



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kompetensutveckling hos distriktssköterskor inom primärvården
en intervjustudie ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Development of competency for public health nurses in primary care
an interview study from a patient safety perspective

Författare: Julia Nilsson
Emelie Riedel

Handledare: Marianne Holmgren

Magisteruppsats

Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Forskningen inom omvårdnad ökar och det är av största vikt att distriktssköterskor håller sig uppdaterade om den senaste kunskapen för att öka patientsäkerheten och för att upprätthålla god kvalitet på omvårdnaden. För distriktssköterskan åligger det att ta reda på nya metoder och kunna ta del av ny forskning. Möjligheten till kompetensutveckling påverkas av tidsbrist och att arbetsmiljön inte är tillåtande. Ökad möjlighet till kompetensutveckling har visat sig främja patientsäkerheten.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskans upplevelser kring möjligheten till kompetensutveckling på vårdcentral.

Metod: En kvalitativ intervjustudie utfördes med 13 distriktssköterskor, som arbetade på vårdcentral, i sydvästra Skåne. En kvalitativ innehållsanalys har använts för att analysera intervjuerna.

Resultat: Resultatet mynnade ut i kategorierna *tidfördelning inom arbetet, distriktssköterskans vilja till att utvecklas och användandet av säkra källor*. Distriktssköterskorna beskrev att det fanns en positiv inställning till kompetensutveckling. Dock premierades många gånger verksamhetens tillgänglighet vilket ledde till att patienter bokades in på tider som egentligen var avsedda för kompetensutveckling. Förmågan att kunna ta eget ansvar i sin kompetensutveckling genom att till exempel prioritera sin tid och ha färdighet i att kunna hitta evidensbaserad kunskap på nätet, utgjorde en viktig del i professionen för att öka möjligheten till kompetensutveckling. Distriktssköterskorna poängterade vikten av att ha en kollega att rådfråga, vilken kunde hjälpa dem i svåra situationer.

Konklusion: Distriktssköterskan kunde skapa möjlighet till kompetensutveckling genom att ta eget ansvar att förvalta den tid som tillhandahölls samt genom kollegial konsultation och trovärdiga källor.

Nyckelord

Kompetensutveckling, distriktssköterska, arbetsmiljö, patientsäkerhet, eget ansvar, möjligheter

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Faktorer som påverkar kompetensutvecklingen	6
Distriktssköterskans kompetensområden.....	7
Vårdcentral	8
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Instrument	10
Datainsamling	10
Analys av data.....	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	13
Tidfördelning inom arbetet	13
Verksamhetens tidsbestämning	13
Distriktssköterskans förvaltning av tid.....	15
Distriktssköterskans vilja till att utvecklas	16
Inre drivkraft	17
Användandet av säkra källor	17
Verktyg som utgör stöd	18
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Urval.....	21
Intervjuerna	21
Analys.....	22
Resultatdiskussion	23
Tidfördelning inom arbetet.....	23
Distriktssköterskans vilja till att utvecklas.....	25
Konklusion och implikationer.....	26
Referenser	28

Problemområde

God vård ska vara kunskapsbaserad, tillgänglig, effektiv och säker (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Omvårdnadsforskningen har ökat explosionsartat vilket ställer större krav på distriktssköterskor att hålla sig uppdaterade (Willman, Bathsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Studien av O'leary och Mhaolrunaigh (2012) belyser vikten av att distriktssköterskor och sjuksköterskor är uppdaterade om den senaste kunskapen. Hög patientsäkerhet har samband med välutbildad personal och att det finns goda möjligheter till kompetensutveckling på arbetsplatsen (Lin & Liang, 2007). Många distriktssköterskor upplever dock svårigheter att få tiden att räcka till för kompetensutveckling (Dahl & Clancy, 2015). Trots att distriktssköterskan ska beakta en patientsäker vård som ska bygga på kunskap och kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2019), visar statistik från World Health Organization (WHO) (2019) att det årligen sker 134 miljoner vårdskador världen över vilket leder till 2,6 miljoner dödsfall. I Sverige drabbas åtskilliga personer av vårdskador varje år, vilket skapar lidande hos både patient och närstående (Socialstyrelsen, 2019). Detta leder till mångmiljonbelopp av utbetalningar till patienter och efterlevande (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, (LÖF), 2019).

Patientsäkerheten påverkas av en stressig arbetsmiljö (Keykaleh et al., 2018). För att öka patientsäkerheten visar forskning att arbetsmiljön spelar roll för en god arbetskultur och kvalitet på omvårdnaden (Van Bogaert et al., 2014). I vissa arbetskulturer anses inte kompetensutveckling vara en arbetsuppgift (Scott-Findlardy & Golden-biddle, 2005). Weum, Bragestad och Glavin, (2017) menar att vårdpersonal istället tar del av de riktlinjer som redan finns utformade och att många inte har förmåga att söka ny vetenskaplig forskning. Däremot menar Lin och Liang (2007) att regelbunden utbildning ökar kunskap samt främjar patientsäkerhet och enligt Petursdottir, Haraldsdottir och Svavarsdottir (2018) får sjuksköterskor som genomgått kompetenshöjande utbildningar fler verktyg att arbeta med. Enligt Björkström och Hamrin (2001) har den egna attityden och intresset stor betydelse för den enskildes kompetensutveckling.

Med bakgrund av den forskning som är tillgänglig idag är det viktigt att utveckla möjligheter att främja kompetensen. I dagens forskningsläge saknas det dock beskrivning om vilka förutsättningar som ges vid arbete på vårdcentralen för distriktssköterskan för att kunna tillhandahålla sig den kunskap och vetenskap som sprids. Det finns därför ett behov av att belysa detta. Studien kan inspirera till nya sätt att inhämta kunskap och öka patientsäkerheten.

Bakgrund

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor ingår det att identifiera och utforska nya metoder inom omvårdnad samt kunna delta i och leda forskning (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Enligt Dahl och Clancy (2015) har distriktssköterskan ett stort behov av evidensbaserat kunnande, men inhämtningen av ny kunskap begränsas på grund av tidsbrist. Istället läggs tid på individuella problemlösningar. Weum et al. (2017) menar att kunskap ofta inhämtas från personliga erfarenheter, tidigare utbildning samt nationella riktlinjer och myndigheter. Vidare menar Weum et al. (2017) att distriktssköterskan inte alltid utvecklar sin kompetens genom att söka efter ny forskning, utan lutar istället på det underlag som redan finns. Studien visar dessutom att distriktssköterskor ibland inte har kunskap om hur de ska gå tillväga för att ta del av forskningsresultat trots att kompetensen kräver det.

Perspektiv och utgångspunkter

Patientsäkerheten i Sverige regleras genom patientsäkerhetslagen som syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård (Patientsäkerhetslag [PSL], SFS 2010:659). Lagen definierar också patientsäkerhet som "skydd mot vårdskada". Svensk sjuksköterskeförening (2019) menar att god vård syftar till att vara kunskapsbaserad, likvärdig och säker. Det är verksamheten som ansvarar för att kraven på god vård uppfylls. I Sverige finns lex Maria (Inspektionen för vård och omsorg (IVO), 2019). Denna regel gör det möjligt för vårdgivaren att anmäla och utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra vårdskador (IVO). År 2005 antog WHO (2005) rekommendationer som innebar att vårdgivarna i respektive länder bör ha ett system för hur vårdskador, eller risk för vårdskador, ska bearbetas, behandlas och rapporteras. Denna rekommendation gäller än idag. WHO (2005) menar att detta system är utvecklat i flera länder i världen, men varierar i sitt utförande.

Globalt skadas fyra av tio patienter i samband med vård i primärvård och akutvård (WHO, 2019). Årligen sker det 134 miljoner vårdskador, vilket leder till 2,6 miljoner dödsfall på grund av osäker vård. Information från en publik amerikansk databank visar att specialistutbildade sjuksköterskor ofta är inblandade i medicinsk felhantering (Sweeney, LeMahieu & Fryer, 2016). Resultatet visar också att många sjukdomar och dödsfall går att förhindra. I Sverige drabbas årligen 100 000 personer av vårdskador (Socialstyrelsen, 2019). Vårdskadorna kostade 600 miljoner kronor år 2018 och gick till de patienter som drabbats och deras efterlevande (LÖF, 2019). Anmälningarna hade en fyraprocentig ökning jämfört med 2017.

Vidare beskriver LÖF (2019) att distriktsvården står i genomsnitt för nio procent av kostnaden och elva procent av fallen. Dessa siffror försäkrar endast de vårdgivare som finansieras av landsting och regioner. Kostnaden stiger om de privata aktörerna räknas in.

Högre nivå på utbildning och möjlighet till kompetensutveckling resulterar i högre patientsäkerhet (Lin & Liang, 2007). Arbetet för en hög patientsäkerhet är en pågående process och sjukvården ska sträva efter att ständigt förbättra den (Keykaleh et al., 2018). Författarna beskriver att sjuksköterskors stress behöver minskas för att optimera patientsäkerheten. Arbetet för att uppnå god kvalitet och patientsäkerhet är förknippat med gynnsam arbetsmiljö, arbetsbelastning och låga nivåer av utbrändhet (Van Bogaert et al., 2014). Den internationella studien av Aiken och Sermeus (2012) belyser att sjuksköterskor med bättre arbetsmiljöer inte rapporterar bristfällig vårdkvalitet lika mycket, i jämförelse med dem som hade sämre arbetsmiljö. Ju fler patienter en sjuksköterska hade, ju sämre skattades patientsäkerheten och kvaliteten på vården.

Faktorer som påverkar kompetensutvecklingen

Det nationella målet i Sverige är att skapa en god hälsa på lika villkor i samhället (Hälsa- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30). Shaheen El-Hneiti, Albqoor och Ahmad (2019) menar att kvaliteten på omvårdnaden är signifikant associerad med arbetsstress, sjuksköterskors kunskap och personalutveckling. Författarna, som undersökt vad som påverkar kvaliteten på vården hos äldre, kom fram till att sjukhus och vårdcentraler har möjlighet att implementera arbetsmiljöförbättringar som ökar stödet till att avancera arbetstagarnas kunskap och skicklighet. Detta bör göras genom att tillgodose stöd för fortsatt utbildning gällande äldrevård. Genom att personalen utvecklas ökar också kvaliteten på omvårdnaden (Shaheen El-Hneiti, Albqoor & Ahmad, 2019). En studie av Petursdottir et al. (2018) visar att sjuksköterskor som har genomgått utbildningar inom sitt arbetsområde fick mer kunskap och redskap att använda när de skulle arbeta. Sjuksköterskorna i studien fick också större motivation till att involvera patientens familj efter utbildningen. Takase, Yamamoto, Sato, Niitani och Uemura (2015) har identifierat ett annat sätt att utveckla kunskapen, detta genom reflektion som var en vanlig strategi bland barnmorskorna i studien. Genom att ge sjuksköterskor värdefull, praktiskt och regelbunden utbildning, kommer sjuksköterskan att öka sin professionalism och färdighet för att kunna leda arbetet med att främja patientsäkerheten (Lin & Liang, 2007). I en studie av

Aiken, Clarke, Cheung, Sloane och Silber (2003) visades det att om sjuksköterskor hade en högre utbildningsnivå sjönk dödligheten och patienterna fick en högre överlevnad.

Kulturen på arbetsplatsen är också en avgörande faktor vad gäller möjligheter till och användandet av forskningsresultat (Scott-Findlardy & Golden-Biddle, 2005). Pereira et al. (2018) beskriver att kulturen påverkas av kollegors intresse för kompetensutveckling. Den gemensamma inställningen till patientsäkerheten och dess förbättringsområden kan påvisa vilken arbetsplatskultur som existerar. Bemötande och samarbetsförmåga är, enligt författarna, också en viktig komponent för en utvecklande arbetsplats. Scott-Findlardy och Golden-biddle (2005) som undersökt sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvård, menar att det inte är förväntat att reflektera över arbetet på arbetstid utan att det ska göras på egen tid. Vidare menar Scott-Findlardy och Golden-biddle (2005) att akutsjuksköterskornas arbetstid är till för att få saker gjorda och inte sitta framför en dator, eftersom det inte får sjuksköterskan att se produktiv ut. Här belyses att en sådan kultur på arbetsplatsen inte gynnar implementation av ny kunskap.

Även fast förutsättningar kan finnas menar Pereira et al. (2018) att viljan, inställningen och intresset till kompetensutveckling hos distriktssköterskan har stor betydelse. De menar att ju fler sjuksköterskor som tror på evidensbaserad praxis och ju mer de hör talas om det, desto fler använder sig av evidensbaserad vård. Attityder gentemot forskning spelar också roll i användandet enligt Björkström och Hamrin (2001). Enligt denna forskning som gjordes på 289 stycken sjuksköterskor visade att 46 procent aldrig eller sällan använder omvårdnadsresultat i sitt dagliga arbete.

Distriktssköterskans kompetensområden

Nivån på kompetensen för en distriktssköterska särskiljer sig från grundutbildad sjuksköterska på grund av vidareutbildning som idag omfattar distriktssköterskeutbildningen på 75 högskolepoäng (Högskoleförordning, SFS 1993:100). Detta innebär att som utbildad distriktssköterska på högskola eller universitet krävs det insikt i ämnets utvecklingsarbete samt förståelse om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet.

Svensk sjuksköterskeförening (2019) beskriver att distriktssköterskans kompetensområde verkar inom omvårdnad, medicinsk vetenskap, vårdpedagogik och folkhälsovetenskap. Detta

innebär bland annat att distriktssköterskan ska ha förmåga att leda omvårdnadsprocessen och tillgodose patientens säkerhet i vården. O'leary och Mhaolrunaigh (2012) beskriver i sin studie att distriktssköterskan kan utsättas för situationer där egna beslut måste tas och möjligheten att konsultera läkare eller andra teammedlemmar inte är möjlig. Författarna menar att yrket därmed är till stor del självständigt. Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel (2018) beskrivs även distriktssköterskans förskrivningsrätt. Distriktssköterskan har möjlighet att skriva ut vissa läkemedel som regleras av författningen.

Vårdcentral

Arbetet på vårdcentral ska bedrivas preventivt, främst genom att hjälpa individer att hålla sig hälsosamma (Nymberg & Drevenhorn, 2016). Vårdcentralen ska vara tillgänglig för hela befolkningen och är den första kontakten med vården (Socialstyrelsen, 2016). Det finns även mottagningar på vårdcentralen där Whitlock, Orleans, Pender och Allan (2002) menar att vårdpersonal har i uppdrag att vidta åtgärder för att stötta patienter att leva hälsosamt, men även att ge stöd och öka patientens känsla av hälsa när sjukdom tillstöter. Det preventiva arbetet på vårdcentral har visat sig förbättra hälsan för patienter med hypertoni (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson, 2007) obesitas (Fitzpatrick et al., 2015) och diabetes (Sakane et al., 2014).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka distriktssköterskans upplevelse kring möjligheten till kompetensutveckling på vårdcentral.

Metod

Då denna studie beskriver hur distriktssköterskor utvecklar sin kompetens på vårdcentral lämpar sig en kvalitativ intervjustudie då den fokuserar på upplevelser och tillåter intervjupersonen att dela med sig av sin berättelse. Materialet analyserades med inspiration från Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys.

Urval

Urvalet bestod av distriktssköterskor som arbetade på vårdcentral. Deltagare blev rekryterade genom mailkontakt där de aktivt fick tacka ja till deltagande i studien. Mailadresser erhöles via vederbörande verksamhetschef. Deltagarna valdes ut inom Region Skåne, både på landsbygd och i tätort, genom ett strategiskt urval. Inklusionskriterierna var distriktssköterskor som varit verksamma inom vårdcentralssektorn i tolv månader eller mer. En distriktssköterska som varit verksam i sex månader kom att inkluderas då hennes upplevelse besvarade studiens syfte. Både offentliga och privata vårdcentraler tillfrågades. Rekryteringen av deltagare påbörjades efter godkännande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) samt berörda verksamhetschefer med start i april 2020. Vårdcentraler kontaktades i omgångar, vilket tillslut resulterade i att 95 vårdcentraler kontaktats via verksamhetscheferna för att få med önskat antal deltagare. Varje verksamhetschef fick två påminnelser. Efter skriftligt medgivande skickades förfrågan till berörda distriktssköterskor. Det resulterade i att tretton distriktssköterskor skrev under samtycke för deltagande i studien.

Tabell 1. Bakgrundsinformation om deltagarna

Verksamma år som distriktssköterska	Verksamhet	Verksamma år som distriktssköterska	Verksamhet
6 mån	Offentlig	3 år	Privat
19 år	Offentlig	10 år	Offentlig
10 år	Privat	12 år	Offentlig
4 år	Privat	34 år	Offentlig
2 år	Offentlig	20 år	Offentlig
20 år	Offentlig	3 år	Privat
19 år	Offentlig		

Instrument

Intervjuerna hölls enligt en intervjuguide och inleddes med en bakgrundsfråga om hur många år deltagaren varit verksam distriktssköterska. Intervjufrågorna som förbereddes var ostrukturerade och utgick från en öppen fråga som svarade på syftet och efterföljdes av följdfrågor och stödord. I ostrukturerade intervjuer kan det finnas en eller flera frågor, dessa kan efterföljas av följdfrågor och stödord som kan användas som komplement ifall deltagaren inte lämnar utförliga svar eller berör de områden som rör syftet (Danielsson, 2017). Vid formuleringen av frågor är det viktigt att dessa inte är för detaljrika då det kan hämma och styra intervjun. Intervjuguiden enligt Danielsson (2017) ska endast vara stöd till författarna, så att intervjun inte blir styrd av dessa.

En pilotintervju genomfördes innan datainsamlingen för att utvärdera intervjuguiden. Enligt Kallio, Pietilä, Johnson och Kangasniemi (2016) ger pilotintervjun möjlighet till justering innan intervjustudien utförs. Vidare skriver författarna att en pilotintervju kan ingå i studien, men endast om den håller en god kvalitet. Pilotintervjun utvärderades och bedömdes kunna ingå i studien, då den höll god kvalité och svarade på syftet.

Datainsamling

Distriktssköterskorna som samtyckt till deltagande planerades in för intervjuer. Alla intervjuerna var planerade att genomföras på deltagarnas arbetsplats men på grund av Covid-19 erbjöds deltagarna att intervjuerna även kunde ske digitalt. Elva av tretton intervjuer skedde via Zoom och alla skedde under arbetstid. Intervjuerna genomfördes under april till juni 2020. Båda författarna deltog och var aktiva under alla intervjuer, materialet spelades in på lösenordskyddad enhet och varade mellan tolv och 25 minuter.

Kvale och Brinkmann (2014) rekommenderar att antal intervjuer kan fortgå tills en mättnad uppstår, vilket innebär att fler intervjuer inte tillför ny kunskap. I denna studie uppmättes mättnad vid tio intervjuer. Ytterligare tre intervjuer utfördes för att kontrollera att mättnaden var uppnådd.

Analys av data

Analysen genomfördes med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Enligt Danielson (2017) benämns innehållsanalys som en metod för att tolka texter. Det inspelade materialet delades upp mellan författarna för transkribering. Transkriberingen gjordes ordagrant inklusive, skratt, harklingar och pauser.

Analysprocessen började med att de transkriberade intervjuerna lästes igenom var för sig för att bilda en helhetsuppfattning, sedan gemensamt utifrån studiens syfte. Därefter delades intervjuerna upp mellan författarna för att sortera ut de delar av intervjuerna som besvarade syftet. Utifrån denna sortering identifierades de meningsbärande enheterna tillsammans. Dessa enheter kondenserades och kodades. Kondenseringen gjordes gemensamt, medan kodningen till stor del skedde separat för att sedan diskuteras och jämföras mellan författarna. I kondenseringen justerades texten för att bli grammatiskt rätt eller för att ta bort utfyllnader. En sekundär genomgång av det transkriberade materialet utfördes separat, där efterföljande diskussion skedde mellan författarna genom att de nytillkomna materialen jämfördes och bedömdes om det svarade på syftet eller inte. Denna andra granskning gjordes för att säkerställa att inget material som var av betydelse för studien skulle missas. Därefter upprepades processen med kondensering och kodning. Exempel på hur de meningsbärande enheterna slutligen bildade subkategori och kategori ses i tabell 2. Det manifesta innehållet har lästs igenom flera gånger för att skapa en bild av det latent innehåll som tolkats av båda författarna till studien.

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är skapandet av kategorierna kärnan i den kvalitativa innehållsanalysen. Koderna sammanställdes i ett dokument där de grupperades med kodord som hade liknande övergripande betydelse, detta mynnade sedan ut i fyra subkategorier som därefter bildade tre kategorier.

Tabell 2. Exempel på bildandet av kategorier

Meningsbärande enhet	Subkategori	Kategori
”Jag skulle vilja se en utveckling lite mer som, som typ läkarna har, med lite instuderings- eller fördjupningstid någonstans, den finns liksom inte	Verksamhetens tidsbestämning	Tidfördelning inom arbetet

utan jag slänger mig in i Vårdhandboken emellanåt och försöker söka upp om det är någonting.”		
”Jag tänker att kompetensutveckling är någonting som man måste ändå känna att man brinner för själv.”	Inre drivkraft	Distriktsköterskans vilja till att utvecklas
”Jag är ju mycket inne på 1177 och då har jag bakgrundsmaterial som jag kan använda mig utav och vet var det kommer ifrån.”	Verktyg som utgör stöd	Användandet av säkra källor

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen (2013) ligger till grund för de etiska övervägande som gjorts i denna studie. Innan studien genomfördes söktes ett rådgivande yttrande från VEN på Medicinska fakulteten vid Lunds universitet där lämpligheten av studien prövades.

Intervjupersonerna kontaktades via mail och fick ett informationsblad om studiens syfte, metod, förväntade fördelar med studien och annan relevant information, i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2013). Innan inspelningen startade blev denna information muntligt upprepad och de fick chans att ställa frågor. Deltagarna skrev under informerat samtycke för deltagande i studien innan intervjun påbörjades. Deltagarna blev också informerade om att de när som helst kunde dra tillbaka sitt samtycke. För att skydda deltagarnas privatliv och sekretess rekommenderar Helsingforsdeklarationen (2013) att försiktighetsåtgärder vidtas. Materialet som spelades in förvarades på en lösenordskyddad telefon. Endast författarna och handledare hade tillgång till de inspelade intervjuerna. Materialet avidentifierades genom att varje intervju fick en slumpartad kod så att den inte kunde härledas till en viss person. Materialet har endast använts till denna studie och kommer kasseras efter godkänd examination. När studien blev färdigställd tillfrågades studiedeltagarna via mail om de ville ta del av det färdiga arbetet.

Författarna kom fram till att det fanns risk för att deltagarna skulle ifrågasätta sin kunskap och kompetensutveckling i samband med intervjuerna, vilket bejakades av författarna eftersom kompetensutveckling ingår som en kärnkompetens i distriktsköterskeyrket.

Resultat

Analysen bildade följande tre kategorier: *Tidfördelning inom arbetet*, *distriktssköterskans vilja till att utvecklas* och *användandet av säkra källor* samt fyra subkategorier (tabell 3).

Tabell 3. Översikt av kategorier och subkategorier

Kategori	Tidfördelning inom arbetet		Distriktssköterskans vilja till att utvecklas	Användandet av säkra källor
Subkategori	Verksamhetens tidsbestämning	Distriktssköterskans förvaltning av tid	Inre drivkraft	Verktyg som utgör stöd

Tidfördelning inom arbetet

Tiden var en återkommande aspekt gällande hur möjligheterna för kompetensutveckling föreföll hos distriktssköterskorna. Tidfördelningen inom arbetet kunde ses från två olika perspektiv, dels från verksamhetens sida som hade det övergripande ansvaret för distriktssköterskans schema, dels hur distriktssköterskan förvaltade sin tid för kompetensutveckling. Det mynnade därför ut i två subkategorier *verksamhetens tidsbestämning* och *distriktssköterskans förvaltning av tid*.

Verksamhetens tidsbestämning

Verksamhetens tidsbestämning hade påverkan på möjligheten till kompetensutveckling för distriktssköterskorna i form av att de hade kontroll över schemat och därmed hur mycket tid som kunde läggas på kompetensutveckling. Verksamhetschefen ansågs ha ansvar för att det fanns utrymme till reflektion på arbetstid samt att det fanns utbildningsmöjligheter, framförallt för de längre specialistutbildningarna. Distriktssköterskorna upplevde att underbemanning var en faktor som påverkade tidsåtgången i form av att personalen var hårt pressade och tiden prioriterades till patientbesök. Upplevelsen kunde också vara att chefen satsade mindre på kompetensutveckling genom att ha mer fokus på att stärka verksamhetens tillgänglighet och distriktssköterskorna fick begränsa antalet utbildningar för att gynna verksamheten.

“Tyvärr kan jag ju känna ibland att det kanske inte premieras eller att just det patientnära arbetet att bli riktigt duktig på det, att det inte premieras utan det är andra saker när man tar ett steg ifrån patienten och arbetar med andra frågor som utvecklar verksamheten, det är då det lyfts eller premieras mer.” (D25)

Distriktssköterskorna berättade att de inte fann lugn och ro, de tidsluckor som fanns gick åt till raster och återhämtning. Deltagarna hade en önskan om att särskild tid skulle finnas avsatt för kompetensutveckling. Under sin tid för kompetensutveckling ville distriktssköterskorna finna evidensbaserad information, hitta utbildningar, läsa vetenskapliga artiklar eller fördjupa sig inom ett visst område. De jämförde med läkarnas schema, som distriktssköterskorna upplevde var mer strukturerat och där särskilda blockerade tider lades för kompetensutveckling. Distriktssköterskorna kunde ha en känsla av att inte vara produktiva i de stunder de hade möjlighet och tid för instudering och upplevde att det var mer vedertaget att läkarna kunde ta sig tiden för att kompetensutvecklas. Detta kunde bero på att distriktssköterskorna var i minoritet på vårdcentralen vilket ledde till att de resurser som fanns var nödvändiga att använda mer på patientbesök.

“Det är ju mer det här kanske att vi är bara två och det blir ganska tufft om man är borta mycket, det bygger mycket på att vi är här så att säga, och får det att fungera... jag skulle vilja ha lite grann som läkarna, något block någonstans där det är helt okej att man sätter sig.” (D31)

Distriktssköterskorna berättade å andra sidan att verksamheten kunde premiera kompetensutveckling vilket visade sig genom att verksamheten planerat ett balanserat schema som inkluderade administrationstid där distriktssköterskorna kunde ha möjlighet till kompetensutveckling. Verksamhetschefen hade medarbetarsamtal och andra regelbundna möten där distriktssköterskorna kunde uttrycka önskan om att skapa tid till kompetensutveckling, för att till exempel åka på studiebesök. Ledarskapet och synen på kompetensutveckling hos distriktssköterskornas närmaste chef var många gånger avgörande för hur tiden och möjligheten till kompetensutveckling såg ut.

Distriktssköterskorna hade erfarenhet av att kompetensutvecklingen hade blivit mer digitaliserad. Det utbud som verksamheten ålagt via webben skapade en grund för att öka möjligheten till kompetensutveckling genom att tiden inte behövde läggas på att resa. Mycket av den kunskap som tidigare inhämtats via föreläsningar, kunde nu istället genomföras digitalt. Verksamheten hade även skapat genvägar på datorerna för att det skulle bli enklare att hitta aktuell information. Detta i sin tur upplevdes hos distriktssköterskorna som

att tiden effektiviserades och att det var okomplicerat att finna kvalificerad information. På grund av Covid-19 hade även verksamheten fått ställa in föreläsningar och informationsmöten vilket distriktssköterskorna ansåg beklagligt, men samtidigt att det hade utvecklat digitaliseringen och blivit mer tidsbesparande i möjligheten till kompetensutvecklingen. Distriktssköterskorna erfor dock att utvecklingen av digitaliseringen också kunde utgöra ett hinder. De menade att informationsutbudet på webben kunde vara så pass mycket att det var svårt att identifiera evidensen bakom all information och att det istället mynnade ut att arbetsdagen inte effektiviserades tidsmässigt. En annan anledning kunde vara att informationsflödet ständigt uppdaterades vilket resulterade i att distriktssköterskorna inte förstod sig på alla uppdateringar. Detta innebar att onödig tid spenderades på att försöka hitta evidensbaserad information, vilket tog tid från andra arbetsuppgifter.

Distriktssköterskans förvaltning av tid

Det fanns ytterligare ett perspektiv gällande tidsaspekten, vilket var distriktssköterskans förvaltning av tid. Det fanns även taktiker för att skapa sig mer tid för kompetensutveckling.

Distriktssköterskorna berättade att de fick avsätta tid självständigt ifall de ville uppdatera sina kunskaper om det var något moment som de inte hanterat på länge, det kunde exempelvis gälla handhavandet av en suprapubiskateter. Distriktssköterskorna kopplade denna typ av uppdatering till patientsäkerheten, de ville inte utföra eller hantera en medicinteknisk produkt utan att vara påläst och därför prioriterades denna typ av kompetensutveckling. Detta skedde ofta inom tidsramen för patientbesöket, men kunde även ske dagen innan när distriktssköterskan planerade sin nästkommande dag.

“Jag hade en patient som hade en suprapubiskateter och då var jag tvungen att ta mig tiden för att vara lite påläst och veta hur jag skulle hantera det.”(D23)

Under patientbesöken, men även under telefonrådgivning kunde distriktssköterskorna ta sig tid att fråga sina kollegor, vilket de menade hade en koppling till kompetensutveckling. I dessa fall handlade det om osäkerhet i ett visst patientärende, vilket gjorde att de skapade sig tiden till att konsultera med en kollega. Även om tiden ofta var begränsad, fanns utrymmet för både inläsning och konsultation om situationen krävde det och skapades alltså genom att distriktssköterskorna själva prioriterade och planerade in denna tid. Distriktssköterskorna upplevde även ett ständigt informationsflöde via sin mail där de själva fick skapa möjlighet

till inläsning. Distriktssköterskorna berättade också att de kunde välja bort tid för kompetensutveckling ifall de upplevde att kollegorna hade mycket i sitt schema. I dessa fall hade distriktssköterskorna inte samvete att prioritera sin egen kompetens utan såg istället till att kollegor avlastades. Utrymmet för att planera in annan typ av kompetensutveckling som inte kopplades till en patient prioriterades till stor del inte av distriktssköterskorna.

“Man försöker dela bördan med sina kollegor och inte vara sån... att ”jag ska dit” eller ”jag ska någonting” utan att när man ser att listerna är fulla med jobbiga grejer då avstår man från utbildningar.” (D32)

Distriktssköterskorna redogjorde för att de själva kunde påverka sitt schema genom att uppmärksamma verksamhetschefen när det förekom tidsbrist för kompetensutveckling. Därigenom kunde chefen skapa mer tillfällen för kompetensutveckling för den enskilda distriktssköterskan och såg till att det fanns avsatt tid om det så behövdes. Däremot påpekade distriktssköterskorna att det behövdes erfarenhet för att kunna framhäva detta. Hade distriktssköterskorna varit verksamma på samma arbetsplats en längre tid eller om det hade lång erfarenhet, upplevde de att de hade större förmåga att kunna påverka sitt schema. En annan taktik som distriktssköterskorna utförde i tidsbesparande syfte var att spara kontaktuppgifter till företag som varit och föreläst och presenterat en produkt på arbetsplatsen som sedan köpts in. Dessa uppgifter utnyttjades vid uppkomst av frågor när produkten väl var aktuell att använda, istället för att själv lägga tid på att försöka leta upp informationen. Distriktssköterskorna berättade också att prenumerationer var ett sätt att hålla sig uppdaterad på det allra senaste då informationen kom till dem istället för att aktivt behöva söka efter den, vilket skulle ta längre tid.

“Någon produktspecialist kanske har varit inne som har visat någonting och sånt där. Man försöker spara på dom kontaktuppgifterna och att man också kan gå direkt till den personen om det gäller något särskilt, olika typer av ... ja, förbandsmaterial eller kompressionshjälpmedel och sånt.” (D24)

Distriktssköterskans vilja till att utvecklas

Här inkluderas subkategorin *inre drivkraft*. I intervjuerna framkom att det var upp till varje distriktssköterska att inhämta kunskap.

Inre drivkraft

Distriktssköterskorna berättade att kompetensutveckling sågs som en självklar uppgift och var en del av det dagliga arbetet. Fanns det en inre drivkraft hos den enskilde, ökade möjligheten till kompetensutveckling. I de fall verksamheten inte var behjälplig med kompetensutveckling kunde det motivera distriktssköterskornas eget driv, då det inte var någon annan som bevakade deras intressen. Det egna ansvaret kunde ligga i att skapa möten bland distriktssköterskorna på arbetsplatsen, där bland annat kunskaper kunde bytas och förmedlas vidare. På dessa möten kunde det diskuteras vilka behov av kompetensutveckling som existerade samt vilka utbildningar som var aktuella och hur de skulle fördelas inom gruppen.

Distriktssköterskorna upplevde att det var deras eget ansvar att till exempel inför ett patientbesök ta reda på den kunskap som saknades. De framhävde att patientsäkerheten var prioriterad och att de inte utförde något som kunde äventyra den. Professionen ansågs vara ett självständigt yrke och det ålades distriktssköterskan själv att finna information, som till exempel kunde hittas via nätet eller att de ringde en mottagning. Upplevelsen var att det inte ställdes som ett krav från chefen att kompetensutvecklas, istället beskrev distriktssköterskorna att drivkraften var en viktig komponent i personligheten samt att det var angeläget att ha intresse för yrket och motivation till att vilja utvecklas inom professionen.

“Som jag känner det så är det upp till var och en att hålla sig uppdaterad sen på vilket sätt man gör det är ju... om det nu är en utbildning man åker iväg på, man går in på nätet, man läser i Vårdhandboken eller vad man än gör, så är det ju mitt eget ansvar att jag håller mig uppdaterad för det arbetet jag ska göra.” (D22)

Distriktssköterskornas driv gentemot chefen till ens egna kompetensutveckling hade betydelse. Distriktssköterskorna beskrev att de själva fick göra chefen uppmärksam på vilka kunskapsluckor som fanns och därefter kräva kompetensutveckling med syfte att bibehålla patientsäkerheten. Att förankra begränsningar och utvecklingsmöjligheter inom verksamheten ökade alltså möjligheten till kompetensutveckling.

Användandet av säkra källor

Här inkluderas subkategorin *verktyg som utgör stöd*, vilket innebar att distriktssköterskorna upplevde ett stöd utifrån de förutsättningar som fanns, exempelvis olika säkra källor. De säkra källorna utgjorde ett stöd för distriktssköterskorna som de kunde luta sig emot där de visste att

informationen som inhämtades var granskad. Distriktssköterskorna hade även kollegor att rådfråga vilket utgjorde en trygghet i arbetet i form av att de kunde lita på deras kompetens samt inhämta kunskap från dem.

Verktyg som utgör stöd

Distriktssköterskorna upplevde att informationsflödet successivt förflyttat sig till den digitala världen som kunde bidra till en trygghet då informationen alltid fanns tillgänglig. Detta underlättade även informationsinhämtningen då distriktssköterskorna obehindrat kunde söka information, till exempel via Google. I arbetet innebar det även ett sammanvägande av information från olika källor, men distriktssköterskorna menade att de alltid kunde lita på Vårdhandboken och 1177 som säkra källor. Det rådde dock delade uppfattningar kring Vårdhandboken, då underlaget inte innefattade allt var kunskapssökningen därför en konstant del av arbetet. En utmaning som distriktssköterskorna beskrev var tillförlitligheten till det stora utbudet av information på nätet. Parallellt med den positiva känslan av tillgången till flertalet källor ställde detta större krav på att distriktssköterskorna behövde granska underlaget kritiskt. Då upplevdes tillgången till informationen som ett hinder i kompetensutvecklingen och därmed minskad trygghet.

“Det finns så många olika kanaler..., svårigheten i det, det är vilka kanaler du ska lita på..., grunden är ju alltid att man ska utgå ifrån Region Skånes hemsida eller 1177, dom källorna som vi vet är trygga, och att man får en bra information.” (D28)

Distriktssköterskorna behövde kunskap om olika kanaler att hämta vedertagen information från, en trygghet i detta kunde vara att distriktssköterskorna blivit informerade om olika kunskapskanaler via distriktssköterskeutbildningen samt att regionen tillhandahöll olika kompetensutvecklingsverktyg som till exempel webbutbildningar och filmmaterial på webben. Upplevelsen bland distriktssköterskorna var att regionen hade utökat utbudet på utbildningar de senaste åren och att kompetensutvecklingen inriktade sig på att ge utbildning inom vissa teman som till exempel såromläggningar eller läkemedel. Verksamheten gav personalen tillgång till regionens intranät där uppdaterad information lades ut. Distriktssköterskorna kunde också använda sig av flera digitala plattformar som verksamheten betalade för, detta stöd kunde öka möjligheten till att finna korrekt information och kunskap.

Ett öppet arbetsklimat bidrog till kunskapsspridning i form av att all personal frågade varandra och på så sätt kunde lära sig av varandra, alla var varse om att ingen kunde allt vilket utgjorde en trygghet. Distriktssköterskorna upplevde att det fanns en positiv attityd till kompetensutveckling på arbetsplatsen som kunde bidra till ökad motivation. Uppdateringar genom studenter möjliggjorde också kompetensutveckling för distriktssköterskorna, dessa utgjorde en trygg källa till uppdaterad information och blev ett smidigt sätt att hålla sig à jour med ny kunskap. Upplevelsen var också att chefen kunde bidra med kunskapsutveckling genom att antingen sprida nyheter men även hitta kurser personalen kunde vara intresserade av, vilket distriktssköterskorna uppskattade. Pålitlig information kunde även komma till distriktssköterskorna via remisser där kunskap kunde inhämtas gällande en patient och hur uppgiften för denna patient skulle utföras. Denna kunskap upplevdes som trygg i den bemärkelse att åtgärderna och tillvägagångssättet var beskrivet i remissen av en kollega och blev därför en tydlig vägledning för distriktssköterskorna hur och på vilket sätt patienten skulle hjälpas. Distriktssköterskorna upplevde ett gott stöd till att kompetensutvecklas genom utbildningar och möten på arbetsplatsen. Där togs det tillvara på möten att alla var samlade och en läkare kunde exempelvis bjudas in för att presentera något inom ett visst område för sjuksköterskorna och distriktssköterskorna. Kunskapen som fanns inom vårdcentralen tillvaratogs på det sättet.

“På denna vårdcentralen har vi möten varannan vecka. Där har vi möjlighet att utveckla och utbyta och vi tar även hjälp av läkare för att internutbilda personal, för vi har otroligt mycket kapacitet och möjlighet på en vårdcentral och det är inte alltid så att man ska gå iväg på utbildningar för att utbilda sig. Ibland finns informationen och kunskapen inom fyra väggar och det utnyttjar vi.” (D27)

Kollegor visade sig vara viktig för att få möjlighet till kompetensutveckling. Ungefär hälften av de intervjuade distriktssköterskorna hade kollegor inom samma profession på sin arbetsplats. De distriktssköterskor som hade en jämbördig kollega att konsultera upplevde detta som positivt vilket visade i sig i form av en trygghetskänsla. Kunskapsutbytet kunde i något fall ske på administrationstid och i andra fall i samband med ett patientfall. Anledningen till reflektionerna var att det fanns behov av att få en annans åsikt i ett visst patientfall eller helt enkelt utbyta erfarenheter, vissa dagar fanns inte utrymme utan det kunde då röra sig om att utbyta några meningar här och där. Distriktssköterskorna uppgav ett gott samarbete med alla yrkeskategorier och hade möjlighet till kollegial kompetensutveckling, vilket framförallt berörde professioner som sjuksköterskor, undersköterskor eller läkare. De

distriktssköterskor som saknade kollegor inom samma profession beskrev att kompetensutvecklingen kunde begränsas och en ökad sårbarhet i att vara ensam, det upplevdes även vara ett större krav för egen kunskapsinhämtning än de som hade distriktssköterskekollegor. Detta uttrycktes i form av att teamarbete med någon som hade samma kunskapsutbildning gynnar kompetensutveckling och ensamheten resulterar i ett större egenansvar och minskad möjlighet till reflektion. Tryggheten som uteblev vid avsaknaden av en jämbördig kollega kunde bland annat resultera i svårigheter med till exempel sårbedömningar. I dessa lägen önskade distriktssköterskorna en kollega inom samma profession som också hade kunskap inom sårvård och sårsläkning, upplevelsen av samförståelse hos till exempel läkare fanns i dessa lägen inte.

“Just nu så har jag kämpat med ett bensår i sju månader... och då skulle jag önskat i början i alla fall att man hade en annan... jämbördig kollega... som också förstår sig på det här, för doktorerna kan inte detta med bensår och omläggningar så bra, det är inte alls deras hemmaplan, det är liksom vår, distriktssköterskans arena.”
(D30)

Distriktssköterskorna upplevde även nätverk inom kommunen med till exempel distriktssköterska inom hemsjukvård och biståndshandläggare som ett tryggt kontaktnät att konsultera med om det uppdagades kunskapsluckor. Detta kunde gälla regelbundna träffar eller utbyte av erfarenhet gällande specifika omläggningar. Däremot upplevde en distriktssköterska det svårt att få kontakt med kommunen, upplevelsen var att det var svårt att få kontakt för att kunna konsultera om specifika frågor gällande en patient.

Diskussion

I detta avsnitt förs diskussion rörande metoden och resultatet. Diskussionerna kommer att delas upp i två delar. Metoddiskussionen berör alla delar av hur studien utfördes. I resultatet diskuteras huvudfynd utifrån deltagarnas upplevelser med förankring i syftet.

Metoddiskussion

Kvalitativ innehållsanalys analyserar innehållet av berättande karaktär för att identifiera framträdande teman och mönster bland teman (Polit & Beck, 2013), och är därför en lämplig

metod att använda för denna studie. Fokus i denna studie var att undersöka distriktsköterskans upplevelse av ett fenomen och av den anledningen valdes en kvalitativ ansats. Polit och Beck (2013) beskriver att tillförlitlighet i en kvalitativ innehållsanalys ska belysa studiens trovärdighet, pålitlighet, anpassningsbarhet, överförbarhet och äkthet.

Urval

Målet med studien var att få en bred uppfattning gällande studiens syfte och därför skickades förfrågningar ut till stora delar av södra Skåne. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärks studien genom att ha varierande åldrar och välja ut deltagare med olika erfarenheter. Bredden på erfarenheten bland deltagarna varierade från sex månader upp till 34 år. Beroende på erfarenhet gavs olika perspektiv på fenomenet, vilket stärker trovärdigheten vilket i enlighet med Polit och Beck (2013) hänger samman med förtroendet för sanningsvärdet av den insamlade data och tolkningarna av dessa. Överförbarheten stärks också i detta sammanhang som innebär huruvida resultatet kan överföras till annat sammanhang eller grupper (Polit & Beck, 2013). Urvalet representerade också distriktsköterskor från både offentlig och privat sektor. Då distriktsköterskor finns yrkesverksamma inom båda sektorerna och arbetar utifrån liknande förutsättningar fanns ingen anledning att utesluta den ena. Snarare har det gett ytterligare perspektiv på upplevelsen av kompetensutveckling. Alla deltagare arbetade på vårdcentraler belägna inom tätorter vilket begränsar överförbarheten till vårdcentraler i landsbygd då det inte finns någon representant härifrån.

Inklusionskriterierna innefattade att deltagaren skulle ha minst ett års sammanhängande erfarenhet inom vårdcentralsektorn. En deltagare hade varit färdig distriktsköterska i sex månader. Initialt kan detta ses som en svaghet, dock hade hen tidigare arbetat som sjuksköterska med arbetsuppgifter liknande en distriktsköterska i två år. Därför ansågs det ändå relevant att ha med denna deltagare då hen gav ett representativt perspektiv på distriktsköterskans arbete utifrån syftet.

Intervjuerna

Ostrukturerade intervjuer applicerades som metodik i intervjufrågorna. Enligt Sorsa, Kiikkala och Åstedt-Kurki (2015) kan självkännedom och känsligheten möjliggöra värdefulla inslag i denna typ av intervjumethodik. Styrkan i detta är att intervjuerna blir mer personliga och möjliggör subjektivitet utan fördomar. Därför planerades intervjuguiden med en ingångsfråga

som direkt besvarade syftet med studien med avsikt att få deltagaren att tala fritt om ämnet utan att intervjuaren styrde deltagaren i en viss riktning vilket stärker anpassningsbarheten. Anpassningsbarhet uppnås genom att resultatet reflekterar deltagarnas röst och inte forskarnas partiskhet, motivation eller perspektiv (Polit & Beck, 2013). Fördelen med den valda intervjumetodiken har gjort att syftet har speglats i olika perspektiv beroende på hur deltagarna uppfattat tolkningen av frågan vilket i sin tur gett en bred kunskap till studien. Detta stärker å andra sidan inte pålitligheten till studien som berättar om hur lika resultatet skulle bli om studien replikerades med liknande deltagare och liknande kontext eftersom varje upplevelse är individuell (Polit & Beck, 2013). Följdfrågor och stödord ingick i intervjuguiden som kunde bli aktuella om svar behövde fördjupas eller utvecklas vilket enligt författarna till denna studie underlättade intervjuprocessen. Alla intervjuer genomfördes av båda författarna vilket bidrar till en styrka i studien i form av att det möjliggjorde ett ökat perspektiv på frågorna.

Intervjuerna varierade mellan tolv och 25 minuter, de intervjuer som var i fysisk miljö varade längst. Anledningen till att de digitala intervjuerna blev kortare har med all sannolikhet berott på ovana vid digitala intervjuer hos både deltagare och författare. Enligt Danielson (2017) kan deltagaren känna en trygghet om intervjun sker på en säker och behaglig plats som till exempel på arbetsplatsen eller i hemmet. Detta kan ha förklarat att de intervjuer som skedde på deltagarnas arbetsplats, i fysisk miljö, varade längst. Trots att det resulterade i en intervju som endast var tolv minuter besvarade innehållet syftet med studien. Det går dock inte att frånta att de mer korta intervjuerna hade blivit mer innehållsrika om författarna hade varit mer vana vid intervjumetoden samt om intervjuerna varit längre eller skett i fysisk miljö. Detta hade ökat överförbarheten men även äktheten i studien som enligt Polit och Beck (2013) gör att läsaren har förmåga att förstå skildringen av deltagarna genom deras beskrivning av erfarenheter, språk och känslor.

Analys

Intervjuerna spelades in med anledning att i efterhand kunna lyssnas igenom och transkriberas samt för att underlätta analysprocessen och få en enklare inblick i det latent innehåll. Detta medförde att deltagarens budskap framhövdes och författarna kunde på det sättet öka förståelsen av sammanhanget och därav minska risken för att tolka in den egna förförståelsen. Detta ökar anpassningsbarheten och trovärdigheten i studien.

Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) menar att trovärdigheten ökar om mer än en författare har tolkat texten som är transkriberad. Båda författarna har tolkat texten individuellt och sedan diskuterat innehållet gemensamt. Diskussion under analysprocessen har medfört att koderna satts med betänksamhet med fokus på betydelsen i det ursprungliga meningsbärande enheterna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar även trovärdigheten i studien med citat för att bedöma likhet och skillnader mellan kategorierna, vilket har tagits i beaktning i presentationen av studiens resultat.

Resultatdiskussion

Följande diskussion belyser två huvudfynd: *tidfördelning inom arbetet* och *distriktssköterskans vilja till att utvecklas*, vilka diskuteras utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Tidfördelning inom arbetet

Resultatet visade att distriktssköterskornas möjlighet till kompetensutveckling påverkades av tidfördelning inom arbetet. I studien framkom det att verksamheten styrde tiden som kunde läggas på kompetensutveckling och att den många gånger fick läggas på patientbesök istället. Verksamheten hade också det övergripande ansvaret över att det fanns tid för interna utbildningar och möjlighet till reflektion. Dahl och Clancy (2015) beskriver att inhämtningen av kunskap begränsas på grund av tidsbrist och tiden läggs istället på att utföra andra arbetsuppgifter trots att distriktssköterskan har ett stort behov av vetenskapliga underlag. Vidare beskriver Nygren Zottermann, Skär, Olsson och Söderberg (2015) att brist på tid men även stress bidrar till lägre kvalitet på besöken hos distriktssköterskan på vårdcentral. Det framkom i deras studie att kvaliteten var viktig för att skapa en vårdande relation och ökad tid kunde bidra till mer noggrann information från patienten. Utifrån denna kunskap är tiden alltså en viktig aspekt i ett patientperspektiv, får distriktssköterskan inte tid för patienten på grund av ett pressat tidsschema kan den personcentrerade vården brista. Får distriktssköterskan däremot tid till att inhämta information från patienten kan detta stärka kvaliteten och därmed patientsäkerheten. Svensk sjuksköterskeförening (2019) menar dessutom att en förtroendeingivande relation med patienten även är viktigt ur ett etiskt perspektiv. Genom att skapa en trygg och tillitsfull miljö för patienten ökar chansen till att

stärka patientens autonomi. Tid bör därför beaktas som en viktig faktor för att skapa denna typ av relation.

Dessutom uttryckte distriktssköterskorna en önskan om avsatt tid för kompetensutveckling, den korta administrationstiden gav inte möjlighet till ro eller tid för att utveckla kunskap. Detta kunde upplevas genom att ledningen satsade mer på utveckling av verksamheten än det patientnära arbetet, vilket var ett hinder för distriktssköterskan. Johansson, Oleni och Fridlund (2002) menar att samtidigt som sjuksköterskor ska utföra sina arbetsuppgifter ställs också krav på att arbetet ska utföras med hög kvalitet. Författarna beskriver vidare att tidsbrist kan innebära att kvaliteten inte blir önskvärd och sjuksköterskorna kan i dessa situationer riskera att utveckla känslor av otillräcklighet. Sammantaget ger detta kunskap om att distriktssköterskan ska arbeta utifrån flera aspekter. Dels ska hen finnas tillgänglig, dels ge god kvalitet på vården. Det gäller därför att tiden är balanserad så att den å ena sidan är tillräcklig för att ge god vård av hög kvalitet, men å andra sidan inte påverkar tillgängligheten för andra patienter.

Distriktssköterskorna i studien beskrev en normalisering kring strukturell missgynnsamhet och menar att det var mer vedertaget för läkare att kompetensutvecklas. Då distriktssköterskorna uttryckte en önskan om studietid likt läkarna, belyser Schneider (2015) en hierarkisk struktur mellan sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskan besitter kunskaper och gör bedömningar som är grunden till läkarens diagnoser. Genom föreliggande studie framkommer det att mer tid till kompetensutveckling för distriktssköterskor, skulle resultera i en vinst för sjukvården och patientsäkerheten. Då sjuksköterskan besitter kunskaper som ökar patientsäkerheten kan dagens tidsfördelning av kompetensutveckling samt den hierarkiska strukturen mellan läkare och sjuksköterskor ifrågasättas.

Verksamhetens arbete präglas av att behålla en god patientsäkerhet (PSL, SFS 2010:659). Verksamhetens uppdrag är att bedriva vård så att patienten känner sig trygg och säker samt att vården särskilt ska uppmuntra till goda kontakter mellan patient och vårdpersonal. Patientsäkerhet definieras också enligt lag som "skydd mot vårdskada". Eftersom statistik visar att vårdskador i Sverige ökar och kostar mångmiljonbelopp (LÖF, 2019) är det av stor vikt för vårdcentraler som verksamhet att ta ansvar över arbetsmiljö och faktorer som kan påverka distriktssköterskans möjligheter till kompetensutveckling. Genom att exempelvis öka möjligheter för medarbetare att gå på kurser, ha internutbildningar, kan det underlätta för distriktssköterskor att utveckla sin kompetens och öka patientsäkerheten samt minska

vårdskador. Statistiken gällande vårdskador som LÖF (2019) presenterar är ett resultat på att patientsäkerheten har brustit då vårdskador är förknippat med kompetensnivån. Trots att det finns lagar som reglerar patientsäkerheten och riktlinjer som styr både verksamhet och den enskilde distriktssköterskan, brister ändå vården gentemot patienten. Duff (2013) beskriver att anledningen till att vården brister möjligtvis kan orsakas av att vården står inför regelbundna förändringar och därför är det viktigt att kontinuerligt utveckla kompetensen. Statistiken från LÖF (2019) berör förvisso hela hälso-och sjukvården, men primärvården har sin andel att ta ansvar över, därför bör kompetensutveckling inom primärvården också uppmärksammas då det kan leda till färre vårdskador och ökad patientsäkerhet.

Distriktssköterskans vilja till att utvecklas

Kärnan till distriktssköterskans inre driv var att värna om och ta ansvar gentemot varje patient hen mötte. Människor i Sverige har alla rätt till en god och säker vård som sker på lika villkor (HSL, SFS 2017:30). För distriktssköterskan kan det ombesörjas främst genom att själv ta initiativ till att tillgodose sig forskning och arbeta evidensbaserat i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet enligt vad Svensk sjuksköterskeförening (2019) beskriver. Att distriktssköterskan erbjuder en lättillgänglig vård inom primärvården skapas förutsättningar för patienten och möjliggör behandling och uppföljning som en viktig åtgärd för att kvalitetssäkra säkerheten i arbetet med patienten. Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade en medvetenhet kring sitt ansvar av hur kompetensen bör och ska utvecklas i enlighet med föreskrifter och lagar. De tog eget ansvar vilket stod i likhet med att ge patienten vård med god kvalitet samt vara kritiskt och självmedveten inför sin egen, men även verksamhetens kunskap och utveckling. Svensk sjuksköterskeförening (2019) beskriver att det åligger distriktssköterskan att ha ett kritiskt förhållningssätt och medverka i utvecklingen av att kunna bibehålla eller öka patientsäkerheten.

Om det uppenbarades en osäkerhet kring ett visst moment, berättade distriktssköterskorna att de genom inläsning förberedde sig så att det inte rädde osäkerheter när patienten var på plats. Det var viktigt att distriktssköterskorna hade ett inre driv och tog eget ansvar kring kunskapsinhämtning för att öka möjligheten till kompetensutveckling, men även för att upprätthålla en god patientsäkerhet. Pereira et al. (2018) har genom sin forskning gett kunskap om att vilja, inställning och intresse är viktiga egenskaper hos vårdpersonal för att öka möjligheten till kompetensutveckling. Dessa fynd stämmer bra överens med föreliggande

studie som belyst dessa egenskaper. Alltså verkar medvetenheten kring sin egen kunskap ha ett samband med kvalitet på vården och därmed patientsäkerheten - om distriktssköterskan upptäcker kunskapsluckor hos sig själv, avgör attityden och motivationen till kompetensutveckling om distriktssköterskan väljer att förbättra sina kunskaper eller inte.

Genom föreliggande studie uppmärksammades att distriktssköterskans arbete var mycket självständigt genom att de till exempel fick ta egna initiativ till att anmäla sig till kurser eller inhämta saknad kunskap. Självständigt arbete kan enligt Ahlstedt, Eriksson, Holmström och Muntlin Athlin (2019) bidra till ökad motivation till arbetet genom att få möjligheten att influera sitt eget arbete, fatta sina egna beslut och lösa problem. Samtidigt har arbetsmiljön också visat sig vara väsentlig för att öka det inre drivet. Forskning av Furunes, Kaltveit och Akerjordet (2018) visar att goda arbetsmiljöer skapar möjligheter för hälso- och sjukvårdspersonal att öka sin självständighet och som i sin tur underlättar möjligheten till kompetensutveckling. Karlsson, Gunningberg, Bäckström och Pöder (2019) beskriver att stress och trötthet kunde påverka motivationen till arbetet och utvecklingen av kompetensen, vilket kunde få konsekvenser i form av att sjuksköterskan negligerade att följa rutiner. Det kunde leda till att värdefull information blev förbisedd, vilket påverkade omvårdnaden. För att öka sin möjlighet och motivation till kompetensutveckling är alltså distriktssköterskan beroende av att omgivningen är väl fungerande, den kan vara avgörande vid möte av nya utmaningar. Med en god arbetsmiljö som grund har distriktssköterskan möjlighet att lägga sin tid och driv på kompetensutveckling och prövande omvårdnadsuppgifter.

Konklusion och implikationer

Distriktssköterskans kompetensutveckling är viktig för patientsäkerheten. Genom tidfördelning på arbetet, distriktssköterskans vilja till att utvecklas och användandet av säkra källor skapas förutsättningar för kompetensutveckling på vårdcentral. Distriktssköterskorna i denna studie hade möjlighet att förvalta sin kompetensutvecklingstid men det var verksamheten som bestämde hur mycket tid som skulle avsättas för kompetensutveckling. Arbetskollagens kompetens utgjorde ett stöd, liksom de granskade underlag och källor som redan fanns för kompetensutveckling. Resultatet för denna studie ger kunskap om vilka förutsättningar som finns för distriktssköterskor till kompetensutveckling och även hur detta

berör patientsäkerheten. Förslag på framtida forskning är att undersöka möjligheterna till att implementera mer kompetensutveckling för distriktssköterskor på vårdcentral och undersöka hållbarheten av detta. Skillnaden i tidfördelningen för kompetensutveckling mellan yrkeskategorier verkar bero på den hierarkiska struktur som präglat hälso- och sjukvården under en längre tid. Vidare forskning hade kunnat medvetandegöra strukturer i verksamheter och därmed kunnat leda till förändring i form av en mer jämlik tidfördelning av kompetensutveckling inom primärvården.

Referenser

- Ahlstedt, C., Eriksson Lindvall, C., Holmström, I. K., & Muntlin Athlin, Å. (2019). What makes registered nurses remain in work?: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgicalpatient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617–1623
- Aiken, L.H., & Sermeus, W. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ: British Medical Journal*, 344(7851), 20.
- Björkström, M., & Hamrin, E. (2001). Swedish nurses attitudes towards research and development within nursing. *Journal of advanced nursing*, 34(5), 706-714. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01800.x
- Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (4), 679. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12196>
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricsson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2uppl., s.144–154). Lund: Studentlitteratur.
- Drevenhorn, E., Kjellgren, KI., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 16(2), 144–151.
- Duff, B. (2013). Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence. *Nurse Education Today*, 33(10), 1108–1111. <https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2012.05.025>
- Fitzpatrick, S., Coughlin, J., Appel, L., Tyson, C., Stevens, V., Jerome, G., Dalacin, A., Brantley, P., & Hill-Briggs, F. (2015). Application of Latent Class Analysis to Identify Behavioral Patterns of Response to Behavioral Lifestyle Interventions in Overweight and Obese Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 471–480. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9446-y>

- Furunes, T., Kaltveit, A., & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(23–24), 4290–4301. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14621>
- Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29-34. doi: 10.1016 / j.nedt. 2017 .06.002
- Helsingforsdeklarationen. (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet.
- Högskoleförordning (SFS 1993:100). Stockholm: Socialdepartementet.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO). (2019). Anmäl vårdskada - lex Maria. <https://www.ivo.se/anmala-och-rapportera/anmala-och-rapportera-som-yrkesverksam/anmal-vardskada---lex-maria/>
- Johansson, P., Oléni, M., Fridlund, B., & Oleni, M. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337–344. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x>
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(12), 2954–2965. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jan.13031>
- Karlsson, A., Gunningberg, L., Bäckström, J., & Pöder, U. (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay – A double-edged sword. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(7), 1359–1365. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jonm.12816>

- Keykaleh, MS., Safarpour, H., Yousefian, S., Faghisolouk, F., Mohammadi, E., & Ghomian, Z. (2018). The Relationship between Nurse's Job Stress and Patient Safety. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, (11). <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.351>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). (2019). Anmälningar till LÖF 2018. <https://lof.se/wp-content/uploads/Statistik-2018-Hela-Sverige.pdf>
- Lin L., & Liang, BA. (2007). Addressing the nursing work environment to promote patient safety. *Nursing Forum*, 42(1), 20–30. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00062.x>
- Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 418–425. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12146>
- Nymberg, P., & Drevenhorn, E. (2016). Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre / Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (2), 349. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/scs.12254>
- O'leary, D-F., & Mhaolrunaigh, S.N. (2012). Information-seeking behaviour of nurses: where is information sought and what processes are followed? *Journal of Advanced Nursing*. 68(2), 379–390. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05750.x
- Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Stockholm: Socialdepartementet.
- Periera, F., Pellaux, V., & Verloo, H. (2018). Beliefs and implementation of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 27, 2052-2061. [doi:10.1111/jocn14348](https://doi.org/10.1111/jocn14348)
- Petursdottir, A., Haraldsdottir, E., & Svavarsdottir, E. (2018). The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialised palliative home care: A quasi-experimental study. *Scandinavian journal of caring science*. 33(2), 342-350. [doi:10.1111/scs.12628](https://doi.org/10.1111/scs.12628)
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins
- Sakane, N., Sato, J., Tsushita, S., Tsujii, S., Kotani, K., Tominaga, M., Kawazu, S., Sato, Y., Usui, T., Kamae, I., Yoshida, T., Kiyohara, Y., Sato, S., Tsuzaki, K., Takahashi, K., & Kuzuya, H. (2014). Effect of baseline HbA1c level on the development of diabetes by

- lifestyle intervention in primary healthcare settings: insights from subanalysis of the Japan Diabetes Prevention Program. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 2(1), e000003.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1136/bmjdr-2013-000003>
- Schneider, D. (2015). *Informal Interactions, Gender, and Hierarchy: Barriers to Nurse-Physician Collaboration in a West Coast Hospital*.
- Scott-Findlay S, & Golden-Biddle K. (2005). Understanding how organizational culture shapes research use. *Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 359–365.
- Shaheen, A., El-Hneiti, M., Albqoor, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. *Journal of nursing management*, 27(8), 1747-1755. doi: 10.1111/jonm.12869
- Socialstyrelsen. (2016). Primärvårdens uppdrag: En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-3-2.pdf>
- Socialstyrelsens föreskrifter om behörighet för sjuksköterskor att förskriva och ordinera läkemedel (HSLF-FS 2018:43). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2018-10-14.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). Mätningar och resultat. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/matningar-och-resultat>
- Sorsa, M. A., Kiikkala, I., & Åstedt-Kurki, P. (2015). Bracketing as a skill in conducting unstructured qualitative interviews. *Nurse Researcher*, 22(4), 8–12. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.7748/nr.22.4.8.e1317>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2019). Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
- Sweeney, C., LeMahieu, A., & Fryer, G. (2016). Nurse practitioner malpractice data: Informing nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 33(2017), 271-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.01.002>
- Takase, M., Yamamoto, M., Sato, Y., Niitani, M., & Uemura, C. (2015). The relationship between workplace learning and midwives' and nurses' self-reported competence: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*. 52(12), 1804-1815. doi.org:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.016

- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events--A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
- Weum, M., Bragestad, L. K., & Glavin, K. (2017). How do public health nurses use knowledge sources / Hvordan helsesøstre bruker kunnskapskilder. *Sykepleien Forskning*, (e-64242), 1. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4220/Sykepleienf.2017.64242>
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267–284. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0749-3797\(02\)00415-4](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0749-3797(02)00415-4)
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (Upplaga 4). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- World Health Organisation. (2019). Crossing the Global Quality Chasm Improving Health Care Worldwide. <https://www.nap.edu/resource/25152/Global%20Quality%20Chasm%20highlights.pdf>