



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Distriktssköterskors erfarenheter av arbete som specialistsjuksköterska på vårdcentral

En intervjustudie

Författare: Kristina Andersson  
Cecilia Widlund

Handledare: Ing-Marie Chekol

Magisteruppsats

Hösten 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Distriktssköterskors erfarenheter av arbete som specialistsjuksköterska på vårdcentral

## En intervjustudie

Författare: Kristina Andersson  
Cecilia Widlund

Handledare: Ing-Marie Chekol

Magisteruppsats

Hösten 2014

## Abstrakt

Distriktssköterskan har en nyckelroll i hälsofrämjande arbete med helhetssyn på vårdtagare. Studier har visat att distriktssköterskans roll idag är otydlig och att utbildningen till distriktssköterska är ospecifik. Genom denna otydlighet blir distriktssköterskan utbytbar. Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av arbete som specialistsjuksköterska på vårdcentral. Studien genomfördes med kvalitativ ansats och fenomenografisk inriktning. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med 12 distriktssköterskor. Ur resultatet framkom temat "en förändrad och otydlig profession" med kategorierna: "styrd av omvärlden", "förändrad syn på professionen", "skiftande typ av yrkesutövningar", "generalist visavi specialist" samt "outnyttjad specialistkompetens". Studiens resultat visar att distriktssköterskans profession behöver stärkas och yrkesrollen förtydligas så att specialistkompetensen kan användas på ett fullvärdigt sätt.

## Nyckelord

Distriktssköterska, Specialistsjuksköterska, Erfarenhet, Profession, Kompetens

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	3
Introduktion .....	4
Problembeskrivning .....	4
Bakgrund .....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	5
Distriktssköterskans arbete ur ett historiskt perspektiv .....	7
Internationellt .....	7
Nationellt .....	7
Regelverk och styrdokument .....	8
Distriktssköterskeprofessionen idag - faktorer som påverkar .....	9
Utbildning .....	11
Syfte .....	12
Specifika frågeställningar .....	12
Metod .....	13
Urval .....	13
Instrument .....	14
Datainsamling .....	14
Databearbetning .....	15
Förförståelse .....	16
Etisk avvägning .....	16
Resultat .....	17
Undersökningsgrupp .....	17
Resultatredovisning .....	17
Styrd av omvärlden .....	18
Förändrad syn på professionen .....	19
Skiftande typ av yrkesutövningar .....	21
Generalist visavi specialist .....	22
Outnyttjad specialistkompetens .....	24
Diskussion .....	26
Metoddiskussion .....	26
Resultatdiskussion .....	28
Konklusion och implikationer .....	33
Referenser .....	34
Bilaga 1 (1) .....	41

# Introduktion

## Problembeskrivning

Vården i Sverige har blivit alltmer specialiserad. Fokus på medicinsk behandling har ökat vilket lett till att tid för hälsofrämjande arbete minskat (Boström, Hörnsten, Persson, Rising & Santamäki Fischer, 2012; Brobeck, Odencrants, Bergh & Hilding, 2013; Jerdén, Hillervik, Hansson, Flacking & Weinehall, 2006). För distriktssköterskor som arbetar inom vårdcentral, påverkas deras arbetsuppgifter av samhällsförändringar och arbetsgivarens organisering och mål (Karlsson, Morberg & Lagerström, 2006; Lindström, 2007). När medicinska perspektiv överordnas hälsoperspektiv tvingas distriktssköterskor att prioritera andra arbetsuppgifter, vilka kan innebära att de får ersätta allmänsjuksköterskan på vårdcentral (Lindström, 2007). Vårdcentralens verksamhetschef har därmed till viss del markerat vilket arbete som anses vara viktigast (a.a.). Vidare är det inte ovanligt att vårdcentraler i Skåne idag, annonserar efter en ”distriktssköterska/sjuksköterska”. En annonsering som ytterligare antyder att det ena yrket kan ersätta det andra.

Utbildningen till distriktssköterska framstår som specifik men är ändå så bred att den saknar en specifik distriktssköterskeprofil (Lindström, 2007). Avsaknaden av ett avgränsat specialistområde gör att yrkesrollen blir otydlig och kan uppfattas som ospecifik (Clancy, 2007; Lindström, 2007; Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Då distriktssköterskan specialistområde inte är tydligt avgränsat, innebär det svårighet att särskilja yrkena sjuksköterska och distriktssköterska från varandra. Otydligheten i yrkesrollen kan således innebära problem för såväl professionen, arbetsgivaren samt vårdtagare då risk finns att distriktssköterskans kompetens inte tas tillvara på ett fullvärdigt sätt. Utifrån resultat av tidigare forskning inom området samt de tendenser som ses i dagens platsannonser i Skåne, är det angeläget att ytterligare studera distriktssköterskors erfarenheter av arbetet som specialistsjuksköterska på vårdcentral.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Både för allmänsjuksköterskor och distriktssköterskor finns utgivna kompetensbeskrivningar som innehåller rekommendationer om kompetens, yrkeskunnande, erfarenhet och förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005; Distriktssköterskeförbundet, 2008). Båda dessa dokument innehåller i stort samma kompetensområden. Den skillnad som råder är att distriktssköterskan får en fördjupad kunskap inom aktuella kunskapsområden, erhåller förskrivningsrätt samt att det inom distriktssköterskeutbildningen finns mer fokus på det hälsofrämjande arbetet (a.a.).

Begreppet *profession* kan ha flera definitioner varför en entydig och knivskarp beskrivning kan vara svårt att ange. I aktuellt arbete har författarna valt att använda sig av Brantes (2009) definition:

”Professionella yrken är i något avseende organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhälleligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla av allmänheten/klienten”.

Alla professioner kräver någon form av kompetens och den är något som kan tillämpas inom flera områden (Lindström, 2007). Ellström (1994) definierar begreppet *kompetens* som:

”... en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext. Närmare bestämt förmågan att framgångsrikt (enligt egna eller andras kriterier) utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och, om möjligt, utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder”.

Kompetens indelas i formell och reell kompetens. *Formell kompetens* till distriktssköterska erhålls genom högskoleutbildning med yrkesexamen och legitimation för yrket (SOSFS 1997:14). Utöver det kan formell kompetens erhållas via annan specialistutbildning eller

specifika kurser inom yrket. *Reell kompetens* innebär en förmåga som erhållits genom erfarenhet i praktisk yrkesutövning eller att genom fortbildning ha blivit kunnig inom ett arbetsområde (a.a.).

Med sin utbildning på avancerad nivå innehar distriktssköterskan en specialistkompetens. Enligt Nationalencyklopedin (2014) definieras *specialist* som en expert på ett visst område (som vanligen har att göra med yrket). Samtidigt som distriktssköterskan är specialist är hon även *generalist*, vilket enligt Nationalencyklopedin (2014) definieras som motsats till specialist; forskare eller tänkare som vill skapa överblick och sammanhang i en värld av långt driven specialisering.

Begreppet *erfarenhet* syftar på en aktiv process där personen genom deltagande utvecklar och förändrar förutbestämd teoretisk kunskap, föreställningar och idéer. En person med mycket erfarenhet inom ett specifikt område benämns ofta expert (Benner, 1993). Erfarenhet har blivit ett begrepp som kompletterar uppfattningsbegreppet inom fenomenografin (Alexandersson, 1994). Det innebär att verbet uppfatta då motsvaras av ”erfara” (till exempel att få kännedom/få kunskap, att inhämta, att förnimma). Resultatet av det som erfars/uppfattas blir då en människas erfarenhet (a.a.).

I distriktssköterskans hälsofrämjande arbete ingår att förmedla egenvårdsråd. Enligt Orems omvårdnadsteori är uppgiften med att tillgodose individens egenvårdsbehov ett viktigt delmål i syftet att främja normal funktion, utveckling, välbefinnande och hälsa hos individer (Jahren Kristoffersen, 2007). Genom att stötta patienter i deras egenvård kan distriktssköterskan arbeta för att främja hälsa. Att förmedla och arbeta med egenvårdsråd framträder dock inte tydligt som ett preventivt hälsoarbete och ges därför för lite utrymme (Lindström, 2007). Genom att betona vikten av egenvårdsråd och förmedla dem på ett pedagogiskt sätt, kan distriktssköterskan synliggöra detta för verksamheten, så att tid avsätts och patienten därmed erhåller hjälp att på egen hand främja sin hälsa (a.a.). Således kan distriktssköterskan arbeta för att uppfylla de mål och riktlinjer som finns angivna för folkhälsoarbetet.

## *Distriktssköterskans arbete ur ett historiskt perspektiv*

### Internationellt

Internationellt härstammar termen distriktssköterska (*eng. district nurse*) från mitten av 1800-talet och förknippas med den engelska parlamentsledamoten William Rathbone (While, 2014). Efter sin frus bortgång anställde han den sjuksköterska som vårdade henne till att gå hem och vårda fattiga och sjuka i en av Liverpools stadsdelar. Bristen på sjuksköterskor var stor så Rathbone startade en utbildning för sjuksköterskor. Liverpool delades därefter in i 18 distrikt och de som bodde i distriktet fick således möjligheten att erhålla vård i hemmet av stadens utbildade sjuksköterskor. Den vårdform som initierades i Liverpool spreds sedan vidare i landet (a.a.).

Innebörden av yrket som distriktssköterska skiljer sig åt mellan länder och kan vara svår att jämföra. I en studie från USA undersöktes vad sjuksköterskors arbetsdag bestod av (Anderson, Hilaire & Flinter, 2012). Sjuksköterskorna hade påbyggnadsutbildning, motsvarande distriktssköterska. Resultatet visade att specialistsjuksköterskor på en stor vårdcentral endast tillbringade 15 procent av deras tid engagerad i verksamheter som skulle kunna kategoriseras som samordning av omsorg, en högre nivå av omvårdnadsfunktion. En betydande del av dagen spenderades till att göra mindre avancerade uppgifter som enligt studien inte hade med omvårdnad att göra såsom telefonkontakt och att ge vaccin. Denna del skulle kunna göras av någon med en lägre utbildning. Studiens resultat visade att det behövs justeringar av yrkesdefinitioner bland medlemmarna i vårdteamet. Även om förhållandena i denna studie inte direkt kan jämföras med svenska vårdcentraler, visar det dock på svårigheterna med att tydligt avgränsa rollerna mellan sjuksköterskor som har olika utbildningar (a.a.).

### Nationellt

I Sverige fanns redan kring förra sekelskiftet så kallade landsbygdssjuksköterskor som arbetade med förebyggande hälsoarbete och hemsjukvård (Wendt, 1999). Deras uppgift var i första hand att förhindra smittspridning bland annat genom att isolera de som redan var sjuka. De arbetade tillsammans med provinsialläkaren, dåtidens distriktsläkare, speciellt vid vård i

hemmet och bland den fattiga delen av befolkningen. Det var provinsialläkarna som aktualiserade behovet av sjuksköterskor i sina distrikt. Det föranledde till 1918 års betänkande angående bidrag av statsmedel för att anställa sjuksköterskor som arbetade inom ett specifikt distrikt. Därmed behövdes en särskild utbildning och 1919 beslutades om en reglerad statlig distriktssköterskeutbildning. Distriktssköterskan skulle förutom kunskaper i sjukvård också ha kunskaper i socialmedicin och social lagstiftning. Sedan 1920-talet har distriktssköterskor i Sverige arbetat självständigt med hälso- och sjukvård för patienter i alla åldrar (a.a.).

Distriktssköterskans arbete och yrkesroll har dock förändrats under hela 1900-talet i takt med att samhället har utvecklats och behov har ändrats (Wendt, 1999). Organisationsförändringar har lett till förändrade arbetsuppgifter och minskad självständighet (Karlsson et al., 2006). Distriktssköterskans arbete har påverkats av både ändrade hälsopolitiska mål och av hur den öppna hälso- och sjukvården är organiserad (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). För många av dagens distriktssköterskor består deras arbete i att finna en god balans mellan hälsofrämjande och sjukdomsorienterade arbetsuppgifter (Jerdén et al., 2006).

### *Regelverk och styrdokument*

Vård som kräver medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen, 5 § erbjudas inom slutenvården. Slutenvård innebär vård som kräver intagning på sjukhus. Primärvården, till skillnad från slutenvården, innebär vård som ska svara mot befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande arbete (SFS 1982:763). Således är det framförallt primärvården som har huvudansvaret för folkhälsan och för det hälsofrämjande arbetet. Distriktssköterskor har haft en naturlig del i det hälsofrämjande arbetet, både genom sin utbildning men även genom att de själva ser sig som nyckelpersoner inom folkhälsoarbetet (Lindberg & Wilhelmsson, 2007; Brobeck et al., 2012; Jerdén et al., 2006).

Att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet inom hälso- och sjukvården betonas både internationellt och nationellt (WHO, 1986; WHO, 1998; Regeringskansliet, 2008). Internationellt anknyter distriktssköterskans uppdrag till det som beskrivs i WHO:s folkhälsomål i Hälsa 21 – Hälsa för alla på 2000-talet. Mål nr. 15 i Hälsa



21 talar om en integrerad hälsosektor där basen i verksamheten utgörs av en distriktssköterska som svarar för hälsorådgivning, stöd och hemsjukvård för ett antal familjer (WHO, 1998). Nationellt finns även riktlinjer, mål och lagtext som ställer krav på att hälso- och sjukvården ska arbeta med att förebygga ohälsa (Socialstyrelsen, 2011; Regeringskansliet, 2008; SFS 1982:763). Distriktssköterskans uppdrag beskrivs i den nationella handlingsplanen som att ansvara för det grundläggande vård- och rehabiliteringsbehovet, tillsammans med andra vårdgivare i primärvården. Uppdraget ansluter till de 11 nationellt antagna målen i Mål för folkhälsan (Regeringskansliet, 2008).

Även i kompetensbeskrivning för distriktssköterskor betonas, med stöd av ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod för sjuksköterskor, att dennes arbete ska innefatta ansvaret att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (DSF, 2008; SSF, 2007). Vidare lägger även vissa lärosäten vikt vid att specialistutbildningen till distriktssköterska ska ge goda kunskaper inom hälsofrämjande arbete och de låter även studenterna förstå att det är ett prioriterat område när de börjar arbeta inom professionen (Lunds universitet, 2011). Kunskap om de nationella målen för folkhälsoarbetet är en förutsättning för att det hälsofrämjande arbetet ska vara framgångsrikt (Lindberg & Wilhelmsson, 2007). För flertalet av de distriktssköterskor som är verksamma idag visar forskning att distriktssköterskorna redan arbetar med hälsofrämjande arbetet trots lite kunskap om de nationella målen (a.a.).

### *Distriktssköterskeprofessionen idag - faktorer som påverkar*

Trots fokus på det hälsofrämjande arbetet verkar utrymmet för det varken öka eller prioriteras tidsmässigt (Brobeck et al., 2013; Jerdén et al., 2006; Boström et al., 2012). Ett ökat tryck och krav på primärvården att hantera mera sjukdomsorienterade arbetsuppgifter, innebär att det medicinska perspektivet prioriteras framför annat (Boström et al., 2012). För att kunna arbeta hälsofrämjande krävs resurser, struktur och avgränsningar. När resurser är knappa är det svårt att veta hur vårdinsatserna ska prioriteras. (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). När tiden inte räcker till prioriteras de mest brådskande arbetsuppgifterna, vilka oftast är mer medicinskt orienterade (Jerdén et al., 2006). I och med det tvingas distriktssköterskorna, av organisationen, att arbeta med andra arbetsuppgifter och dennes funktion blir mer ersättande

(Lindström, 2007). Flertalet distriktssköterskor önskar att det hälsofrämjande arbetet fick ta mera plats och inte bara var något som utförs när tid finns (Brobeck et al., 2013).

Distriktssköterskor anser även att de är de rätta personerna att utföra det arbetet och att det är en viktig arbetsuppgift som inte naturligt görs av någon annan inom hälso- och sjukvården (Wilhelmsson & Lindberg, 2009).

Distriktssköterskor arbetar mestadels självständigt och har frihet att fokusera på olika projekt och frågor vilket gör det svårt att hålla ihop dem som en homogen grupp (Clancy, 2007).

Samtidigt som de vet hur viktig deras arbete är, så är de mindre bra på att visa det och har ibland dåligt självförtroende. De sätter patienter och hälsoarbete i första rummet men är dåliga på att marknadsföra sin egen profession. Att jämföra med till exempel barnmorskor som har ett tydligt avgränsat ansvarsområde och därmed är mer synliga som profession (a.a.). Enligt Wilhelmsson och Lindberg (2007) är ytterligare en förklaring till att distriktssköterskan har kommit i skymundan att de har en förhållandevis kort tradition av att systematisera och sprida sin kunskap om resultat av arbeten. Genom ökad medvetenhet om vikten av att publicera vetenskapliga studier inom sitt område kan distriktssköterskan stärka sin yrkesroll (a.a.).

Hur vårdcentralen är organiserad har betydelse för distriktssköterskans arbete (Lindström, 2007). Distriktssköterskor beskriver att de dels är en del i ett team, dels är ensamma aktörer och att det kan vara både en fördel och en nackdel i deras hälsofrämjande arbete. Till nackdel om de är del av en organisation som ser hälsoarbete underordnat sjukdomsorienterat arbete eftersom det då skapas mindre utrymme för det hälsofrämjande arbetet (Jerdén et al., 2006). Många distriktssköterskor saknar stöd av ledningen för hur deras arbete ska prioriteras. Samtidigt tas deras hälsoarbete för givet trots att tid saknas. Mer tid och resurser krävs för att arbetet ska kunna realiseras till fullo (Brobeck et al., 2013). De distriktssköterskor som har ett specialområde till exempel diabetesmottagning upplever oftare att de har stöd från ledningen för sitt preventiva arbete (Jerdén et al., 2006).

Arbetsgivare med mål såsom en ekonomiskt försvarbar och effektiv organisation bidrar enligt Lindström (2007) till att distriktssköterskorna förväntas ersätta allmänsjuksköterskor på vårdcentralen vid sjukdom och annan ledighet. Detta kan medföra ännu otydligare gränser för distriktssköterskans profession. De egna arbetsuppgifterna inskränks, till nackdel för distriktssköterskans egna vårdtagare, samtidigt som dennes kompetens och insats kommer

vårdcentralens vårdtagare tillgodo. På kort sikt kan det vara bra, men sett ur ett långsiktigt perspektiv kan det leda till ännu otydligare gränser med vårdtagare som i framtiden inte vet vart de ska vända sig och/eller vad som är distriktssköterskans specifika arbete och kompetens (a.a.).

Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för alla landsting och regioner att inom primärvården ha ett valfrihetssystem enligt Lagen om valfrihet (LOV) (SFS 2008:962), vilken i sig regleras i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). LOV innebär att även privata leverantörer av hälso- och sjukvård har etablerats och att den enskilde medborgaren fritt kan välja mellan de godkända utförarna. Vidare innebär LOV att alla leverantörer ersätts likvärdigt, att ersättningen följer den enskilde medborgarens val av vårdenhet, att vårdenheterna enbart konkurrerar om kvalitet och att samtliga lyder under landstingets övergripande ansvar (Socialstyrelsen, 2010; SKL, 2013). Till vårdcentralerna har landstingen framhållit bland annat vikten av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, en ökad tillgänglighet och att vårdtagarnas behov ska vara styrande för verksamheten (Socialstyrelsen, 2010). För distriktssköterskan är det en utmaning att balansera långsiktigt hälsofrämjande arbete med att vara tillgänglig för att utöva mer kortsiktigt medicinska uppgifter som vårdtagarna har behov av nu (Jerdén et al., 2006).

### *Utbildning*

Titeln specialistsjuksköterska är skyddad och får endast användas av den som har svensk legitimation som sjuksköterska, genomgått vidareutbildning samt fått ett beslut av Socialstyrelsen om rätten att kalla sig specialistsjuksköterska. I Sverige är utbildningen till specialistsjuksköterska en högskoleutbildning på minst ett år efter avslutad grundutbildning till sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2013).

Många distriktssköterskor är överens om att de inte ska ersätta sjuksköterskor då de gör skillnad på sig själva och sjuksköterskor som inte har specialistutbildning (Lindström, 2007). Vidare anser distriktssköterskor att den egna specialistutbildningen är specifik, men samtidigt så diffus att den inte kan greppas (a.a.). Dagens distriktssköterskeutbildning, som är anpassad till Bologna-fördraget innebär att det i utbildningen ingår mer teori och vetenskaplighet. Resultatet av det har studerats (Löfmark & Mamhidir, 2010). Studenter och handledare anger

både för- och nackdelar med studier med högre grad av vetenskaplighet. Fördelar som nämndes var ökad självständighet och att utbildningen var ett steg framåt i utvecklingen. Nackdelar var osäkerhet hur vetenskapligheten skulle kunna användas i det dagliga praktiska arbetet. Både studenter och handledare var dock eniga om att utbildningen kan resultera i högre status för distriktssköterskans arbete i framtiden (a.a.).

Lindström (2007) menar att det saknas koppling mellan dagens ohälsosituation i samhället, samhällsförändringar och distriktssköterskeutbildningens innehåll, att utbildningen är för bred och utformad för att passa såväl primärvård, skolhälsovård samt kommunal hälso- och sjukvård. Alla tre verksamhetsområdena kräver olika kompetens och leder till att distriktssköterskeutbildningen blir mycket omfattande och av tvärvetenskaplig karaktär. Dessutom tangerar utbildningen såväl allmänsjuksköterskornas avseende folkhälsa samt barnsjüksköterskornas avseende barns hälsa. Lindström (2007) menar vidare att det saknas en specifik distriktssköterskeprofil. Boström et al.:s (2012) studie poängterar att distriktssköterskorna måste stärka sin auktoritet och sociala position. Att vara generalist har varit distriktssköterskans signum (Lindström, 2007). Generalistprincipen lever fortsatt kvar men innebär delvis ett problem för professionen då det kan vara svårt att avgränsa vilken specialistkompetens som är specifik för distriktssköterskan (a.a.). Ett sätt att göra det är att distriktssköterskorna själva förtydligar vad deras yrkesroll innebär och vilken kompetens som är deras specifika samt varför den är viktig (Wilhelmsson & Lindberg, 2009; Clancy, 2007).

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter av arbetet som specialistsjuksköterska på vårdcentral.

### *Specifika frågeställningar*

- Vilken innebörd har distriktssköterskors specialistkompetens?
- Vilka faktorer påverkar distriktssköterskors arbete på vårdcentral?

## Metod

Aktuell studie var en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats och fenomenografisk inriktning. Med kvalitativ ansats menas insamling av data i syfte att nå en djupare förståelse av ett problem som helhet (Malterud, 2009). Fenomenografi handlar om att identifiera uppfattningar, det vill säga beskriva verkligheten såsom en grupp individer erfar den (Alexandersson, 1994). Fenomenografien skiljer mellan ett första och ett andra ordningens perspektiv. Inom första ordningens perspektiv försöker forskaren beskriva olika aspekter av verkligheten i form av fakta, det vill säga vad något är. Utifrån ett andra ordningens perspektiv, vilket är aktuellt i föreliggande studie, försöker forskaren beskriva människors erfarenheter av och tankar om något i verkligheten, det vill säga vad något uppfattas vara (Kroksmark, 2007).

## Urval

Inom fenomenografien är det av vikt att beskriva variationen av erfarenheter. I och med det bör urvalsförfarandet skapa förutsättningar för att erhålla största möjliga variation i hur en undersökningsgrupp erfar ett fenomen (Alexandersson, 1994). I denna studie genomfördes därför ett strategiskt urval. Målet med det strategiska urvalet är att insamlat material ska innehålla adekvata data som har potential att ge relevanta svar på problemet både på djupet och bredden (Malterud, 2009).

Aktuell studie bedrevs under våren 2014. För att nå distriktssköterskor som skulle kunna svara för den variation av erfarenheter som eftersöktes, kontaktades verksamhetschefer för vårdcentraler av skiftande storlek avseende mottagningsverksamhet, antal listade patienter och från olika kommuner i nordvästra Skåne. Initialt togs telefonkontakt med 15 verksamhetschefer med ansvar för 20 vårdcentraler inom nio olika kommuner. Två av verksamhetscheferna avböjde att delta i studien. Totalt skickades 13 informationsbrev och projektplaner ut till verksamhetscheferna med förfrågan om hjälp att komma i kontakt med distriktssköterskor som uppfyllde studiens inklusions- och exklusionskriterier. För att inkluderas i studien skulle distriktssköterskorna ha arbetat minst två år på vårdcentral för att på så sätt kunna svara för den erfarenhet som eftersöktes, samt ha regelbunden kontakt med

vårdtagare. De som exkluderades från studien var således sjuksköterskor som arbetade på vårdcentral och inte hade en specialistutbildning till distriktssköterska, de distriktssköterskor som uteslutande arbetade inom barnhälsovården samt de distriktssköterskor som inte hunnit arbeta två år.

## **Instrument**

Datansamling enligt fenomenografiskt arbetssätt sker, enligt Sjöström och Dahlgren (2002) oftast genom djupintervjuer, där respondenterna ges möjlighet att reflektera över sina erfarenheter och ge uttryck för sina tankar om den aktuella företeelsen. Avsikten med en intervju är att genom ett ledsagat samtal försöka förstå vilken innebörd en individ lägger i en företeelse (Starrin & Renck, 1996). Instrument för att genomföra aktuell studie var en intervjuguide (bilaga 1) med semi-strukturerade frågor, vilka författarna ansåg var relevanta för studiens syfte. Intervjuguiden möjliggjorde för författarna att följa upp allt väsentligt för att täcka studiens syfte. Genom öppna frågor fick respondenterna möjlighet att uttrycka sig fritt, vilket är centralt inom den fenomenografiska ansatsen där en utgångspunkt är att det inte finns ett rätt eller ett lämpligt svar (Alexandersson, 1994).

## **Datansamling**

För att få tillstånd att genomföra studien skickades skriftlig information med blankett för godkännande till 13 verksamhetschefer på olika vårdcentraler. Efter erhållande av samtycke, kontaktades de distriktssköterskor som uppfyllde de angivna kriterierna för studien samt önskade delta. Distriktssköterskorna som erhållit information om studien och dess innehåll fick bestämma tid och plats för intervjun. Alla studiens intervjuer genomfördes på den vårdcentral som distriktssköterskan arbetade på. En första pilotintervju genomfördes för att eventuellt revidera intervjuguiden, vilket också gjordes. Då intervjuguiden reviderades redan vid själva intervjutillfället kunde materialet inkluderas i resultatet. Vid samtliga intervjuer deltog båda författarna. Efter godkännande av respondenterna spelades alla intervjuer in på både mobiltelefon och diktafon. Författarna delade upp huvudansvaret för intervjuerna, så att hälften av intervjuerna genomfördes av en författare och resterande hälft av den andre

författaren. Den författare som inte bar huvudansvaret för intervjun, fungerade både som lyssnarstöd och kompletterande stöd gällande följdfrågor. Totalt intervjuades 12 distriktssköterskor då författarna ansåg att de uppnått datamättnad vid det antalet. Materialet omfattade 8 timmar och 35 minuter samtalstid. Intervjuerna varade 22 - 63 minuter.

## **Databearbetning**

Efter avslutade intervjuer transkriberades bandinspelningarna ordagrant och sparades på dator. Återigen delades arbetet upp så att hälften av intervjuerna transkriberades av den ena författaren och resterande hälft av den andra. När materialet var färdigtranskriberat raderades intervjuerna från mobiltelefonen men sparades fortsatt på diktafonen. Författarna har därefter tillsammans analyserat intervjumaterialet enligt fenomenografiskt analysförfarande. Styrande inom den fenomenografiska analysen är meningsinnehållet och en strävan efter att differentiera de innebörder som representerar ett visst fenomen (Sjöström & Dahlgren, 2002). Analysen och tolkningen av intervjuerna utfördes i sju faser med olika syften för var och en av faserna. I *fas 1* skrevs intervjuerna ut och författarna ägnade tid åt att bekanta sig med intervjumaterialet genom att både lyssna på inspelningarna och läsa det utskrivna materialet. På så sätt kunde författarna skapa sig ett helhetsintryck. I *fas 2* lästes varje intervju i detalj, understrykningar gjordes för att på ett systematiskt sätt identifiera signifikativa utsagor i de skilda intervjuerna, det vill säga utsagor som ofta förekom och/eller tidigt angavs i respondenternas svar eller som särskilt betonades. I *Fas 3* kondenserades de utsagor som framträtt i fas 2. Utsagorna klipptes ut ur det transkriberade materialet och lades ut på bord för att få en tydlig överblick. I *Fas 4* fördelades urklippen i preliminära likartade meningsbärande grupper. I *Fas 5* gjordes jämförelser mellan gruppernas likheter och skillnader, med syfte att avgränsa dem ytterligare från varandra. I *Fas 6* namngavs de olika grupperna i kategorier utifrån sina respektive innebörder. Den beteckning som gruppen fick skulle motsvara essensen i kategorin. I *Fas 7* gjordes en genomgång av de unika karaktärerna i kategorierna och en systematisk analys av hur kategorierna förhöll sig till varandra och till det undersökta fenomenet (Sjöström & Dahlgren, 2002).

## **Förförståelse**

En forskares förförståelse handlar om de erfarenheter, kunskaper och eventuella förutfattade meningar som denne bär med sig in i ett forskningsprojekt. Att synliggöra förförståelsen är av vikt så den inte påverkar forskningsprocessen i något stadium (Malterud, 2009). Båda författarna är legitimerade sjuksköterskor med erfarenheter enbart från slutenvården. Den förförståelse som författarna bär med sig härstammar dels från distriktssköterskeutbildningen men även från de flertalet platsannonser som lästs där arbetsgivare sökt distriktssköterskor/sjuksköterskor som om deras kompetens kan likställas. För att synliggöra förförståelsen skrevs den ner och reflekterades kring under arbetets gång.

## **Etisk avvägning**

Enligt Helsingforsdeklarationens etiska principer ska nyttan med en studie överväga eventuella risker med att delta (World Medical Association, 2013). Innan aktuell studie genomfördes granskades projektplanen av Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Institutionen för hälsa, vård och samhälle vid Lunds universitet för att erhålla ett rådgivande yttrande. De delar av studien som VEN hade synpunkter på åtgärdades i enlighet med deras önskemål.

Inom forskning bör de etiska principerna autonomi, godhet, rättvisa samt att inte skada beaktas (Henriksen & Vetlesen, 2001). I aktuell studie har författarna lagt vikt vid att ta hänsyn till dessa grundläggande principer. Det innebar att författarna visade respekt genom att hela tiden beakta respondenternas vilja, strävade efter att göra gott, förhindra skada och behandla alla lika. I den skriftliga informationen som skickades ut till verksamhetscheferna och distriktssköterskorna framgick tydligt vilka som var undersökare, vilket som var studiens syfte och hur materialet skulle komma att behandlas. Vidare informerades respondenterna om att deltagandet var frivilligt och om deras rättighet att när som helst avbryta sin medverkan i studien. För att säkerställa konfidentialitet avidentifierades data genom att intervjuerna försågs med nummer (Polit & Beck, 2007). Vidare förvarades intervjumaterialet på ett för obehöriga säkert ställe. Efter att uppsatsen examinerats och godkänts kommer allt intervjumaterial att förstöras.



# Resultat

## Undersökningsgrupp

Av de 15 verksamhetschefer med ansvar för 20 vårdcentraler som kontaktades, resulterade det i intervjuer med 12 distriktssköterskor. Könsfördelningen bland dessa 12 var tio kvinnor och två män. Den genomsnittliga åldern var 54 år. Respondenterna hade i genomsnitt arbetat 12 år som sjuksköterskor och 16 år som distriktssköterskor.

**Tabell 1. Uppgifter om deltagarna (n=12)**

<b>Kön</b>	<b>Ålder</b>	<b>År som ssk</b>	<b>År som dsk</b>	<b>Ytterligare högskolepoäng *</b>
Man	61	5	30	Ja, 7,5hp vårdvetenskap, 7,5hp hälsa
Kvinna	59	7	31	Ja, 15hp diabetes
Kvinna	65	17	25	Ja, 7,5hp inkontinens
Kvinna	58	20	14	Ja, 15hp diabetes
Kvinna	50	4	2	Nej
Kvinna	58	24	14	Ja, 60hp barn
Kvinna	46	12	3	Nej, läser 15hp astma/KOL just nu
Kvinna	55	16	17	Ja, 7,5hp demens
Kvinna	62	4	36	Nej
Man	50	11	14	Ja, 15hp ASIH, 15hp handledning
Kvinna	32	3	5	Ja, 7,5hp kost, 7,5hp hälsa
Kvinna	57	20	5	Nej

Ssk = sjuksköterska

Dsk = distriktssköterska

Hp = högskolepoäng

\* = poängen är översatta till dagens poängsystem

## Resultatredovisning

Utifrån analysen av intervjumaterialet framkom ett tema och fem kategorier. Det tema som framträdde var *"en förändrad och otydlig profession"*. De fem kategorierna, vilka förhöll sig jämbördiga till varandra, var: *"styrd av omvärlden"*, *"förändrad syn på professionen"*, *"skiftande typ av yrkesutövningar"*, *"generalist visavi specialist"* samt *"outnyttjad specialistkompetens"*.

## *Styrd av omvärlden*

Av intervjumaterialet framkom att likt andra professioner verkar distriktssköterskorna inte i något vakuum, utan påverkas i mångt och mycket av sin omvärld. Det betonades att 90-talets Ädelreform haft betydelse för deras arbetssätt. Innan Ädelreformen arbetade distriktssköterskorna inom ett specifikt distrikt och hade både mottagning och gjorde hembesök. De menade att Ädelreformen splittrat professionen och gjorde att begreppet ”från vaggan till graven” till viss del förlorades. Anledningen till det var att arbetet för distriktssköterskor då blev mer uppdelat i barnhälsovård och vuxenmottagning. Vuxenmottagning kom i vissa fall att lokaliseras till vårdcentralerna och i vissa fall att fortsätta som en egen enhet avskild från vårdcentralen. På en del vårdcentraler fick distriktssköterskorna en egen ingång till sin mottagning, medan andra blev mer inkorporerade i vårdcentralens verksamhet. Placeringen av distriktssköterskornas mottagning upplevdes ha påverkat hur självständiga de kunde vara och hur pass styrda de blev.

*”Men det kan skilja otroligt mycket från vårdcentral till vårdcentral, men det beror mycket på vem som är chef. Det finns ju dem som, ... där det finns en vuxenmottagning och de distriktssköterskorna bara syslar med det, de är aldrig inne på vårdcentralen och jobbar någonting alltså. Men de vårdcentralerna försvinner alltså, de äts upp. De förändras mer och mer. De blir mer och mer sällsynta.” (R4)*

Vårdvalet var en annan faktor som betonades. En del distriktssköterskor ansåg att vårdvalet styrde patientflödet och deras arbete. Befolkningen var mer påläst och ställde andra krav på snabb hjälp och snabba lösningar för att inte byta vårdcentral. Vid minskat antal listade patienter skulle mottagningen på olika sätt få skära i verksamheten för att få budgeten i balans.

*”Alltså idag är det hälsoval, det är ju fritt vårdsökande, då har du ju inget distrikt utan du är på vårdcentralen och det är ju ditt distrikt där och de kommer. Passar inte galoscherna så går de ju, flyttar till någon annan, så det har blivit lite tillspetsat. Kan jag tycka.” (R3)*

Det betonades att ekonomi och resultat blivit alltmer styrande för deras arbete. Områden som premierades ekonomiskt av hälsovalskontoret var av betydelse för hur vårdcentralen prioriterade vissa arbetsuppgifter framför andra. Det som gav ekonomisk ersättning var det som styrde verksamhetens inriktning. Exempelvis nämndes att det tidigare fokuserats på livsstilsomfattning men att det nu var stort fokus på uppstarten av äldrevårdsmottagning

*” ... för det handlar ju bara om pengar nu och det händer mycket när man införde det här vårdvalet för ett par år sen, alltså allting är så pengafixerat nu, man ska bara håva in pengar till sin enhet och se till liksom att budgeten är i balans och skiter totalt i kvalitén ... ” (R10)*

En annan betydande faktor som lyftes var hur vårdcentralen var organiserad. I analysen av intervjumaterialet framkom att det var en skillnad i hur arbetet på vårdcentralerna var organiserat. På en av vårdcentralerna var det framförallt distriktssköterskor som bemannade telefonen medan det på övriga vårdcentraler var allmänsjuksköterskor. På ett par vårdcentraler arbetade distriktssköterskorna enbart inne på distriktssköterskemottagningen medan de på andra vårdcentraler arbetade både på distriktssköterskemottagningen och inne på vårdcentralen.

*” ... det är en organisatorisk historia här och hur man prioriterar, rätt man på rätt plats! Att varje chef skulle sätta sig så, ”vad är du duktig på?”, alltså där ska du ju va mesta delen av din tid, bara det inte är alltför tråkigt.” (R6)*

### *Förändrad syn på professionen*

Något som förändrats var synen på professionen, dels hur distriktssköterskorna ser på sig själva och sin profession men även hur de uppfattar att omvärlden ser på deras profession. Flertalet av distriktssköterskorna ansåg att synen på vad en distriktssköterska är hade förändrats över tiden.

*” ... när jag började här ... så var distriktssköterskan, hon fanns där, det var den gamla sorten, alla visste vem distriktssköterskan var, vad man gjorde där och liksom vad hon kunde. Frågade du liksom på byn så visste alla vem det var. Nu så är vi, vi finns lite här och var, vi finns i telefonrådgivningen och vi kan ha astma, vi kan ha diabetes, vi kan ... ja du kan träffa distriktssköterskan ... så du kan träffa henne ja lite överallt kort sagt. Så jag tror att bilden av liksom distriktssköterskan så, kanske behöver stärkas lite så.” (R2)*

Någon distriktssköterska ansåg att distriktssköterskans profession inte hade lika högt anseende som tidigare. Anledningen till det var delvis att det råder en helt annan syn på sjukvården idag. I dagens samhälle fanns värderingar där ”generalisten” hade svårt att hävda sig och ta plats.

*” ... man ska vara narkossköterska eller jobba på akuten, för då är man duktig.” (R4)*

Det framkom att distriktssköterskans profession ibland jämfördes med allmänsjuksköterskans. Anledning till det ansågs vara verksamhetschefens inställning till vem som ska göra vad på vårdcentralen och hur den ska bemannas. Att de ibland jämfördes var vanligt förekommande i platsannonser och det ansågs bero på att det varit brist på sökande distriktssköterskor. De menade att det hade påverkat professionen negativt så till vida att synen på distriktssköterskan blivit urvattnad. Dock framkom att på de vårdcentraler där chefen var distriktssköterska fanns det en annan syn och förståelse för vad en distriktssköterskas arbete bör bestå av.

*”Ja men det är ju arbetsgivarens syn i så fall, att vad är det egentligen de vill ha på vårdcentralen.” (R11)*

En annan anledning till att synen på distriktssköterskan förändrats var att de inte varit rädda om sin profession. Många av distriktssköterskorna menade att de inom professionen inte varit så duktiga på att framhäva sitt eget kunnande gentemot både allmänhet och arbetsgivare. Flertalet ansåg att det nu var viktigt att börja visa sig och stärka yrkesrollen.

*”Jag hoppas naturligtvis att det ska va en positiv utveckling och att vi ska kunna, att vi ska kunna bli, ja vi måste ju liksom visa oss själva för arbetsgivaren och för allmänheten och så, vad vi är och vad vi kan.” (R2)*

### *Skiftande typ av yrkesutövningar*

Det framkom att arbetet som distriktssköterska på vårdcentral kan innebära många olika arbetsuppgifter. Förekommande arbetsuppgifter var bedömning och behandling av sår, skötsel av olika infarter såsom port-a-cath och picc-line, inkontinensutredningar, förskrivning av både läkemedel och hjälpmedel, skötsel av katetrar och dränage, bedömning av hudutslag, blodtrycksmätningar, suturtagningar, injektioner, vaccinationer samt rådgivning inom diverse områden. Vidare arbetade två av distriktssköterskorna även med barnhälsovård. Några av distriktssköterskorna arbetade även med telefonrådgivningen och triagering samt med provtagning och assisterade läkare vid olika undersökningar. Distriktssköterskornas många olika arbetsuppgifter visade på yrkets omfattning och skiftande karaktär och var något som upplevdes som både omväxlande och oftast positivt. Det faktum att distriktssköterskorna kunde ha kontakt med patienter i alla åldrar och att arbetet skiftade från dag till dag, skapade glädje i yrkesutövningen.

*” ... det är ett väldigt roligt arbete, fantastiskt roligt och väldigt stimulerande, man träffar jättemånga olika sorters människor, ja det är världens roligaste jobb ... ” (R5)*

För de distriktssköterskor som huvudsakligen arbetade med egen distriktssköterskemottagning var arbetet väl avgränsat. På mottagningen fanns återkommande patienter som fick möta samma distriktssköterska varje gång. Med detta skapades god kontinuitet för patienten och förutsättning för att skapa goda relationer. De goda relationerna borgade för att patienter vågade ta upp känsliga problemområden såsom inkontinens. Den egna mottagningen bidrog även till ett bra arbetsklimat och mer självständigt arbete med möjlighet till att göra egna bedömningar, initiera behandling och därefter följa upp insatta åtgärder.

*” ... man är mycket mer självständig om man jobbar på distriktssköterskemottagningen eller på BVC.” (R5)*

För de distriktssköterskor som å andra sidan arbetade både på distriktssköterskemottagningen och deltog i vårdcentralens övriga verksamhet upplevdes arbetet splittrat. Det fanns en förväntan att distriktssköterskorna skulle vara flexibla och arbeta överallt. Följden blev att kontinuiteten i kontakten mellan distriktssköterska och patient försvårades med exempelvis sämre behandlingsresultat som följd. Vidare framkom att hälsofrämjande arbete inte fick tillräckligt utrymme då det inte gavs möjligheter till att arbeta med det på ett strukturerat sätt, då den största delen av tiden ägnades åt sjukdomsorienterade uppgifter.

*”Alltså man orkar inte va, för du vet att hela dan är styckad så där. Du känner inte att du är färdig, när du haft distriktssköterskemottagning så hinner du knappt föra in journalerna va förrän du ska slänga dig till telefonen på vårdcentralen för att du sen ska sitta på triaget och sen ska du va där va och sen kallar läkaren så är det ett akutfall där ute. Alltså det blir väldigt, väldigt snurrikt alltihopa.” (R6)*

### *Generalist visavi specialist*

Det framkom att en specialist har fördjupad kunskap inom ett område. Distriktssköterskorna ansåg att de hade fördjupad kunskap men det saknades samsyn kring vilket specialistområde de har. Begreppet ”generalist” ansågs vara unikt för deras profession. Att vara generalist var en tillgång men skapade samtidigt en otydlighet beträffande specialistkompetensen. Det framkom emellertid att de hade specifik kompetens inom bland annat barnhälsovård, förskrivning av läkemedel och hjälpmedel, hälsofrämjande arbete samt annan teoretisk fördjupning de erhållit via distriktssköterskeutbildningen.

*”Det är ju väldigt brett område kan man tycka. Men det är ju lite fördjupade kunskaper dels om äldre och om barn ... men man kan väl mycket eller ... man kan väl lite om mycket, kan man väl säj.” (R5)*

Vidare ansåg distriktssköterskorna att det hade en helhetssyn på patienten och att helhetssyn också var specifikt för deras profession. För distriktssköterskorna innebar helhetssynen att se hela människan och att samverka med olika vårdinstanser.

*”Alltså jag känner att vi är så breda ... som en allmänläkare kan man säga fast vi är distriktssköterskor, vi har liksom hela spektrat, vi har ju allt ifrån små barn som kommer med utslag till gamla patienter som behöver hjälp med någonting.”*  
(R12)

Det betonades att utbildning i sig var viktig att ha som en grund. Utbildningen gav dem en formell kompetens och extra kunskap inom flera områden. Från utbildningen erhöll de en särställning som specialistsjuksköterskor inom barnhälsovård och förskrivningsrätt.

*”Jag tyckte att man kände sig väldigt speciell när man hade gått utbildningen ... inte så att man är specialist på allt, men jag tyckte ändå att man fick med sig väldigt mycket därifrån och väldigt mycket råg i ryggen.”* (R2)

Några som nyligen gått distriktssköterskeutbildningen kände sig inte som specialister när de examinerats och de ansåg att utbildningen var bred och ospecifik och de lärde sig ”lite om mycket”. De tyckte inte att de kände sig som specialistsjuksköterskor och inte mer specialiserade än innan de gick sin vidareutbildning. En del ansåg att de inte var specialistsjuksköterskor mer än på pappret och menade att de var specialister först när de gått ytterligare poängutbildning inom något specialistområde som till exempel astma/kol eller diabetes. För att arbeta med specialmottagning inom till exempel diabetes krävdes att specialistsjuksköterskan hade läst ytterligare högskolepoäng. Det framkom att en vidare fördjupning och specialisering inom specifika ämnesområden var ett möjligt framtida scenario som diskuterats gällande distriktssköterskeutbildningen.

*”Jag kände mig inte mer specialiserad än vad jag gjorde som sjuksköterska egentligen”* (R11)

*” ... alltså, distriktssköterskan är numera en plattform ... du förväntas att utbilda dig ett snäpp till.”* (R4)

Distriktssköterskorna gav uttryck för att utbildning var ett måste för deras profession då det gav dem formell kompetens men även att erfarenhet, den reella kompetensen, var viktig för att bli specialist inom ett område.

*”Ibland kan jag känna mig som en vanlig syrra med lång erfarenhet” (R10)*

Erfarenheten var viktig för att kunna göra bedömningar, en specialistkompetens som ansågs komma med lång erfarenhet. Bedömning och behandling av sår, ett område som krävde erfarenhet, betonades som ett av distriktssköterskans specialtområden. Det var inte ovanligt att de fick agera konsult till såväl läkare som kollegor.

*” ... bedömningarna ... kan man inte lära sig huxan-fluxan och gå bredvid två tre dar ... det tar många år när du har gått din distriktssköterskeutbildning innan jag uppfattar dig som specialist inom ditt område då va för du behöver din erfarenhet” (R6)*

Det påtalades vidare att utbildningen lade stor vikt vid teoretisk kunskap. Då distriktssköterskor arbetade mycket med bedömningar och rent praktiska göromål fanns en önskan om att den praktiska delen skulle få större utrymme inom utbildningen.

*”Jag var ingen fena på bensår efter min vidareutbildning. Det har jag lär mig senare, ”learning by doing”. Klinisk erfarenhet, men man måste ju såklart ha grunderna...” (R1)*

### *Outnyttjad specialistkompetens*

Många distriktssköterskor kände att deras kompetens var på väg att gå förlorad. De hade inte varit rädda om sin profession och visat vad de hade för kompetens. En del ansåg att de inte fick utnyttja sin kompetens till fullo, bland annat för att de fick göra arbetsuppgifter som de ansåg inte behövde specialistkompetens, till exempel bistå läkare vid diverse undersökningar. Några ansåg att de genom detta agerande jämfördes med allmänsjuksköterskan vilket de tyckte var felaktigt eftersom de då fick göra denna typ av arbetsuppgifter på bekostnad av



preventiva åtgärder och hälsofrämjande arbete. Det fanns en stark önskan av att få arbeta mer hälsofrämjande och att detta arbete skulle få prioriteras i större utsträckning än vad som tilläts idag.

*”Det är borttaget en massa bitar ur vår kompetens. Det är uppsplittrat, jag tycker egentligen inte att distriktssköterskan har någon specialitet längre. Jag tycker att vi är ett utdöende släkte.” (R4)*

Trots att många ansåg att det var skillnad på distriktssköterskor och allmänsjuksköterskor både vad gäller utbildning och den specifika kompetensen, hade dock flera svårt att precisera vad den specifikt bestod av i fråga om arbetsuppgifterna på vårdcentralen. En del ansåg att det inte skiljde mycket i arbetsuppgifterna från en grundutbildad sjuksköterska, trots att distriktssköterskorna ansåg att de hade en teoretisk fördjupad kunskap i jämförelse med allmänsjuksköterskan. På flera vårdcentraler kunde de båda professionerna överlappa varandra men oftast så att distriktssköterskan fick bemanna vårdcentralen, omvänt var inte lika vanligt.

*”Det flyter ju ihop rätt mycket som det är nu.” (R3)*

Några distriktssköterskor ansåg att utbildning gör att en person blir mer användbar överallt. De menade att ju högre utbildning distriktssköterskor hade, desto fler arbetsmoment kunde de göra på vårdcentralen. Genom att finnas på många olika ställen på vårdcentralen fanns dock en risk att distriktssköterskans specialistkompetens försvann genom att det blev svårare att hålla sig uppdaterad inom alla områden.

*”Sen tappar man ju bort lite det man inte jobbar med, ja inom alla områden ...” (R9)*

Ett område som det inte var samsyn kring var telefonrådgivning. Att sitta i telefonrådgivningen ansågs vara en avancerad arbetsuppgift då det krävdes mycket kunskap och erfarenhet. Det framkom att det egentligen vore bra om en distriktssköterska bemannade telefonen, tack vare sin breda kompetens. De menade att de var rätt personer till triage och telefonrådgivning då de kunde avgöra vem som var sjuk eller inte. Genom att sitta i telefon

skulle korrekta bedömningar kunna göras och behandlingar sättas in och därmed kunde även förskrivningsrätten utnyttjas. Genom att använda kompetensen på detta sätt kunde även läkarna avlastas. Få var dock intresserade av att sitta i telefonen alltför mycket, dels då de ansåg att det var stressigt, dels att det var ett otacksamt arbete med risk att möta missnöjda patienter på grund av dålig telefontillgänglighet och brist på läkartider. Det påtalades emellertid att telefonrådgivning tillsammans med bedömningar borde uppta mer av distriktssköterskans tid i framtiden. Andra arbetsuppgifter som till exempel injektioner och suturtagning skulle då kunna skötas av en allmänsjuksköterska istället.

*” ... jag skulle sitta där och svara i telefon .... det var jättesvårt tyckte jag, jag hade inte erfarenheten ... att bedöma i telefon ... det är ju det som är svårast fortfarande.... att göra en bedömning utan att se patienten. (R8)*

Genom att stärka yrkesrollen och därmed bättre ta tillvara på kompetensen, ansåg distriktssköterskorna att det kunde leda till positiv utveckling för såväl profession, arbetsgivare och vårdtagare.

*“Nya tider! Men att distriktssköterskan ska försvinna, det har jag väldigt svårt att tänka mig. Det tror jag inte!” (R9)*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Då syftet i aktuell studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenheter som specialistsjuksköterskor på vårdcentral, valdes en kvalitativ ansats. Utifrån studiens problemområde som visade på otydlighet inom professionen, ville författarna undersöka hur det verkligen förhöll sig. Med fenomenografisk inriktning ansåg författarna att det var möjligt att erhålla en bred förståelse av det studerade fenomenet.

För att öka studiens  *trovärdighet*  vidtogs ett antal åtgärder. I aktuell studie gjordes ett strategiskt urval med målet att få en spridning avseende distriktssköterskornas erfarenheter och därmed öka resultatens  *giltighet* . För att tillgodose det kontaktades verksamhetschefer som ansvarade för vårdcentraler av skiftande storlek och från olika kommuner. Enligt Polit och Beck (2007) kan felaktigt urvalsförfarande betraktas som bias. En distriktssköterska kom att ingå i studien på eget initiativ då en kollega på samma vårdcentral blivit utvald. Trots risk för bias fick distriktssköterskan delta i studien då denne hade varit verksam många år och således kunde förväntas ha erfarenhet som kunde komma studien till godo. Ett ytterligare argument för att hon skulle få delta var att studiens material skulle bli större och därmed nå datamättnad.

Inom kvalitativ metod är forskaren det primära instrumentet, dels genom att denne skapar intervjuguiden och dels genom att denne genomför och leder intervjuerna. Som forskare ska hänsyn tas till sin förförståelse för att undvika bias (Polit & Beck, 2007). Författarna till denna studie har genomgående försökt att sätta sin förförståelse åt sidan och vid skapandet av intervjuguiden var det något som beaktades. För att säkerställa att intervjuguiden kunde generera  *trovärdiga*  svar, utformades den med tydliga frågor för att undvika misstolkningar och ge möjligheter för respondenterna att uttrycka sig fritt. För att fånga upp respondenternas reflektioner ställdes följdfrågor. För att testa intervjuguidens  *giltighet*  genomfördes en pilotintervju vilken visade att en fråga inte var relevant i förhållande till studiens syfte. Guiden kompletterades därför under pilotintervjun med ytterligare en fråga. I och med att intervjuguiden redan kompletterades vid pilotintervjun kunde materialet användas.

Forskarens  *delaktighet*  i intervjusituationen medför att studiens resultat inte kan ses som oberoende av forskaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2014). Båda av författarna var ovana intervjuare vilket kan ses som en begränsning för studiens  *giltighet* . I själva intervjusituationen kan författarna omedvetet ha styrt respondenterna i någon riktning. Vidare kan en bristande användning av följdfrågor ha påverkat både mängden och typen av information som erhållits. En styrka för studiens  *tillförlitlighet*  var att i samtliga intervjuer deltog båda författarna, en som intervjuare och den andre som lyssnarstöd och stöd gällande kompletterande följdfrågor. Dock kan två intervjuare enligt Kvale och Brinkman (2014) skapa en obalans i intervjusituationen. Emellertid upplevde författarna inte att respondenterna kände sig underlägsna. Något som författarna emellertid uppmärksammade var att en del av

verksamhetscheferna hade vidarebefordrat projektplanen till distriktssköterskorna. Det innebar att dessa distriktssköterskor därför hade hunnit reflektera kring problemområdet i förväg. Att erhålla projektplan och intervjuguide i förväg kan ha både positiv och negativ betydelse. Positivt genom att respondenterna hunnit reflektera kring det undersökta fenomenet, negativt eftersom det kan ha lett till bias genom att deras svar påverkats av det resonemang som förts i projektplanen. Att respondenterna gavs olika förutsättningar kan eventuellt ha påverkat de svar som erhöles och därmed studiens *giltighet*.

För att stärka studiens *tillförlitlighet* gjordes en noggrann beskrivning av det fenomenografiska analysförfarandet som sedan följdes noggrant. Under hela analysarbetet har båda författarna deltagit vilket kan ses som en styrka. Styrkan ligger i att två personer har läst intervjumaterialet, två personer har reflekterat kring respondenternas utsagor och två personer har tillsammans diskuterat materialets innebörd och således tillsammans och med stringens utformat kategoribenämningarna. För att stärka analysförfarandets *giltighet* har ett antal citat presenterats. Enligt Malterud (2009) är citat ett sätt att förankra resultatet i det ursprungliga materialet. Huruvida resultatet i föreliggande studie är *överförbart* beror på de steg forskaren vidtagit gällande urval, deltagare, datainsamling, analys och studiens kontext (Lundman & Hällgren Graneheim, 2014). Genom en utförlig och noggrann beskrivning av urval, datainsamling, analysprocess och studiens kontext samt en tydlig presentation av resultat tillsammans med adekvata citat torde studiens överförbarhet öka.

## **Resultatdiskussion**

I kompetensbeskrivning för distriktssköterskor står att läsa att distriktssköterskans kompetens inte i detalj kan beskrivas på grund av det breda verksamhetsfält som denne arbetar inom och har kunskaper om (DSF, 2008). Det faktum att distriktssköterskans kompetens är svårt att beskriva, för såväl de inom professionen som för de som står utanför, leder till en otydlighet kring dennes yrkesroll och kunskaps- och specialistområden. I aktuell studie framträdde den förändrade och otydliga professionen som ett dominerande tema, något som även bekräftas i tidigare studier av bland annat Boström et al. (2012) och Clancy (2007). Som framkommit i denna studie utgick distriktssköterskorna tidigare från vårdcentralen och ansvarade för ett specifikt distrikt. Idag finns inte något distrikt i den bemärkelsen, utan patienter från olika

områden kommer till vårdcentralen och således blir vårdcentralen distriktssköterskans ”distrikt”. Följden av det är att ordet distriktssköterska har tappat lite av sin innebörd och kanske till viss del orsakat otydligheten. Det kan vara så att det i dagens samhälle, vilket även diskuterats i en studie av Scott (2013), har ordet distriktssköterska blivit en förlegad benämning på en yrkesroll som inte har samma givna plats inom primärvården och därmed har den blivit otydlig och fått reducerad status.

Aktuell studie lyfter faktorer som förändrat och styrt såväl synen på professionen som dess arbetssätt. Det har diskuterats huruvida sjuksköterskeprofessionen har en professionell status eller inte (Furåker, 2008; Brante, 2008). I Furåkers (2008) studie framkom att många inom professionen har svårt att artikulera vad deras arbete består i och att det var ofta som yrkesrollerna sjuksköterska och undersköterska flöt ihop. Det rådde frustration över att det inte fanns någon arbetsbeskrivning eller klara riktlinjer uppsatta över vilka specifika ansvarsområden de olika yrkena skulle ha (a.a.). Även i aktuell studie framkom uppfattningen att yrken flyter ihop, och i detta fall rörde det sig om distriktssköterskan och sjuksköterskan. Distriktssköterskorna menade att det var felaktigt att dessa yrkesgrupper likställdes då de ansåg att de var skillnad på dem med sin specialistutbildning och allmänsjuksköterskan med endast grundutbildning. Anledningen till den utvecklingen ansågs till stor del bero på organisationen de verkade i och chefens inställning till vem som ska göra vad på vårdcentralen. Att det kan vara så bekräftas i flertalet studier där respondenterna ansåg att deras profession och kompetensutnyttjande till stor del påverkats av den organisation de verkade inom och att organisationen var en anledning till den oklara yrkesrollen (Furåker, 2008; Friman, Klang & Ebbeskog, 2010; Hägglund, 2009; Mian, Koren & Rukholm, 2011; Meagher-Stewart et al., 2010). Med det i åtanke torde en konkretisering av vad en distriktssköterskas arbete ska bestå av vara ett sätt att förtydliga yrkesrollen och även optimera användningen av specialistkompetensen. Kanske att såväl kompetensbeskrivning för distriktssköterska som regionala riktlinjer inom primärvården och även lokalt på vårdcentralerna kunde konkretiseras och tydligt lyfta de arbetsområden som distriktssköterskan ska ansvara för. Denna konkretisering kunde då ta fasta på det som särskiljer distriktssköterskan från allmänsjuksköterskan så att hennes specialistkompetens kan tas tillvara på bästa sätt.

Hur vårdcentralen organiseras och vem som gör vad bottnar ofta i ekonomiska mål. I aktuell studie lyftes att ekonomi och resultat var det som i slutändan styrde verksamheten och därmed deras arbete. Inom primärvården råder en konkurrens om patienterna vilket än mer aktualiserats i samband med införandet av vårdval. För att klara ekonomiskt uppsatta mål krävdes ett visst antal listade patienter och att det fanns ett patientflöde som strömmade genom vårdcentralen. Patientflödet var beroende av tillgängligheten vilket är det som flertalet patienter låter styra när de väljer vilken vårdcentral de ska vara listade på (Glenngård, Anell & Beckman, 2011; Ågren & Nordgren, 2012). I en studie av Hollman, Lennartsson och Rosengren (2014) framkom att distriktssköterskor upplevde svårighet att bibehålla god patientkontinuitet och leverera god vård då kvantitet i antalet patientbesök premierades framför kvalitén i själva vårdkontakten. Även i aktuell studie framkom frustration över att pengar styrde över kvaliteten. Likaså i Jerdén et al.:s (2006) studie framkom att strävan för att uppnå hög tillgänglighet till vården och därmed ett konstant patientflöde, leder till att de mest brådskande arbetsuppgifterna prioriteras vilket oftast är de medicinskt orienterade. För distriktssköterskor med sin specialistkompetens inom folkhälsa innebär den prioriteringen att dennes kompetens inte används på ett optimalt sätt.

I aktuell studie framkom att utrymmet för hälsofrämjande insatser var begränsat. Det fanns bland distriktssköterskorna en önskan att få mer tid till preventionsarbete, men på grund av hur arbetsuppgifter prioriterades var det inte möjligt. Dock lyfte några hälsovalskontorets möjligheter att påverka vårdcentralens arbete och vad som prioriterades. Det framkom att områden som hälsovalskontoret premierade ekonomiskt var även de arbetsområden som vårdcentralen satsade på. För att nationella hälsomål ska kunna fungera som styrmedel är det avgörande att de är både tydligt uttalade och konkreta (Lager, Guldbbrandsson & Fossum, 2007). Med tanke på det torde större fokus på hälsofrämjande arbete kunna säkerställas genom att det både ställs krav men även ges ytterligare ekonomiska ersättningar till vårdcentraler som aktivt arbetar med hälsofrämjande arbete. Att balansera sjukdomsorienterad arbetsuppgifter med hälsofrämjande satsningar är viktigt för primärvården då det är framförallt primärvården som bär huvudansvaret för förebyggande arbete enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). I det arbetet borde distriktssköterskan inneha en avgörande roll då ett av dennes kompetensområden är att främja hälsa och förebygga sjukdom. Samtidigt bör poängteras, med stöd i aktuell studie, att distriktssköterskorna själva borde ta mer plats i det arbetet och bli duktigare på att framhäva sitt kunnande inom det området.

Det framgick i studien att distriktssköterskor kunde ha många arbetsuppgifter på en vårdcentral. Hur de arbetade berodde på hur vårdcentralen var organiserad. Att ha många olika arbetsuppgifter gjorde arbetet splittrat. Det kunde också vara svårt att hålla sig vetenskapligt uppdaterad. För de distriktssköterskor som hade egen distriktssköterskemottagning, var arbetet mer avgränsat. De hade återkommande patienter som fick kontinuitet i vården. Kontinuitet i relationer är en viktig aspekt för distriktssköterskan då det ger möjlighet att skapa tillitsfulla relationer med vårdtagare (Tveiten & Severinsson, 2005; Eriksson & Nilsson, 2008). Med det i beaktande ger egen distriktssköterskemottagning goda förutsättningar för att på ett bra sätt kunna ge egenvårdsråd och kunna arbeta hälsofrämjande enligt Orems omvårdnadsteori. Då det för några respondenter inte fanns resurser att ta tid i anspråk för att i lugn och ro tala med patienterna, gavs därmed inte heller möjlighet till att arbeta för att uppfylla mål och riktlinjer som finns angivna för folkhälsoarbete.

Något som blivit tydligare i dagens samhälle är den många gånger förändrade synen som råder på vården. I aktuell studie framkom bland annat att den som var specialist inom ett väl avgränsat område, som till exempelvis anestesi eller akutsjukvård, ansågs vara duktig. Då distriktssköterskans specialistområde inte är välavgränsat blir synen på denne som specialist mindre framträdande. Det i sin tur kan innebära att denne blir mer ersättningsbar. Emellertid framhölls att distriktssköterskan har flera olika specialistområden, men att endast barnhälsovård och förskrivningsrätt gav särställning som specialistsjuksköterska. Något som var unikt för distriktssköterskorna var att det såg sig som generalister med bred kompetens inom flera områden. Problemet var att samtidigt vara specialister. Orden generalist och specialist är dess motpoler, men är för distriktssköterskan en realitet. Att vara generalist ansåg de också komma men den holistiska människosyn de hade. Denna helhetssyn ansåg de vara speciell för distriktssköterskan men är i sig inget avgränsat område. I dagens samhälle framhålls ofta specialister som experter. Att vara generalist specialist har dock ett stort värde även i framtiden då någon måste ha helhetsgrepp över individen (O'Malley & Fearnely, 2007; Strandberg, Ovhed, Borgquist & Wilhelmsson, 2007).

Många kände sig inte som specialister trots akademisk utbildning till specialistsjuksköterska. Utbildningen till distriktssköterska framhölls som bred och ospecifik vilket bland annat också Lindström påtalade i sin studie (2007). De flesta av respondenterna i föreliggande studie hade också läst ytterligare poängutbildningar för att vidare specialisera sig inom ett mer avgränsat

område, till exempel inkontinens. Ett annat sätt att specialisera sig kan vara att studera till avancerad specialistsjuksköterska, vilket varit möjligt sedan 2005. Tanken är att de avancerade specialistsjuksköterskorna ska kunna ta ökat ansvar för bedömning och uppföljning av patienter och ha egna mottagningar. En studie av Lindblad, Hallman, Gillsjö, Lindblad och Fagerström (2010) som gjordes för att utvärdera utbildningen till avancerad specialistsjuksköterska kom fram till att samtliga som ingick i studien redan arbetade som distriktssköterskor. För alla yrkeskategorier var det svårt med gränsdragning av de olika sjuksköterskerollerna (a.a.). Enligt Irvine (2005) behöver distriktssköterskor en rad kompetenser i form av kunskap, attityd och färdigheter för att kunna utföra hälsofrämjande arbete. För utbildning till distriktssköterska är det av vikt att teori och praktik får rätt balans för att motsvara arbetslivets krav (Swider, Levin, Ailey, Breakwell, Cowell Mc Naughton & O'Rourke, 2006). Högre utbildning ger ökad självständighet men kan vara svår att applicera och använda i det dagliga praktiska arbetet (Löfmark & Mamhidir, 2010). Det måste finnas en tydlig länk mellan utbildning och praktisk omvårdnad genom att träna de vanligaste och mest användbara färdigheterna och samtidigt integrera forskning och kunskapsutveckling (Laux Kaiser, Carter, O'Hare & Clark Callister, 2002). Att vara specialist ansågs av respondenterna i denna studie inte enbart komma med utbildning, utan även via erfarenhet. Det kunde ta många år innan respondenterna såg sig själva som specialister. Som oerfaren distriktssköterska med bristande praktisk erfarenhet får denne förlita sig till riktlinjer (Smith-Battle, Dickemper & Leander, 2004). Med erfarenhet som fås över tid, den reella kompetensen, blir det också möjligt att bli specialist eller expert på ett område (Benner, 1993). Respondenterna påtalade vidare att utbildning var viktig att ha som grund men att erfarenhet krävdes för att vara specialist.

I föreliggande studie betonade respondenterna att deras kompetens inte utnyttjades till fullo. I studien framhölls hälsofrämjande arbete som ett specialistområde. Det var dock inte avsatt tid för det och gavs inte möjlighet att arbeta med det på ett strukturerat sätt, vilket stämmer väl med tidigare studier (Boström et al., 2002; Brobeck et al., 2013; Jerden et al., 2006). Dock menade respondenterna att de trots knappa resurser försökte arbeta hälsofrämjande genom att inkorporera hälsofrämjande samtal i det dagliga arbetet. Det framkom i studien en ambivalens kring deras kompetensutnyttjande i framförallt telefonrådgivning. Samtidigt som de ansåg sig bäst kunna motsvara de krav som ställdes för att sitta i telefonrådgivning, var inte alla intresserade av den arbetsuppgiften. Att svara i telefon ansågs vara det svåraste arbetet på



vårdcentral men skulle ge distriktssköterskorna en möjlighet att få utnyttjas sin kompetens. Redan i telefonrådgivningen får distriktssköterskan möjlighet att göra medicinska bedömningar, ge egenvårdsråd och förskriva läkemedel. Att inte utnyttja kunskaper förhindrar att resurser utnyttjas kostnadseffektivt (Eriksson & Nilsson, 2008; Thomas, Reynolds & O'Brien, 2006). Genom att använda sin förskrivningsrätt skulle specialistkompetensen utnyttjas och kunna stärka distriktssköterskans yrkesroll gentemot andra yrkeskategorier (Downer & Shepherd, 2010). Dessutom kommer förskrivningsrätten både patient och verksamhet till godo. Patienten får god service i form av snabbare handläggande och verksamheten vinner i form av effektivt resursutnyttjande (Bowden, 2005). Att på det sättet nyttja och lyfta områden som är specifika för distriktssköterskans yrke och kunnande, är ett sätt att förtydliga dennes yrkesroll och medvetandegöra vad som skiljer distriktssköterskan från allmänsjuksköterskan. Genom att förtydliga dessa områden men även använda dem på ett för patienterna adekvat sätt, torde distriktssköterskans specialistkompetens på vårdcentralen kunna komma såväl vårdtagaren, arbetsgivaren och professionen i sig till gagn.

## **Konklusion och implikationer**

Slutsatsen av aktuell studie är att distriktssköterskans profession på vårdcentral är förändrad, otydlig och behöver stärkas. Det finns en otydlighet i de specialistkompetenser som vidareutbildning till distriktssköterska genererar och således blir distriktssköterskan delvis utbytbar med allmänsjuksköterskan och dennes kompetens används inte till fullo. Att distriktssköterskan är specialistsjuksköterska samtidigt som hon är generalist är delvis ett problem. Dock kan en alltför hård specialisering inom primärvården vara kontraproduktivt för helhetssynen på patienten. Då distriktssköterskan har ett holistiskt förhållningssätt torde det finnas behov av generalister som kan ha den helhetssyn och kontinuitet som många patienter söker. Förslag på vidare forskning skulle kunna vara att undersöka vad allmänheten har för erfarenheter av distriktssköterskans arbete i dagens samhälle.

## Referenser

- Alexandersson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I B. Starrin & P-G. Svensson (Red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 111-136). Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, D., Hilaire, D., & Flinter, M. (2012). Primary care nursing role and care coordination: an observational study of nursing work in a community health center. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2).
- Boström, E., Hörnsten, Å., Persson, C., Rising, I., & Santamäki Fischer, R. (2012). Clinical challenges and ongoing role changes for primary health-care nurses. *British Journal of Community Nursing*, 17(2), 68-74.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert- mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bowden, L. (2005). The impact of nurse prescribing on the role of the district nurse. *Nurse prescribing*, 3(2), 79-86.
- Brante, T. (2009). Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I M. Lindh (Red), *Vetenskap för profession*, Rapport nr 8 (s.15-34). Borås.
- Brobeck, E., Odenocrants, S., Bergh, H., & Hilding, C. (2013) Health promotion practice and its implementation in Swedish health care. *International Nursing Review*, 60, 374-380.
- Clancy, A. (2007). A profession under threat? An exploratory case study of changes in Norwegian public health nursing. *International Nursing Review*, 54(2), 197-203.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (DSF) (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska* [Broschyr]. Stockholm: Distriktssköterskeföreningen.

Downer, F., & Shepherd, CK. (2010). District nurses prescribing as nurse independent prescribers. *British Journal of Community Nursing*, 15(7), 348-352.

Ellström, P.E. (1994). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, I., & Nilsson, K. (2008). Preconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling – an interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2352-2359.

Friman, A., Klang, B., & Ebbeskog, B. (2010) Wound care by district nurse at primary healthcare centers: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00839x.

Furåker, C. (2008). Registered Nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management*, 16, 933-941.

Glenngård, A., Anell, A., & Beckman, A. (2011). Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*, 103(1), 31-37.

Henriksen, J.O., & Vetlesen, A.J. (2001). *Etik i arbete med människor*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hollman, D., Lennartsson, S., & Rosengren, K. (2014). District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 30-35.

Hägglund, D. (2009). District continence nurses' experiences of their continence service in primary health care. *Journal of Nursing Management*, 18, 225-233.

Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Dehpi technique. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 965-975.

Jahren Kristoffersen, N. (2007). Teoretiska perspektiv på omvårdnad. I N. Jahren Kistoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grundläggande omvårdnad, del 4* (s. 13-101). Stockholm: Liber.

Jerdén, L., Hillervik, C., Hansson, A-C., Flacking, R., & Weinehall, L. (2006). Experiences of Swedish community health nurses working with health promotion and patient-held health record. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20(4), 448-454.

Karlsson, B., Morberg, S., & Lagerström, M. (2006). Starka som individer men svaga som grupp. En kvalitativ studie om hur distriktssköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. *Vård i Norden*, 79(26), 36-41.

Kroksmark, T. (2007). Fenomenografisk didaktik – en didaktisk möjlighet. *Didaktisk tidskrift*. 17(2), 1-49.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lager, A., Guldbrandsson, K., & Fossum, B. (2007) The chance of Sweden's public health targets making a difference. *Health Policy*, 80, 413-421.

Laux Kaiser, K., Carter, K., O'Hare, P., & Clark Callister, L. (2002). Making connections: linking generalist and specialist essentials in baccalaureate community/public health nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 18(1), 47-55.

Lindberg, M., & Wilhelmsson, S. (2005). *Vem bryr sig? Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs*. (Rapport-FoU-urnalen 2005:3). Linköping: Fammi & Landstingen i Östergötland, FoU-enheten för närsjukvården.

Lindberg, M., & Wilhelmsson, S. (2007). National public health target awareness of staff at two organizational levels in health care. *Health policy*, 84, 243-248.

Lindblad, E., Hallman, E-B., Gillsjö, C., Lindblad, U., & Fagerström, L. (2010). Experiences of the new role of advanced practice nurses in Sweden primary health care – A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 69-74.

Lindström, A. (2007). *Något som inte längre är – Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv*. (Doktorsavhandling Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien).

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl.). (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Lunds universitet (2011). *Specialistsjuksköterskeprogram, inriktning distriktssköterska*. Utbildningsplan, Dnr M:G223 1433/06. Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet.

Löfmark, A., & Mamhidir, A-G. (2010). Masters level in primary health care education - students and preceptors perceptions and experiences of the alteration in the clinical areas. *BMC Nursing*, 9(11), 1-10.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Meagher-Stewart, D., Underwood, J., MacDonald, M., Schoenfeld, B., Blythe, K., Knibbs, K., Munroe, V., Lavoie-Tremblay, M., Ehrlich, A., Ganann, R., & Crea, M. (2010). Organizational Attributes That Assure Optimal Utilization of Public Health Nurses. *Public health Nursing*, 27(5), 433-441.

Mian, O., Koren, I., & Rukholm, E. (2011). Nurse practitioners in Ontario primary healthcare: Referral patterns and collaboration with other healthcare professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 232-239.

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Generalist*. Hämtad 2014-01-25 från: Nationalencyklopedin. <<http://www.ne.se/sok?q=generalist>>.

Nationalencyklopedin [NE]. (2014). *Specialist*. Hämtad 2014-01-25 från:  
Nationalencyklopedin. <<http://www.ne.se/sok?q=specialist>>.

O'Malley, J., & Fearnley, J. (2007). Can generalist nurses be specialists?. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 13(4), 21.

Polit, D., & Beck, C.T. (2007). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet (2008). *En förnyad hälsopolitik, prop 2007/08:110*. Stockholm: Socialdepartementet.

Scott, S. (2013). Development of advanced practice in the district nurse role. *Primary Health Care*, 23(8), 18-24.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Riksdagen.

Sjöström, B., & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 339–345.

SmithBattle, L., Diekemper, M., & Leander, S. (2004). Getting your feet wet: Becoming a public health nurse. *Public health nursing*, 21(1), 3-11.

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Ansökan om rätt att få kalla sig specialistsjuksköterska*. Hämtad 2013-11-29 från Socialstyrelsen, <<http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/utbildning/landstamland/sjukskoterska>>

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Starrin, B., & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I P-G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitativa studier i teori och praktik* (s. 52-78). Lund: studentlitteratur.

Strandberg, E.L., Ovhed, I., Borgquist, L., & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(8), 1-8.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2013). *Lag om valfrihetssystem (LOV)*. Hämtad 29 december, 2013, från Sveriges Kommuner och Landsting, <[http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/valfrihet/valfrihetuppdrag/lag\\_om\\_valfrihetssystem](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/valfrihet/valfrihetuppdrag/lag_om_valfrihetssystem)>

Swider, S., Levin, P., Ailey, S., Cowell, J., Mc Naughton, D., & O'Rourke. (2006). Matching a graduate curriculum in public/community health nursing to practice competencies: the Rush University Experience. *Public Health Nursing*, 23(2), 190-195.

Thomas, L., Reynolds, T., & O'Brien, L. (2006). Innovation and change: shaping district nursing services to meet the needs of primary health care. *Journal of Nursing Management*, 14, 447-454.

Tveiten, S., & Severinsson, E. (2005). Public health nurses' supervision of clients in Norway. *International Nursing Review*, 52, 210-218.

Wendt, R. (1999). *Kerstin Nordendahl: En sjuksköterska i tiden*. Stockholm: Spri och svensk sjuksköterskeförening.

While, A. (2014). World War I remembered with reference to district nurses. *British Journal of Community Nursing*, 19(5), 244-247.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2007). Prevention and health promotion and evidence-based fields of nursing - a literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 13(4), 254-265.

Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: Facilitators and barriers perceived by district nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 156-163.

World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Hämtad 29 december, 2013, från World Health Organization, <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>>

World Health Organization (WHO) (1998). *HÄLSA 21 – hälsa för alla på 2000-talet. En introduktion* [Broschyr]. Stockholm: Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella Folkhälsokommittén.

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 29 december, 2013, från World Medical Association <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>>

Åhgren, B., & Nordgren, L. (2012). Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(3), 162-172.



## **Intervjuguide**

### **Bakgrundsfrågor:**

Ålder och kön?

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska?

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Har du några andra specialistutbildningar utöver distriktssköterskeutbildningen och i så fall vilka?

Hur många patienter är listade på vårdcentralen idag?

Vilken profil har er vårdcentral?

Hur många distriktssköterskor respektive sjuksköterskor arbetar för närvarande på vårdcentralen?

### **Inledande fråga:**

Berätta hur en typisk arbetsvecka ser ut för dig och vilka arbetsuppgifter som ingår i ditt arbete?

Vilka faktorer påverkar ditt arbete på vårdcentralen?

Vad innebär ordet specialist för dig?

Vilken specialistkompetens anser du är specifik för distriktssköterskan?

Vad tänker du om skillnaden mellan allmänsjuksköterskans och distriktssköterskans arbete på vårdcentralen?

Vad tänker du om platsannonser där de söker efter en

”sjuksköterska/distriktssköterska”?

Vilken utveckling ser du för distriktssköterskans profession i framtiden?

### **Exempel på följdfrågor:**

Kan du utveckla det närmare...?

Hur menar du...?

Vad innebär ...?

När du säger... menar du då...?

Har vi förstått dig rätt...?