.10-11).

Lederens primære oppgave er å sørge for at sykepleierne styrker egen kompetanse i takt med utfordringene de møter gjennom å tilrettelegge for læring i det daglige arbeidet og være tilgjengelig for å diskutere og veilede i ulike problemstillinger (Amundsen, 2020). Men myndiggjørende ledelse passerer ikke nødvendigvis for alle fordi vi har ulikt behov for læring og utvikling (Matthiesen, 2016). Lederen må kjenne sine medarbeidere så godt at man vet om hver enkelt er bekvem med autonomi, og har motivasjon og kompetanse til å jobbe selvstendig. I tillegg må lederen forsikre seg om at medarbeideren har samme forventning til myndiggjøring som lederen selv (Amundsen, 2020).

### **Oppsummering av teorikapittelet**

Det er avgjørende at nordnorske distriktskommuner beholder sykepleierne for å være i stand til å levere forsvarlig helse og omsorgstjenester. Vi brukte Alkahtanis (2015) oversiktsartikkel for å danne et bilde av forskning på turnover, og fant åtte faktorer som hemmer medarbeidernes turnoverintensjon. Vi redegjorde videre for motivasjonstyper og -modeller, der ytre motivasjonstiltak kan fungere for mindre komplekse oppgaver mens indre- og prososiale motivasjonstiltak egner seg for mer kompleks oppgaveløsning. Arbeidsforhold som styrker autonomi, mestring, kompetanse og tilhørighet har størst betydning for indre motivasjon. For at medarbeidere skal evne å arbeide autonomt trenger de lederstøtte som ivaretar maktdeling, motivasjon- og utviklingsstøtte.

## 4 Forskningsdesign

Problemstillingen i vår studie er hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. I dette kapitlet redegjør og diskuterer vi hvordan vi har gått frem i undersøkelsesprosessen fra vitenskapsteoretisk forankring, metode, utvalg, datainnsamling og dataanalyse, samt forskningsetiske betraktninger.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Vi har valgt fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming som vitenskapsteoretisk grunnlag.

Fenomenologi tar utgangspunkt i sykepleiernes subjektive opplevelser for å forstå en dypere mening i sykepleiergruppens erfaringer om motivasjon, mestring og lederstøtte i nordnorske distriktskommuner (Thagaard, 2021). Ifølge Jacobsen (2022) finnes det ikke en objektiv sosial virkelighet fordi vi har ulik forståelse av virkeligheten.

I et hermeneutisk perspektiv fortolker vi funnene for å finne en dypere mening i det som blir fortalt (Thagaard, 2021). Vi forsøker å sette oss inn i hvordan sykepleiernes forståelse skapes og endres (Jacobsen, 2022). Vår fremgangsmåte innebærer at vi lytter til det sykepleierne forteller om egne erfaringer og fortolker meningen bak utsagnene. Forståelse bygger på forforståelse, og ideene vi får når vi fortolker funnene bygger på våre egne erfaringer (Geertz i Thagaard, 2021, s. 37). Vår erfaring som sykepleiere og ledere i helsetjenesten er en fordel som gjør det lettere å forstå det sykepleierne forteller, fordi det kan ha likheter med egne opplevelser. Det er dog en sårbarhet at fortolkningen kan påvirkes av egen forforståelse ved at vi ikke følger opp enkelte utsagn fordi vi antar hva sykepleierne forteller.

### 4.2 Fokusgruppe som metode

I vår studie bruker vi kvalitativ design og fokusgruppe som metode etter en vurdering av hvilken metode som egnet seg til å besvare problemstillingen. Vi vurderte først individuelle intervjuer som gir rikholdig empiri og synliggjør den individuelle forståelsen. Vi valgte fokusgruppe for å få mer kunnskap om sykepleiernes kollektive forståelse av hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne.

En styrke ved fokusgrupper er at data produseres på kollektivt nivå der fokusgruppen snakker sammen og kommenterer hverandres utsagn (Halkier, 2018) Den sosiale interaksjonen bidrar til at sykepleierne deler og sammenligner hverandres erfaringer og perspektiver (Thagaard, 2018). Vi erfarte at et utsagn raskt utløste neste utsagn. Det er risiko for at en sykepleier kan

dominere intervjuet. Den sosiale kontrollen i gruppen kan redusere muligheten for å vise flere perspektiver (Halkier, 2018, s. 14). For å redusere denne risikoen ledet en av oss intervjuet mens den andre observerte gruppen, for å fange opp signaler og aktivt invitere alle inn i diskusjonen.

Sykepleierne i fokusgruppene har felles yrkesbakgrunn og arbeidsted, men vurderer sykepleierhverdagen forskjellig ut fra fartstid, erfaring og kompetanse. Fokusgrupper kan samle inn mye data og vise kompleksiteten i problemstillingen, til forskjell fra individuelle intervjuer (Halkier, 2018). Ifølge Jacobsen (2022) kan den enkelte sykepleier argumentere for egne perspektiver, men samtidig utvikle nye perspektiver. Den sosiale kontrollen i gruppa kan hindre sykepleierne å uttale seg, særlig dersom uttalelsen går på tvers av gruppemeningen. Denne sårbarheten forsøkte vi å redusere ved å samle fokusgrupper med sykepleiere som kjenner hverandre godt i deres eget miljø for å skape en uformell arena som trygger deltakerne. I følge Halkier (2018) kan det å snakke sammen i en gruppe stimulere til mer deling enn i et individuelt intervju fordi sykepleierne påvirkes av hverandre.

Vi erfarte at kommunene vi forespurte raskt sa ja til å delta. I tråd med Halkier (2018) erfarte vi at å delta i fokusgruppeintervju sammen med kolleger kan gjøre det lettere å rekruttere sykepleiere fordi forskeren ikke kommer like nært hver enkelt sykepleier som i et individuelt intervju. Inspirert av Tjora (2023) oppsummerer vi fokusgruppe som en metode som samler inn individuelle data fra den enkelte sykepleier, gruppedata om hva sykepleiergruppen mener samt fremmer dialog om ulike temaer (Tjora, 2023). Vi erfarte at sykepleierne var positive til temaet vårt og ønsket å bidra i datainnsamlingen.

### **4.3 Utvalg**

Vi etablerte to fokusgrupper på 4-5 autoriserte sykepleiere som arbeidet i sykehjem og hjemmetjenesten i to nordnorske distriktskommuner. Sykepleierne hadde ulik fartstid, videreutdanning og bosted, men samme kjønn. Se tabell 2 og 3.

## Fokusgruppe 1

	<b>Ferdigutdannet sykepleier</b>	<b>Videreutdanning</b>	<b>Bor og arbeider i samme kommune</b>	<b>Kjønn</b>
Sykepleier 1	2006	Nei	Ja	K
Sykepleier 2	1995	Ja	Ja	K
Sykepleier 3	2016	Nei	Ja	K
Sykepleier 4	2009	Ja	Ja	K
Sykepleier 5	2020	Nei	Ja	K

Tabell 2 Oversikt over deltakere i fokusgruppe 1

## Fokusgruppe 2

	<b>Ferdigutdannet sykepleier</b>	<b>Videreutdanning</b>	<b>Bor og arbeider i samme kommune</b>	<b>Kjønn</b>
Sykepleier 1	2017	Ja	Ja	K
Sykepleier 2	2019	Nei	Nei	K
Sykepleier 3	2008	Nei	Ja	K
Sykepleier 4	2023	Nei	Ja	K

Tabell 3 Oversikt over deltakere i fokusgruppe 2.

Vi gjorde en analytisk selektiv utvelgelse fordi utvalgene var små, og tilfeldig utvelgelse ville vanskeliggjøre muligheten til å se empiriske mønstre i analysearbeidet (Halkier, 2018). Vi rekrutterte sykepleiere med ulik erfaring. En tredjedel av sykepleierne hadde videreutdanning, men ingen hadde like videreutdanninger. Fartstiden som sykepleier varierte fra noen måneder til 28 år. Vi ønsket å undersøke om sykepleierne bodde og arbeidet i samme lokalsamfunn fordi vi ville se om tilknytning til lokalsamfunnet har betydning for yrkesutøvelsen. Det lyktes oss ikke å rekruttere menn til fokusgruppene da det var lederne i kommunene som valgte sykepleiere utfra tilgjengelighet. Inspirert av Halkier (2018) vurderte vi sykepleiernes felles yrkesbakgrunn og arbeidssted som essensielt for felleskap i fokusgruppen, samtidig som ulikhetene med videreutdanning og fartstid fremmet mangfold og kompleksitet i det empiriske materialet.

Vi benyttet vårt helsefaglige nettverk til å velge kommuner, fordi vi ønsket å snakke med kommuner som til en viss grad har lyktes å rekruttere og beholde sykepleiere. Vi tok formell kontakt med to ledere, som videreformidlet informasjonen om undersøkelsen til sykepleierne. Vi kjente kommunene og noen av deltakerne i fokusgruppene fra før. Det kan være en fordel fordi det er lettere å trygge deltakerne og kanskje mindre sannsynlighet for frafall. Siden vi kjenner konteksten, kan det være lettere å forstå dialekt og uttrykk. Samtidig kan det være en ulempe å kjenne til hverandre fordi det kan påvirke hva deltakerne deler (Halkier, 2018).

Det er ingen fastsatt grense på antall deltakere i en fokusgruppe, fordi tema og problemstilling har betydning for gruppestørrelse (Halkier, 2018). Vi var forberedt på mindre fokusgrupper på grunn av små fagmiljø i distriktskommunene. Fokusgruppene endte på 4-5 personer, men vi vurderte at mindre fokusgrupper passet vår problemstilling fordi vi skulle undersøke hva som skal til for å bli værende i jobb. Mindre grupper kan være bedre egnet for personlige betraktninger om egen arbeidshverdag, trivsel, lederstøtte og veiledning. Samtidig kan mindre fokusgrupper være sårbare for redusert gruppedynamikk og frafall. I større fokusgrupper kan det genereres et større datamateriale som kan være utfordrende å analysere (Halkier, 2018).

#### **4.4 Intervjuguide**

Utforming av intervjuguide krevde grundig refleksjon om struktur og grad av moderering (Halkier, 2018). Med utgangspunkt i traktmodellen utformet vi en intervjuguide med åpne spørsmål som gir rom for diskusjon og interaksjon, samt oppfølgingsspørsmål for å følge opp utsagn (Halkier, 2018). Intervjuguiden startet med en presentasjon av deltakerne, deretter en startøvelse og 15 hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål. Se vedlegg 2.

Vi sorterte hovedspørsmålene i seks emner for å strukturere samtalen og analysearbeidet i ettertid (Tjora, 2021). Emnene ble valgt ut med inspirasjon i Alkathanis (2015) oversiktsartikkel, omtalt i kapittel 3, hvor han presenterte faktorer som påvirker medarbeideres turnoverintensjon. Vi omformulerte faktorene slik at de passet til vår problemstilling. For eksempel ble «perceived superior support» og «job satisfaction» slått sammen til psykososialt arbeidsmiljø, mens ledelse ble sammenslått av «organizational support» og «supervisor support».

Intervjuguidens formål var å stimulere til diskusjon der sykepleierne kunne respondere på hverandres synspunkter. Selv om intervjuguiden var gruppert etter emner med en indre kronologi, gjennomførte vi intervjuet som en naturlig samtale der vi hoppet over eller la til oppfølgingsspørsmål underveis for å belyse problemstillingen best mulig.

## 4.5 Forskningsetiske betraktninger

I dette kapitlet fokuserer vi på etiske problemstillinger i forholdet mellom oss som forskere og sykepleierne. Vi tok utgangspunkt i de gjeldende normene for vitenskapelig redelighet definert av De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH). Retningslinjene presiserer at forskerne skal utvise grunnleggende respekt for menneskeverdet ved å ivareta deltakernes autonomi, integritet, frihet og medbestemmelse (Thagaard, 2021).

### **Informert samtykke**

For å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, måtte vi forsikre oss om at sykepleierne kunne avgi informert samtykke. De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH) beskriver forskernes ansvar for informasjon:

Informasjonen bør for eksempel gjøre rede for forskningens formål, metode og tilnærming; forklare hvilke opplysninger som blir samlet inn, hvordan de blir brukt, og hvem som skal bruke dem; beskrive behandling, lagring, bruk og gjenbruk av forskningsdata; presisere vilkår for konfidensialitet og anonymisering (NESH, 2023, s. 19).

I forkant av undersøkelsen fikk sykepleierne et informasjonsbrev om masteroppgaven vår, se vedlegg 3. Vi informerte om hvordan datainnsamlingen skulle foregå og at vi ville gjøre lydopptak. Lydopptakene ville lagres på kryptert område i en egen applikasjon tilknyttet Nettskjema slik at de var utilgjengelige for andre. Datainnsamlingen ville bli brukt for å besvare problemstillingen og deretter slettet. I informasjonsskrivet fremgikk det også at prosjektet oppfyller kravene til innhenting av personopplysninger og at det er godkjent av SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. I den fysiske fokusgruppen signerte sykepleierne samtykkeerklæringen før oppstart (vedlegg 4) mens i den digitale fokusgruppen avga sykepleierne muntlig samtykke før oppstart.

Ifølge Jacobsen (2022) er stemme på lydopptak ansett som personopplysning og regulert av Personopplysningsloven. Vi sendte intervjuguiden (vedlegg 2) til SIKT for godkjenning den 17.11.23. Innsendingen inkluderte introduksjon om undersøkelsen (vedlegg 1) og informasjonsskriv (vedlegg 7.3). Den 18.11.23 fikk vi tilbakemelding om at behandlingen av personopplysningene var godkjent (vedlegg 5). Vi opplevde innmeldingen til SIKT som en viktig bevisstgjøring før vi gikk i gang med innsamling av data.

## **Konfidensialitet**

De nasjonale forskningsetiske komiteene beskriver forskernes ansvar for konfidensialitet:

Forskere skal behandle innsamlet informasjon konfidensielt hvis det er avtalt eller hvis det er nødvendig av andre grunner. Hvis forskere skal bruke informasjon som er samlet inn av andre under taushetsplikt, må de sikre at det foreligger fritak fra denne taushetsplikten. (NESH, 2023, s. 24).

Intervjupersonene ble forsikret om at vi ville tilstrebe full anonymitet, og at vi ville omskrive slik at enkeltpersoners utsagn i størst mulig grad ikke gjenkjennes i oppgaveteksten. Vi fulgte Thagaards råd (2021) om at sitater i teksten anonymiseres slik at enkeltpersoner, grupper eller stedsnavn ikke gjenkjennes.

## **Konsekvenser**

Når vi gjennomfører en undersøkelse er det viktig å reflektere over hvordan forskningen kan påvirke deltakerne (Jacobsen, 2022). De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH) beskriver forskernes ansvar for etisk forsvarlig praksis: «Forskere har ansvar for å unngå at forskningsdeltakere blir utsatt for skade og urimelig belastning som følge av forskningen. Deltakere kan samtykke til en viss risiko for ubehag og belastning» (NESH, 2023, s. 27).

I vår undersøkelse forsker vi på mennesker i direkte samtale. Det kan være belastende å delta i et fokusgruppeintervju og dele personlige tanker og erfaringer, og vi har ansvar å skape en intervjusituasjon som trykker deltakerne. I utforming av intervjuguiden brukte vi bevisst åpne spørsmål for å unngå ledende spørsmål. Spørsmålene skulle være mulige å besvare for sykepleiere som jobber klinisk uten at de lokkes til å snakke nedsettende om pasienter, kolleger og ledere, eller gjengi opplysninger som er omfattet av taushetsplikten.

Vår egen forforståelse kan påvirke hvordan vi stiller spørsmål og hvilke spørsmål vi stiller, og hvordan vi fortolker og analyserer innsamlet data. Ifølge Thagaard (2021) kan det hende sykepleierne ikke kjenner seg igjen om de leser den ferdige masteroppgaven fordi vi kan ha brukt andre begreper og perspektiver. Vi har ansvar for å yte sykepleierne rettferdighet ved å unngå å tillegge dem meninger de ikke hadde ved å trekke enkeltstående utsagn ut av den konteksten de er framsatt i. Vi har derfor brukt empirinære koder og utformet kategorier ut fra disse, for å forstå den dypere meningen i sykepleiernes fortelling.



## 4.6 Gjennomføring av fokusgrupper

Vi avtalte tidspunkt for fokusgruppeintervju med lederne i kommunene og planla å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassene. Å gjennomføre intervju på arbeidsplassen medfører risiko for støy og avbrytelser, men sykepleierne er i sin kjente kontekst som kan stimulere samtalen og påvirke interaksjonen i gruppa (Halkier, 2018). Vi fikk reservert møterom for å være skjermet. Det første intervjuet gjennomførte vi på videokonferanse på grunn av en misforståelse om tidspunkt. Intervju på videokonferanse fungerte greit, men innebar utfordringer med dårlig lyd i deler av intervjuet. Møterommet der sykepleierne satt var ikke tilpasset videomøter. Sykepleierne som satt lengst unna mikrofonen var vanskeligere å høre, og gjenklang i rommet gjorde at enkelte setninger ble grumsete på lydopptaket, noe som gjorde transkriberingen krevende. Vi vurderte likevel kvaliteten som god nok til at vi fikk tak i kvalitativt gode data. Det andre intervjuet gjorde vi ved fysisk tilstedeværelse. Vi samlet deltakerne rundt et bord og snakket uformelt sammen rundt en kaffekopp før intervjuet startet. Vi sendte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema som lederne delte ut til sykepleierne slik at de var kjent med undersøkelsen på forhånd. I det digitale intervjuet ble samtykket avgitt muntlig før vi startet lydopptaket.

Tilfeldigheter og utydelig kommunikasjon var kanskje grunnen til at vi måtte gjennomføre det ene intervjuet digitalt, men i etterkant konstaterer vi at det var en nyttig erfaring. To ulike format på gjennomføringen viser at intervju ved fysisk tilstedeværelse er å foretrekke da det er enklere å oppfatte nonverbale signaler. Det er lettere å fange opp når noen nøler eller ser ut til å brenne inne med noe når vi er til stede i rommet. I det digitale intervjuet håndterte vi dette ved å jevnlig spørre om noen hadde andre tanker de ville dele. Begge gruppene var aktive og delte villig, så ulempene i det digitale intervjuet ble oppveid av kvaliteten på datainnsamlingen.

Å være moderator i en fokusgruppe var en ny erfaring for oss. Vi forberedte oss godt gjennom å lese teori om metoden og utarbeidet en plan for gjennomføring av fokusgruppeintervjuet med fordeling av arbeidsoppgavene. Som moderator la vi opp til en uformell samtale der vi lyttet oppmerksomt, slik at sykepleierne ville dele sine tanker og erfaringer i interaksjon med hverandre (Halkier, 2018). En av oss var moderator mens den andre var observatør for å sikre at vi hadde fullt fokus på fokusgruppeintervjuet, samtidig som vi observerte og kunne komme med innspill underveis. Vi byttet på rollene underveis i fokusgruppeintervjuene for å avlaste hverandre og for å skape en dynamikk i samtalene.

I tråd med Halkier (2018) startet vi fokusgruppeintervjuene med en kort introduksjon med beskrivelse av undersøkelsen. Vi brukte en kort powerpointpresentasjon som støtte. Videre beskrev vi våre etiske overveielser i håndtering av lydopptak og hvordan vi sikrer deltakernes anonymitet gjennom hele prosessen. Dette var viktig for å skape en trygg ramme i intervjusituasjonen. Vi startet intervjuet med en presentasjonsrunde for å få bakgrunnsinformasjon om sykepleierne, samt en startøvelse der alle skulle reflektere individuelt og fortelle i plenum hvorfor de jobber som sykepleier i distriktskommunen. Det var en bevisst strategi for å «bryte isen» samtidig som alle delte sine tanker uten særlig påvirkning av gruppetenkning (Halkier, 2018). Vi opplevde at problemstillingen engasjerte begge fokusgruppene og samtalen rundt bordet fløt naturlig fra starten.

Enkelte kategorier engasjerte deltakerne mer, blant annet samhold blant sykepleierne. En sykepleier sier: «Det er en trygghet å ha andre sykepleiere å lene seg på når man skal ta avgjørelser» og får raskt flere bekreftende «Ja» rundt bordet. Sykepleierne fortsatte på hverandres resonnement, og de ulike perspektivene ble synliggjort gjennom utsagn som «Jeg synes at helger er tyngst» mens en annen sykepleier følger opp med «For min del så synes jeg egentlige alle seinvaktene også når jeg er alene på vakt».

Vi stilte spørsmålene til hele fokusgruppa, men noen ganger henvendte vi oss direkte til enkeltpersoner i gruppa for å fremme nyanser mellom for eksempel den nytilsatte og den mest erfarne. Ved noen anledninger stoppet vi opp for å sjekke om vi hadde forstått riktig. Det første fokusgruppeintervjuet varte i 65 minutter mens det andre varte i 55 minutter. Vi avsluttet med å spørre om det var mer deltakerne ønsket å dele som de mente var viktig for å besvare problemstillinga. Det er interessant at begge gruppene uoppfordret tok opp temaet lønn på slutten av intervjuene.

## **Lydopptak**

Ifølge Halkier (2018) samles det inn mye datamateriale i et fokusgruppeintervju som skal bearbeides og analyseres i ettertid. Vi brukte lydopptak fordi vi ønsket å gjennomføre et godt fokusgruppeintervju samtidig som vi ikke skulle gå glipp av det som ble sagt og prosessen i gruppa (Tjora, 2021). Vi valgte appen «Nettskjema- Diktafon» som lydopptaker. Vi logget inn med Feidebruker og opprettet skjema på Nettskjemas hjemmeside (nettskjema.no). Hvert skjema har egen skjema-ID. Vi gjorde lydopptak med appen på smarttelefonene våre. Etter gjennomført intervju, ble opptaket kryptert og overført til Nettskjema for lagring. Vi logget

deretter inn på nettsiden til Nettskjema, hvor vi ved hjelp av skjema-ID, fikk tilgang til lydopptaket. Vi lagde to testskjema og -lydopptak for å være bekvem med løsningen, slik at vi kunne konsentrere oss om fokusgruppeintervjuet på intervjudagene. Vi etablerte to nettskjema og to opptak av hvert fokusgruppeintervju. Med to opptak hadde vi back-up-løsning for datamaterialet vårt i fall teknisk svikt, fordi det i følge Halkier (2018) ville være vanskelig å gjennomføre intervjuet på nytt.

Sykepleierne samtykket til lydopptak. Selve lydopptaket startet og avsluttet med et informert klikk, uten tekniske problemer. Lydopptak kan skape et kunstig preg på samtalen, men vi lyktes med å gjøre diskret lydopptak fordi vi brukte mobiltelefon, som er et kjent element som ofte ligger på bordet i samtaler. Hvis vi hadde plassert en mikrofon på bordet, kunne det fange oppmerksomheten til sykepleierne og prege samtalen.

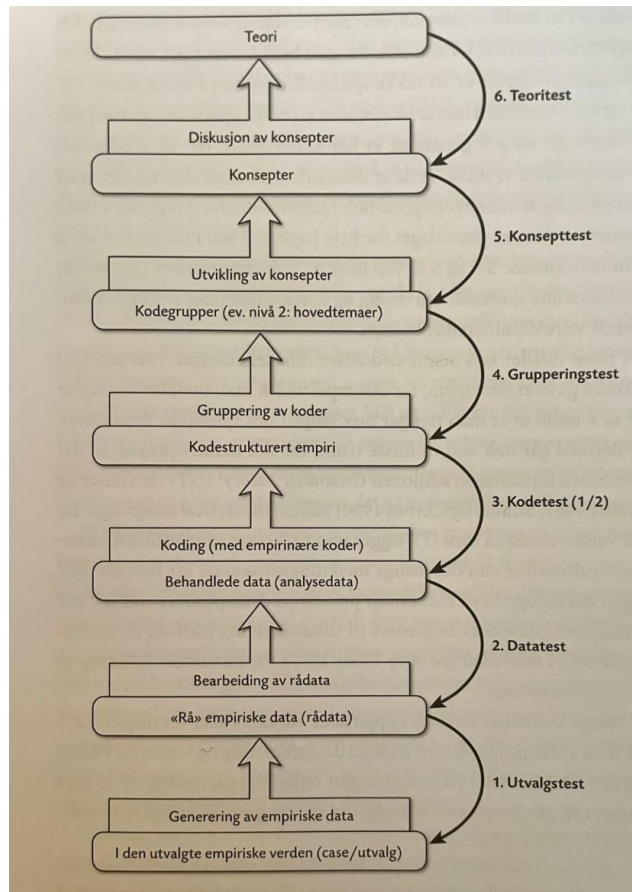
### **Transkribering**

Lydopptakene ble automatisk transkribert i Nettskjema. Vi gjennomgikk lydfilene og kvalitetssikret transkriberingene fordi enkelte ord eller setninger ikke ble transkribert riktig. Det var noen sekvenser som ikke ble transkribert fordi flere snakket samtidig. Transkriberingen fra den digitale fokusgruppen krevde mer retting på grunn av dårligere lyd kvalitet, men vi erfarte at å lytte gjentatte ganger, også ga oss en grundig gjennomgang og kunnskap om datamaterialet.

## **4.7 Valg av analysemetode**

Hensikten med en kvalitativ analyse er å reflektere over om empirien kan gi oss indikasjoner på hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. Det tar tid å bearbeide innsamlet data og vi vurderte hvilken analysemetode som var hensiktsmessig. Det fins flere metoder for å analysere empiri, men vi valgte Aksel Tjoras stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI) som er den mest anerkjente metoden i Norge. Vi leste teori og så videoklipp for å sette oss grundig inn i metoden. Årsaken til at vi valgte SDI var for å finne frem og strukturere våre empiriske data.

SDI er en systematisk modell som brukes i kvalitative forskningsprosjekter der analysen gjøres i etapper fra innsamling av data til utvikling av konsepter (Tjora, 2021, s.19). Se figur 7.



Figur 7 Stegvis- deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2021, s. 21)

I induktiv fase av analysearbeidet samlet vi inn data gjennom fokusgrupper, deretter bearbeiding av rådata gjennom transkribering. Vi gjennomgikk transkriberingen med markeringstusj og startet koding av teksten. Vi brukte empirinære koder på sykepleiernes utsagn for at de ikke skulle bli tatt ut av sammenhengen. Kodenes funksjon er å finne essensen i datamaterialet (Tjora, 2021). Gjennom empirinære koder ivaretar vi detaljene i intervjuet i stedet for å sortere etter variabler. Vi tok kodetesten for å sjekke om vi lagde gode empirinære koder (Tjora, 2021). Vi lagde mange empirinære koder og sorterte disse i 34-35 tematiske kodegrupper. Etter sorteringen hadde vi for mange kodegrupper for å få oversikt over empirien. Vi klippet opp kodegruppene og sorterte disse utover et bord. Se tabell 4 som viser et utdrag fra kodearbeidet.

Transkribering	Empirinær kode	Kodegruppe	Kategori
<p><i>A: For hver enkelt er det nok sikkert for rekrutteringen at det er lønn, turnus og arbeidsforhold som står høyest. Ihvertfall arbeidsforholdene...</i></p> <p><i>B: Du kan ha god lønn, men trives du ikke på jobb, så det er ikke noe vits.</i></p> <p><i>C: Det er generelt ha fagfolk rundt seg.</i></p> <p><i>B: Det er det også...</i></p>	<p>Lønn, turnus og arbeidsforhold står høyest</p> <p>Trives du ikke på jobb, så det er ikke noe vits.</p> <p>Fagfolk rundt seg</p>	<p>Lønn</p> <p>Turnus</p> <p>Arbeidsforhold</p> <p>Trivsel</p> <p>Kompetanse</p>	<p>Rammebetingelser i jobben</p>

Tabell 4 Utdrag fra kodearbeidet vårt.

Etter sorteringen av empirien pekte enkelte utsagn seg ut. Vi justerte deretter på forskningsspørsmålene og valgte ut hva vi ville gå i dybden på og drøfte i analysen.

## 4.8 Forskningens kvalitet

I enhver undersøkelse er det viktig å vurdere forskningens kvalitet for å se etter svakheter i studien eller om det er noe vi kunne gjort annerledes. Vi har valgt å forske på to nordnorske distriktskommuner som vi kjenner godt. En av oss har tidligere vært ansatt som sykepleier og leder i den ene kommunen, og den andre av oss er fortsatt ansatt som leder i den andre kommunen, men i en annen enhet.

En vesentlig fordel med å forske på kommuner vi kjenner godt er at vi har god lokalkunnskap og forstår hverdagsspråket (Nielsen & Repstad, 2004). Ifølge Nielsen & Repstad (2004) kan kjennskapen til fagfeltet og kommunene skape en dynamisk intervjusituasjon der vi lettere snapper opp nyanser og følger opp med presise oppfølgingsspørsmål for å gå i dybden. Vi forstår bakgrunnen for enkelte utsagn bedre fordi vi kjenner den historiske bakgrunnen, samtidig som det er vanskeligere for sykepleierne å overdrive eller underdrive beskrivelsene når de kjenner forskeren. Det kan gi fyldigere datamateriale (Nielsen & Repstad, 2004).

En ulempe ved å forske på kjente kommuner er at vi kan komme for tett på slik at sykepleierne svarer det de tror vi vil høre, eller vi kan begrenses av egne meninger i datainnsamlingen (Nielsen & Repstad 2004). Forforståelsen kan påvirke spørsmålsstillingen ved at vi unngår å stille nødvendige oppfølgingsspørsmål fordi vi tror vi forstår hva sykepleierne mener. Utforming av intervjuguiden er også formet av vår bakgrunn, og det kan tenkes at vi kunne fått andre data dersom vi hadde ulik bakgrunn.

Samtidig vurderer vi at bevisstheten om å forske på kjente kommuner har påvirket våre valg gjennom hele forskningsprosessen. Vi har kun kjennskap til hver vår kommune, noe som betyr at begge kommuner møtte en kjent og ukjent forsker. I intervjusituasjonen intervjuet den ene mens den andre observerte. Den kjente av oss kunne inntatt en passiv rolle i intervjuet i den kjente kommunen for å påvirke samtalen minst mulig. I analysearbeidet har vi drøftet sammen, analysert hver for oss og omskrevet sammen for å unngå at vi vrir på funnene for at det skal passe i vårt bilde (Nielsen & Repstad, 2004). For å styrke gyldigheten kunne vi gått i dialog med sykepleierne etter analysen for å sjekke at vi har forstått riktig.

Ifølge Nielsen & Repstad (2004) kan en erfaren medarbeider som forsker lettere få tilgang til data enn en nytilsatt. Vi intervjuet ni sykepleiere fordelt på to fokusgrupper og fikk i stor grad tilstrekkelig og sammenfallende svar. Sammenfallende data, felles fagbakgrunn og lokalkunnskap gjorde at vi vurderte det som mindre sannsynlig at en tredje fokusgruppe ville gi avvikende svar, derfor stoppet vi med to fokusgrupper. For å forsterke gyldigheten i våre funn kunne vi intervjuet flere fokusgrupper. På bakgrunn av våre refleksjoner anser vi våre funn som gyldige fordi sykepleiernes svar er i overensstemmelse, og våre funn samsvarer med annen forskning.

Formålet med vår studie er å forstå hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. Funnene har nytteverdi for de nordnorske distriktskommunene vi har undersøkt, men også andre distriktskommuner. Det kan også ha overføringsverdi til andre helsetjenester i distriktet, for eksempel nordnorske sykehus som også har utfordringer med turnover og rekruttering av sykepleiere.

## 5 Analyse og drøfting

Analyse- og drøftingdelen er delt i tre deler og tar utgangspunkt i problemstillingen om hvordan nordnorske distriktskommuner kan beholde sykepleierne. Første del omhandler hvordan sykepleierne opplever å jobbe i nordnorske distriktskommuner. I den andre del ser vi på hva som motiverer sykepleierne til å stå i arbeidet, og hvordan de mestrer det. Den tredje delen tar for seg hvilken lederstøtte sykepleiere i distriktskommunene trenger.

### 5.1 Hvordan opplever sykepleierne å jobbe i distriktskommunene?

Det er sykepleieren som er faglig ansvarlig for sykepleien til pasientene i kommunenes sykehjem og hjemmetjenester. Sykepleierne våre beskriver sine arbeidshverdager som travle, uforutsigbare og utfordrende, men også trivelige fordi de kjenner pasientene, kollegene og nærmiljøet godt. Pasientene beskrives som mer behandlingstrengende enn tidligere som en følge av kortest mulig liggetid i sykehus og sentrale føringer om at pasientoppfølging skal skje nærmest mulig hjemmet. Samtidig som flere oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, opplever sykepleierne ressursmangel som påvirker deres arbeidsdag. Sykepleierne er bekymret for nedskjæringer av økonomiske rammer og om det er tilstrekkelig og kompetent bemanning på hver vakt slik at de får gjort jobben sin.

#### Å stå alene

Det første sykepleierne trekker frem ved å jobbe i en distriktskommune, er følelsen av å stå alene: *«Du står mye alene i distriktskommunen. Det nærmeste er legevakta...også ringer vi til hverandre, men oftest står du alene på bar bakke sammen med pasienten.»* Opplevelsen av å stå alene bekreftes av alle sykepleierne. Budskapet forsterkes av en som har koordineringsrolle på arbeidsplassen, som uttrykker at årsaken til at hun tok videreutdanning, var fordi hun higet etter mer kunnskap for å lettere stå i vanskelige situasjoner og tunge avgjørelser. Hun ville bli tryggere på seg selv og utvide verktøykassen. Å stå alene er ekstra utfordrende for nyutdannede sykepleiere. Den nyutdannede sykepleieren opplevde det som artig å komme tilbake til hjembygda, fordi hun kjente mange og så arbeidet med nye øyne, men hun sier det var tøft å tre inn i ny rolle med stort ansvar. Den nyutdannede beskriver den ambivalente følelsen av ønsket om å jobbe selvstendig på den ene siden og usikkerheten som tvinger henne til å rådføre seg med de andre sykepleierne på den andre siden. Sykepleierne med noen års fartstid kjente seg igjen i hennes opplevelse: *«Det var kjempeskummelt å komme ut som nyutdannet sykepleier.*

*De første årene hadde jeg veldig tett dialog med de andre sykepleierne på jobben....Jeg hadde hele tiden et støtteapparat som var tilgjengelig for meg, dag og natt.»*

Flere sykepleiere bekrefter at det kan være skummelt å starte i sin første jobb som nyutdannet sykepleier. Etter tre års bachelorutdanning settes de på selvstendige sykepleiervakter med sykepleiefaglig ansvar for pasientene, gjerne for flere avdelinger. Den faglige bagasjen til en nyutdannet sykepleier, er en styrke for sykepleietjenesten fordi hun har oppdatert formell kunnskap og fersk praksis fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan det være stor forskjell på hvordan arbeidsoppgavene løses, fordi lokale forhold får betydning for hvordan du planlegger og gjennomfører arbeidet. Hvem kan du spørre til råds hvis du er usikker? Hvor raskt kan lege komme til hvis en akutsituasjon oppstår? En erfaren sykepleier sier: *«Du kan ikke komme alene til ei sykehjemsavdeling i distriktet. Da er du stucked...da skjønner jeg at de rømmer. Du må ha flere sykepleiere rundt deg. Det går bra helt til du står der med en kjempesyk pasient og det er milevis til sykehus.»*

Å stå med ansvaret alene kan være tøft. Sykepleiere har ulik bakgrunn og erfaring som får betydning. Fire av sykepleierne har bakgrunn som fagarbeider før de tok sykepleierutdanning og opplevde ikke overgangen fra skolebenken til sykepleierrollen like brå. Kompetansen de ervervet som fagarbeider var avgjørende for at de turte å jobbe som nyutdannet sykepleier i en distriktskommune. *«Når du er nyutdannet sykepleier, er du lykkelig uvitende. Du vet ikke hvor dårlig en pasient kan bli, og du vet ikke hvor aleine man står. Jeg er sjeleglad for at jeg har opplevd mange dårlige pasienter før jeg ble sykepleier.»* Sykepleiernes erkjennelse av hvordan det er så stå alene har gjort at de har rådet nyutdannede sykepleiere i hjembygda å jobbe på sykehuset for å få erfaring, før de begynner i distriktskommunen.

Opplevelsen av å stå alene kan være slitsomt i et lite fagmiljø, men det gjør det også lettere å be om hjelp, både i egen og på tvers av avdelingene. Muligheten til å sykepleiefaglige samtaler med hverandre er varierende i løpet av uka. På dagvaktene har de sykepleiefaglige samtaler jevnlig gjennom arbeidsdagen for å søke råd hos hverandre og drøfte ulike pasientsituasjoner. Den nyutdannede oppsøker slike samtaler gjennom hele arbeidsdagen, mens de mer erfarne forteller om flere «briefer» i løpet av dagen.

Alle sykepleiere fremhever hvor viktig sykepleiermiljøet er. Det er utfordrende at det er få eller ingen andre sykepleiere å diskutere med på helgevakter. Den nyutdannede påpeker at hun opplever at kveldsvaktene også være utfordrende fordi hun er alene på to avdelinger.



Sykepleierne opplever arbeidet i distriktskommunen som spennende og utfordrende, men kjenner samtidig at de har et ansvar som de ikke alltid er rustet for. Det gjelder særlig nyutdannede sykepleiere. Ansvaret oppleves stort fordi de daglig må håndtere situasjoner hvor de ikke har sykepleierkolleger å diskutere med. En sykepleier sier: *«Å stå i ting alene er egentlig tøft i forhold til pasient- og pårørendeutfordringer. Særlig når man ikke har noen å diskutere med. Da tar man det ofte med seg hjem.»*

Uttalelsen får oss til å reflektere over belastningen som følger med jobben når du arbeider med mennesker. Det viktigste verktøyet er deg selv. Vi tolker sykepleierens utsagn som et bilde på oppriktig omsorg og bekymring for pasientene som strekker seg lengre enn selve hjemmebesøket. Kanskje rommer det også en bekymring for om man er god nok sykepleier? Å stå alene i pasientsituasjonen kan være skremmende. Hva hvis pasienten får akutt forverring av sin sykdom? Klarer du å observere og håndtere situasjonen på egen hånd eller må du tilkalle hjelp av andre? Tør du å forlate pasienten alene i eget hjem når situasjonen har stabilisert seg?

Det fremkommer også i intervjuene at sykepleiere bruker mye tid på å planlegge og alltid må ligge et steg foran. Å ta imot en pasient fra sykehuset uten å få tilsendt medisinalisten på forhånd, kan medføre forsinket pasientbehandling fordi det ikke er apotek i pasientens hjemkommune.

Våre funn samsvarer med De Smedt & Mehus (2017) studie av rurale sykepleiere i Norge som ofte står alene i pasientsituasjoner fordi de jobber i små fagmiljø med geografisk avstand til andre helsetjenester. Det krever god klinisk kompetanse å være i forkant og håndtere akutte situasjoner i rurale områder. Sykepleierne har stort behov for faglig utvikling og støtte for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester også i distriktskommuner. Ifølge De Smedt & Mehus (2017) kan reisetiden til sykehus variere mellom 45-240 minutter, som ytterligere kompliseres av værforhold og reisemåter. Det kan medføre høyere risiko for dødelighet i distriktet. Vår refleksjon er at det krever sykepleiefaglig styrke, men også mot å stå alene i situasjoner der dine observasjoner og vurderinger kan få betydning for liv og helse.

### **Å bære på ansvar**

Det fremkommer at sykepleierne har et sterkt felles ønske om å håndtere ulike problemstillinger uten å være avhengig av for eksempel legevakta. På grunn av geografiske avstander til andre helsetjenester informerer de pasienter og pårørende allerede i inntakssamtalen at de behandler mye lokalt. Det krever at sykepleieren i situasjonen stoler på egne observasjoner og vurderinger, og drøfter pasientoppfølgingen med lege ved behov. Det sterke ønsket om å *«gjøre jobben selv»*

er motivert av ønsket om å skåne pasienten for den unødvendige belastningen med å reise. Sykepleierne opplever at denne drivkraften er sterkere i distriktskommunene enn blant sykepleiere i sentrale strøk.

Arbeidsmetoden i distriktskommunene fordrer en kompetent sykepleiergruppe, men også tilgjengelig medisinsk utstyr og medisiner, samt tilsynslege/ fastlege som tar det medisinske ansvaret for pasienten. Sykepleierne uttrykker takknemlighet for de faglige utfordringene i arbeidet, men arbeidsmetoden krever samtidig at mange må trygges. Humoristisk forteller de: *«Det står i prosedyren vår at vi behandler det meste her. Såfremt det ikke krever røntgen eller operasjon».*

Utsagnet viser at sykepleierne i distriktskommunene er allsidige. Det er gjort studier som sannsynliggjør at kort vei til legevakten skaper overforbruk av legevakt, mens lang reisevei medfører mindre forbruk av tilbudet (Abelsen, Gaski & Fosse, 2020, s.11). Pasientene i distriktskommunene kan ha komplekse sykdomsbilder som kreft, hjerteproblematikk og rehabilitering etter beinbrudd. Sykepleiernes ansvar i distriktskommunene legger til rette for autonomi i arbeidssituasjonen fordi de får planlegge pasientbesøkene, gjøre observasjoner og iverksette tiltak utfra egne vurderinger. Sykepleieren kan fortløpende se resultater av eget arbeid og får kanskje anerkjennelse fra pasienten som er takknemlig for hjelpa. I følge Herzberg motivasjonsteori er det å ha kontroll og ansvar for egen arbeidssituasjon en motivasjonsfaktor som skaper jobbtilfredshet (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Det kan forstås som at de faglige utfordringene i distriktskommunene stimulerer sykepleierne til å bli værende i jobben.

Samtidig krever sykepleiernes ansvar i distriktskommunene mye kunnskap og allsidige ferdigheter. Sykepleierne opplever at de trenger mer kunnskap om det faglige og organisatoriske arbeidet for å evne og tørre å stå i ansvaret. Mange henvendelser mellom sykepleierne og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) handler om å finne gode løsninger basert på kjennskap til lokale forhold og tilgjengelige ressurser (Abelsen et al., 2020).

Det fremkommer i intervjuene at sykepleierne ikke alltid får tilrettelagt for kurs eller videreutdanninger de ønsker, men opplever at lederne forsøker å tilrettelegge innenfor begrensede økonomiske rammer. En sykepleier sier: *«Hvis en sykepleier slutter er det ikke lett å få tak i en sykepleier som er av god kvalitet....og som ikke er fra vikarbyrå. Det er viktig å ta vare på dem når vi har dem.»* Flere studier som Alkahtani (2015) har gjennomgått viser at dersom arbeidsgivere ikke investerer i medarbeidernes kompetanseheving kan de miste dem og

den ekspertisen de har bygd opp over år. For en distriktskommune kan det være et tap som er vanskelig å erstatte. Bolman & Deal (2014) viser også til at virksomheter som tilrettelegger for å dekke medarbeidernes behov, for eksempel for kompetanseheving, peker seg ut som virksomheter som lykkes.

### **Vikarbyrå forsterker belastningen**

Sykepleierne opplever at fast ansatte som har jobbet hos dem i mange år har eierforhold til arbeidsoppgavene og lokalsamfunnet, og tar ansvar sammen med dem. De faste strekker seg langt fordi de kjenner pasientene og bygda. Vikarer fra vikarbyrå er innleid for en kort periode og gjør arbeidsoppgavene, men sykepleierne merker at de ikke har samme eierforholdet til arbeidsplassen. Deres lojalitet er knyttet til vikarbyrået som er deres arbeidsgiver, og vikarene er ikke farget av konteksten de midlertidig jobber i. Sykepleierne opplever at flere av arbeidsoppgavene må utføres av de faste på grunn av vikarbyrå-vikarenes språkutfordringer, for eksempel samtaler med pårørende. Vi tolker det dithen at bruk av vikarbyrå forsterker sykepleiernes ansvar.

I vår undersøkelse bor og jobber 8 av 9 sykepleierne i samme lokalsamfunn. Lojaliteten til fast ansatte er knyttet til arbeidsgiveren, men også til konteksten de arbeider i. Det betyr noe for dem at pasienten får god oppfølging, fordi de både jobber og bor i samme samfunn. Ifølge Alkahtani (2015) har medarbeidere som involverer og identifiserer seg med arbeidsplassen en iboende forpliktelse som kan få dem til å strekke seg lengre enn man kan forvente. Videre hevder han at medarbeidernes forpliktelse til arbeidsplassen også påvirker prestasjonen.

Hackman & Oldhams motivasjonsmodell peker også på at arbeidsutførelsen preges av i hvilken grad medarbeiderne identifiserer seg med oppgaven og oppgavens betydning (Bolman & Deal, 2020). Vår tolkning er at sykepleierne opplever at bruken av vikarbyrå kan forsterke sykepleiernes ansvar. Det er et overraskende funn fordi helsetjenesten ofte bruker vikarbyrå når de ikke lykkes med rekruttering av helsepersonell. Å bruke vikarbyrå kan dekke vakanser i turnusen, men det er en svært kostbar løsning som ikke nødvendigvis gir den samme effekten i personalgruppen som en fast ansatt vil gjøre.

### **De gode, gamle hjelpepleierne**

Sykepleierne forteller at ansvaret som hviler på sykehjem og hjemmetjenesten medfører at de er avhengig av at alle på vakt tar ansvar for å levere forsvarlig omsorg. Helsefagarbeiderne og

assistentene må gjøre fortløpende observasjoner av pasientene og tilkalle sykepleierne ved behov slik at de raskt kan igangsette tiltak. En sykepleiergruppe bemerker at fagarbeiderutdanningen har endret seg og sykepleierne savner «de gode gamle hjelpepleierne» som nå er erstattet av helsefagarbeidere. En sykepleier beskriver forskjellen: *«Hjelpepleierne var i praksis på legekontor, sykehus og sykehjem før de kom i jobb og hadde mer i bagasjen. Et større helhetsbilde. Dagens helsefagarbeiderutdanning har ikke samme bredde og praksis, og det gjør at sykepleierne får enda mer ansvar.»*

Slik vi tolker sykepleierens utsagn opplever de at hjelpepleierne hadde mer breddekunnskap, og det var lettere å delegere arbeidsoppgaver til dem. Helsefagarbeiderne trenger opplæring for å gjøre tilsvarende oppgaver fordi fagarbeiderutdanningen er endret. Det er et overraskende funn som kan skape større belastning og forsterker sykepleiernes opplevelse av ansvar. Samtidig er terskelen for å få sykehjems plass høyere i dag, og pasientene i hjemmetjenestene er sykere og mer hjelpetrengende. Liggetiden i sykehus er kortere, dermed er pasientene på sykehjem også sykere og mer behandlingskrevende. Dette krever økt kompetanse og bruk av avansert medisinsk utstyr i kommunene. Det positive er at sykepleierne opplever at helsefagarbeiderne har lyst å bidra, lære mer og avlaste dem i oppgaveløsningen. Sykepleierne opplever at det er lettere å få til denne oppgaveglidningen i hjemmetjenesten enn på en sykehjemsavdeling, fordi helsefagarbeiderne der må fritas for flere pleieoppgaver dersom de skal få tid.

Etter vårt skjønn er det tankevekkende at bredden i fagarbeiderutdanningen er endret når kravet til pasientoppfølging og kompetanse i kommunene er blitt skjerpet. Samtidig er det ikke unaturlig at myndighetene har tilpasset fagarbeiderutdanningsløpet slik at flere kan utdanne seg i et helsefag for å sikre rekruttering til helse- og omsorgstjenestene i fremtiden.

Helsepersonellkommisjonen har tegnet et nokså dystert fremtidsbilde hvor antallet eldre vil øke og tilgjengelig arbeidskraft i helsesektoren vil synke. De har også påpekt at helsefagarbeiderne bør brukes bredere da mange oppgaver bør løses av andre enn sykepleiere, som det er knapphet på (NOU 2023:4). Funnet vekket interesse og vi søkte etter forskning på oppgaveglidning i kommunehelsetjenesten. Devik & Olsen (2022) peker på at det kan være utfordrende for sykepleierne å vurdere hvilke oppgaver som kan delegeres, fordi delegering kan påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er det anerkjennende for helsefagarbeiderne å få delegert oppgaver, parallelt med at sykepleierne får frigjort tid til å gjøre andre oppgaver.

Etter vårt skjønn er det avgjørende å ha fokus på hvordan helse- og omsorgstjenesten kan løse de samlede oppgavene på en god måte når sykepleierressursen blir et knapphetsgode i fremtiden, særlig i distriktskommunene der den demografiske utviklingen blir ekstra utfordrende. Samtidig forstår vi sykepleiernes bekymring, fordi det er økte krav og forventninger til hva distriktskommunene skal håndtere. Det påfører sykepleierne mer ansvar. Hvordan kan nordnorske distriktskommuner legge til rette for at sykepleieansvaret er til å bære i dag og i fremtiden?

### **Ansvar påvirkes av individuelle og samfunnsmessig forhold**

I etterkant av samtalene med sykepleierne reflekterte vi over at ansvar påvirkes av individuelle forhold hos den enkelte sykepleier og samfunnsmessige forhold rundt sykepleierne. Vi hentet inspirasjon til denne forståelsen fra Alkahtani (2015) som oppsummerer at det er individuelle forhold hos den enkelte medarbeider og eksterne forhold rundt medarbeideren som får betydning for om medarbeideren blir værende i jobben.

Sykepleiernes individuelle faktorer som alder, livserfaring, fartstid i yrket og videreutdanning har betydning for hvordan ansvaret oppleves i distriktskommunen. Vår tolkning er at med alderen følger livserfaringer, som gjør det lettere å stå i ulike situasjoner fordi du bruker deg selv i arbeidet. Det kan være evnen til å tenke kreativt, vise tålmodighet eller ha mot når du står i krevende situasjoner. Det tolker vi utfra sykepleiernes utsagn om at det ikke passer alle å jobbe i distriktskommunen.

Vi forstår utfra sykepleiernes fortellinger om samholdet og arbeidshverdagen, at det essensielle er å sosialisere alle medarbeiderne inn i en organisasjonskultur der hver enkelt tar ansvar. Å skape og vedlikeholde en «dra-lasset-ilag- kultur» er undervurdert. Styrken ligger i at teamet og felleskapet samarbeider om helheten av oppgaver og har klare forventninger til hverandre. Det sykepleiefaglige ansvaret gjelder 24 timer i døgnet. Uavhengig av hvem som fysisk er satt opp på vaktplanen, så bidrar sykepleierfellesskapet til at oppgavene løses. Utsagnet «*Problemene løses av folk som jobber sammen*» oppsummerer dette presist (Bolman & Deal, 2014, s.139).

Fartstiden som sykepleier i fokusgruppene varierer fra noen måneder til 28 år. Sykepleierne har stått i mange ulike situasjoner opp gjennom årene som har gjort dem tryggere og styrket evnen til å stole på seg selv. De med lengst fartstid er takknemlig for alt de har lært og opplevd av å jobbe i en distriktskommune. Alkahtani (2015) oppsummerer at alder og fartstid i jobben

påvirker medarbeidernes ønske positivt om å bli i en jobb. Samtidig ser vi at Helsepersonellkommisjonen konkluderer med at det er høyest turnover i aldersgruppen under 30 år, og synkende for hvert tiår frem mot 60 år-alderen (NOU 2023:4, s. 104). Kan den høye turnoveren blant unge arbeidstakere være et uttrykk for at mange nyutdannede får for mye ansvar tidlig i yrkeskarrieren og derfor søker seg vekk?

Det er ikke utelukkende fartstid som sykepleier som påvirker opplevelsen av ansvar. Blant våre sykepleiere har noen kortere fartstid, men de opplever likevel trygghet fordi de har fagarbeiderbakgrunn og erfaring fra helsetjenesten før de ble sykepleier. 3 av 9 sykepleiere har videreutdanning som styrker dem i sykepleierrollen. Samtidig som faglig utvikling og kompetanseheving setter sykepleierne bedre i stand til å gjøre jobben sin, viser Alkahtani (2015) til at høyere utdanning også øker sjansen for at medarbeideren slutter i jobben. Å tilrettelegge for videreutdanning gjør sykepleierne mer kompetente i jobben, men også mer attraktiv på arbeidsmarkedet. Men spørsmålet er om arbeidsgivere har råd til å la være å investere i kompetanseutvikling til tross for at de risikerer turnover?

Det er ikke bare individuelle forhold som påvirker hvordan ansvaret oppleves, men også samfunnsmessige forhold rundt sykepleierne. Sykepleierne forteller at rammebetingelser i jobben som turnus, vakante sykepleierstillinger, dårlig økonomi i distriktskommunene, lite fagmiljø, lønn og ledelse påvirker opplevelsen av ansvar. Ifølge Herzberg er dette eksempler på hygienefaktorer som må være ivaretatt for å unngå misfornøyde medarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2021). En av de mest sentrale rammebetingelsene for sykepleierne er hvordan distriktskommunen evner å rekruttere og sikre stabil bemanning, fordi den faktiske turnusplanen på hver vakt avgjør den totale belastningen og ansvaret for sykepleieren på vakt.

Nordnorske distriktskommuner har en aldrende befolkning, og med dagens behandlingsmuligheter har befolkningen ofte komplekse sykdomsbilder. Sykepleierne i distriktskommunene jobber i en annen kontekst enn sykepleiere i sentrale strøk. I små fagmiljøer kreves det at sykepleierne har breddekompetanse innenfor flere kliniske spesialiteter (De Smedt & Mehus, 2017). Noen av sykepleierne følte seg tryggere tidligere da legevakta var lokalisert i nærmiljøet, fordi det var kortere vei mellom pasienten og legetjenesten. Vi reflekterer over at selv om avstandene er større, har vi fått bedre muligheter til å kommunisere med flere fagmiljøer på grunn av den digitale utviklingen. Videomøter og sykepleiernes elektroniske samhandling med legene tilrettelegger for god pasientoppfølging uten at pasienten

må møte legen fysisk. Mangfoldet av helsetjenester er dermed tilgjengelig i distriktskommunene, noe som etter vårt skjønn kan kompensere noe for avstandene.

I tillegg til demografiske- og geografiske utfordringer i distriktskommunene, får også klimatiske forhold betydning for sykepleieutøvelsen i nord (De Smedt & Mehus, 2017). Arbeidsforholdene kan periodevis være vanskelig på grunn av stengte veier eller broer, noe som krever at sykepleieren er kreativ og kjenner lokalsamfunnet. Kanskje kan en nabo stikke innom hvis veien er stengt og hjemmetjenesten ikke kommer frem?

Ifølge De Smedt & Mehus (2017) preges sykepleieutøvelsen i distriktskommunen av at sykepleieren også fungerer som sosial kontakt for pasienten, samtidig som hun er ansvarlig for oppfølgingen av den medisinske behandlingen. Å jobbe i små forhold kan medføre at sykepleier og pasient kjenner hverandre fra en helt annen kontekst, og det kan være utfordrende å komme nær i en pasient-sykepleier-relasjon. Bekjentskapet kan være positivt fordi det kan gjøre det lettere å skape relasjoner og trygghet, noe følgende utsagn illustrerer: *«Åja, er det du som jobber her? Ja, jeg kjenner jo deg...»*. Samtidig påpeker sykepleierne at det noen ganger kan være vanskelig å sette skille mellom hva som er en offentlig og privat oppgave, fordi de kjenner pasienten fra før og har lyst til å hjelpe dem.

### **Oppsummering:**

Våre funn viser at individuelle faktorer som alder, fartstid, videreutdanning og personlige ferdigheter påvirker hvordan sykepleierne opplever ansvaret. Sykepleiernes kontekst påvirker også opplevelsen av ansvar, for eksempel hvordan rammebetingelser i jobben utfordres på grunn av geografiske avstander, klimatiske forhold som vær og vind, samt demografisk utvikling med en aldrende befolkning. Sykepleierne mener det er tøft å være sykepleier i distriktskommunene fordi de ofte står alene uten å ha så mange andre å støtte seg på. De nyutdannede opplever det å stå alene som tyngst, men får god hjelp av sine sykepleierkolleger. Det sykepleiefaglige ansvaret er tyngre ved underbemanning eller hvis det mangler personell med fagkompetanse på vakt.

Vi fant to overraskende funn: Sykepleierne bemerker at endring i fagarbeiderutdanningen fra hjelpepleier til helsefagarbeider øker sykepleiernes ansvar fordi færre oppgaver automatisk kan delegeres til fagarbeidere. I tillegg har bruken av vikarbyrå forsterket sykepleiernes oppgavebyrde og ansvar, fordi fast ansatte med røtter i lokalsamfunnet har et sterkere eieforhold og tar mer ansvar. Den enkelte sykepleier opplever at ansvaret for liv og helse er stort, og noen

ganger større enn de er rustet for, men som sykepleierfellesskap har de trygghet på egen kompetanse og arbeidsmetode for å håndtere det kollektive ansvaret.

## **5.2 Hva motiverer sykepleierne til å bli i jobben og hvordan mestrer sykepleiere å jobbe i små lokalsamfunn?**

Vi har avdekt at stort ansvar i distriktskommunen kan medføre at sykepleierne slutter i jobben, og vi vil i dette kapittelet se nærmere på hva som motiverer dem til å stå i det. Vi ser nærmere på ytre og indre faktorer som motiverer sykepleierne til å bli værende i jobben. Deretter vil vi se nærmere på hvordan sykepleierne mestrer å jobbe i nordnorske distriktskommuner.

### **Ytre motivasjonsfaktorer**

Under intervjuene har vi bevisst ikke invitert til en samtale om hvilken betydning lønn har for motivasjonen. På slutten av begge fokusgruppeintervjuene spør vi et åpent spørsmål om hva sykepleierne mener er viktigst for å beholde sykepleierne i nordnorske distriktskommuner, og først nå nevnes lønn som en av faktorene: *«Lønna har betydning. Jeg kjenner flere sykepleiere som valgte hjemmetjenesten fordi de fikk bedre lønn enn på sykehuset.»*

Noen av sykepleierne valgte å jobbe i distriktskommunen fordi de fikk bedre lønnsbetingelser enn på sykehuset. I en rekrutteringssituasjon kan lønn være avgjørende, og arbeidsgivere kan vise seg som en attraktiv arbeidsplass. Vi ser at ytre belønninger ofte løftes frem når arbeidsplasser skal fremsnakke seg selv på jobbmesser eller i stillingsannonser. Sykepleiere kan tilbys høyere lønn enn tariff eller «sign-on-tilbud» der sykepleiere får et engangsbeløp for å inngå arbeidsavtale. Arbeidsgivere fremhever også andre goder som pensjonsvilkår eller trening i arbeidstiden, og vi har undret oss over i hvilken grad de ytre motivasjonsfaktorene påvirker sykepleiernes motivasjon.

Lønnstilbudet er en konkret sammenlignbar faktor. Forventningen om fremtidig belønning har en reell verdi fordi du får penger som har en motiverende effekt på sykepleiernes valg av arbeidssted (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Norsk sykepleierforbund har også vært tydelig i media om at sykepleierlønna må økes for å sikre sykepleierdekningen. Det kommer derfor overraskende frem i diskusjonen blant sykepleierne at lønn ikke er avgjørende for alle: *«I rekrutteringssammenheng er det lønn, turnus og arbeidsforhold som er viktigst. Du kan ha god lønn, men trives du ikke på jobb, så er det ikke noe vits.»*



Sykepleierne mener at turnus og arbeidsforhold har større betydning enn lønn. Lønn kan være avgjørende når du tiltrer en stilling, men når du har begynt i jobben, så er ikke lønnsbetingelsene like motiverende lengre. Løkkemiddelet om et bestemt lønnsnivå er oppnådd. Våre funn viser at trivsel trumfer lønna. Denne forståelsen er i tråd med Herzbergs tofaktorteori som kategoriserer lønn som en hygienefaktor som må være ivaretatt for å unngå misnøye, men god lønn skaper ikke trivsel. (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

Samtidig er det vanskelig å hevde at lønn ikke påvirker sykepleiernes motivasjon. Sykepleierne opplever lønn som en anerkjennelse som signaliserer at arbeidsinnsatsen blir satt pris på, eller at en har tatt en relevant videreutdanning. Følgende utsagn illustrerer dette: «*Lønn i seg selv har ikke så stor betydning, men en høyt lønnet jobb er et signal om at jobben du gjør betyr noe. I sykepleieryrket legger man mye energi i jobben så det handler om hva lønna signaliserer*». Ifølge Alkahtani (2015) er lønn viktig fordi den gir deg midler å leve av og forutsigbarhet i hverdagen, men det kan også oppleves som en anerkjennelse.

Sykepleierne har beskrevet ansvaret de bærer på i distriktskommunen, og fastholder at ansvaret bør lønnskompenseres. Samtidig har sykepleierne også fortalt hvor avhengig de er av godt samarbeid med andre yrkesgrupper for å håndtere ansvaret. Det kan være problematisk for en distriktskommune å øke lønnsnivået for en yrkesgruppe, fordi kommunene er en kompleks virksomhet med flere ulike yrkesgrupper. Lønnsnivået må oppleves riktig og rettferdig innad i en yrkesgruppe, men også på tvers av grupper i en kommuneorganisasjon. Alkahtani (2015) fastslår at urettferdig avlønning kan ha negative konsekvenser, for eksempel forårsake turnover. Kommunene ønsker å ha en arbeidsgiverpolitikk med et rettferdig lønssystem for å unngå generell turnover, også av andre yrkesgrupper som ergoterapeuter og helsefagarbeidere.

Vi forstår sykepleiernes utsagn om lønn som et ønske om å få tilstrekkelig godtgjøring for ansvaret de har påtatt seg. Sykepleierne uttrykker ønske om mer forståelse og anerkjennelse for arbeidet sitt:

*«Vi kan ikke gjøre mer enn vi gjør, men vi trenger mer anerkjennelse i yrket vårt. Vi får jo ingenting! Sånn er det i helsevesenet, vi får anerkjennelse i en klapp på skuldra, mens andre får bonuser og julebord og gud veit hva de ikke får. Tenk å få anerkjennelse for at du gir det lille ekstra!»*

Ytre motivasjonsfaktorer som belønninger kan ha både en reell og symbolsk verdi (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 237). Lønn har en reell verdi mens symbolske handlinger som å bli invitert til julebord har en symbolsk verdi. Sykepleierne opplever at lederne deres har lite handlingsrom

for symbolske belønninger, men presiserer at manglende anerkjennelse ligger på systemnivå og ikke på lederne deres.

Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2021) kan symbolske belønninger være sterkt motiverende. Vi forstår sykepleiernes utsagn som et ønske om å oppleve noe av den samme anerkjennelsen som de ser at andre bransjer gir sine ansatte. Å bli invitert på julebord er ikke en avgjørende motivasjonsfaktor, men anerkjennelsen ved at arbeidsgiveren gir deg en ekstra påskjønnelse kan virke positivt på det kollektive samholdet. For at belønningssystemer skal virke motiverende er det viktig at belønningene er rettferdige fordi medarbeidere og yrkesgrupper sammenligner seg med hveandre (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

Vi tolker at sykepleierne mener at lønn har symbolsk effekt og at de ønsker anerkjennelse for arbeidet de gjør. Anerkjennelsens første steg er at både ledere, kommuneledelsen og myndighetene skal utvikle forståelse og anerkjenne deres arbeid i distriktskommunene.

Oppsummert har sykepleierne tatt et aktivt valg om å jobbe i distriktkommunen og opplever bedre lønnsbetingelser her, men våre funn indikerer at trivsel og arbeidsforhold er viktigere enn lønn. Mens den ytre motivasjonen er drevet av forventningen om å få en belønning for strevet, er den indre motivasjonen drevet av at du gjennom selve oppgaveløsningen opplever både trivsel og glede (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

### **Arbeidsutforming som motivasjonskilde**

Det fremkommer i intervjuene at sykepleierne har en meningsfull jobb der de får være tett på pasientene og hverandre i arbeidsmiljøet: *«Du er der når pasientene kommer hjem. Du er der når de drar. Du er der gjennom hele livsløpet. Den siste tida deres...»*. Kuvaas & Dysvik (2020) viser til flere studier som viser at arbeidssituasjoner som fremkaller medarbeidernes opplevelse av mening, kompetanse, selvbestemmelse og påvirkning gir indre motivasjon. Det er i tråd med Hackman & Oldhams motivasjonsmodell om at medarbeiderne må kjenne at arbeidet er meningsfullt for å trives og være motivert (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

Sykepleierne trekker frem at å jobbe i en distriktkommune gir faglige utfordringer og personlig utvikling fordi de står i mange situasjoner som du må håndtere. Sykepleierne forteller om den selvstendige arbeidsmetoden de bruker:

*«Vi har lært opp de nye sykepleierne. Vi har ikke lyst å endre arbeidsmetode for hadde vi ikke hatt det sånn, hadde vi kanskje vært utrygge vi også. Vi som jobber her har stor*

*trygghet i oss til at vi skal bevare denne arbeidsmetoden. Det tror jeg gjør at de som er nyutdannede synes det er interessant å være her.»*

Av utsagnet tolket vi at sykepleierne har en faglig standard de jobber etter i distriktskommunene og som de viderefører til nye medarbeidere. Vi tolker at sykepleierne opplever samsvar mellom hva jobben krever av dem og hva de selv mener god omsorg er. Tett oppfølging av pasientene skaper trygghet, og de uttrykker stolthet over yrkesutøvelsen. En sykepleier uttalte at da hun jobbet på sykehus, var det så «*mange kokker involvert*» at hun ikke opplevde å ha samme kontinuitet i pasientkontakten. Ifølge Alkahtani (2015) vil medarbeidere som trives og har et godt forhold til hverandre og lederen, bygge opp en forpliktelse til arbeidsplassen som virker positivt på prestasjonen.

Samtidig opplever sykepleierne også perioder med voldsomt arbeidstrykk eller krav om nedskjæringer som kan gå på tvers av deres verdier. Flere sykepleiere sier at de vet at arbeidsdagen blir hektisk før de går inn døra på jobben, og dersom det blir for intensive arbeidsperioder, sliter det på dem i rollen som sykepleier og menneske. Det kan føre til mistriivsel og øke risikoen for at de slutter (Alkahtani, 2015).

Sykepleierne fremhever viktigheten av å bygge opp distriktene slik at det blir interessant å jobbe der. Muligheten til læring og utvikling er en av de viktigste årsakene til at medarbeidere blir værende i en jobb (Alkahtani, 2015). Ifølge Herzberg tofaktorteori er det motiverende å ha varierende og utfordrende arbeidsoppgaver, der du tar ansvar for dine oppgaver og raskt ser resultatene av eget arbeid. Dersom arbeidsgiver lykkes med å skape et arbeidsmiljø som ivaretar disse motivasjonsfaktorene, vil det skape jobbtillfredshet (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Å håndtere ulike medisinske utfordringer i distriktskommunene inkluderer både variasjon og utfordringer, og kan være en sterk motivasjonsfaktor.

Våre funn viser at sykepleiernes motivasjon påvirkes av opplevd autonomi når de får tildelt arbeidsoppgaver. Vi bruker tildeling av tjenester som et eksempel på hvordan oppgaveutformingen kan påvirke motivasjonen.

Alle pasienter som mottar helsehjelp, får et vedtak som beskriver hvilken hjelp sykepleierne skal gi. Saksbehandling og tildeling av tjenester gjøres enten av et sentralt tildelingskontor eller av sykepleietjenesten selv. Den ene fokusgruppen forholder seg til et tildelingskontor og får tildelt pasientvedtak, mens den andre forholder seg til vedtak fattet av nærmeste leder. Sykepleierne som forholder seg til et tildelingskontor har delte meninger om det: «*Jeg opplever*

*ofte at våre faglige vurderinger ikke blir hørt og at de ikke alltid stoler på vurderingene våre. De stiller spørsmål, og vi må forsvare alt vi gjør.»*

Tildelingskontorets styrke etter vårt skjønn er at saksbehandling gjøres av medarbeidere med spesialistkompetanse på kartlegging og saksbehandling. Det gir gode muligheter for å sikre en rettferdig tildelingspraksis i kommunen og utnytte kapasiteten i hele helse- og omsorgstjenesten bedre, fordi tildelingskontoret har oversikt over det samlede tjenestebehovet. Samtidig kan avstanden mellom tildelingsmyndigheten som tar beslutningen og utøvende tjeneste som står nærmest pasienten, skape friksjon. Sykepleierne sier at pasientene er trygge på dem og henvender seg til dem hvis de trenger hjelp. Tildelingskontoret kjenner ikke de lokale forholdene som kan ha betydning for pasientens velbefinnende, for eksempel nærhet til nærmeste nabo.

I den andre fokusgruppen fattes vedtakene av lederen. En sykepleier er med på inntaksmøter når søknader om omsorgsboliger og sykehjemsplasser tildeles, noe som oppleves riktig for sykepleierne, pasientene og pårørende. Sykepleierne opplever at tildelingsmodellen gir sykepleierne reell mulighet til være med på prosessene fordi vedtakene fattes nærmere tjenesteutøvende enhet. Sykepleierne får påvirke for pasientens beste, og setter pris på at lederen tar de med direkte i beslutningsfasen. En sykepleier uttaler: *«Du er den som daglig ser pasienten, så du har kanskje mange gode innspill som bør verdsettes.»* Sykepleierne kan også være uenige i beslutninger som blir tatt over hodet, og opplever det som vanskelig å ikke bli hørt i saker der de mener at de har verdifull kompetanse.

I små samfunn kjenner ofte sykepleieren og pasienten hverandre fra før, og i nære relasjoner kan evnen til profesjonalitet utfordres. Sykepleierne sier at det etter hvert blir en vanesak å vite mye om naboen, men at det kan være utfordrende å få egen slekt på pasientlisten. Nære relasjoner til pasienten kan medføre at sykepleieren må stille pasienten spørsmålet: *«Er det greit at jeg kommer? Eller vil du ha noen andre?»* Det kan være greit for pasienten, men det er nødvendig å stille spørsmålet for å signalisere at sykepleieren forstår at det kan være vanskelig. Kjennskap til hverandre som kolleger, naboer, venner og bekjente gjør at sykepleierne må veksle mellom ulike roller i jobb- og privat sammenheng. Det kan være vanskelig å veksle roller i små lokalsamfunn fordi sykepleieren ofte identifiseres som sykepleier både i jobb og privat sammenheng. På den ene siden bruker sykepleierne sine lokale og sosiale relasjoner i arbeidet fordi de har tilknytning til lokalsamfunnet (De Smedt & Mehus, 2017). Men hvis vi ser tilbake på sykepleiernes frustrasjon over beslutninger som blir tatt over hodet på dem: Kan det tenkes

at reaksjonen på beslutningen er farget av sykepleiernes nære tilknytning til pasient og pårørende?

Oppsummert viser våre funn at sykepleierne har meningsfulle oppgaver, god kompetanse og arbeidsmetodikk, autonom arbeidssituasjon og ulik grad av påvirkningsmuligheter i arbeidet. Ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) stimuleres den indre motivasjonen av opplevelsen av mening, kompetanse, selvbestemmelse og mulighet for påvirkning.

### **Gode relasjoner som kilde til motivasjon**

Begge sykepleiergruppene forteller at de hjelper hverandre i arbeidet gjennom en intern avtale seg imellom. Utsagnet illustrerer det: *«Det kan være utfordrende hvis man er alene på vakt og ikke har noen å drøfte med. Da har vi en avtale om at vi faktisk ringer hjem til hverandre. Det er ikke helt greit, men det er en felles avtale mellom oss».*

Å stå alene i sykepleiefaglige situasjoner kan være tøft. Når sykepleierne ikke har sykepleierkolleger å diskutere med, kan de kontakte hverandre selv om de har fri. Den etablerte frivillige praksisen er ikke organisert fra arbeidsgivers side, men den ene sykepleiergruppen sier at lederen kjenner til det. Sykepleiermiljøet oppleves som godt og ingen blir sure for at kolleger ringer på fritida, fordi de vet at neste gang kan det være dem selv som trenger noen å drøfte med. Den interne avtalen fungerer godt fordi sykepleierne ivaretar og støtter hverandre slik at sykepleiergruppen til enhver tid håndterer ulike problemstillinger uavhengig av hvem som er på vakt. En erfaren sykepleier sier at det også handler om at hun som går av på fri skal føle seg trygg:

*«Det handler om at også jeg er trygg når jeg går hjem og vet at det er en nyutdannet sykepleier på seinvakt mens vi har pasienter på lindrende rom med smertepumpe. Da er det behagelig å vite at de ringer meg eller en annen sykepleier og søker råd hvis de tviler.»*

Vi tolker utsagnet som en erkjennelse av at det er mange faglige utfordringer i distriktet, samtidig som det er et sterkt ønske om å håndtere arbeidet til tross for små fagmiljø. Ved å ringe hverandre kan de utnytte hverandres styrker og kompetanse for å løse oppgavene 24 timer i døgnet. Funnet vitner om en vilje til å strekke seg lenger enn grensene for tilsettingsforholdet tilsier, samtidig som det viser styrken i sykepleierteamene som er trygge på hverandre og har godt arbeidsmiljø. De beskriver seg som en «*sykepleierfamilie*» som alltid kan regne med hverandre.

Den indre motivasjonen påvirker sykepleierne til innsats for pasientene og lokalsamfunnet fordi arbeidet er meningsfullt og tuftet på ønsket om å gjøre en forskjell for andre mennesker (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Den prososiale motivasjonen i disse handlingene er drevet av en gjensidig forpliktelse til å være tilgjengelig for hverandre (Kuvaas & Dysvik, 2020). Vi tolker at det er de gode relasjonene mellom sykepleierne som er grunnlaget for kollegastøtten, siden sykepleierne ikke får betalt for å stille opp for hverandre.

Den prososiale motivasjonen får sykepleierne til å være i frivillig beredskap i tilfelle en kollega trenger deg, selv om det kan være slitsomt. En sykepleier uttaler at *«hodet er mye på jobb selv om du har fri»*. Tilgjengeligheten for hverandre kan utvaske skillet mellom jobb og fritid. Ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) gir prososial motivasjon en opplevelse av forpliktelse for hverandre der gruppen hjelper hverandre med målrettede oppgaver over tid. En sårbarhet ved den frivillige *«ring-en-venn-ordning»* er om tilgjengeligheten inkluderer alle sykepleiere siden prososial motivasjon baserer seg på gode relasjoner. Sykepleierne forklarer at de gjør det fordi de kjenner hverandre godt, men hva skjer dersom arbeidsmiljøet og relasjonene endres? Vil det fortsatt være åpent for alle å ringe hverandre eller er det en risiko for at noen kan ekskluderes?

Når vi spør om kollegastøtten bør organiseres av arbeidsgiver, er sykepleiergruppene tvilende til om de ønsker endringer. Den ene sykepleiergruppen jobber med å lage en ny turnus der sykepleierressursene blir bedre fordelt gjennom uka for å gjøre arbeidsforholdene deres bedre. Den andre sykepleiergruppen var usikker om de ønsker at arbeidsgiver ta regien på kollegastøtteordningen, fordi de ikke ønsket å være formelt forpliktet gjennom fadderordninger eller bakvaksordning. Sykepleiernes utsagn viser at de opplever støtte på arbeidsplassen i kraft av den uformelle kollegastøtten de sørger for seg imellom. Det var et overraskende funn at sykepleierne i begge gruppene, uavhengig av hverandre, fortalte om liknende ordninger som strekker seg ut over de ordinære rammebetingelsene i jobben.

### **Motivasjonsfaktorer påvirker hverandre**

Hovedinntrykket vårt etter samtale med begge fokusgruppene er at ytre motivasjonsfaktorer som lønn og anerkjennelse har betydning for sykepleiernes motivasjon. Effekten er ikke langvarig og de ytre motivasjonsfaktorene har ikke avgjørende betydning for om sykepleierne søker seg til eller blir værende i en jobb. Sykepleierne vektlegger mulighetene til kompetanseheving, meningsfulle arbeidsoppgaver, selvbestemmelse og muligheten til å påvirke sin egen arbeidshverdag. Sykepleiernes indre motivasjon vokser i takt med

meningsfulle og interessante oppgaver i et lokalsamfunn som trenger dem. Våre funn bekreftes av Kuvaas & Dysvik (2020) som påpeker at ytre motivasjon stimulert av gode lønnsbetingelser ikke skaper ekte forpliktelse til arbeidsplassen og kan faktisk redusere indre motivasjon.

Det fremkommer også i vår studie at den prososiale motivasjonen kommer sterkt til uttrykk i begge fokusgruppene gjennom samhold og gjensidig kollegastøtte. Sykepleierne viser evne og vilje til å støtte hverandre i sykepleierrollen gjennom år for år for å mestre jobben som sykepleier i distriktskommunene.

Funnene er i overensstemmelse med Kuvaas & Dysvik (2020) som sier at høy indre motivasjon får medarbeidere til å ønske å gi noe tilbake til arbeidsplassen, samtidig som høy indre motivasjon styrker effekten av prososial motivasjon. Den indre motivasjonen vokser dersom arbeidsutformingen er preget av mening, kompetanse, selvbestemmelse og påvirkning, og har en langtidseffekt som skaper trivsel. Medarbeidere med høy indre motivasjon lykkes oftere.

I analysearbeidet har vi reflektert over om det er mulig å kombinere ytre og indre motivasjonsfaktorer for å oppnå gode arbeidsprestasjoner og trivsel. Kuvaas & Dysvik (2020) konkluderer med at det er uheldig å kombinere ytre og indre motivasjon, men fremhever at den beste kombinasjonen er lav grad av ytre motivasjon og høy grad av indre motivasjon, som styrker den prososiale motivasjonen (Kuvaas & Dysvik, 2020).

### **Hvordan mestrer sykepleierne å jobbe i små lokalsamfunn?**

Sykepleierne beskriver en arbeidssituasjon som krever kompetanse og kreativ problemløsning, og vi finner ulike nivåer av mestringsfølelse i sykepleiergruppen. Sykepleierne med lengst fartstid beskriver det slik: *“Jeg tror egentlig vi kan håndtere det meste, vi er egentlig som poteter. Vi har et helhetsbilde på alt.”* Det kan tolkes som at tilstrekkelig kompetanse og erfaring i jobben er avgjørende for å mestre arbeidsoppgavene i distriktskommunen. En yngre sykepleier beskriver egen *«higen etter mer kunnskap»* for å evne å stå alene i krevende avgjørelser, mens den nyutdannede sykepleieren søker daglig dialog med de andre sykepleierne. Selv om den individuelle mestringsfølelsen varierer, opplever vi at sykepleiergruppene som helhet i begge kommunene har stor tro og trygghet i eget arbeid.

Sykepleierne trives med å jobbe i distriktskommunen fordi det gir dem muligheter og utfordringer som de ikke får i sykehus eller sentrale strøk. De opplever at sykepleierne *«i byen og på bygda»* håndterer akutte situasjoner ulikt, fordi terskelen for å tilkalle legevakta er lavere

i sentrale strøk. Sykepleierne i distriktet håndterer ofte pasientbehandlingen lengre for å spare pasienten for reisebelastningen. Dersom en sykepleier ringer til legevakta fra den ytterste delen av kommunen, så er det alvor: *“Hvis de ringer fra bygda Lillevik, da er pasienten dausjuk”*. Vi tolker utsagnet som et sterkt ønske om å ivareta pasienten så lenge som mulig i lokalsamfunnet.

Det kan tenkes at sykepleierne har en solid forventning til hvordan de skal utføre arbeidet sitt, noe utsagnet illustrerer: *“Vi vil slippe å være avhengig av legevakten. Det er en god følelse å kunne gjøre ting selv”*. Det kan også tenkes at det er forventninger i lokalsamfunnet til hvordan sykepleierne i distriktet skal utføre arbeidet sitt. Kanskje farger forventningene i lokalsamfunnet og i sykepleierne et sett med «uskrevne regler» for hvordan omsorgstjenesten bør utøves i distriktet?

I et mestringsperspektiv undrer vi hvordan sykepleiere i distriktskommunen klarer å yte sitt beste ut fra de forutsetningene de har. De Smedt & Mehus (2017) antyder at rurale sykepleiere muligens er gode generalister fordi de må håndtere mange ulike oppgaver med få ressurser.

Sykepleierne sier at samholdet og tverrfaglig samarbeid styrker deres tro på arbeidet de utfører i distriktskommunen. De har også opplevd og lært mye av å håndtere det selv. Ifølge Amundsen (2020) har et mestringsorientert arbeidsmiljø fokus på å yte best mulig ut fra egne forutsetninger, noe som skiller seg fra prestasjonsorientering som handler om å sammenligne seg med andre. Vi tolker våre sykepleiergrupper som mestringsorienterte fordi de har en positiv innstilling til at de fleste oppgaver kan læres og løses i distriktskommunen.

Den individuelle mestringsfølelsen til en nyutdannet sykepleier kan isolert sett forstås som lav før hun har opparbeidet seg tilstrekkelig kompetanse til å håndtere alle arbeidsoppgavene. Men den subjektive mestringsfølelsen kan ifølge Kuvaas & Dysvik (2020) forstås som et samspill mellom den enkelte medarbeiders opplevelse av mestring, arbeidsoppgavene som skal utføres og omgivelsens reaksjoner. Den nyutdannede erkjenner at hun ikke håndterer alle arbeidsoppgavene ennå, men takket være samholdet i sykepleiergruppen, tverrfaglig samarbeid og støtte fra leder, så har hun tro på at hun kan lære seg det som kreves. Vi tolker at både sykepleiergruppene og lederen utnytter hverandres styrker for å løse arbeidsoppgavene og utfordringene i distriktskommunen, selv om enkelte oppgaver må læres.



## **Oppsummering:**

Våre funn viser at ytre motivasjon i form av lønn har symbolsk effekt, mens en spennende arbeidshverdag med faglig utfordringer, meningsfulle oppgaver, samhold og tilknytning til lokalsamfunnet skaper indre motivasjon og har større effekt. Sykepleiergruppene har sammen med leder utviklet en mestringsorientert tilnærming til utfordringer og oppgaveløsning i distriktskommunene. Tilstrekkelig fagkompetanse, en leder som bidrar til å fremme faglig og personlig vekst, samt rom til å utføre oppgavene i tråd med egen faglige overbevisning, er viktige ingredienser for sykepleiernes tro på egen mestring.

## **5.3 Hvilken lederstøtte trenger sykepleierne i distriktskommunene?**

Med bakgrunn i hvordan sykepleiere opplever å jobbe i distriktskommunene og hva som har betydning for motivasjon og mestring, presenterer og diskuterer vi videre hvilken lederstøtte sykepleiere i nordnorske distriktskommuner trenger.

Byene i Nord-Norge ligger spredt sammenlignet med sentrale deler av landet, og bare 16 av totalt 96 småsenterkommuner ligger i nord, resten i sør. (Regjeringen, 2023, s. 17). Store arealer og spredt bosetting gir ofte lange reiseavstander mellom de ulike sentrene. Framskrivningstall viser at den demografiske sammensetningen i den nordnorske befolkningen er i endring. De yngre i arbeidsfør alder blir færre, og etterspørselen etter sykepleiere vil øke kraftig i årene fram mot 2040. Samtidig har landsdelen en aldrende befolkning og et fraflyttingsmønster som vil forsterke mangelen på arbeidskraft i helseyrkene (NOU 2023:4, s. 45).

Det daglige arbeidet for sykepleiere som jobber i distriktskommuner i Nord-Norge fortøner seg etter vårt skjønn annerledes enn tilsvarende arbeid i større kommuner og bykommuner. Våre funn viser at sykepleierne jobber i små fagmiljø hvor den enkelte må stole mer på seg selv, men trenger støtte fra leder for å mestre arbeidet.

### **Tillit og frihet under ansvar**

I det daglige arbeidet i hjemmesykepleien er sykepleierne samlet til morgenrapport kl. 08.00 etterfulgt av forberedelser og pakking av medisinsk utstyr. De har med seg alt de trenger for hele arbeidsdagen i det de forlater basen. Det kan gå 5-6 timer fra de drar ut til de tilbake på basen, og i løpet av dagen kan hver enkelt gjennomføre 10-15 hjemmebesøk inkludert 10-15

mil. Dersom det oppstår feil med en insulinpumpe, må sykepleieren forsøke å løse problemet på stedet. Noen ganger tar sykepleieren en telefon for råd og veiledning, mens andre ganger går turen tilbake til basen for å hente nytt utstyr. Erfaringene til flere av sykepleierne er at de må løse oppgavene selv, og at de ofte står alene med problemløsingen, selv om de har kolleger på jobb. Disse er på jobb et annet sted i kommunen, og kan bare nås på telefon.

Samspeillet med leder har avgjørende betydning for opplevelse av egen mestring og kompetanseutvikling. Lederen kan fremme sykepleiernes utvikling av mestringsfølelsen ved å delegerer arbeidsoppgaver som utføres under veiledning til medarbeiderne mestrer det. Sykepleierne forteller at leder har forsterket verdiene åpenhet og ærlighet på arbeidsplassen gjennom å erkjenne egne feil eller kompetansemangel, noe som åpner for at andre også tør å gjøre det. En sykepleier sier: *«Det er en ting å gjøre en feil, men det er noe helt annet å tørre og si at jeg har gjort en feil. Da er vi faktisk to om å løse det.»* Utsagnet viser at for å utvikle egen kompetanse må du tørre å utfordre deg med nye arbeidsoppgaver og utfordringer, men det krever også at du har tryggheten til å feile. Ifølge Amundsen (2020) vil den enkeltes tro på egen mestring styrkes dersom man har en mestringsorientert tilnærming (Bandura i Amundsen, 2020).

Det fremkommer i intervjuene at sykepleierne kjenner på ansvaret fordi de ofte blir stående alene i krevende situasjoner. Begge fokusgruppene har nokså like rammevilkår som geografiske avstander og små fagmiljø i nordnorske distriktskommuner. Samtidig fremstiller sykepleierne ikke rammevilkårene som et problem, men noe de må forholde seg til. Sykepleierne opplever seg som selvgående og selvstyrt i oppgaveløsningen, og fremhever betydningen av at de tar avgjørelsene sine selv i stor grad. En sykepleier sier: *«Vi er ganske frie og kan være trygge på at vi gjør en god jobb»*.

Sykepleierne forteller at tillit fra leder er av stor betydning for å arbeide selvstendig. Opplevelsen av at lederen stoler på sykepleiernes faglige vurderinger og hører på dem når de legger fram en problemstilling, gjør at de føler seg sett og hørt. En sykepleier sier at lederen oppfordrer dem til å ta egne avgjørelser når det er nødvendig, men at de må informere om det etterpå. Ut fra utsagnet forstår vi at sykepleierne føler seg verdsatt og at kompetansen de besitter blir tatt på alvor. Det viser leder gjennom å involvere dem i beslutninger. For å være i stand til å arbeide autonomt, er kunnskaper, ferdigheter og holdninger ervervet gjennom utdanning og erfaring avgjørende. En annen sykepleier beskriver lederen som mer administrativ og kontrollerende i samhandlingen med sykepleierne.

Sykepleierne forteller at de trenger en leder som er tilgjengelig slik at de kan ta opp utfordringer de ikke klarer å løse selv: *“Det er viktig at lederen har tid til å høre på oss og hva som er gjort. At man blir tatt på alvor når man kommer.”* Vår forståelse er at sykepleierne forsøker å håndtere oppgavene så langt deres kompetanse, ansvar og myndighet strekker seg, men må noen ganger drøfte saker med lederen. Det skaper nødvendig trygghet når jobben ellers kan være preget av utfordringer og uforutsigbarhet.

Sykepleierne opplever det som godt å få tilstrekkelig tillit fra leder til å utføre arbeidsoppgavene sine. Ifølge Amundsen (2020) er kjernen i myndiggjørende ledelse å tilrettelegge for at medarbeidere kan planlegge og utføre arbeidsoppgavene innenfor forhåndsdefinerte rammer. Vår erfaring som ledere i nordnorske distriktskommuner er at ledere står i skviset mellom autonom tilrettelegging og eget kontrollbehov. Det kan være utfordrende for leder å gi tilstrekkelig spillerom til medarbeiderne fordi det er lederen som har det helhetlige ansvaret for resultatene. Lederen må stole på at sykepleierne håndterer oppgavene i tråd med både faglige og etiske prinsipper. På en annen side er det nødvendig å gi sykepleierne tillit fordi oppgavene utføres utenfor leders fysiske rekkevidde. Lederen kan ikke detaljstyre arbeidet, men kan være tilgjengelig for lederstøtte (Amundsen, 2020).

Sykepleierne ga uttrykk for både tilfredshet og stolthet over å ha stor grad av autonomi i arbeidshverdagen, men påpekte behovet for at leder var tilgjengelig for dem. Ifølge Herzbergs tofaktormodell vil medarbeidere bli motivert og oppleve økt trivsel dersom de mestrer oppgavene, har interessante arbeidsoppgaver, får anerkjennelse for innsatsen og har en viss grad av autonomi i jobbutførelsen (Matthiesen, 2016). Oppsummert token vi at sykepleierne har en opplevelse av frihet under ansvar der de forvalter et stort ansvar med delegert myndighet fra lederen.

### **Å bli sett**

Sykepleierne beskriver en autonom arbeidshverdag der de ofte møter på utfordringer, og at relasjonen til lederen påvirker arbeidssituasjonen deres. En leder har daglig kontakt med medarbeiderne og møter opp på morgenrapporten og tar den verdifulle kaffekoppen i lag med dem: *«Man løser mye med en kaffekopp. Hun får med seg hva som rører seg på avdelingen når hun er til stede»*. Sykepleierne opplever det som et tegn på støtte fra leder fordi hun tar seg tid sammen med dem. Sykepleierne sier at kontakten medfører at lederen har bedre forståelse for arbeidssituasjonen deres og kjenner til de daglige utfordringene. De trenger i mindre grad å

forklare bakgrunnen dersom de må be om ekstra innleie av ekstra personell. En annen leder beskrives som en mer byråkratisk leder som har fokus på administrative oppgaver og er mindre til stede på avdelingen. Sykepleierne opplever det som å bli overlatt til seg selv: «*Man kan få følelsen av å stå alene fordi man er få på vakt, men det kan man også få hvis man ikke opplever støtte fra lederen*». Til forskjell fra lederen som starter dagen med en kaffekopp i lag med sykepleierne, opplever sykepleierne med den byråkratiske lederen at de i større grad må argumentere for sine behov. Når vi spør sykepleierne hva slags støtte de trenger fra sin leder for å gjøre en god jobb, fremheves behovet å bli sett.

Sykepleiernes beskrivelse av hvordan lederne utøver sitt lederskap er nokså forskjellig. Den første lederen prioriterer nærvær og deltar aktivt i sykepleiernes arbeidshverdag mens den andre lederen oppleves mer fraværende fordi hun prioriterer andre viktige lederoppgaver. Å jobbe autonomt kan skape motivasjon og jobbengasjement (Amundsen, 2020). Sykepleiere i distriktskommuner er vant til å administrere eget arbeid, men sykepleierne er likevel avhengig av en støttende leder. Ledere som pleier relasjonen til alle medarbeiderne, dekker samtidig et grunnleggende behov for å bli sett. Dersom ledere tilrettelegger for autonomi uten å være til stede og tilgjengelig for medarbeiderne, kan det forsterke følelsen av å stå alene og påvirker motivasjonen negativ (Trevelyan i Amundsen, 2020, s. 143). Lederne i distriktskommuner bør fortløpende vurdere og finne den enkeltes sykepleiers balanse mellom krav og støtte, slik at opplevelsen av autonomi følges av en opplevelse av å mestre oppgaven.

«*Hun er ryggen vår!*» er en sterk uttalelse fra en av sykepleiergruppene når de beskriver opplevd lederstøtte. Lederen tar ved behov «*pitbull-opdrag*» som kan være ubehagelige samtaler eller pårørendemøter som sykepleierne opplever som spesielt krevende. Vi tolker utsagnet som en leder som stiller opp for sykepleierne og går foran i saker som er spesielt utfordrende. Sykepleierne sier at lederen påtar seg den vanskelige samtalen for å skjerme sykepleiernes relasjon til pasienten. Eksempelet viser at behovet for støtte kan være situasjonsbetinget. En sykepleier som ellers jobber selvstendig og er trygg på seg selv, kan trenge mer støtte i enkeltsituasjoner. På den ene siden kan en leder som utfører oppgaver som sykepleierne kan gjøre selv, ubevisst gjøre sykepleierne usikre på egen kompetanse. På den andre siden kan lederens skjerming av sykepleierne i de vanskeligste problemstillingene være god lederstøtte og bero på en erkjennelse av at nære relasjoner i en distriktskommune kan skape vanskeligheter.

Våre funn viser at for at sykepleierne skal evne å gjøre en god jobb, er det en grunnleggende forutsetning å bli sett og forstått av sin leder gjennom å være tilgjengelig og aktivt til stede der sykepleierne møtes.

### **Tilrettelegge for vekst**

Sykepleierne beskriver seg som selvstendige med stolthet, og mener at rammebetingelsene i distriktskommunen skiller dem fra sykepleiere som jobber i mer sentrale strøk, med kort avstand til sykehus og legevakt. Sykepleierne står lengre i situasjoner hvor pasientene har alvorlige tilstander, og håndterer og behandler mer i distriktet før de tilkaller hjelp. Sykepleierne skryter av tilsynsleger som oppmuntrer dem, noe som bidrar til å styrke deres egen tro på å lykkes med krevende pasientbehandlinger. De må stole på egne sykepleiefaglige ferdigheter, for de har ikke så mange andre å lene seg på. Et utsagn illustrerer dette og peker på at kompetanse er en nødvendig ressurs: *“Jeg higer etter enda mer kunnskap for å lettere kunne stå i store eller tunge avgjørelser.”*

Sykepleierne forteller at lederne er opptatt av at medarbeiderne skal få utvikle seg for å vedlikeholde kompetansenivået selv om de ikke har midler til å innfri alle ønsker om kompetanseheving. En leder er aktiv og informerer fortløpende om tilgjengelige kurs hvor hun oppfordrer sykepleierne til å melde seg på. En annen leder har et særlig fokus på at også ufaglærte skal få muligheten til å utdanne seg til helsefagarbeidere, for å sikre at den enkelte medarbeider får formalisert egen kompetanse og samtidig bidra til at den samlede fagkompetansen i gruppa heves. Sykepleierne fremhever samholdet i sykepleiergruppa og at de er avhengig av hverandres kompetanse: *«Sykepleierne har hver sin spesialitet, så til sammen er vi veldig gode og utnytter hverandres styrker.»* De uttaler videre at det er viktig å få lov å utvikle seg og ikke står i stampe, og mener at det handler om ledelse.

Vi opplever at sykepleierne verdsetter og ønsker å utvikle den selvstendige rollen de har i distriktskommunen. En viktig forutsetning for at medarbeidere skal håndtere en autonom arbeidshverdag, er at de har nødvendig og tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgavene sine (Amundsen, 2020). Ut fra vår erfaring blir kompetanseheving noen ganger brukt som en belønning til medarbeidere som har jobbet i en virksomhet et visst antall år. Våre funn viser derimot at ledere i distriktskommunene bør systematisere fagutviklingsarbeidet slik at kompetanseheving ikke bare er et gode, men anses som en nødvendighet for å mestre arbeidsoppgavene.

## **Oppsummering:**

Oppsummert viser våre funn at rammevilkårene i distriktskommunene med små fagmiljø og lange avstander medfører at sykepleierne i stor grad administrerer eget arbeid fordi forholdene krever det, men også fordi lederen viser dem tillit. Det er en grunnleggende forutsetning i en autonom hverdag at sykepleierne blir sett og forstått av sin leder, men det krever også tilstrekkelig kompetanse for å være fortrolig med å arbeide under krevende forhold. God lederstøtte har avgjørende betydning for mestring og motivasjon.

## 6 Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne?

I forrige kapittel presenterte vi våre funn og drøftet disse opp mot vårt teoretiske grunnlag. I dette kapitlet oppsummerer og diskuterer vi i et overordnet perspektiv vår problemstilling: *Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne?*

### Sykepleiernes opplevelse i distriktskommunene

Vår studie viser at å være sykepleier i nordnorske distriktskommuner er krevende, særlig for nyutdannede sykepleiere, fordi de ofte står alene i et sårbart fagmiljø med krav til lokal problemløsning. Den rurale konteksten har formet sykepleiernes selvstendige rolle som håndterer et spekter av pasientbehandlinger som krever bred klinisk kompetanse. Vår studie om sykepleiernes opplevelse av å jobbe i nordnorske distriktskommuner samsvarer i så måte med studier på rural sykepleie i Norge og internasjonalt (De Smedt & Mehus, 2017).

Sykepleiere i distriktskommunene administrerer i stor grad eget arbeid, men det krever tilstrekkelig kompetanse og lederstøtte. Sykepleiere har tre års bachelorutdanning, allsidig fagkompetanse og brukes som «*potet*» i helse- og omsorgstjenestene. I tillegg utfyller de hverandres kompetanse ved at flere har videreutdanning innen ulike fagområder. Vår studie sannsynliggjør at sykepleierne i tillegg til formell kompetanse, også besitter betydningsfull «*taus*» og praksisnær kompetanse om hvordan utøve sykepleie i distriktskommunene. Alle arbeidsoppgavene kan ikke alltid løses etter planen, og flere oppgaver løses ulikt fra kommune til kommune. Det er nødvendig å anerkjenne det unike i distriktet og inkludere distriktenes perspektiv i arbeidet med å sikre sykepleiere til distriktene (Fosse & Abelsen, 2023, s.12).

Sykepleiernes rolle påvirkes av normer og verdier i lokalsamfunnet, men også av sykepleiernes egne forventninger til hvordan sykepleieutøvelsen bør være. Sykepleierne tar selv ansvar for å sosialisere nye sykepleiere inn i distriktskommunene slik at de får nødvendige kunnskaper om fellesskapets normer, verdier og virkelighetsforståelse. Det skaper trygghet og tilrettelegger for mestring ved at de finner sin plass i miljøet. Funnet om sykepleiernes sosialisering samsvarer med Jacobsen & Thorsvik (2021) som sier at sosialiseringen lærer deg hvordan vi følelsesmessig påvirkes av å jobbe et sted og hvordan vi «*forholder oss til ting*» her. Ledere i distriktskommunene bør bli mer bevisst på hvor stor betydning sosialisering inn i organisasjonskulturen kan ha for sykepleiernes mestring og trivsel.

Funnene indikerer at den praksisnære kompetansen anerkjennes i mindre grad av myndighetene, og at utdanningsinstitusjonene gjennom studieforløpene burde lagt større vekt på å jobbe i distriktet. Et råd til ledere i nordnorske distriktskommuner kan være å bidra med praksisnær opplæring for å styrke sykepleiernes ferdigheter og klargjøre dem for sykepleierollen i distriktskommunen. Det kan gjøres gjennom gode introduksjonsordninger, som å tildele en fadder, slik at sykepleierne tilegner seg den samlede kompetansen de trenger for å mestre arbeidet.

Vi gjør også et overraskende funn om at dagens helsefagarbeiderutdanning har mindre breddekompetanse enn tidligere, og dermed forsterker sykepleiernes ansvar og arbeidsbelastning. Helsefagarbeiderne trenger også mer praksisnær opplæring for å få delegert flere arbeidsoppgaver til avlastning for sykepleierne, fordi oppgavene må løses i felleskap. Vi finner støtte i Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) som foreslår at et av helse- og omsorgstjenestens innsatsområder bør være å gjennomføre systematisk oppgavedeling slik at helsefagarbeiderne kan brukes bredere enn i dag. Videre pekes det på at det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre arbeidslivsrelevansen i fagarbeidernes studieløp. Våre funn om mindre breddekompetanse blant helsefagarbeidere har også vært et tema i Helsepersonellkommissjonens vurderinger.

### **Hva motiverer sykepleierne til å stå i det?**

Studien vår beskriver at sykepleierne har en spennende arbeidshverdag med faglige utfordringer, men at det også er belastende å jobbe i et helsevesen som krever stadig mer av dem. Funnene indikerer at lønn har symbolsk effekt for sykepleierne da de søkte jobb, men lønna er ikke avgjørende for om de blir værende.

Det er et paradoks at den pågående lønnskampen i helsetjenesten bidrar til rekruttering, men samtidig stimulerer til mer turnover. Funnet problematiserer Herzbergs kategorisering av lønn som hygienefaktor, da lønn gjør at sykepleierne føler seg verdsatt. Vårt funn er i overenstemmelse med Alkahtani (2015) som konkluderer med at riktig lønn er en av flere faktorer som motvirker turnover. Samtidig fastslår Kuvaas & Dysvik (2020) at arbeidsgivere må vurdere om medarbeiderne trenger flere ytre motivasjonstiltak for å prestere, og om de ytre motivasjonstiltakene faktisk gir bedre prestasjoner. Videre sier Kuvaas & Dysvik (2020) at rettfærdige lønssystemer bør være en grunnleggende forutsetning slik at man kan styrke fokuset på kompetanseheving, meningsfulle oppgaver, selvbestemmelse og muligheten til å påvirke egen arbeidshverdag fordi det styrker den indre motivasjon. Det er også i tråd med



Herzbergs tofaktorteori som viser at det er indre motiverende med varierende og utfordrende arbeidsoppgaver, der du tar ansvar for dine oppgaver og raskt ser resultatene av eget arbeid (Jacobsen & Thorsvik, 2021).

Våre funn viser at sykepleierne i stor grad har god kompetanse, og at kompetanse utvikles over tid. En viktig forutsetning for at medarbeidere skal håndtere en autonom arbeidshverdag, er at de har tilstrekkelig kompetanse for å utføre oppgavene sine. Alkahtani (2015) peker på at arbeidsgivere som tilbyr «training» i større grad motvirker at ansatte vurderer å bytte jobb. Vi forstår begrepet som kompetanseheving, men i en videre tolkning kan det også bety utviklingsstøtte. Utviklingsstøtte stimulerer den enkeltes utviklingspotensial og er en ledertilnærming som fremmer læring, kompetanseutvikling og kompetansemobilisering (Amundsen, 2020). Dersom leder tilrettelegger for at sykepleierne utvikler den teoretiske og praktiske kompetansen de trenger for å mestre arbeidsoppgavene, kan stadig mer ansvar og myndighet delegeres. Det øker det autonome arbeidet, som igjen fremmer mestring og indre motivasjon (Amundsen,2020).

Kompetansen styrkes først og fremst gjennom å få leders tillit til å utføre oppgaver med lederstøtte. Sykepleiernes utsagn «*lederen er ryggen vår*» synliggjør hvor viktig tillit og lederstøtte er i en autonom hverdag. Forventing om autonomt arbeid kan skape usikkerhet i en sykepleiergruppe. Lederen må støtte og veilede hver sykepleier til å ha tro på egen kompetanse og egne ferdigheter.

Videreutdanning kan også styrke sykepleiernes kompetanseutvikling. Ved å tilby ulike videreutdanninger kan distriktskommunene bygge bred kompetanse, men videreutdanning krever betydelig innsats fra sykepleieren. Ledere kan stimulere lysten og muligheten til å fullføre utdanning ved å gi lønnet permisjon og anerkjennelse gjennom avlønning som spesialsykepleier. Våre funn er i overensstemmelse med Amundsen (2020) som sier at tilstrekkelig kompetanse tilrettelegger for at medarbeidere yter det beste ut fra egne forutsetninger, og at kompetanseutvikling skaper rom for autonomt arbeid i en arbeidssituasjon som krever det. Autonomi er en grunnleggende verdi for alle mennesker, men den varierer i styrke fra person til person og situasjon til situasjon (Amundsen, 2020). I lys av diskusjonen om tilstrekkelig kompetanse forstår vi noe av årsaken til Helsepersonellkomisjonens funn om at sykepleiere under 30 år er den aldersgruppen som har høyest turnover (NOU 2023:4).

## **Tilknytning til lokalsamfunnet**

Våre funn viser at sykepleierne som bor og arbeider i samme lokalsamfunn strekker seg langt for pasientene og har sterk tilknytning til konteksten de arbeider i. Det kan indikere at distriktskommunene bør rekruttere lokale sykepleiere eller utdanne egne medarbeidere til sykepleiere, selv om det kan være kostbart og tidkrevende. Men det er også kostbart med vakante sykepleierstillinger fordi det kan genere bruk av vikarbyrå. Distriktskommunene betaler dobbel pris for arbeidskraften fra vikarbyrå, og får ivaretatt det lovmessige kravet til sykepleierkompetanse i turnusen. Vår studie indikerer at distriktskommunen likevel ikke får utnyttet arbeidskraftpotensialet fordi vikarbyråsykepleieren har flyktig kunnskap om pasientene og lokalsamfunnet, og ved endt oppdrag forsvinner opparbeidet kompetanse. Vi undrer om nordnorske distriktskommuner heller burde bruke vikarbyråmidlene til å utdanne egne medarbeidere til sykepleiere.

Våre funn om tilknytning til lokalsamfunnet samsvarer med Alkahtani (2015) som oppsummerer at forpliktelse til arbeidsplassen og lokalsamfunnet stimulerer medarbeidere til bedre innsats og adferd, samt større engasjement. Den sterke forpliktelsen kommer ikke automatisk av å bo og arbeide i samme lokalsamfunn, men stimuleres hos medarbeidere som trives, har tillit til ledelsen og er tilfreds med godtgjøringen de får for egen innsats (Alkahtani 2015). Opplevelsen av mestring er avgjørende for egen selvfølelse og trygghet.

## **Gode team**

Distriktskommunenes og sykepleiernes ansvarsområde har utvidet seg fra Samhandlingsreformen inntrådte i 2012, og arbeidsoppgavene er derfor blitt mer komplekse. Vår studie viser at dersom sykepleierne ikke får hjelp til å finne sin plass og inkluderes i et godt team, kan de forsvinne de fra nordnorske distriktskommuner. Å stå alene i krevende situasjoner kan være tøft, og det er betryggende å ringe en kollega selv om vedkommende har fri. Ledere kan anerkjenne sykepleiernes kollegastøtte gjennom å godtgjøre sykepleiere som stiller opp på fritiden. Sykepleiersamholdet har avgjørende betydning og kan tolkes som et tegn på godt arbeidsmiljø og teamarbeid. På en annen side kan sykepleiernes utvidede kollegastøtte også tolkes som et symptom på at sykepleierne kanskje trenger mer kompetanse og lederstøtte for å mestre jobben i distriktskommunene.

## 7 Avsluttende refleksjoner

Vår studie beskriver arbeidssituasjonen til sykepleiere i nordnorske distriktskommuner og forsøker å forstå hvordan kommunene kan beholde sykepleierne. Bakteppet er erkjennelsen av at helsetjenesten har knapphet på sykepleiere i dag og fram mot 2040. Den demografiske utviklingen vil merkes spesielt i Nord-Norge fordi befolkningssammensetningen og migrasjonsmønsteret i dag viser at den yngre befolkningen i større grad flytter ut av bygdene og ut av landsdelen, mens den eldre befolkningen i større grad blir værende.

Vår problemstilling i denne masteroppgaven har vært: «Hvordan kan nordnorske distriktskommuner beholde sykepleierne?» I studien har vi valgt å fokusere på hva kommunene kan gjøre, og har lagt sykepleiernes egne erfaringer til grunn. Vi har i mindre grad berørt hva andre myndigheter kan gjøre. Våre funn viser at sykepleierne i nordnorske distriktskommuner har en spennende arbeidshverdag med interessante og varierte arbeidsoppgaver, samtidig som de ofte jobber alene eller i små fagmiljø. Den enkelte sykepleier får dermed mer ansvar. Å få for mye ansvar kan føre til at sykepleiere slutter fordi de ikke mestrer å arbeide i distriktet.

For at sykepleierne skal bære ansvaret og trives i nordnorske distriktskommuner, argumenterer vi for å forsterke faktorer som motiverer sykepleierne til å bli værende i jobben. Sentrale faktorer som tilknytning til lokalsamfunnet, interessante og autonome arbeidsoppgaver, påvirkningsmuligheter, kompetanseutvikling, lederstøtte og betydningen av å tilhøre et godt team har avgjørende betydning for å bli i jobben. Våre funn avdekker at lønn har symbolsk verdi, fordi sykepleierne poengterer at andre faktorer er viktigere enn lønn. Samtidig fremhever sykepleierne betydningen av god og rettferdig lønn for å føle seg verdsatt.

Funnene våre samsvarer i stor grad med tidligere forskning der vi har støttet oss på Ali H. Alkahtanis (2015) oppsummering av en rekke studier på turnover, samt Kuvaas & Dysvik (2020) og Amundsen (2020). Vår studie er et supplement til eksisterende forskning der vi bidrar med vår forståelse av turnover i nordnorske distriktskommuner.

Funnene indikerer at det kan være nyttig å forske videre på selvledelse og hvordan skape og vedlikeholde en positiv organisasjonskultur, hvor medarbeiderne drar lasset i lag. I lys av lavere søkertall på sykepleierstudiet, kan det også være interessant å forske videre på omdømmebygging i helsetjenesten. Det kan også vært hensiktsmessig å forske mer på taus kunnskap, regional - og kulturforståelse for å jobbe i distriktskommunene slik at vi får dyktige

sykepleiere og helsearbeidere. I en annen studie kunne det vært interessant å se nærmere på om ulike tiltakspakker, for eksempel nedskrivning av studielån og lavere skatt i hele Nord-Norge, kan få flere sykepleiere til å vurdere jobb i nordnorske distriktskommuner. En annen interessant vinkling kan være hvordan utdanningsinstitusjonene kan forberede og stimulere sykepleierstudentene til å arbeide i distriktet.

Vårt hovedfunn er at det er viktig for sykepleierne i nordnorske distriktskommuner å være en del av et godt team. Vårt råd til nordnorske distriktskommuner er derfor å bygge gode team for å styrke sykepleiernes inkludering og opplevelse av mestring. Samtidig bør nasjonale myndigheter anerkjenne det særegne ved å jobbe i distriktskommunene ved å synliggjøre den praksisnære distriktskompetansen i utdanningsløpene. Å sikre tilstrekkelig med sykepleiere i nordnorske distriktskommuner kan ikke løses av distriktskommunene alene, men bør gjøres i samspill med sykepleierne, kommunene og sentrale myndigheter.

## Referanseliste

- Alkahtani, A.H. (2015) *Investigating factors that influence employees' turnover intention: A review of existing empirical works*. International Journal of Business and Management. 10 (12), 152-166. DOI: [10.5539/ijbm.v10n12p152](https://doi.org/10.5539/ijbm.v10n12p152)
- Abelsen, B., Gaski, M. & Fosse, A. (2020) *Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt*. Notat til demografiutvalget. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/sved/1.pdf>
- Amundsen, S. (2020). *Empowerment i arbeidslivet. Et myndiggjørende perspektiv på ledelse, selvledelse og medarbeiderskap*. Cappelen Damm Akademisk.
- Bjørnvik, K.I & Haukdal, W. (2001). *Arbeids- og lederpsykologi*. (6.utg). Cappelen Akademisk Forlag AS
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse - Struktur, HR, politikk og symboler* (5.utg) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2020). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse - Struktur, HR, politikk og symboler*. (6.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De Smedt, S.E & Mehus, G. (2017). *Sykepleieforskning i rurale områder i Norge; en scoping review*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Vol 13 (2). <https://doi.org/10.7557/14.4238>
- Devik, S.A & Olsen, R.M (2022). *En hurtigoversikt over forskningslitteratur. Oppgaveglidning i omsorgstjenestene*. Senter for omsorgsforskning.  
[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2995762/Oppgaveglidning%20i%20omsorgstjenestene\\_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2995762/Oppgaveglidning%20i%20omsorgstjenestene_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Dolonen, K.A. & Reppen, N.K. (2022, 18.mai) *Norge mangler 5900 sykepleiere og 700 spesialsykepleiere*. <https://sykepleien.no/2022/05/norge-mangler-5900-sykepleiere-og-700-spesialsykepleiere>
- Evenes kommune (2023). *Tiltak for å rekruttere og beholde sykepleiere*. Hentet 4.oktober 2023 fra [https://www.evenes.kommune.no/\\_f/p1/i722fe2d0-65ea-43f2-a5f1-dc39d8b794fd/tiltak-for-a-rekruttere-og-beholde-sykepleiere-vedtatt-210622.pdf](https://www.evenes.kommune.no/_f/p1/i722fe2d0-65ea-43f2-a5f1-dc39d8b794fd/tiltak-for-a-rekruttere-og-beholde-sykepleiere-vedtatt-210622.pdf)
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunes helsetjeneste (1984) (FOR-1983-11-23-1779) Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/1983-11-23-1779>
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1989) (FOR-1988-11-14-932) Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>
- Fosse, A. & Abelsen, B. (2023). *Rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommuner. En kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin/ Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš UiT Norges arktiske universitet.

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-02/kunnskapsoppsummering-rekruttere-og-beholde-sykepleiere-i-distrikt.pdf>

Gregersen, A.M (2018). *“Rural sykepleie”*: Slik er det å være sykepleier i Norges mest grisgrendte område. *Sykepleien*, 2018(4), 36-44.

Halkier, B. (2018) *Fokusgrupper*. (3.utg). Samfundslitteratur.

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>

Hjemås G. & Syse, A. *Hvor blir det av sykepleierne? En registerbasert analyse*. *Sykepleien Forskning*. 2023; 18(93304):e-93304. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.93304>

Jacobsen, D.I. (2022) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2021) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (5.utg). Fagbokforlaget.

KS, (2024, 20.februar) *Analyse om turnover i 2023*. <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/kommuner-og-fylkeskommuner/>

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2020) *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM*. (4.utg.) Fagbokforlaget.

Matthiesen, S. B. (2016). Arbeidsglede i hverdagen: Hva skaper jobbtilfredshet og jobbengasjement hos arbeidstakere. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger*. (2.utg., s. 167-194). Fagbokforlaget.

Meld.St. 24 (2022-2023). *Fellesskap og mestring. Bu trygt heime*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>

Meld.St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

NAV (2023). *NAVs bedriftsundersøking 2023: Redusert mangel på arbeidskraft*. Rapport 2023:5. Arbeids- og velferdsdirektoratet. [www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen](http://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen)

NESH (2023) *Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. ISBN: 978-82-7682-112-3. Hentet 1. november 2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Nettskjema. (2023, 17.november). Nettskjema. <https://nettskjema.no/>

Nilsen, J.C.R. & Repstad, P. (2004) Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. I Nilsen, J.C.R & Repstad, P., *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. (2.utg, s. 234-253). Universitetsforlaget.

NOU 2023:4 (2023) Tid for handling. Personell i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Regjeringen (2023). *Regionale utviklingstrekk 2023*. H-2552 B. Kommunal- og distriktsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3f1f1c0954964f9792b9701fbedee79b/no/pdfs/regionale-utviklingstrekk-2023.pdf>

Sjøstad, O., Beyrer, S., Hansen, J., & Hjemås, G. (2019/4). *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet* (Rapport 2019/ 4).  
[https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/377977?\\_ts=168ebbca3b8](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/377977?_ts=168ebbca3b8)

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5.utg) Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2023) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4.utg). Gyldendal akademisk.

Vold, B. (2017) *Norge bruker fjerde mest på helse i OECD*. Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-fjerde-mest-pa-helse-i-oecd>

# Vedlegg 1: Introduksjon

## Presentasjon av oppgaven

Vi er studenter på erfaringsbasert master i ledelse på Universitetet i Tromsø (Handelshøyskolen i Harstad). Nå skriver vi en masteroppgave om hvordan vi kan beholde de dyktige sykepleierne i nordnorske distriktskommuner.

For at den norske helse- og omsorgstjenesten skal gi gode tjenester i dag og i årene fremover, er det en forutsetning å rekruttere og beholde tilstrekkelig helsepersonell (Statistisk sentralbyrå, 2019, s.5). NAVs bedriftsundersøkelse våren 2023 estimerer en samlet mangel på arbeidskraft på 52 850 personer, der helse- og sosialtjenesten er klart størst med en mangel på 14 600 personer (NAV 2023, s.5). Mangelen er størst i Troms og Finnmark, etterfulgt av Nordland (NAV 2023, s.8).

Norge har den høyeste dekningen av sykepleiere per 1000 innbyggere i EØS, noe som kan forklares med spredt bosetting, lange avstander og desentraliserte tjenester, samt høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i Norge (NOU 2023: 4, s. 28-29). I årene mot 2040 vil etterspørselen etter sykepleiere øke. SSB har laget en fremskrivningsmodell på tre nivåer: høy vekst, mellomvekst og lav vekst, der økningen i etterspørsel av sykepleiere kan variere fra 25 000 til 60 000 årsverk mellom 2019-2040 (NOU 2023: 4, s. 31)

Å jobbe som sykepleier i små distriktskommuner i Nord-Norge krever høy kompetanse og godt samarbeid for å ivareta pasientene.

Gjennom våre felles erfaringer som sykepleiere og ledere i helsetjenesten, har vi selv kjent på helsetjenestenes utfordring med turnover/gjennomtrekk blant sykepleiere, særlig i mindre distriktskommuner i Nord-Norge der fagmiljøene er mindre. I dette intervjuet ønsker vi å se nærmere på hvordan vi kan beholde de dyktige sykepleierne i nordnorske distriktskommuner.

## Fokusgruppeintervju

- Intervjuet er organisert som fokusgruppe.
- Informasjonsskriv og samtykkeskjema deles ut, presenteres og underskrives.



- Prosjektet er godkjent av Sikt. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Vi skal ta opp intervjuet med båndopptaker. Dere vil bli anonymisert i masteroppgaven, navn vil bli kodet, og alle personopplysninger vil slettes ved prosjektslutt 1.juni 2024.
- Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Du må i så fall kontakte oss, enten via e-post, eller ved å si ifra direkte under intervjuet.
- I dag: Vi stiller noen innledende spørsmål om rammebetingelser i jobben, før vi går over på hoveddelen som handler om ledelse. Vi håper
  - dere vil dele deres personlige oppfatninger, ideer og opplevelser om temaet
  - å bidra til diskusjon mellom dere.

Er det noen spørsmål om opplegget før vi starter?

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### 1. Alle i fokusgruppen presenterer seg selv kort:

- Kjønn
- Alder
- Stillingstype og arbeidssted
- Hvor lenge har dere jobbet her? (Spennvidde i gruppa)
- Bosted

### 2. Startøvelse

- Skriv ned tre ord som forklarer hvorfor du jobber som sykepleier i kommunen?

### 3. Hovedspørsmål

Kategori	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Rammebetingelser	Hvordan opplever du å jobbe i en distriktskommune?	Opplevelse av profesjonalitet kontra nære relasjoner Skille mellom offentlige og private oppgaver? Hvem jobber du mest i lag med?
Psykososialt arbeidsmiljø	Hva er viktig for deg for å trives i jobben som sykepleier?  Hvordan opplever du arbeidsoppgavene?  Hvilke muligheter har du for personlig utvikling i jobben?	Hvordan opplever du at ubekvem arbeidstid utfordrer familielivet?
Faglig arbeidsmiljø	Hvilke muligheter får du til kompetanseheving i jobben?	Har du den kunnskapen du trenger for å gjøre en god jobb? Hvem kan du diskutere ting med?
Ledelse	Hva slags støtte trenger du fra din leder for å gjøre en god jobb?  Hvordan oppleves det å stå alene som sykepleier i jobben i kommunen? Føler du deg sett av din leder?	Opplever du at leder har tilstrekkelig lederkompetanse?

Kategori	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
	<p>Hvordan er det å jobbe som nyutdannet sykepleier i en distriktskommune?</p> <p>Får du være med å ta beslutninger i det daglige?</p> <p>Hvilken støtte og hjelp får du fra leder dersom du gjør feil?</p>	<p>Hvilken oppfølging og veiledning får du som ny sykepleier?</p> <p>Hvordan opplever du ansvaret du har på vakt som sykepleier?</p> <p>På hvilken måte blir du involvert i beslutninger på arbeidsplassen?</p>
Organisasjonskultur	<p>Hvordan er kulturen på arbeidsplassen deres?</p> <p>Hvordan opplever dere at det faglige aspektet av jobben blir ivaretatt?</p> <p>Har arbeidsplassen definert noen sentrale verdier?</p>	<p>På hvilken måte blir forskning og teori akseptert i miljøet?</p> <p>I hvilken grad blir disse verdiene viktige for dere i arbeidshverdagen?</p>
Muligheter og fordeler i jobben	Hvilke fordeler og muligheter er det å jobbe som sykepleier i et lite lokalsamfunn?	

### Oppsummering og avslutning

- Spørre om vi har forstått riktig hvis noe var uklart
- Spørre om det er noe respondentene ønsker å legge til
- Stoppe lydopptak

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet Turnover blant sykepleiere i nordnorske distriktkommuner

#### Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke faktorer som påvirker turnover blant sykepleiere i nord norske distriktkommuner., og hva som skal til for å beholde sykepleierne. Undersøkelsen skal brukes i vår masteroppgave i «Erfaringsbasert master i ledelse».

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi

- Du er utdannet sykepleier og jobber i en nord norsk distriktkommune
- Det er gjennom din leder at vi har kommet i kontakt med deg.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø, Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi (Handelshøyskolen) Vi har, er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har tatt kontakt med utvalgte distriktkommuner for å rekruttere sykepleiegrupper til vår undersøkelse. Vi har brukt eget nettverk for å velge ut kommuner.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et fokusgruppeintervju på arbeidsplassen din sammen med dine kolleger. Intervjuet tar ca. 1-2 timer. Vi stiller spørsmål til deg og dine kolleger, og samler inn følgende personopplysninger om deg: navn, bosted, stillingstype og arbeidssted.

Vi bruker båndopptaker via app og tar 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 vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Kort om personvern**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern under\*.

Det er kun vi og vår veileder på masteroppgaven som har tilgang til opplysningene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data». Vi lagrer datamaterialet på universitetets server. Dine utsagn kan bli referert i oppgaven, men vil bli anonymisert slik at det ikke er mulig å spore deg.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 01.06.24. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø, campus Harstad, har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

- Universitetet i Tromsø, Handelshøyskolen.
- Veileder Geir Hyrve: [geir.hyrve@ntnu.no](mailto:geir.hyrve@ntnu.no) / Tlf 97094141/ 73 55 89 16.
- Vårt personvernombud: Annikken Steinbakk. Epost: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)/  
[annikken.steinbakk@uit.no](mailto:annikken.steinbakk@uit.no) / Telefon: 77 64 69 52

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Geir Hyrve

Prosjektansvarlig/ veileder

Geir Hugo Bolle

Masterstudent

Stine Fedreheim

Masterstudent

## Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Turnover blant sykepleiere i nordnorske distriktskommuner”, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i fokusgruppeintervju.

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

---

(Dato, signert av prosjektdeltaker)

# Vedlegg 5: Godkjenning fra SIKT

23.11.2023, 14:44

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
457534

**Vurderingstype**  
Automatisk

**Dato**  
18.11.2023

**Tittel**  
Masteroppgave

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
UiT Norges Arktiske Universitet / Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi / Handelshøgskolen

**Prosjektansvarlig**  
Geir Hyrve

**Student**  
Stine Fedreheim

**Prosjektperiode**  
15.12.2023 - 01.06.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2024.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger:
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet

<https://meldeskjema.sikt.no/65578421-b802-4957-903c-d71e6029863d/vurdering>

1/2



- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

#### **Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

