

SAMMENDRAG

Tittel:	Hva slags erfaringer har sykepleiere om arbeid i kommunale sykepleierklinikker?	Dato:	27/5-21
Deltaker:	Aina Korup		
Veileder:	Øyfrid Larsen Moen		
Stikkord/nøkk elord 3-5 stk.	Kommunal sykepleierkikk, sykepleieres erfaringer, kunnskapsbasert praksis, allmennklinisk sykepleie.		
Antall sider/ord: 16057	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja/nei JA	
Kort beskrivelse av masteroppgaven:			
<p>Introduksjon: Kommunale sykepleierklinikker i primærhelsetjenesten som ledes og drives av sykepleiere er en av mange løsninger for å møte dagens behov for kompetanse og ivaretagelse av pasienter i kommunehelsetjenesten. Det er lite forskning på hvordan sykepleiere erfarer denne måten å jobbe på og hvordan de anvender kunnskap og kunnskapsbasert praksis i deres arbeid.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer knyttet til arbeid i sykepleierklinikker, og hvordan de arbeider kunnskapsbasert i praksis.</p> <p>Metode: Innholdsanalyse med kvalitativt beskrivende design. Syv informanter deltok i individuelle semistrukturerte intervju via telefon eller nettbasert kommunikasjon. Intervjuene ble transkribert og analysert etter Elo og Kyngäs prinsipper for innholdsanalyse.</p> <p>Resultat: Fra intervjuene ble det formet tre hovedkategorier og seks sub-kategorier. De tre hovedkategoriene presenteres som: 1. Sykepleieres forventninger til sykepleierklinikker som egnet arbeidsplass. 2. Faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling. 3. Erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid. Hovedfunn er at sykepleierne har gode erfaringer knyttet til å ivareta særlig kronisk syke pasienter hvor de anvender ulike kunnskapskilder som grunnlag for behandlingen. Deltakerne tilstreber en pasientsentrert behandling særlig rettet mot sårpasienter som har til hensikt å gi behandling som er av oppdatert forskning knyttet sammen med erfaringer og tilpasninger mot den enkelte pasient.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne trives godt med selvstendig arbeid i kommunale sykepleierklinikker og har fokus på kunnskapsbasert praksis og kompetanse. Det er utfordringer knyttet til drift og mangel på kollegaer for å få det optimalisert og tilrettelagt i hverdagen. Klinikkerne retter seg først og fremst mot behandling av kronisk syke og har mange pasienter som mottar sårbehandling. Det kan være et behov for å utvide tilbudet hvor allmennsykepleierens rolle kan være å bidra til en helhetlig kartlegging og ivaretagelse av flere pasientgrupper for å imøtekomme dagens behov for tjenester og kompetanse i kommunen. Det er behov for mer forskning både knyttet til drift, behandlingstilbud og behandling av pasienter i sykepleierklinikker.</p>			

ABSTRACT

Title:	What kind of experiences do nurses have about working in municipal nurse-led clinics?	Date:	27/5-21
Participants:	Aina Korup		
Supervisor:	Øyfrid Larsen Moen		
Keywords: 3-5	Nurse-led clinic, nurses' experience, primary care, evidence-based practice, nurse practitioner.		
Number of pages/words: 16057	Number of appendix: 2	Availability (open/confidential): Yes	
<p>Short description of the master thesis:</p> <p>Introduction: Municipal nurse-led clinics in the primary health service, which is led and run by nurses is one of many solutions to meet the current need for competence and quality care of patients in the municipal health service. There is little research on how nurses experience this way of working and how they apply their knowledge and knowledge-based practice in their working situation.</p> <p>Purpose: The purpose of the study is to investigate nurses' experiences on working in a nurse-led clinic, and how they work based on knowledge-based practice.</p> <p>Method: A content analysis with qualitative, descriptive design. Seven informants participated in individual semi-structured interviews via telephone or online communication. The interviews were then transcribed and analyzed to Elo and Kyngäs principles for content analysis.</p> <p>Results: From the interviews three main categories and six sub-categories were formed. The three main-categories are: 1. Nurses' expectations of a nursing clinic as a suitable workplace. 2. Factors that affect competence and professional development. 2. Experiences related to interdisciplinary collaboration. The main findings is that the nurses have good experiences related to treatment of patients in clinics, particularly for patients with chronic disease. The nurses strive for a patient-centered treatment, specifically at wound patients to provide treatment that is from updated research and combine it with their own experiences and adaptations towards the individual patient.</p> <p>Conclusion: The nurses is satisfied with their independent work in the nurse-led clinic and has focus on knowledge-based practice and competence, but there are challenges related to the operation and the lack of colleagues to get it optimized and adapted into their working-environment. The clinics focus primarily on the treatment of the chronically ill and they have many patients who receive wound care. There may be a need to expand the clinics, and the nurse practitioner's role can be to contribute to a comprehensive mapping and care of several patient groups to meet the government need for services and competence in the municipality. There is a need for more research related to how the clinics should be operated and which patients who can benefit from this kind of care.</p>			

Forord

Da er jeg endelig i mål med min masteroppgave og en tidvis lang og krevende prosess, men mest av alt har det vært lærerikt og selvutviklede og har gitt økt kunnskap og selvtillit som jeg nå tar med tilbake på jobb. Det er selvfølgelig noen jeg må takke for all hjelp og støtte jeg har fått i denne tiden som alle på sitt vis har vært avgjørende for at jeg i det hele tatt kom i mål med dette prosjektet.

Takk til min stødige veileder Øyfrid Larsen Moen som virkelig har veiledet, men også inspirert og motivert meg til å fullføre denne masteroppgaven. Uten deg hadde det nok ikke blitt noen masteroppgave i det hele tatt.

Takk til min sjef Stine H. Hovdedalen for støtte og oppmuntring og permisjoner- gjerne på kort varsel. Takk til mine gode kollegaer som viser omtanke, titter innom kontoret og heier meg frem.

Takk til syv imøtekommende deltakere for deres tid og erfaringer lånt til intervju. Uten dere hadde jeg ikke hatt noe materiale å jobbe med. Dere er dyktige i jobben dere gjør.

Takk til mine nydelige barn som har måtte tåle en periodevis mentalt fraværende mor.

Innhold

Forord	vii
1.0 Bakgrunn	11
1.1 Sykepleierklinikken og sykepleieres erfaringer om å arbeide i klinikk.	12
1.2 Pasientenes erfaringer med sykepleierklinikker	13
1.3 Kunnskapsbasert praksis i sykepleie	14
1.4 Allmennsykepleieres bidrag inn i sykepleierklinikker	16
1.5 Hensikt og forskningsspørsmål	17
2.0 Metode	18
2.1 Design	18
2.2 Utvalg	18
2.3 Datainnsamling	19
2.4 Dataanalyse	21
2.4.1 Forberedende fase	21
2.4.2 Organiseringsfasen	22
2.4.3 Rapporteringsfasen	23
2.5 Forskningsetikk	24
3.0 Resultater	25
3.1 Sykepleieres forventninger til sykepleierklinikken og egen arbeidsplass	27
3.1.1 Sykepleierklinikken – et ukjent territorium?	27
3.1.2 Sykepleierklinikk eller sårklinikk?	28
3.2 Faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling	29
3.2.1 Mestring av sykepleierfaget	29
3.2.2 Utvikling av sykepleierfaget på arbeidsplassen	31
3.3 Erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid	32
3.3.1 Samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten	32
3.3.2 Erfaringer knyttet til samarbeidspartneres kjennskap om, og interesse for klinikkene	33
4.0 Diskusjon	35
4.1 Hvilke forventninger har sykepleiere til sykepleierklinikk, arbeidsoppgaver og utfordringer?	35
4.2 Kompetanse og fagutvikling i sykepleierklinikkene	37
4.3 Hvordan fungerer tverrfaglig samarbeid i sykepleierklinikkene?	40
4.4 Metodiske overveielser	43
4.5 Forslag til fremtidige studier	45
5.0 Konklusjon	46
Referanser	47

1.0 Bakgrunn

Denne masteroppgaven handler om kommunale sykepleierklinikker med kartlegging og en identifisering av erfaringene hos sykepleiere som jobber ved slike klinikker i Norge. Bakgrunn for valg av tema handler om faginteresse og nysgjerrighet i forhold til hvordan disse klinikkene fungerer i disse kommunene som nå har fått erfaringer med dette, og hvordan sykepleierne praktiserer selvstendig arbeid i hverdagen. Denne oppgaven er også av samfunnsinteresse for finne ut av om dette er et tilbud som kan videreføres til andre arbeidsplasser eller kommuner hvor det oppleves at enkelte pasientgrupper havner noe utenfor dagens helsetilbud og tjenester og hvor det kan være et behov for å se på andre muligheter eller løsninger for innbyggere i kommunen med behov for et behandlingstilbud av ulike årsaker.

Man hører stadig om at dagens helse-Norge med politikere i spissen søker nye løsninger for å møte behovet for helsetjenester som brukere og pasienter er i behov av – og har krav på. Man vet at antall personer som mottar tjenester øker raskere enn budsjettene, samtidig som brukerne av tjenesten setter høyere krav til kvalitet på tjenestene de mottar. Et eksempel på føringer som er gjort for å se på løsninger for dette er den mye omtalte samhandlingsreformen som tredde i kraft med gradvis innføring fra 2012. Hensikten med denne reformen var at tjenestene som skulle utvikles skulle komme nærmere brukerne, samle spesialiserte tjenester, styrke fagmiljøer og styres mer av kommunene selv. Blant utfordringene som nevnes her er blant annet at pasientenes behov for kvalifiserte og trygge tjenester også skal favne forebyggende arbeid og veiledning knyttet til pasienters helse (Meld. St. 47 (2008-2009)). Selv om disse føringene kom allerede i 2012 har det tatt lang tid å implementere endringer og dette er fortsatt en pågående prosess. Dette skyldes blant kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 som sier blant annet at kommunene må stille med rett kompetanse på rett sted for å sikre tjenester av god kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenestene som tilbys, og selv om rammene er angitt må kommunen og spesialisthelsetjenesten avklare ansvarsområder og oppgaver seg imellom. Så langt det er mulig skal tjenestene tilbys i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020).

Et annet eksempel er den nyere satsningen om at alle som kan bo hjemme, skal bo hjemme – og at det skal legges til rette for at dette er gjennomførbart ved at man blant annet styrker helsetjenester i hjemmet. I «leve hele livet» en kvalitetsreform for eldre over 65 år står det blant annet at det er et sentralt mål at de eldre skal mestre livet lenger, og at de skal ha en trygghet om at de får god og forsvarlig helsehjelp når de trenger det. Dette forutsetter også at brukerne selv også bør være i stand til å oppsøke hjelp selv når behovet oppstår og at de må vite hvilke tjenester som finnes eller hvor de skal henvende seg når behov for tjenester oppstår. For å bidra til dette målet skal ansatte som tilbyr helsehjelpen inneha, og bruke sin kompetanse i tjenesten og dermed bidra til trygge forsvarlige tjenester og et aldersvennlig Norge (Meld. St. 15 (2017-2018)). Det er gjort ulike tiltak for å bedre helsetilbudet for hjemmeboende pasienter de siste årene. Eksempler på dette er frisklivssentralen som er et lavterskeltilbud til

kommunens innbyggere som tilbyr ulike tjenester, blant annet kurs i livsstilsendring, veiledning og fysioterapi. Primærhelseteam er et annet eksempel som foreløpig er et forlenget prosjekt fra helsedirektoratet som består av sykepleiere som tilbyr sykepleierkonsultasjoner med blant annet oppfølging og veiledning hos blant annet kronisk syke pasienter i tilknytning fastlegene ved legekontor, og kommunale sykepleierklinikker som er et tilbud til alle kommunens innbyggere og for de pasientene som trenger veiledning, behandling og andre helserelaterte tjenester. Alderssammensetningen i Norge viser at det var 164000 flere nordmenn i aldersgruppen 60-79 år i 2018 sammenlignet med 2008, mens antall institusjonsplasser er omtrent det samme (Wettergreen, Ekorud og Amundsen, 2019). Samtidig ser man et økende antall eldre med sammensatte sykdommer, og med en varslet eldrebølge er det stadig behov for å se på løsninger som kommer både samfunnet og brukerne til gode.

1.1 Sykepleierklinikken og sykepleieres erfaringer om å arbeide i klinikk.

En sykepleierklinikkk kan defineres som en klinikk hvor sykepleiere arbeider selvstendig og har sine egne pasienter de følger opp og behandler (Hatchet, 2008). Rollene de utøver og pasientgruppene de behandler kan innebære helsevurderinger og kartlegging av pasientens helsetilstand, veiledning og helserelatert opplæring til ulike pasientgrupper, behandling, oppfølging innen rus og psykiatri og henvisning av pasienten videre i helsevesenet dersom annen medisinsk eller helsefaglig oppfølging er nødvendig (Hatchet, 2008; Randall *et al.* 2016). Chouinard *et al.* (2017) hevder at sykepleierklinikken er samfunnsøkonomisk i tillegg til at sykepleierne har et potensiale til å forbedre kvaliteten på tjenesten i primærhelsetjenesten uten at dette går utover kvaliteten på pasientenes tilfredshet ved bruk av tjenestene. Klinikkene utgjør et relativt lite utvalg i Norge per i dag og regnes fortsatt som en nyere organiseringsform i primærhelsetjenesten. Dette til tross for at disse klinikkene finnes i et større omfang i Skandinavia og resten av verden for øvrig, og har eksistert i flere år (Lewis *et al.* 2008; Sangster-Gormley *et al.* 2011). Sykepleierklinikkene er gjerne etablert i tilknytning til institusjoner eller hjemmesykepleien. Slik er det også i Danmark, som har over 250 sykepleierklinikker. Her beskrives klinikkene som et supplement til hjemmesykepleien og et tilbud til pasienter som ikke har vesentlige fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse og således er i stand til å motta tilbud eller helsetjenester utenfor hjemmet (Swanson, 2013).

Etter flere litteratursøk i blant annet Cinahl, Medline og Ovid og Google Scholar viser det seg at det er en begrenset forskning som går direkte på sykepleieres erfaringer ved å arbeide i sykepleierledede klinikker, men Murchie *et al.* (2005) fant i sin studie med 19 intervjuede sykepleiere som arbeidet i kommunal sykepleierklinikkk eller i tilknytning et primærhelseteam at deres utvidede sykepleierrolle var et kjærkomment tilskudd for kommunen som i en tidligere studie over fire år hadde vist gode resultater i forhold til oppfølging av hjertepasienter i kommunen. Deltakerne mente at etableringene av klinikkene hadde ført til et bedret pasienttilbud for pasientene og mer effektiv koordinering av andre tjenester. De brukte også sin kompetanse og erfaring til

implementering av behandling og at tilbudet bidro til en tidlig oppdagelse av forverrede tilstander og fungerte som en ekstra sikkerhet for pasientene. Andre erfaringer som kom frem her var at for å lykkes med slike klinikker var deltakerne avhengig av god opptrening og ikke minst muligheten til å holde seg oppdatert innen forskning og utvikling, motivasjon og støtte. Noen av sykepleierne erfarte forbedret samarbeid, men noen opplevde at legene synes det var vanskelig å delegere oppgavene til sykepleiere. Utfordringer for velfungerende klinikk kunne også være faktorer som underbemanning av sykepleiere, infrastruktur og utfordringer knyttet til økonomi. I studien til Marshall, Floyd og Forrest (2011) fremkommer det at sykepleiere med arbeid ved sykepleierklinikkene opplever en økt autoritet ved å arbeide selvstendig og begrunner dette med at de får utviklet sin sykepleierkompetanse og kunnskap og deltakerne hentet ofte sin kunnskap fra tilgjengelige kurs og seminarer som var tilgjengelig for flere av de ansatte. Sykepleierne erfarte at de fikk økt selvtillit og begrunnet dette med positive tilbakemeldinger fra pasientene og sykepleierne delte erfaringer knyttet til at de kunne bidra positivt til disse pasientene og være en viktig faktor for deres livskvalitet og mestring. En annen faktor som bidro til pasientbehandling av god kvalitet var at sykepleierne hadde mulighet for lengre konsultasjoner der det var behov for å ivareta den enkelte pasient (Marshall, Floyd og Forrest, 2011).

1.2 Pasientenes erfaringer med sykepleierklinikker

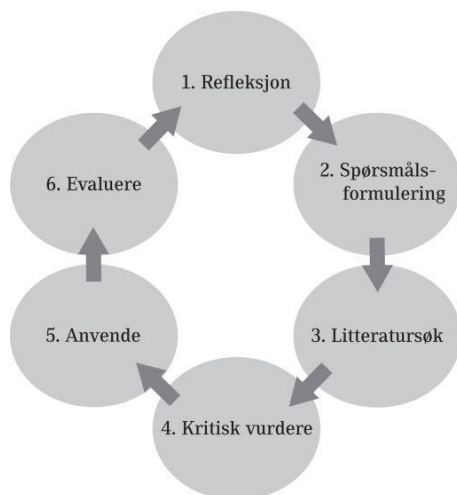
Til tross for begrenset forskning knyttet til sykepleieres erfaringer med å jobbe i sykepleierklinikker finnes det derimot et større tilgjengelig forskning som går direkte på pasienterfaringer knyttet til å motta tjenester, oppfølging og behandling fra sykepleiere. Det finnes holdbarhet for at denne typen klinikker og behandlingstilbud er godt mottatt hos pasientene og at behandlingen som gis kan være av livsforlengende og øke livskvaliteten hos pasienter med kreft (Lewis *et al.* 2009), hos hjertepasienter (Murchie *et al.*, 2004; Schadewalt og Schultz, 2011), og hos sårpasienter (Corrin, 2018). Det som gjenspeiler seg i disse studiene er at pasienter som følges over tid opplever oppfølgingen fra sykepleiere i klinikk som et godt tilbud, at resultatene av behandlingen oppleves tilfredsstillende eller bedre hos pasientene og at det er behov for færre legekonsultasjoner. Felles for disse pasientgruppene er også at dette er pasienter med en kronisk sykdom eller har et sykdomsbilde over lengre tid, noe som gjør det lettere å kvantitativt måle resultatene opp mot erfart opplevelse av behandling og opplevd tilfredshet. Det fremkommer også i disse studiene at det psykologiske aspektet er viktig og kanskje kan være av større betydning for pasientene som kommer til sykepleierklinikkene, og at disse pasientgruppene gjerne trenger mer tid og veiledning under hver konsultasjon enn pasienter som opplever akutt skade eller har kortvarig sykdomsforløp. Lignende funn er også rapportert i studien til Randall *et al.* (2017) hvor det hovedsakelig er sett på den subjektive opplevelsen hos pasientene som anga høy grad av tilfredshet på kvaliteten på tjenesten, tilgjengeligheten og ventetid.

1.3 Kunnskapsbasert praksis i sykepleie

Selv om det ikke er allment anerkjent i litteraturen hevder en del forskere at kunnskapsbasert praksis har sitt utspring fra Florence Nightingale. Historien går helt tilbake på 1800-tallet da hun begynte arbeidet med å forbedre pasientenes utfall når hun arbeidet i et militært sykehus under Krimkrigen. En krig som varte i perioden 1853-1856 (Tøllefsen, 2020). Sykehuset hun arbeidet ved hadde elendige hygieniske forhold og Nightingale begynte derfor å sammenligne hvor skittent vannet ble etter håndvask med og uten såpe og undersøkte betydningen av varmt og kaldt vann. Det var antageligvis ingen som snakket om kunnskapsbasert praksis den gang, men Nightingale benyttet seg av evidensbasert kunnskap når hun eksperimentelt utforsket, fant og systematisk dokumenterte effekten god hygiene hadde for pasientutfall ved sykehuset (Mackey og Bassendowski, 2016). Cochrane (1972) beskrev at ideen for evidence-based practice, eller kunnskapsbasert praksis innebar å samle forskningen innenfor bestemte områder, systematisere den og gjøre den tilgjengelig for å veilede i klinisk praksis og dermed kunne komme pasientene til gode og være et kunnskap og hjelpemiddel for personene som utøver praksis (Cochrane, 1972). Kunnskapsbasert praksis i sykepleie innebærer blant annet at sykepleieren tar i bruk ulike kunnskapskilder i praksis og anvender denne aktivt i pasientbehandling. Dette innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, kunnskap som er resultat av egne erfaringer i praksis og pasientens ønsker og behov i gitt behandlingssituasjon (Dalheim *et al.* 2012; Nordtvedt *et al.* 2012). Denne kompetansen kan defineres som «evnen til å utføre sykepleieroppgaven med ønsket utfall og med varierte omgivelser i den virkelige verden» (Benner 1984, sitert i Saunders *et al.* 2019). Dette betyr at pasienter kommer med ulik bakgrunn og problemstilling og utfordringer til tross for at kanskje diagnosen er den samme noe som fører til at det ikke nødvendigvis er slik at prosedyren for den enkelte pasienten blir identisk. Dette kan være av fysisk, psykisk eller sosial art. Å jobbe kunnskapsbasert i praksis kan derfor bety at sykepleieren ofte må bruke sin kompetanse og erfaring for å gi et behandlingsforløp som er det beste for den enkelte pasient.

For å jobbe kunnskapsbasert, må sykepleiere ha kompetanse i **faglig refleksjon** som innebærer erkjennelsen av at man har et behov for informasjon eller å tenke nytt. Nordtvedt *et al.* (2012) viser i sin 6-trinnsmodell (tabell 1), gangen i hvordan dette kan foregå. **Formulering av kliniske spørsmål** er første trinn, som innebærer å formulere hva man faktisk trenger kunnskap om. **Gjennomføring av søk** som handler om å finne oppdatert kunnskap i forskning og databaser. **Kritisk vurdering** – ikke bare om selve forskningen er av høy kvalitet men er funnene relevante i pasientsituasjonen sykepleierne står i og vurderinger gjort i kollegial sammenheng. **Anvendelse** og presentasjon av forskning dreier seg om å ta den nye kunnskapen og kombinere den med de kunnskaper og erfaringer man allerede har i pasientsituasjonen. **Evaluering** av anvendt praksis er siste steget i modellen. Dette kan skje ved systematisk måling av resultatene eller ved en evaluering av egen kunnskapspraksis hvor stiller seg spørsmål knyttet til sirkelen og hvordan behandlingen fungerer i praksis (Nordtvedt *et al.* 2012). Sirkelen nedenfor illustrerer trinnene i hvordan sykepleiere systematisk kan arbeide kunnskapsbasert på en måte som tar i bruk alle disse formene for kunnskap og kombinerer disse systematisk i praksis.

Tabell. 1



www.kunnskapsbasertpraksis.no

1.4 Allmennsykepleieres bidrag inn i sykepleierklinikker

Utdanningen til allmennsykepleiere med master skal ifølge forskrift om nasjonale retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie sikre kompetanse som skal bidra til å styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester i kommunene. Utdanningen omfatter avansert sykepleie ved både akutte og kroniske tilstander men legger særlig vekt på pasienter med sammensatte og kroniske tilstander av både somatisk og psykisk art (Forskrift om nasjonale retningslinje for master i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020). Disse pasientgruppene krever ansatte med en særskilt evne til å arbeide kunnskapsbasert da man kan få flere faktorer samtidig som vil påvirke behandlingen av pasienten. Allmennsykepleiere skal kunne bidra med breddekompetanse og kliniske ferdigheter til å møte pasienter med komplekse, uavklarte og sammensatte helsetilstander ved å koble den medisinske kunnskapen sammen med grunnleggende sykepleie og således bidra til økt pasientsikkerhet og ivaretagelse av pasienter med sammensatte helsetilstander i kommunen. Allmennsykepleiere med mastergrad til en viss grad sammenlignes med spesialiseringen man finner i andre land, blant annet USA, Australia, Storbritannia og Sverige som har hatt denne spesialiseringsmuligheten i mange år og hvor sykepleierne gjennomgår et utdanningsforløp hvor de utvikler breddekompetanse og klinisk trening utover den generelle sykepleierutdanningen også kalt `nurse practitioners` (Hofstad 2011; Bentley *et al.* 2016). Den største forskjellen er at norske allmennsykepleiere ikke har muligheten til å diagnostisere, og mangler den formelle muligheten til å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten eller forskrive medikamentell behandling (Hofstad, 2011). Utdanningsforløpet har likevel elementer som er til felles og med utvikling av breddekompetanse og klinisk vurdering kan allmennsykepleieren kan således bidra til å styrke kvalitet i tjenestene som tilbys og inneha kompetanse for å kunne ta selvstendige behandlingsvalg og inneha kompetanse for å kunne videreutvikle eksisterende tilbud og tjenester som tilbys ved kommunale sykepleierklinikker.

1.5 Hensikt og forskningsspørsmål

I dette prosjektet er det ønskelig å belyse hvordan sykepleiere arbeider i egen klinikk og hvordan denne praksisen kan være en mulig løsning for å tilby forsvarlige tjenester i kommunene som stadig må ivareta større pasientgrupper. Som nevnt i bakgrunnen finnes det allerede en del tilgjengelig forskning på pasienters erfaringer om behandling og oppfølging i sykepleierklinikk, men søket etter sykepleiers erfaringer var mangelfulle i databasesøkene. Siden det er nettopp sykepleierne som arbeider ved disse klinikkene er derfor ønskelig å se hvilke erfaringer som sykepleiere sitter med i en slik setting og arbeidssituasjon arbeider og hvilke fordeler eller ulemper de ser med en slik praksis i dag rettet direkte mot pasientbehandling og hvordan sykepleierne anvender sin kunnskap og muligheter for samarbeid med andre instanser. Hensikten med prosjektet er å beskrive sykepleiernes erfaringer med å jobbe i kommunal sykepleierledet klinikker med fokus på kunnskapsbasert og helhetlig tilbud til brukerne i kommunen.

Problemstilling:

«Hva slags erfaringer har sykepleiere om å jobbe i kommunal sykepleierledet klinikk?»

2.0 Metode

I metodekapittelet presenteres design, utvalg, datainnsamling og dataanalyse.

2.1 Design

I denne studien benyttes et kvalitativt design, med induktivt og eksplorerende tilnærming for å få kunnskap om sykepleieres erfaringer knyttet til arbeid ved sykepleierledede klinikker. Studiens design er valgt på bakgrunn av oppgavens hensikt og forskningsspørsmål, men også tiden til rådighet for gjennomføring av oppgaven er av betydning for valgt design. Thagaard (2013) fremholder at ved av utforskende design vil gi oss ny kunnskap på områder med lite forhåndskunnskap noe som er i samsvar med studiens hensikt. Malterud (2013) beskriver kvalitativ metode som en forskningsstrategi som er ute etter å beskrive, fortolke og analysere egenskaper eller kvaliteter som skal studeres. Kvalitativ forskning er ute etter forskning på færre individer eller få enheter hvor man er ute etter opplevde erfaringer og meninger slik at man kan forklare fenomener og finne erfaringene som er gjort innenfor et mer snevert område. Metoden har som hensikt å bidra til økt forståelse av et fenomen, handling eller samhandling i samfunnet (Polit og Beck, 2012; Dalland, 2017).

2.2 Utvalg

I en eksplorerende studie beskriver Dalen (2011) at utvalget av deltakere, samt viktigheten av at deltakerne bidrar til studien med betydningsrike data er av større betydning enn at de er mange. Inklusjonskriteriene i denne studien er satt med et strategisk utvalg hvor det fortrinnsvis var ønskelig med spesialsykepleiere med master eller sykepleiere med videreutdanning. Utvalget kunne bestå av både kvinner og menn, men kun kvinner takket ja til å delta. Videre var det et kriterie at deltakerne måtte arbeide ved klinikk i tidsrommet for datainnsamling. Bakgrunnen for dette var fordi det ønskelig med dagsaktuelle data og erfaringer på hvordan arbeidet i sykepleierklinikker foregår i dag. På grunn av forståelse og flyt i samtalene måtte deltakerne beherske skandinavisk språk.

For å nå ut til informanter ble opprettet kontakt med avdelingsledere i ulike kommuner som har et slikt tilbud i Norge og disse fikk ansvar for å velge ut de ansatte som kunne delta ut fra utvalgs-kriteriene som var satt. Etter tilbakemeldinger derfra viste det seg at antall ansatte, og dermed også utvalget av mulige deltakere i kommunale sykepleierklinikker er begrenset. Derfor ble i tillegg til sykepleiere, også deltaker med bachelor i Vernepleie med erfaring med arbeid i sykepleierklinikker og som hadde sykepleierfaglige oppgaver i sitt daglige arbeid inkludert i studien. Informantene som deltar jobber i, og har erfaring fra jobb i kommunale sykepleierklinikker rundt om i landet. I denne typen studier som involverer forskningsintervju av deltakerne sier Kvale og Brinkmann (2017) at man bør ha mellom 5 og 15 informanter for å få beskrevet variasjonene som kan komme frem i samtaler i individuelle forskningsintervju. Endelig utvalg i denne studien består av syv deltakere hvorav seks av disse er sykepleiere med eller uten videreutdanning og en har en bachelor i vernepleie som takket ja til å delta i studien. Deltakernes alder var fra 28-50 år og de hadde mellom 1-6 års erfaring med arbeid i sykepleierklinikk.

2.3 Datainnsamling

Det første som ble gjort i forhold til datainnsamlingen var å ta kontakt med avdelingsledere eller ledere i kommunens helseomsorg for å presentere prosjektet og formidle ønsket om at deres ansatte skulle delta i studien og hvorfor. Det var også ønskelig å finne ut hvor mange ansatte de hadde i tilknytning til deres klinikker slik at man kunne kartlegge et mulig antall deltakere for studien. Når forespørselen om mulighetene for å delta fra kommunens side var avklart ble aktuelle deltakere informert om studien via arbeidsgiver eller kontaktperson i kommunen. Når deltakerne hadde takket ja til å delta i studien ble deres mail sendt i retur slik at forsker kunne ta direkte kontakt med de (ni) ansatte som sa seg villig til å delta. Videre ble det sendt en mail med informasjon og samtykkeskjema der de som takket ja, kunne signere og sende tilbake (Vedlegg1). To deltakere trakk seg fra studien i forkant av intervjuene og til sist endte antall deltakere på syv. Når det formelle var i orden ble det per mail og telefon avtalt tid for intervju. Det var ønskelig at deltakerne selv fikk velge arena for intervjuet, men på grunn av situasjonen med Sars Covid-19 ble alle intervju foretatt per telefon og Skype eller Teams med digital opptaker, alt etter deltakernes ønske. De fikk likevel sitte på en arena de selv var komfortable med og kunne sitte uforstyrret mens samtalen foregikk.

For å få svar på problemstillingen ble individuelle, semistrukturerte intervjuer valgt som metode i datainnsamlingen. I følge Kvale og Brinkman (2017) og Thagaard (2013), er intervju som metode er velegnet i kvalitativ forskning når man søker å forstå verden fra personsopplevde synsvinkler og man ønsker å forske på temaer som er gjort lite forskning på tidligere. Det er også en fordel at en slik tilnærming er både åpent og fleksibilitet til arbeidet som utføres. Kvaliteten på dataene i denne oppgaven er således avhengig av godt formulerte temaer som omhandler det som skal utforskes, slik at deltakerne kan svare etter beste evne og får anledning til å utdype sine svar ved å snakke om deres fag og det de anser som viktig i forskningen (Kvale og Brinkman,

2017). I kvalitative forskningsintervjuer kan man velge mellom ulike tilnærminger. I denne studien ble det valgt en semistrukturert tilnærming hvor det ble utarbeidet en intervjuguide som rettesnor gjennom intervjuene. I følge Kvale og Brinkman (2017), er semistrukturerte intervju nærliggende en dagligdags samtale men at tilnærmingen har egne formål. Dette valget ble gjort for å skape en mer uformell samtale men samtidig ha sentrale temaer og spørsmål som var relevante for hensikten med studien. Ved å ha fleksibilitet i samtalen kan man bruke tid til å snakke om de erfaringene deltakerne er opptatt av å formidle og dermed få dypere informasjon om temaene som er satt opp.

Valget om individuelle fremfor fokusgruppeintervjuer var basert på et ønske om å få så detaljerte svar som mulig og at deltakerne skal kunne ha fokus på det de ser på som relevant når de skal fortelle om egne erfaringer. På grunn av et begrenset utvalg informanter viste dette seg å være et godt valg da det fra enkelte klinikker er kun en deltaker. Individuelle intervju kan gi informantene mulighet til å utdype mer av hva de ser på som viktig, og kan formidle de temaene de selv ser på som viktig å få frem. Utfordringen kan være dersom samtalen stopper opp og man da kunne hatt fordel av en kollega som deltar i samtalen. For å begrense dette var det muligheter for oppfølgingsspørsmål underveis. Selv om selve intervjuene kunne forløpe noe ulikt med tanke på rekkefølgen, var inngangsspørsmålet likt for alle slik at det ble samme utgangspunkt. For å sikre at innholdet i intervjuene omfavnet hensikten ble det benyttet en intervjuguide (Vedlegg 2) som inneholdt temaer som skulle tas opp. Intervjuguiden ble i forkant pilottestet på en sykepleier med masterutdanning som jobber innen poliklinisk arbeid i kommunen. Kvale og Brinkmann (2017) og Dalen (2011) anbefaler pilotintervju som et ledd i planlegging og gjennomføring av intervju og dette ble gjennomført med en sykepleier med mastergrad ansatt i primærhelseteam i kommunen. Dette intervjuet blir ikke inkludert i videre studier da hensikten var å finne ut om spørsmålene ville gi utdypende svar og om samtalen flyter godt. Det ble ikke gjort store endringer i guiden etter pilottesten men den førte til noe endring i strukturen for intervjuer og var svært nyttig som erfaring knyttet til å gjennomføre selve intervjuet, bruk av stemme og hvordan håndtere mulige oppfølgingsspørsmål. Hvor mye tid som ble brukt innen de ulike temaene varierte derimot utfra hva informantene selv erfarte var relevant og opptok dem og det var viktig at deltakerne fikk snakke fritt om temaer de var opptatt av.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 02.04.20 – 19.07.20 og ble tatt opp med digital opptaker. Det første intervjuet ble tatt før de strengeste restriksjonene med Covid 19 kom og resterende seks ble gjennomført i slutten av juni og i juli. Intervjuene varte mellom 20 – 50 minutter. Etter en innlednings samtale med presentasjon av intervjuer og gjentakelse om oppbevaring av materialet og anonymisering og innledningsspørsmålene om deltakerne, startet alle intervjuene ble åpnet med spørsmålet: «Kan du fortelle litt om sykepleierklinikken og hva slags arbeid dere driver med der?» Gjennom intervjuene kunne det bli stilt korte oppfølgingsspørsmål som «kan du utdype dette» eller «har du noen eksempler på hva det kan være». Dette ble gjort for å oppnå mer utfyllende svar der det var ønskelig med et dypere eller mer utfyllende svar. I følge Dalen (2011) bør man ha en viss erfaring for å være en god intervjuer, men at for de med lite erfaring er det viktigste at man lytter til hva deltakerne formidler og

anerkjenne det som blir sagt. Deltakerne fikk avslutningsvis muligheten til å komme med innspill eller tanker som ikke var forespurt i intervjuet

2.4 Dataanalyse

Som metode for analyseprosessen benyttes induktiv innholdsanalyse. En induktiv tilnærming brukes når målet er å beskrive fenomener der eksisterende teori er mangelfull, og Elo og Kyngäs (2008) beskriver denne metoden som en prosess hvor man kan analysere skriftlig, verbal eller visuell kommunikasjon for å få frem viktig informasjon eller om forhold i samfunnet man ønsker å studere. I denne prosessen skal dataene eller informasjonen som er gitt, beskrives så objektivt og nøyaktig som mulig for å få frem nyanser om sykepleieres erfaringer i dybdenivå, og det er det manifeste i deltakernes tekster som fremkommer i resultatene i denne studien. Det er viktig at forskeren her holder seg nøytral og er åpen for det som blir sagt og lytter til hva deltakerne har å bidra med. Ifølge Elo og Kyngäs (2008) kan analysen foregå ved at det gjøres ved inndeling av fasene forberedelse, organisering og rapportering. Det påpekes her at innholdsanalyse ikke har klare regler for systematisk håndtering av data, men at nøkkelen er å få informasjonen ned i mindre bokser eller kategorier slik at det kan bearbeides videre. Det kunne være vanskelig å skille når prosessen gikk fra en fase til neste men ved å ha noen trinn å forholde seg til ble det noe lettere å strukturere materialet. Etter at intervjuene var gjennomført blir det neste steget å organisere alle de kvalitative dataene man samlet inn på en systematisk måte. I etterkant av intervjuene ble all informasjon transkribert ned til tekstdokumenter med marger for notering av stikkord og setninger som kunne være relevante. Denne prosessen inkluderer åpen koding, utvikling av kategorier og abstraksjon av data (Elo og Kyngäs, 2008) og det viste seg å være et nyttig verktøy i analyseringsfasen å ha noe konkret å forholde seg til i prosessen for å få satt noe av kaoset i et slags system.

2.4.1 Forberedende fase

Det første trinn i Elo og Kyngäs tre hovedfaser er den forberedende fasen. Forskningsområdet ble valgt ut fra egen interesse og nysgjerrighet for hvordan sykepleiere som jobber ved kommunale sykepleierklinikker arbeider og erfaringene som er knyttet til dette. Etter flere søk om utbredelse for å finne informasjon om temaet viste det seg at det var lite informasjon å finne konkret på sykepleierens erfaringer innenfor forskning til tross for at det finnes flere slike klinikker i Skandinavia og resten av verden for øvrig. Derfor ble det ønskelig å finne ut hva slags erfaringer sykepleierne sitter ved selv og det ble grunnlag for valgt tema. Som nevnt tidligere i metodekapittelet ble en intervjuguide laget og gjennomført med pilotintervju i forkant for å teste ut om spørsmålene favnet det man ønsker å få belyst og for å erfare intervjusituasjonen.

I den forberedende fasen handlet det om å få en viss oversikt over datamaterialet. Derfor ble hvert intervju ble alle data lyttet til flere ganger og transkribert fortløpende mens intervjuet fortsatt var friskt i minnet for å holde på stemningen som fant sted. For å identifisere meningsbærende enheter i transkribert tekst ble enkelte ord og setninger markert med markeringspenn med ulike farger for hver setning som kunne omhandle det samme eller opplevdes som like, og stikkord og emner notert ned i sidemarg. Elo og Kyngäs (2008) hevder at meningsbærende enheter handler om å finne ord og setninger som har samme mening. Etter at alle 7 intervjuene var gjennomført og transkribert og nummeret fra IV:1 – IV:7 ble det neste steget å organisere alle de kvalitative dataene man har samlet inn på en systematisk måte.

2.4.2 Organiseringsfasen

Disse overskriftene, kodeord eller mulige kategorier man fant i forberedende fase ble deretter overført til kodeark for videre bearbeiding i fase to, som er organiseringsfasen. Målet med slik gruppering av data er ifølge Elo og Kyngäs (2008) å redusere antall kategorier ved å se på hva som er likheter og ulikheter, samle og utvikle disse til nye generiske kategorier eller overskrifter som er av betydning for videre arbeid. Her ble meningsenhetene som var relevante for forskningsspørsmålet og kategoriene i hvert intervju samlet i kategorier som var felles for hverandre og overlappede koder kunne slås sammen. Dette var på mange måter utfordrende da det kunne være flere meningsenheter i hvert avsnitt som gjorde at man fikk mange lapper og kategorier å jobbe med. I organiseringsfasen ble alle transkriberte data analysert hver for seg ved at man benytter åpen koding. For å kvalitetssikre materialet som er hentet inn er det ifølge (Elo *et al.* 2014) viktig at man i denne fasen tenker over hvordan man nå skal hente ut dataene som er meningsfulle for min hensikt. Dette ble gjort ved å ha hensikten og problemstilling foran på et eget ark mens intervjuene ble spilt av igjen med den transkriberte teksten i papirform slik at man kunne sikre seg at alt var skrevet rett og man kunne merke seg hva slags trykk og formuleringer som ble brukt i enkelte ord og setninger. Videre ble det nå notert ned stikkord og overskrifter i teksten etter hvert som man leser teksten om og om igjen, inntil ny informasjon ikke lenger kom frem i teksten. Dette var en tidkrevende prosess som ble gjentatt flere ganger for å forsikre seg om at kategoriene holder troverdighet. De ble videre diskutert og revidert sammen med veileder for kvalitetssikring og var en pågående prosess også gjennom hele gjennomføringen av prosjektet.

Det er varierende rom for fortolkning og abstraksjoner i en analyseprosess hvor andre menneskers data skal presenteres og man kan bruke både det manifeste innholdet som viser seg klar og tydelig med mindre rom for tolkning, eller det latente som har et mer skult innhold i teksten og gjerne inneholder mer tolkning (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim, Lindgren og Lundman, 2017). I denne oppgaven hvor deltakerne beskrev sine erfaringer på et mer profesjonelt nivå har det vært fokus på det manifeste innhold når abstraksjonene ble gjort.

2.4.3 Rapporteringsfasen

Siste steg i analysen er rapporteringsfasen (Elo og Kyngäs, 2008), og begynner når endelig abstraksjon fra dataene og beskrivelsene av underkategoriene for å fremskape eller frembringe ny informasjon er klare (Polit og Beck, 2012). Det ble likevel gjort små justeringer underveis også her, men da små justeringer i form av valg av ord for å få en bedre helhet i materialet. I rapporteringsfasen ble hovedkategoriene fra organiseringsfasen samlet til de endelige kategorier og en presentasjonen av resultatene vil bli vist i Tabell 2, og som løpende tekst i kapitel 3 med en presentasjon av resultater. I innholdsanalysen tillates det at det brukes sitater for å få frem de beskrivende aspektene i teksten. Deltakerne blir presentert både som deltakere og sykepleiere for variasjoner av språket.

2.5 Forskningsetikk

Det er av avgjørende betydning at prosjektet følger kravene og lovverket i helseforskningsloven og etiske overveielser må forankres gjennom hele prosessen fra oppstart av prosjektet og til endelig resultat foreligger (Kvale og Brinkmann 2015). Dette innebærer også at forskningen er basert på respekt for deltakerne som er involvert. Det er viktig at integriteten og verdigheten til informantene kommer før vitenskapens interesser (Helseforskningsloven, 2008). Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) etter utarbeidelse og godkjent prosjektplan forelå, for godkjenning der før det ble opprettet kontakt med de respektive kommunene og deres avdelingsledere. Deltakerne som takket ja til å delta fikk tilsendt et skjema med informert samtykke (vedlegg 1).

Det er forskerens plikt å respektere deltakernes privatliv (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016), og i dagens forskningsetikk er det selvsagt at deltakerne skal beskyttes ved at all informasjon behandles konfidensielt og aidentifiseres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det ble derfor viktig å informere deltakerne om deres rettigheter og anonymisering av deltakerinformasjon. Det ble gjort ved å sende skriftlig, forhåndsgitt informasjon om hvordan data skal samles inn, hvordan de skulle bli håndtert underveis i prosessen med opptak og oppbevaring av data og sletting av materialet i etterkant. (Helseforskningsloven, 2008). Denne informasjonen ble også gjentatt muntlig i forkant av intervjuene. Det vil være en viss fare for gjenkjennelse i dette prosjektet siden utvalget er begrenset til en liten gruppe fagpersoner som selv kan ha interesse for å lese oppgaven etter at den er publisert, men alle personopplysninger og kommuner er anonymisert. For å sikre integritet er det viktig at forskeren bruker kritisk blikk på egne ideer ved å undersøke det man faktisk sier man skal undersøke. Også under selve intervjuprosessen er det viktig å forsikre seg om at man har forstått det informantene formidler slik at det blir en felles forståelse for temaene som tas opp. Kvale og Brinkmann (2017) peker på at kvalitative undersøkelser innebærer andre etiske problemstillinger enn for eksempel spørreundersøkelser og at det derfor er viktig gjennom hele prosessen å ivareta deltakernes anonymitet gjennom hele studien og ved presentasjon av forskningsresultatene er alle opplysninger og sitater aidentifisert og presentert på bokmål.

3.0 Resultater

I dette kapitlet vil resultatene fra intervjuene presenteres. Hovedkategoriene gjenspeiler hovedfunn i intervjuene. De tre hovedkategorier som blir presentert er:

1. Sykepleieres forventninger til sykepleierklinikk og egen arbeidsplass.
2. Faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling.
3. Erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid.

Disse blir presentert som egne overskrifter og videre presentasjonen inneholder seks sub-kategorier som vist i tabellen på neste side.

Tabell 2: Presentasjon av kategorier

Åpen koding	Sub-kategorier	Hovedkategorier
Selvstendighet i arbeidet	Sykepleierklinikken- et ukjent territorium?	Sykepleieres forventninger til sykepleierklinikk og egen arbeidsplass
Utfordringer og ensomhet		
Implementering av rollen		
Pasientgrupper	Sykepleierklinikk eller sårklinikk?	
Sårbehandling		
Motivasjon		
Selvstendighet i faget	Mestring av sykepleierfaget	Faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling
Kunnskap		
Erfaringer		
Kollegialt samspill	Utvikling av sykepleierfaget på arbeidsplassen	
Lærerik prosess		
Oppdatert kunnskap		
Tildeling av tjenester	Samarbeid med primær og spesialisthelsetjenesten	Erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid
Mange å forholde seg til		
Dokumentasjon		
Variasjon i kunnskap	Samarbeidspartneres kjennskap om, og interessen for klinikkene	
Tilbakemeldinger		
De samme som henviser		

3.1 Sykepleieres forventninger til sykepleierklinikken og egen arbeidsplass

Erfaringene knyttet til sykepleieres forventninger til sykepleierklinikken som egen arbeidsplass handlet mye om hvilke arbeidsoppgaver de hadde og hvilke arbeidsoppgaver de hadde sett for seg at de skulle ha når de var med i opprettelsen eller ble ansatt ved klinikkene og hvorvidt klinikkene utviklet seg underveis i den tiden den hadde eksistert. Selv om deltakerne var fornøyd med arbeidet de utførte var det en utfordring å utvikle klinikken og sykepleierrollen i ønsket retning og etter hvert som arbeidsoppgavene ble flere og pasientmengden var økende. Sykepleierne erfarte mye målrettet behandling i deres arbeid og at det var mindre veiledning enn de hadde sett for seg at det skulle være.

3.1.1 Sykepleierklinikken – et ukjent territorium?

Flere av sykepleierne oppga at de har jobbet i sykepleierklinikkene helt siden de åpnet klinikken og tankene ved oppstart om hvordan en sykepleierklinikk skulle drives handlet om å jobbe selvstendig i pasientsituasjoner og det at man kan behandle pasienter poliklinisk i kommunen for å avlaste særlig hjemmesykepleien, noe deltakerne mener den gjør i dag. Selv om sykepleieroppgavene ikke nødvendigvis var helt kartlagt på forhånd oppga de et høyere antall pasienter som førte til fulle dager og stillinger i klinikken, men at det har vært en prosess som har pågått over tid. Dette har også har gitt dem muligheter til å utvikle klinikken i takt med økt arbeidsmengde i form av økt stillingsprosent. Klinikkene ble således beskrevet som et noe ukjent territorium i oppstartfasen, hvor man ikke nødvendigvis visste helt hva man gikk til men at arbeidsplassen og arbeidsoppgavene ble til litt underveis mens man driftet den. Deltakerne erfarte at de på sitt vis måtte implementere sykepleierrollen inn i arbeidsplassen og ivareta pasientene som ble henvist på den måten de antok at det skulle gjøres. Deltakerne beskrev en arbeidsplass hvor de har vært nødt til å skape en identitet både for seg selv og arbeidsplassen etter hvert som pasientene ble henvist og deres helseutfordringer ble presentert for dem. De oppga videre en del fordeler ved å drive en klinikk i kommunen. Det ble blant annet beskrevet som en fordel at pasientene kunne slippe å reise til sykehus for behandling som kan gjøres av kommunen, og at pasienter som var i stand til å komme seg til klinikk for en konkret behandling kunne gjøre dette uten å sitte hjemme for å vente på at hjemmesykepleien skulle komme. Således kunne kommunen levere en mer effektiv tjeneste både for pasient og personellet. Sykepleierkonsultasjonene ble deretter utført på grunnlag av bestillingen til fastlegen eller tildelingskontoret og utfra erfaringene sykepleierne gjorde seg underveis i prosessen og i møte med pasienten. Erfaringene deres synes å være en klinikk som fungerer godt for pasientene og som de selv er fornøyd med å bidra til å skape og arbeide i. Etter hvert som klinikkene ble mer kjent i kommunen økte også pasientmengden og det ble et behov for å øke tilbudet med lengre åpningstid og enkelte

steder flere ansatte. Når det gjaldt erfaringer rundt forholdet til pasienten beskrev deltakerne at de opplevde at de kom tett på pasientene og at de fikk fulgt opp pasienten godt og det ble beskrevet som givende at man fikk følge pasienten og se fremgang. En deltaker som tidligere hadde jobbet med tilsvarende i sykehus beskrev situasjonen slik: *«Det blir ikke samleband da som det var når jeg arbeidet på sykehuset. Man får fulgt opp pasienten tett og man får muligheten til å følge de helt til de blir bedre» (IV:3).*

Når deltakerne fikk spørsmål om sin arbeidshverdag beskrev de hva de ulike arbeidsoppgavene gikk ut på og hvilke forventninger de hadde til egen arbeidsplass. De fleste deltakerne kunne fortelle om en selvstendig og givende arbeidsplass hvor de følte at de selv bidro aktivt i behandlingen til pasienten. Det selvstendige arbeidet ble også beskrevet som noe utfordrende til tider fordi man av og til kunne stå i situasjoner hvor man trengte råd ganske umiddelbart men at det da var mangel på kollegaer man kunne rådføre seg med og dermed ble stående i behandlingsvalg og beslutninger alene. Ensomheten i arbeidet var det som overrasket deltakerne mest i negativ retning i forbindelse med arbeid i sykepleierklinikk, og behovet for kollegaer ble beskrevet som en viktig faktor for at utvikling av pasienttilbud skal være mulig og en viktig faktor for å sikre helhetlig behandling til pasientene. Dette var også største risikofaktor for å eventuelt skifte arbeid. Arbeidet i klinikkene ble videre beskrevet som en til dels hektisk hverdag hvor mye av tiden går med til dokumentasjon. Enheten ble beskrevet som et lavterskeltilbud til pasientene i kommunen slik at alle som bor der har mulighet til å søke om tjenester eller kan henvises til dem. (IV:7) *«Man må jo ha evnen til å arbeide selvstendig her og det som fungerer godt er jo måten vi gjør det på, jeg føler vi får gitt god kontinuitet i behandlingen.»*

3.1.2 Sykepleierklinikk eller sårklinikk?

De fleste informanter var fornøyd med arbeidsoppgavene som skulle utføres og at de hadde nødvendig utstyr for å gjennomføre disse. Deltakerne beskrev et variert behandlingstilbud med helhetlig kartlegging og oppfølging av pasienter med for eksempel årskontroller av kronisk syke, mens andre mente at mye av behandlingstilbudet bestod av sårbehandling og beskrev følelsen av at de hadde en sårklinikk. Sykepleierne erfarte at de fleste pasientene kom i behandlingsøyemed og at det var mindre fokus på veiledning og opplæring til pasientene. Hos pasientene som var i behov for sårbehandling ble dette gitt konkret veiledning for oppfølging hjemme og råd knyttet til livsstil, men deltakerne savnet også andre pasientgrupper som kunne være i behov for veiledning eller samtaler rundt sykdom og behandling. I alle intervjuene med unntak av ett, beskrev et ønske om bredere pasientgrupper og behov for større variasjon i arbeidsoppgavene. (IV:6) *«Selv om man blir veldig god på det man driver med her så tror jeg det kunne vært spennende med litt bredere pasientgruppe»*

(IV:5): *«Vi kunne trengt flere sykepleierfaglige oppgaver og ikke bare sår egentlig. Kanskje noen konsultasjoner eller sånt. Andre typer oppdrag i tillegg.»*

Selv om sykepleierne erfarer at klinikkene fungerer godt i dag kommer det også frem et ønske og behov om et bredere tilbud av behandling og et ønske om utvidede arbeidsoppgaver. Enkelte arbeidsdager beskrives som noe ensidige med mye sårbehandling og gjentakelser av de samme pasientgruppene, selv om det er nettopp sårbehandlingen som trekkes frem som vinneren for tilbudet om behandling i sykepleierklinikkene. Det oppgis at pasientene som har langvarige og utfordrende sår gis et tilbud det er stor etterspørsel for og deltakerne oppgir disse pasientene som en viktig motivasjon i deres beskrivelser av arbeidsoppgaver og utfordringer i deres arbeid når de ser at behandlingen de gir fungerer og kan gi et tilbud til en pasientgruppe som de opplever ikke har fått tilstrekkelig hjelp og oppfølging tidligere.

Deltakerne formidler erfaringer om at de tidvis føler seg ensomme i arbeidssituasjonene og at de må stå i mange beslutninger alene da mangel på kollegaer gjør at de føler et savn etter kollegaer som kunne bidratt til en større utvikling av pasienttilbud og helhetlig behandling. Dette gjaldt også i sårbehandlingen hvor behovet for vurderinger av den gitte behandlingen gjerne skulle vært diskutert i en «her og nå» situasjon når pasienten allerede er på klinikken. Det beskrives et behov for flere kollegaer og gjerne et arbeidsteam med ulike kompetanser dersom behandlingstilbudet skal videreutvikles eller utvides da arbeidshverdagen er hektisk.

3.2 Faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling

Når det gjaldt beskrivelser rundt faktorer som påvirker kompetanse og fagutvikling bar erfaringene hos deltakerne preg av at de følte på mestringskompetanse i arbeidet ved klinikkene. De var videre svært interessert i eget fag og formidlet evne til å utføre tjenester i tråd med de retningslinjer som er gjeldene. I forhold til fagutvikling på arbeidsplassen ble det beskrevet en fornøyelse og iver over ny læring og behandlingsutvikling, men det ble også formidlet at det ikke alltid fantes tid eller personer til å holde på aktivt med dette hverdagen. Igjen ble mangelen på kollegaer trukket frem som en viktig faktor for kompetanse og fagutvikling.

3.2.1 Mestring av sykepleierfaget

Erfaringer knyttet til mestring i faget og følelsen av å bli god i det man driver med kom tydelig frem i intervjuene som ble gjennomført. Det ble også beskrevet som en særdeles selvstendig jobb hvor man måtte ta behandlingsvalg underveis. Dette gjaldt særlig i sårbehandling hvor sykepleierne opplevde god tilheling hos nesten alle pasientene og mestringskompetansen ble tydelig beskrevet. Sykepleierne som hadde mye sårbehandling oppga at de fortrinnsvis brukte kunnskapsbasert behandling og retningslinjer, men at de også ved hjelp av egne erfaringer kunne tilpasse behandlingen til hver enkelt for å oppnå tilfredsstillende resultater. I forbindelse med sårbehandling trakk en sårsykepleier frem egen kompetanse som sentralt i behandlingen men også evnen og viktigheten til å ivareta pasientene på en tilfredsstillende måte når de er til

behandling. Deltakerne var alle innom kombinasjonen av god egenkompetanse kombinert med erfaringer knyttet til individuell veiledning og rådgivning til pasientene som ble behandlet i klinikkene selv om pasientene oftest var der for konkret behandling. Sykepleierne erfarte at mange pasienter var i behov av konkrete råd og tiltak som nødvendigvis ikke var så store, men håndterbart og tilpasset hver enkelt. I beskrivelser rundt erfaringene sykepleierne hadde som selvstendig behandler kom det også frem at de opplevde skepsis fra pasientene som prøvde behandlingstilbudet for første gang. Og det ble beskrevet som en bekreftelse på deres kompetanse når pasientene raskt foretrakk dem og deres form for behandling. Dette gjaldt gjerne pasienter som tidligere har mottatt hjemmesykepleie eller hadde fått oppfølgingen primært hos fastlegen som nå fikk tilbud om time på klinikk. (IV:5) *«Vi har mye sår her, så videreutdanningen kommer godt med. Vi får god kontinuitet i det vi gjør for vi er så få her som behandler. Det er lett å gjøre det du skal for vi har alt utstyr tilgjengelig.»*

Det ble også spesifisert at sykepleierne aktivt brukte egne erfaringer og kunnskaper knyttet opp mot retningslinjer og forskning eller fagartikler for å kunne gi et optimalt behandlingstilbud som ble tilpasset hver enkelt pasient og var opptatt av at pasientenes autonomi i behandlingen skulle ivaretas. Flere mente også at de hadde mer kunnskap å bidra med dersom behandlingstilbudet var utvidet.

To av sykepleierne oppga at de også hadde årskontroller ved for eksempel KOLS eller diabetes og utførte noe mer selvstendig kartlegging av hele pasienten både fysisk og psykisk og disse beskrev disse arbeidsoppgavene som givende for opplevd mestringfølelse og at de fikk brukt kompetansen sin godt, men også videreutviklet den da de følte et ansvar for å gi pasienten et helhetlig tilbud og ønsket at pasientene skulle føle seg godt ivaretatt selv om kontrollene foregikk hos sykepleier og ikke legen. (IV:1) *Når det gjelder det å undersøke pasientene selv så bruker vi eksisterende kartleggingsverktøy, men det skal en del egeninnsats til for å sikre kvalitet i tjenesten».*

(IV:5) *Det er viktig at de blir ivaretatt når de kommer hit til behandling og at de får god informasjon rundt behandlingen sin. Dette er gjerne pasienter som føler de ikke har fått god nok hjelp eller at det har vært vanskelig å finne tid til dem da. Et sårstell kan jo ta tid sant. De skal føle at de får god oppfølging.*

3.2.2 Utvikling av sykepleierfaget på arbeidsplassen

Tett opp mot bruken av egen kompetanse kom faktorer som påvirket fagutvikling på arbeidsplassen frem som en underkategori. Til tross for mangel av kollegaer i selve arbeidshverdagen var alle sykepleierne opptatt av egen fagutvikling og mulighetene til å utvikle seg i takt med tjenestene som tilbys og etter hvert som ny behandling blir tilgjengelig eller retningslinjer for behandlingen endrer seg. Mulighetene til dette ved sykepleierklinikken ble beskrevet med ulike erfaringer. For å få til dette ble egeninnsats og vilje til å holde seg faglig oppdatert viktig, men også kollegaer utenfor klinikken ble benyttet som en mulighet for fagutvikling. Rapporter der det var overlappende vakter ble også benyttet som en arena for å diskutere problemstillinger og utfordringer knyttet til eget arbeid.

Sykepleiere i større kommuner beskrev samarbeidet med ulike sykehusavdelinger som en arena for fagutvikling i arbeidet. I enkelte kommuner var det muligheter for å delta på kurs eller webinar når sykehuset hadde intern eller ekstern undervisning og på denne måten kunne holde seg oppdatert på fagutviklingen innenfor ulike områder. Og dette var en erfaring deltakerne hadde stort utbytte og glede av. Likevel savnet flere av sykepleierne savnet fagutvikling internt ved klinikken. Erfaringene her dreide seg mye om mangel på at mangel på kollegialt samspill var et hinder for fagutvikling ved egen arbeidsplass, men rapporter og vaktskifter ble benyttet for å diskutere pasientsituasjoner. (IV:3) «*Det å ha en sykepleier som driver og styrer en klinikk er sårbart, og kvalitetsmessig så står jeg alene om valg og avgjørelser når man blir usikker.*»

(IV:6) «*I forhold til fagmiljøet og kvalitet og kvalitetssikring, så er det jo negativt når man blir stående alene om valg og avgjørelser om man blir usikker eller ønsker å endre behandlingen.*»

Det kunne også være en utfordring ved sykdom hos ansatte som beskrev en sårbar situasjon for klinikken når det i utgangspunktet var en på jobb og utfordringer knyttet til å finne en erstatter da dette kunne gå ut over bemanning i hjemmesykepleien der de hadde kombinerte stillinger. Det kom frem også her et ønske om bredere pasientgrupper som de mente vil bidra til å opprettholde og videreutvikle et personlig behov for personlig heving av kompetansenivå.

3.3 Erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid

Deltakerne beskrev erfaringene rundt samarbeid av ulik grad daglig ved sin arbeidsplass og dette ble presentert i intervjuene som en viktig del av arbeidet for en velfungerende klinikk. Samarbeidet dreide seg i stor grad om kommunikasjon og meldingsutveksling med fastlegene i kommunen, sykehusene og hjemmesykepleien, men også med tildelingsenhetene, ergoterapeuter og fysioterapeuter fra frisklivsentraler samt kreftkoordinator ble nevnt som aktuelle samarbeidspartnere. Deltakerne erfarte at mye av deres tid gikk med til dokumentasjon både for egen, men også for samarbeidspartneres del innad i kommunen for å sikre denne formen for kommunikasjonen i det daglige.

3.3.1 Samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten

I forhold til samarbeid med primær og spesialisthelsetjenesten beskriver informantene en bred gruppe med samarbeidspartnere. Det ble oppgitt at de fleste pasientene fra kommunen ble tildelt via et tildelingskontor eller enhet hvor det ble besluttet hvilke tjenester de ulike innbyggerne skulle motta og hvor de ville få best utbytte av tjenestene. De pasientene søkte om kommunale tjenester og som tildelingsenheten mente at kunne ha utbytte av å bli fulgt opp i en sykepleierklinikk ble henvist dit for behandling. Det samme gjelder henvisninger til hjemmesykepleien eller fra fastlegene. Fastlegene stod også for en større andel av henvisninger direkte til klinikken for eksempel i forhold til sår og samtaler. Her følte informantene at det gjerne var de samme fastlegene som henviste til klinikken og erfaringene her var sprikende.

(IV:3.) *«Det skulle jo være et samarbeid med fastlegene da, men jeg opplever at det er vanskelig å få kontakt med dem så hvis man lurer på noe er det lite informasjon og hente der, men noen er mer tilgjengelig enn andre».*

(IV 6:) *«Samarbeidet med fastlegene fungerer godt. Vi har et mailsystem hvor man kan sende forespørsler eller gi informasjon. Det som er bra er at det er et tilbud til alle innbyggerne i kommunen og vi har mange henvendelser fra fastlegene om at de skal komme her».*

For å kvalitetssikre samarbeidet med fastlegene oppga deltakerne at de var opptatt av, og brukte mye tid på formidlingen til legene. Dette skjedde i hovedsak gjennom elektroniske henvendelser og meldinger direkte til den enkelte pasients fastlege eller behandler. Dette oppleves spesielt nyttig for pasienter som hadde flere oppmøter på klinikken og de som kommer fast til klinikken over tid. Sykepleierne oppga at de brukte mye tid på dokumentasjon her og at det ble formidlet et ønske om å ha egen lege i tilknytning til klinikken dersom de kunne velge selv for å sikre enda raskere

tilbakemeldinger og raskere evaluering og igangsetting av tiltak da dagens erfaringer var at det blir svært mange å forholde seg til i kommunene og at dette kunne være noe av årsaken til at det var vanskelig å selge inn eksisterende tilbud for nye fastleger.

Deltakerne kunne også oppgi at de hadde tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og med ulike sykehusavdelinger og at dette var et samarbeid de satte stor pris på. Her kom det særlig frem kommunikasjon og samhandling med hudavdelinger og sårpoliklinikk, men også diabetes og medisinsk poliklinikk var aktuelle samarbeidspartnere hos de pasientene som også ble fulgt opp på sykehuset. Hos flere avdelinger kunne sykepleierklinikk delta på deres internundervisning via webinar og deltakerne kunne oppgi gode erfaringer knyttet til dette. Man kunne også ta direkte kontakt dersom de lurte på noe i forhold til oppfølgingen av sårpasienter slik at behandlingsoalternativer kunne diskuteres fortløpende. Deltakerne erfarer her et gjensidig samarbeid og opplever spesialisthelsetjenesten som takknemlige for et samarbeid som kommer pasientene til gode og bidrar til at også sykehusene kan utføre et mer effektivt behandlingstilbud, særlig hos sårpasientene når disse kunne ivaretas bedre i kommunene.

3.3.2 Erfaringer knyttet til samarbeidspartneres kjennskap om, og interesse for klinikkene

Deltakerne hadde ulike erfaringer knyttet til hvor stor kjennskap eller interesse de ulike samarbeidspartnerne hadde for klinikkene. I oppstartsfasen av etableringen av sykepleierklinikkene, men også til dels også fortsatt dreide det seg mye om å skape et navn eller rykte for seg selv. Utfordringer relatert til hvordan man skulle informere om at denne type tilbud er etablert rundt i helsefaglige miljø både innad i kommunen og til fastlegene og til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med hjemmesykepleien ble beskrevet som godt, men det formidles et ønske om et tettere samarbeid med tildeling og hjemmesykepleien i forhold til å eventuelt videreutvikle tjenesten og avklare hvilke pasienter som kan henvises til klinikk fremfor hjemmesykepleie i kommunen og kartlegging av pasienter som kan ha oppfølging både hjemme og i klinikk. Deltakerne erfarte variasjoner i kjennskapet til klinikkene også flere år etter at den ble etablert. Antagelsene til hvorfor det er slik dreide seg om utfordringer til reklamering av tilbudet og implementeringen ryktet for seg selv. Der hvor sykepleierne erfarte stor interesse for tilbudet, var deres opplevelse at både tildelingskontor og enkelte fastleger var interessert i at slike klinikker skal eksistere og fungere og dermed benytter seg av tilbudet som finnes.

Sykepleierne oppga samarbeidet med fastlegene som en sentral rolle for utførelse og oppfølging av sine arbeidsoppgaver. Her ble det formidlet et behov for tilfredsstillende samarbeid for å sikre gode kvaliteter på tjenesten. Dette gjaldt særlig når utførelsen av årskontroller eller der kartlegging av pasienten var primæroppgaven, men også ved andre konsultasjoner hvor man mer tilfeldig avdekket problemer pasienten kunne ha

eller ved oppfølging av pasienter med sår og sårbehandling. Deltakerne erfarte responstiden til fastlegene som variabel men at dette hadde blitt bedre etter hvert som klinikkene ble bedre kjent for legene. Det var likevel deres opplevelse at det var de samme fastlegene som tok kontakt og at det var manglende respons fra andre. Årsakene til hvorfor det var slik fremstod som noe uklart utfra beskrivelsene. Enkelte mente det dreide seg om at kjennskapen til deres behandlingsområder var noe uklar for fastlegene mens andre erfarte at enkelte fastleger ikke var så interessert i et samarbeid med klinikken. På oppfølgingsspørsmål på hvorfor de trodde det var slik ble det svart at fastlegene var svært travle og rett og slett ikke hadde tid, men også spørsmålet om profesjonskamp ble nevnt.

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har ved å arbeide i kommunale sykepleierklinikker og hvordan de tok i bruk kompetanse og kunnskapsbasert erfaring i en aktiv hverdag. Funnene i studien belyser både negative og positive aspekter ved å arbeide i kommunal sykepleierklinikk og utfordringer knyttet til arbeidshverdagene, samt samarbeid knyttet internt og eksternt til klinikkene. I diskusjonen vil de tre hovedkategoriene gjenspeile seg i overskriftene som presenteres slik at diskusjonen blir mer strukturert og oversiktlig dersom man ønsker å se tilbake på resultatene. Diskusjonen inneholder forslag til hvordan den kliniske allmennsykepleieren kan bidra i arbeidet ved kommunale sykepleierklinikker.

4.1 Hvilke forventninger har sykepleiere til sykepleierklinikk, arbeidsoppgaver og utfordringer?

I beskrivelsene av sine arbeidsoppgaver og utfordringer knyttet til arbeid i sykepleierklinikkene kom det frem at en sykepleierklinikk bestod av selvstendig arbeid med ulike pasientgrupper og at klinikkene hadde noe ulik praksis vedrørende hva slags pasienter de tok imot. Arbeid i sykepleierklinikken ble beskrevet som en givende og tilfredsstillende arbeidsplass hvor de erfarte positivitet knyttet til ivaretagelse og god oppfølging av pasientene. Likevel fantes det utfordringer knyttet til selvstendig arbeid i klinikk og erfaringer var også knyttet til ensomhet i eget arbeid. En faktor som kunne påvirke dette var utfordringer knyttet til etableringen av rollen som selvstendig sykepleier i arbeid og erfaringer knyttet til ensomhet i egen praksis. Det var også ønskelig med flere pasientgrupper og klinikken ble til dels beskrevet som en sårklinikk.

Etableringer av sykepleierklinikken og rollene sykepleiere har i arbeid har vært en utfordring også knyttet til erfaringene fra andre nasjoner og noe av dette hevder Sangster-Gormley *et al.* (2011) er knyttet til mangelfulle beskrivelser av en sykepleierklinikk på systemnivå. For å drive vellykkede klinikker kan det være nødvendig å kartlegge behov og ressurser, forventning, kompetanse og fasiliteter for å avklare hvilke muligheter man har og hvilke forventninger man kan ha til sykepleierklinikken. Dette er faktorer som er nødvendig å ha kartlagt for utviklingen av klinikken. Det er nødvendig at dette skjer i samarbeid med ledere innen helse i kommunen (Sangster-Gormley *et al.* 2011; Røkholt *et al.* 2017). I studien til Chouinard *et al.* (2018) påpekes det derimot at selv om sykepleierklinikkene bør tilpasses de ressursene som finnes i kommunen, er det også viktig å evaluere erfaringene man gjør seg mens man driver klinikken og at de ansatte i klinikkene har betydning for modifisering av tjenestenivået og kvaliteten på tjenestene som gis. I samme studie påpekes det for øvrig at også her at dette bør skje i kombinasjon med ledere, men som har en dypere forståelse for sykepleierens måte å praktisere på og arbeidet som utføres i klinikk.

Faktorer som påvirker grad av tilfredshet i eget arbeid ved klinikker påvirkes av erfaringer knyttet til positive tilbakemeldinger fra pasientene, muligheter for å utvikle kompetanse og følelsen av å utføre selvstendig arbeid (Marshall, Floyd og Forrest (2011)). Lignende resultater finner man også i studien til Athey *et al.* (2015) som fremholder at autonomi i arbeidssituasjonen var en av nøkkelfaktorene til grad av høy jobbtildfredshet knyttet mot egen profesjonalitet og tilrettelegging for at deres kompetanse ble brukt for allmennsykepleiere som arbeider i klinikk. I samme studie vises det til at allmennsykepleierne var minst fornøyd når politiske føringer ga restriksjoner av ulik art som hadde betydning for deres arbeid i klinikkene. Allmennsykepleieren kan være i nøkkelposisjon i forhold til å være en del av det grunnleggende arbeidet vedrørende etablering av den grunnleggende arbeidet og kompetansekartlegging i forhold til drift og eventuell videreutvikling, eller tjenesteforbedring og implementeringen av disse dersom forholdene ligger til rette for det. Helsedirektoratet anerkjenner behovet for kompetansen til allmennsykepleieren i kommunene og det er innlemmet en egen forskrift i universitet og høyskoleloven om nettopp hvilken rollefunksjon, kompetanseområdet og dermed mulige ansvarsområder en klinisk allmennsykepleier kan ha (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie, 2020). Hoare, Mills og Francis (2011) finner i sin studie at politikk og systemiske krav til utviklingen av sykepleierklinikker alene ikke er nok for å skape et tilbud av høy kvalitet og at det er av avgjørende betydning at det utdannes sykepleiere med denne formen for videreutdanning nettopp fordi den økte kompetansen er med på å videreutvikle en sterkere rollefunksjon i arbeidet noe som gir en sterkere politisk stemme i endringsarbeidet som kan være nødvendig dersom sykepleierklinikken skal videreutvikles. Sangster-Gormley (2011) viser til i sin studie er det viktig at riktige fagpersoner fra ledelsen deltar for å kartlegge mulighetene utfra budsjett og hva som faktisk er mulig å få til. Ved å tilrettelegge for at allmennsykepleiere kan bidra til videreutvikling av klinikkene med sin breddekompetanse og kanskje se videre på hvilke pasientgrupper som kan ivaretas ved klinikkene og hvilke tilbud det er mulig å ivareta på en forsvarlig måte.

Selv om et breddetilbud var ønskelig i deltakernes behandlingstilbud var det sårbehandling som ble oppgitt som primæroppgaven. Hudsår av ulik årsak kan oppleves som smertefulle, skjemmende og plagsomme og de kan være til hemmende for livskvaliteten (Graves og Zheng, 2014; Wellborn og Mocerri, 2014). I tillegg er sårproblematikk en samfunnsøkonomisk utfordring da det er anslått at sårpatientene utgjør en stor kostnad for samfunnet, det er tidkrevende og har blitt omtalt som en belastning for samfunnet nettopp på grunn av kostnad, tidsperspektiv og for lite kompetanse på området noe som kan gjøre sårbehandlingen fragmentert og tilfeldig (Kapp og Santamaria, 2015; Micaelsen *et al.*, 2017). En sykepleierklinikk som i høy grad tar seg av sårpatientene i kommunen kan således bidra til kommunehelsetjenesten med fagkompetanse og unik behandling for en pasientgruppe som er i behov for kontinuitet og oppfølging av sine sår. Ifølge Corrin, (2018) scorer pasienter høyt hva det gjelder pasienttilfredshet når det gjelder sårbehandling i sykepleierklinikk og påpeker at årsakene til dette er flere, men at den helhetlige behandlingen er en viktig faktor hvor tilrettelegging av behandling knyttet til pasientenes livssituasjon. Konkret veiledning og forklaring på hvorfor behandlingsvalg ble tatt var av betydning for graden av tilfredshet. Pasientene som hadde hatt gjentatt sårproblematikk opplevde også en raskere tilheling

av sårene enn de hadde opplevd tidligere. Forbedret sårheling er også funnet i studien til Harrison, *et al.* (2008) som sammenligner objektive utfall på hvor raskt sårheling skjer sammenlignet med pasienter som mottar behandling fra hjemmesykepleien.

Internasjonalt dreier ikke sykepleierklinikker seg bare om sårbehandling. I litteraturen ser man at sykepleierledede klinikker kan ha ulikt fokus både akutt, rettet mot primærhelse og i langtidsbehandling og oppfølging av pasienter. (Delamaire og Lafortune 2010; Chouinard *et al.* 2017). Det er de to sistnevnte som foreløpig er mest overførbart i forhold hvordan praksisen er ført i Norge og som deltakerne i denne studien har erfaringer med. I andre land ser man at det gjerne opprettes ulike poliklinikker som har ulike formål eller dekker ulike pasientgrupper. Eksempler på dette er pasienter med hjerte og karsykdommer, nyresykdom, sårbehandling eller kreftpasienter (Lewis *et al.* 2009; Corrin, 2018; Liljeroos og Strømberg, 2018). I Norge er det foreløpig er spesialisthelsetjenesten som gir størstedelen av tilbud til de kronisk syke som er i aktiv behandling for i dag. Dette gjelder blant annet oppfølging av pasienter med hjerte og nyresvikt, KOLS, eller pasienter med diabetes. Om det vil være aktuelt med endringer av dette fremtiden vil vise seg, men det er allerede varslet at kommunene må ta større ansvar for behandlingen av de kronisk syke blant annet på grunn av økningen på antallet mennesker som lever med kronisk sykdom og en økt andel av eldre. Således kan polikliniske tilbud i kommunen bidra til ivaretagelsen av befolkningen ved at det satses på økt kompetanse og at behandlingstilbudet videreutvikles i kommunene. Allmennsykepleierens bidrag knyttet direkte til sykepleierklinikken og utviklingen av denne kan kobles opp mot evnen til selvstendighet i eget arbeid fordi utdanningen sørger for en styrket rolle som sykepleier. Utdanningsforløpet er knyttet opp mot kompetansen om å ta imot, kartlegge og følge pasienten i sin kroniske sykdomstilstand ved sammensatte sykdomsbilder og man kan således bidra i videreutviklingen av klinikkene for å sikre et større breddetilbud for pasientene. I tillegg til kompetanse er det dog nødvendig med tilgjengelig behandlingsutstyr og fasiliteter knyttet til å få utført arbeid av nødvendig kvalitet.

4.2 Kompetanse og fagutvikling i sykepleierklinikkene.

Deltakerne beskrev en dedikasjon og interesse for eget fag og en evne til å holde seg faglig oppdatert. I tillegg til erfaringer knyttet til god kompetanse i eget fag formidlet de også viktigheten av å tilrettelegge behandlingen slik at den var overkommelig å følge opp også for pasienten selv. Deltakerne erfarte at dette kunne være avgjørende for å lykkes i behandlingen av kronisk syke og at det var nødvendig å se hele pasienten for å avdekke hvilken behandlingen som var best. Deltakerne brukte kunnskapsbasert praksis i sitt daglige arbeid ved å avdekke pasienters behov, bruke oppdatert forskning i behandlingen samtidig som de forsøkte å tilrettelegge for at pasienten selv kunne ivareta enkelte deler av behandlingen hjemme og tilpasse den slik at pasientene kunne føle autonomi i egen helsesituasjon. Deltakerne beskrev at de hadde gode erfaringer knyttet til denne formen for pasientsentrert behandling og benyttet seg således av en form for kunnskapsbasert praksis hvor pasientsentrert behandling var et sentralt trinn i behandlingstilbudet. Deltakerne erfarte at arbeidet i sykepleierklinikkene ga personalet mulighet til å følge pasienten over tid og dermed muligheten til å tilpasse behandlingen underveis. Tiden på

konsultasjoner kunne også være med på å gi rom for pasientene til å formidle individuelle behov og komme med konkrete tilbakemeldinger på hvordan de opplever behandlingen og tilbudet som ble gitt. Det var likevel få pasientgrupper som kom til klinikkene primært for veiledning og oppfølging knyttet til kronisk sykdom, dette til tross for at deltakerne erfarte at de pasientene de hadde med kroniske problemstillinger ofte var i behov for nettopp dette. Andre utfordringer knyttet til faglig oppdatering som ledd i kunnskapsbasert praksis var mangelen på tid til å utføre søk vedrørende behandling, og mangelen på kollegaer og kollegial støtte når behandlingsvalg skulle tas eller vurderes.

Å arbeide kunnskapsbasert i mer eller mindre grad er noe som kreves av sykepleiere i klinisk arbeid i dag. Selv om det ikke nødvendigvis dreier seg om eksperimentelle forsøk på samme nivå som Florence Nightingale, er det viktig med kunnskapsbasert praksis for å sikre behandling med oppdatert kunnskap basert på forskning, tjenester av høy kvalitet og forbedret utfall og trygghet for pasientene (Helsebiblioteket, 2016; Saunders, *et al.* 2019). Metoden innebærer at man anvender ulike kunnskapskilder i praksis for å kunne tilpasse den til den enkelte pasient. Utfra intervjuene kommer det frem at pasientene som behandles i kommunale sykepleiere i Norge er som oftest pasienter med sårproblematikk men også andre kroniske lidelser eller lidelser som er av lengre varighet mottar tilbud i klinikk. Betydningen av å arbeide kunnskapsbasert med behov for individualisert behandlingstilbud synes å være spesielt viktig hos nettopp denne pasientgruppen for å sikre tilbud av høy kvalitet av tjenesten hevder Saunders *et al.* (2017). Dette blir begrunnet med at kroniske pasienter oftere har mer behov for individuell behandling fordi den totale helsetilstanden ofte blir mer sammensatt når man er kronisk syk. Kunnskapsbasert metode har fått noe kritikk for å være en komplisert metode, nettopp fordi å arbeide kunnskapsbasert med alle trinnene som skal følges kan være en utfordring dersom det er mangel på interesse eller kompetanse i avdelingen eller klinikken (Dalland *et al.* 2012). For å kunne ivareta pasientene ved hjelp av kunnskapsbasert behandling er det også av betydning at sykepleierne har tid til å foreta kartlegginger av den enkelte pasient for å få nok informasjon om historikk og utfordringer knyttet til livssituasjon (Nieminen, Mannevaara og Fagerström 2011; Corrin, 2018). For pasientene som behandles i sykepleierklinikker er det rapportert at det innledningsvis er rom for noe lengre konsultasjoner for å ivareta pasientopplæring og veiledning knyttet til nettopp deres helsetilstand, men at det også gjøres individuelle avgjørelser på hvor lang varighet en konsultasjon har, ifølge Randall *et al.* (2018) er dette av betydning når behandling i sykepleierklinikk scorer høyt på pasienttilfredshet og erfaringer knyttet til behandling av høy kvalitet. Nortvedt og Jamtvedt (2009) påpeker i sin fagartikkel på at deres 6-trinnsmodell med trinnene refleksjon, spørsmålsstilling, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering (Tabell 1) inneholder ulike kunnskapskilder der modellen på papiret kan se ut til å vise like stor tyngde. De presiserer derfor i artikkelen at viktigheten med ulike pasientsituasjoner eller møter vil føre til at vektingen av hvert trinn vil variere utfra problemstillingene helsepersonell møter, snarere enn at trinnene skal ta like mye plass. De har derfor valgt å legge til betydningen av «Evidence-informed patient choice» som er et internasjonalt begrep som innebærer velinformerte beslutninger som tas i samråd med behandler og pasient (Nortvedt og Jamtvedt, 2009). At pasientene var velinformerte vedrørende sin helsesituasjon var også noe deltakerne i studien tilstrebet og var noe av bakgrunnen for at det gjerne ble satt opp ekstra god tid på førstekonsultasjonen slik at pasientene kunne fortelle om sine utfordringer knyttet til hvorfor de var der og det var rom for at sykepleierne kunne informere pasientene om hvorfor aktuell behandling ble foreslått. I

følge Nieminen, Mannevaara og Fagerström (2011) handler klinisk kompetanse også om å oppnå et tillitsforhold til pasientene og det at man setter av ekstra tid i konsultasjonen kan bidra til at pasienten får økt selvtillit til å være åpen om sine utfordringer og at dette igjen kan gi økt kvalitet på behandlingen som utføres. Bentley *et al.* (2016) fremholder at gode kommunikasjonsegenskaper og at den kliniske sykepleieren tar seg tid til å engasjere seg i pasienten med en personsentrert tilnærming og legge vekt på hva pasienten selv mener, bidrar til at pasienten også ønsker å forsøke behandlingen som er anbefalt dersom den tilrettelegges slik at det føles gjennomførbart. I slike settinger er det dog viktig at sykepleieren ikke forsøker å overtale pasienten dersom det er uhensiktsmessig eller fullstendig uønsket men at metoden dreier seg mer i en retning av nettopp at pasienten kan ta en velinformert beslutning.

Å arbeide kunnskapsbasert beskrives som elementært og nødvendig, men å omsette forskningsfunn til klinisk praksis beskrives som komplekst og utfordrende (Røkholt *et al.* 2017; Saunders *et al.* 2019). Allmennsykepleiere med master har mulighet til å gjennomføre gode søk i forskning for å finne validert og oppdatert kunnskap, og ifølge forskrift om nasjonale retningslinjer for master i avansert klinisk sykepleie (2020) skal kliniske allmennsykepleiere kunne bruke relevante metoder for å innhente, systematisk vurdere og anvende kunnskap i fagutvikling og forbedringsarbeid. Videre kunne det være av betydning å tilby behandling i sykepleierklinikker for andre pasientgrupper. Samhandlingsreformen som tredde i kraft fra 2012 er omdiskutert, men fortsatt gjeldene vedrørende kommunens rolle i oppfølging av særlig den eldre befolkningen og pasienter med en eller flere kroniske lidelser eller andre pasienter med langvarige lidelser som over tid har behov for tjenester. Sykdomsbilder som blir fremhevet med utfordringer knyttet til å gi behandling av tilstrekkelig kvalitet og behandling som er lineær fremfor fragmentert og noe tilfeldig er pasientgrupper med KOLS, hjertesvikt, rus, diabetes og overvekt (Meld. St. (2008-2009)). Disse diagnosene og lidelsene er nettopp disse pasientene som nå får oppfølging i sykepleierklinikker i land andre land, blant annet i Norden og England (Corrin, 2018; Liljeroos og Strömberg, 2018). Disse pasientgruppene er pasienter som ofte føler de ikke hører hjemme noe sted og som føler seg som såkalte «kasteballer» i systemet når det gjelder hvem som skal følge disse primært. For disse pasientene er det også av betydning at karleggingen av helsetilstand og behov for behandling kartlegges systematisk for å avdekke hvordan behandlingsforløpet skal foregå videre (Leonardsen, 2019). Erfaringene knyttet denne typen oppfølging i sykepleierklinikker har vært gode og det har blant annet ført til redusert behov for behandling i sykehus, økt livskvalitet knyttet til opplevd behandlingstilbud og ivaretagelse med patientsentrert oppfølging for pasientene (Massimi *et al.* 2017; Randall *et al.* 2017; Liljeroos og Strömberg, 2018). Det kan således tyde på at det kan være mer å hente i form av bredere pasienttilbud og mer kartlegging av mennesker med ulike lidelser og utfordringer i sykepleierklinikkene. I tillegg til sykepleierklinikker er det også opprettet primærhelseteam som er prosjekt i kommunene som har som funksjon å ha sykepleiere som ivaretar slik kartlegging og oppfølging av disse pasientene i tilknytning til fastlegekontorene (Meld. St. 26 (2014-2015)). Ulempen med dette tilbudet kontra sykepleierklinikken er at dette tilbudet kun omfavner enkelte av kommunens befolkning fordi pasientene må ha fastlege tilknyttet til legekontoret. Dette skaper således en forskjellsbehandling som er uønsket og kan unngås dersom man videreutvikler tilbudet til sykepleierklinikkene i dag.

Utfordringer knyttet til mangelen på kollegaer er også en faktor som kan påvirke kunnskapsbasert arbeid i praksis. Asselin og Fain (2013) hevder i sin studie at muligheten til å reflektere over behandlingsvalg er noe sykepleiere bør ha muligheten til på jevnlig basis og at refleksjon kan bidra til utvikling av kompetanse og endret praksis i behandling av pasientene og at dette henger sammen med videreutvikling av sykepleie som fag både på individ men også på systemnivå da retningslinjer og prosedyrer endrer seg i takt med hva som blir tilgjengelig av behandlingsalternativer og forskning. Dette er også sentralt når man skal jobbe kunnskapsbasert i praksis. Faktorer som påvirker evnen til å jobbe kunnskapsbasert er avhengig av evnen til å kunne diskutere funn og ta avgjørelser direkte knyttet til behandlingen av pasienten og det er dette, kombinert med evalueringen av praksis. Røkholt *et al.* (2017) påpeker at betydningen av kollegaer er av betydning når valg vedrørende implementering av ny kunnskap og nye prosedyrer skal tas i bruk som standard. Det påpekes også i denne studien at det er viktig at avdelingen sitter med en leder som tar ansvar for, og er interessert i at denne formen for kunnskapsbasert praksis kan skje (Røkholt *et al.* 2017). Siden sykepleierklinikken er en mer selvstendig arena og gjerne drives uten leder fysisk tilstede kan allmennsykepleierens bidrag i denne situasjonen være å inneha denne funksjonen ved å inneha kunnskapen og selvstendigheten som trengs. Likevel kan mangel på kollegaer i daglig arbeid føre til utfordringer med implementering av kunnskap – særlig når denne kunnskapen skal videreføres til andre.

4.3 Hvordan fungerer tverrfaglig samarbeid i sykepleierklinikkene?

Samarbeid med andre i primær og spesialisthelsetjenesten ble beskrevet som godt, mot de instansene de var blitt kjent med og hadde opparbeidet et arbeidsforhold til. De opplevde et svært godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten knyttet til pasienter med sårbehandling, men også flere instanser innad i kommunen fungerte godt. Utfordringer ble beskrevet med erfaringer knyttet til at det kunne være mange å forholde seg til, lang responstid vedrørende behandling og tilbakemeldinger dersom sykepleierne hadde behov for å diskutere faglige eller praktiske spørsmål eller forespørsler. Erfaringer knyttet til antatt begrenset kjennskap eller interesse for klinikken var noe som førte til at det var de samme fastlegene som henviser eller fulgte opp pasientene i klinikk der det var behov for det.

I arbeid innenfor helsetjenesten og arbeid rettet mot pasienter kommer man ikke utenom samarbeid med ulike helsefagarbeidere og et godt helhetlig tilbud til pasientene innebærer et godt samarbeid på tvers av profesjoner (Matziou *et al.* 2014; Reeves *et al.* 2017). Behovet for et godt samarbeid på tvers av tjenestenivåer fremheves også i samhandlingsreformen som skriver i sin rapport at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og ender i unødige fragmenterte tjenester (Meld. St. 47 (2008-2009)). Bakgrunnen for dette er at det hos pasienter med sammensatte behov ofte har behov for hjelp fra flere profesjoner og at manglende samarbeid mellom tjenestene fører til at pasientene ender med å måtte gjennom flere unødige prosesser for å motta tjenester og hjelpemidler de kan ha behov for. Ved å gjennomføre systematiske kartlegginger av pasientene kan man ha en bedre forutsetning for å avdekke pasientenes

behov på et sted, fremfor at behovene mer eller mindre tilfeldig blir tatt tak i når pasienten er til behandling eller benytter seg av helsetilbud av andre årsaker. Formålet med utdanningen til sykepleiere med master i allmennsykepleie er blant annet å bidra til å styrke kvaliteten på systemnivå ved å koordinere og samhandle med ulike samarbeidspartnere for å ivareta pasienter som har tverrfaglige behov og sikre trygge, virkningsfulle og samordnede tjenester (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie). For å klare å komme i mål med dette er man avhengig av gode kommunikasjonssystemer fra alle parter. Dette innebærer at legene setter diagnose og behandlingsmål i samarbeid med pasientene og at sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre iverksetter og følger opp denne behandlingen slik at målene kan nås. Pasientene som henvises sykepleierklinikken har allerede fått diagnose og skal dermed få et behandlingstilbud som er tilpasset dem, dette betyr dog ikke at det ikke er nødvendig med kommunikasjon underveis i behandlingen eller at det kan være behov for å koble inn andre instanser for å nå dette behandlingsmålet og for å få til dette trengs gode kommunikasjonsverktøy.

Elektronisk meldingsutveksling er blitt en vanlig for kommunikasjon i helsetjenesten og benyttes i de fleste ledd både mellom spesialisthelsetjenesten, i primærhelsetjenesten internt i kommunen og mellom kommunen og fastlegene og denne formen for kommunikasjon opplevde deltakerne som nyttig. Koivunen, Niemi og Hipli, (2014) antyder i sin studie om elektronisk kommunikasjon som kommunikasjon og samarbeidsverktøy mellom kollegaer og profesjoner at fordelene med denne type kommunikasjon er flere. Blant annet kan det bidra til å øke pasientsikkerheten ved at det forhindrer at viktig informasjon går tapt i de mange samhandlingsledd en enkelt pasient kan måtte gå gjennom og det sikrer skriftlig dokumentasjon på behandlingsplanen. Det kan også bety at tiden som blir brukt for å få tak i rett person ved en avdeling eller ved et legekontor nå kan brukes på andre arbeidsoppgaver som er til større fordel for pasientene og behandlingen (Koivunen, Niemi og Hupli, 2014). Ulempen kan, som også deltakerne i studien nevnte, være at behandlingsrettede tiltak som burde eller kunne vært løst raskere eller samme dag må utsettes til neste konsultasjon fordi responstiden via elektronisk meldingsutveksling tar for lang tid og det kunne oppleves problematisk at man ikke får tak i fastlegen eller andre samarbeidspartnere umiddelbart. Dette kan igjen føre til at pasientene må møte flere ganger for å få fullført sitt behandlingstilbud ved klinikkene. I tillegg til forskjøvet behandlingstilbud kan uforutsette problemstillinger oppstå som medfører endringer helsetilstand eller behandlingstilbud. Dette understøttes i studien til Nieminen, Mannevaara og Fagerström (2011) som hevder at raske tilbakemeldinger, gjensidig samarbeid og støtte er av betydning i evalueringen av pasientbehandlingen både for å sikre pasientkvalitet men også for å understøtte den behandlingen som sykepleierne utøver selvstendig i klinikk.

Fra intervjuene kom det frem at deltakerne opplevde ulik interesse for klinikkene fra samarbeidspartnere og at det gjerne var de samme legene som henviste til klinikken. Engasjement og samarbeidsvilje fra behandlede leger er av betydning for hvorvidt en sykepleierklinikk har mulighet til å fungere optimalt (Matziou, 2014). Utfordringer knyttet til samarbeidet mellom leger og sykepleiere er ikke et ukjent fenomen for ansatte i helsevesenet og er også påpekt i studien til Streeton *et al.* (2016). Utfordringer til godt samarbeid knyttes blant annet til arbeidsmengden og mangel på tid (Tang *et al.* 2017). Dette samsvarer med erfaringene sykepleierne i studien hadde med at fastlegene hadde liten tid til å respondere på forespørsler.

At sykepleierne opplever samarbeid med spesialisthelsetjenesten mer eller mindre som gjennomgående positiv kan trekkes i retning av at spesialisthelsetjenesten som eget helseforetak oppleves mindre truende i spørsmålet om en eventuell profesjonskamp da de sånn sett ikke taper pasienter på å henvise direkte til sykepleierklinikken. For spesialisthelsetjenesten er det heller ikke et privatøkonomisk spørsmål slik det kan være for fastlegene som gjerne har en selvstendig bedrift knyttet til sin fastlegeordning (Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, 2012). For spesialisthelsetjenesten kan det derimot handle mer om selve diagnosen til pasientene da dette gjerne er pasienter med sårproblematikk enten alene eller kombinert med diabetes sykdom som også spesialisthelsetjenesten har begrenset tid til å følge opp og behandlingen går mer eller mindre utelukkende til selve behandlingen av såret. Siden klinikkene ifølge dem selv har opparbeidet seg et godt rykte og samarbeid vedrørende denne pasientgruppen vil det være hensiktsmessig å henvise pasientene der hvor kompetansen og tilgjengelig behandlingsutstyr er størst. I tillegg hadde deltakerne anledning til å delta på kurs og seminarer via såkalte webinar i regi av spesialisthelsetjenesten. Marshall, Floyd og Forrest (2011) trekker frem at sykepleieres erfaringer i deres studie fremsatte verdien av å kunne delta på kurs i samhandling med annet helsepersonell og brukte denne kompetansen aktivt. I tillegg kan det være styrkende for samarbeid og tillitsforholdet mellom helsepersonell og bidra til å styrke samhandlingskompetansen på tvers av helsetjenesten.

4.4 Metodiske overveielser

I dette kapitlet belyses noen av valgene som er tatt i forskningsprosessen med deres fordeler og ulemper. Metodiske overveielser fra studien presenteres her sett opp mot begrepene Lincoln og Guba (1985) bruker for å beskrive troverdigheten i innholdsanalyse: Kredibilitet, pålitelighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Disse begrepene, og betydningen av disse kan bidra til at leserne kan vurdere materialet og arbeidet som er utført gjennom hele prosessen i alle ledd. Påliteligheten i studien og kan være utfordrende å vurdere da kvalitative data gjerne er subjektive beskrivelser av et fenomen og dermed ikke lar seg måle med samme nøyaktighet som i kvantitative studier. Troverdigheten dreier seg dermed om hvorvidt forskningen er utført på en troverdig og nøyaktig behandling av datamaterialet (Lincoln og Guba 1985; Ringdal 2013; Johannesen, Tufte og Christoffersen 2017). Hensikten med metodediskusjonen er å fremstille forskningsprosessen på en kritisk måte som sikrer transparentet og gir leserne økt mulighet til å vurdere kvaliteten i prosessen (Elo og Kyngäs 2008; Lincoln, Lynham og Guba 2011).

Kredibilitet i studier handler om hvorvidt valgt metode er av hensikt og er egnet for det man skal undersøke og hvor godt materialet og analysen følger studiens hensikt. Forskningsprosjektets emne ble valgt ut fra egen nysgjerrighet på hvordan sykepleierklinikker i kommunen fungerer og siden det var utfordrende å finne forskning på området ble det tatt et valg om å intervju tilgjengelige kandidater som i dag arbeider ved slike klinikker. At deltakerne er kjent med arbeidet og dermed temaene som tas opp er med på å øke kredibiliteten. Ifølge Dalland (2017) er kvalitativ metode velegnet når studiens hensikt er å fange opp meninger eller opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles og i denne studien var det et ønske om å få innsikt i opplevde erfaringer med utdypende svar og det ble derfor valgt en kvalitativ tilnærming. Intervjusamtaler er en metode som er godt egnet for få kunnskap om hvordan enkeltpersoner reflekterer over og opplever sin situasjon (Thagaard, 2013).

I planleggingsfasen var det ønskelig med cirka 10 deltakere til intervju. Rekrutteringsprosessen viste seg å være vanskelig på grunn av begrenset antall klinikker i kommunene begrenset også antall ansatte og det var viktig at deltakerne hadde erfaringer med og jobbet aktivt i klinikk slik den organiseres i dag. Til sist endte utvalget på 7 informanter. Johannesen, Tufte og Christoffersen (2017) hevder at for få deltakere kan gi for lite data til analysering, men påpeker likevel at det relevante utvalget er viktigere enn antall informanter slik at metningspunktet blir dekket uavhengig av antall deltakere. I forkant av intervjuene ble det også utført et pilotintervju. Gjennomføringen av pilotintervjuet førte ikke til endringer i intervjuguiden men ga forsker et innblikk i prosessen og hvordan et forskningsintervju foregår. I tillegg var det en anledning til å teste den digitale båndopptakeren for å sikre at lyd kvalitet var tilfredsstillende.

Samtlige intervju, med unntak av et, ble gjennomført per telefon, Skype eller Teams og tatt opp med digital båndopptaker. I følge Kvale og Brinkman (2017) kan tilstedeværelse i intervjusituasjonen bidra til økt tillitt fra deltakerne. Å utføre intervjuene på ulik måte kan ha påvirket studien men opplevd erfaring var at dybden og kvaliteten på samtalene ikke ble forringet selv om intervjuene er gjort digitalt. Noe av grunnen til dette kan være at spørsmålene som ble stilt omhandlet arbeidserfaringer og ikke erfaringer som nødvendigvis påvirker deltakerne på ømtålig vis slik at tillitten ikke nødvendigvis ble sterkere av fysisk tilstedeværelse.

Individuelle intervju med en semistrukturert intervjuguide ble valgt som metode for å innhente informasjon fra deltakerne. Bruk av semistrukturerte intervju har som styrke at den sikrer fleksibilitet, nærhet og åpenhet da den i sin struktur har til hensikt å sikre at spørsmålene leder frem til svar som er av betydning for hensikten og problemstillingen. Den største svakheten her er uerfarenheten til intervjuer og intervjusituasjonen noe som kan ha ført til at relevante oppfølgingsspørsmål ikke ble stilt og kunne gitt et enda rikere materialet for analysering. For å øke kvaliteten på intervjuene ble det i forkant utviklet en intervjuguide som hjelpemiddel for å sikre at samtalen vil dreie seg om faktiske tema og det ga en uerfaren intervjuer muligheten til å holde en viss struktur over innholdet.

I denne oppgaven ble transkriberingen av data ble gjort av intervjuer selv og ifølge Kvale og Brinkmann (2017) finnes det fordeler ved å gjøre transkriberingen selv da man kommer nærmere teksten og for nettopp beholde noe av stemningen som var til stede under selve intervjuet. Dette opplevdes nyttig i bearbeidingen av data og for å oppnå følelsen av å bli godt kjent med deltakernes formidlinger i intervjuprosessen. Det kan dog være med på å svekke studiens reliabilitet da dette innebærer at kun en forsker har hatt tilgang til materialet. For å styrke troverdigheten er derfor fremgangsmåte gjengitt i metodekapittelet for å gi lesere et innblikk i hva som er gjort underveis i prosessen og resultatene er lagt frem med sitater for å understøtte funn fra intervjuene.

For å analysere dataene ble induktiv innholdsanalyse valgt som metode. Denne metoden ble et naturlig valg på grunn av dets positive egenskap at den fokuserer på det manifeste innhold og ga muligheten til å presentere dataene på en systematisk og objektiv måte. Den har likevel fått en del kritikk for å være for enkel og ikke kvalitativ nok av natur (Polit og Beck 2012; Elo og Kyngäs 2008). utfordringer knyttet til kondensering av data knyttet seg til at datasamlingen naturlig nok inneholdt mer data enn det som var knyttet til hensikten med studien og således kan ha ført til noe data som ikke er relevant for oppgaven. Det var likevel viktig at deltakerne fikk snakke fritt om det de var opptatt av. I intervjuene snakket deltakerne mye om de samme utfordringer og resonnementer rundt erfaringene knyttet til arbeid ved sykepleierklinikken, men det var også erfaringer som skilte seg ut utfra enkeltbeskrivelser og sitater er brukt i fremstillingen av resultatene for å underbygge dette. Gjennom analyseprosessen ble kategorier og underkategorier systematisk gjennomgått og flyttet på flere ganger. En svakhet ved studien her er at noen kategorier synes å flytte litt over til neste. Dette er mest tydelig i separasjonen av hovedkategori 1 som er sykepleieres forventninger til sykepleierklinikk som egen arbeidsplass og hovedkategori 2 som handler om kompetanse og fagutvikling.

Det var særlig i forhold til begrepet kompetanse at det ble viktig å forsøke å skille de ulike kategoriene fra hverandre da kunnskap var gjennomgående i hele intervjuet.

Studiens bekreftbarhet styrkes ved at materialet er beskrevet godt i metode og analysekapittelet. Lincoln og Guba (1985) beskriver at en mulighet for å styrke bekreftbarheten i studier er ved å gjennomføre en revisjon av datamaterialet noe som innebærer å gjennomgå trinnene i analyseprosessen. For å styrke bekreftbarhet er det gjennomført veiledning gjennom alle ledd i forskningen for å granske prosessen forsker har gått gjennom. Veiledning gjennom alle faser har vært avgjørende for kvaliteten i forskningen og for utviklingen av personlig forskerrolle. I tillegg er forskningsprosessen og materialet gransket og gjennomgått ved 3 ulike seminarer med medstudenter og deres og egen veileder. Dette har vært nyttig for å sikre at materialet behandles korrekt og at dataene presenteres på en måte som kan gjøre det mulig å etterfølge trinnene i forskningsprosessen.

Dersom resultatene fra intervjuundersøkelsen vurderes som rimelige pålitelige og gyldige gjenstår det å se om resultatene er overførbare eller har relevans i andre situasjoner og kontekster (Thagaard 2013; Kvale og Brinkmann 2017). På grunn av begrenset utvalg informanter og begrenset antall sykepleierklinikker i Norge er det vanskelig å generalisere funnene i denne studien direkte overført til andre klinikker og deres erfaringer. Det kan dog være gjenkjennbart eller overførbart til andre som arbeider i tilsvarende settinger eller til andre kommuner som vurderer å opprette lignende eller tilsvarende klinikker i Norge. Det er leserne som hovedsakelig kan vurdere generaliserbarheten i dette tilfellet.

4.5 Forslag til fremtidige studier

Til tross for at sykepleierklinikkene har eksistert i over 50 år er det fortsatt relativt lite forsket på hvordan sykepleierne erfarer å jobbe der. I tillegg har det skjedd mye demografisk og behovet og forventningene for at pasientene skal behandles i kommunene har blitt mye større. Det er et stort behov for å forske mer på hvordan sykepleierklinikkene fungerer, både som en kommunal praksis som dekker flere diagnoser og problemstillinger, men også sykepleierklinikker som spesialiserer seg på oppfølging knyttet til enkelte diagnoser eller sykdomstilstander. Forskning bør dekke både kvalitative og kvantitative undersøkelser som kartlegger erfaringer hos helsepersonell og pasient, men også undersøkelser som foretar konkrete målinger knyttet til helsegevinst er av betydning. Siden sykepleierklinikkene er relativt nye i Norge kunne det også være interessant å undersøke pasientenes erfaringer knyttet til arbeid i klinikker. Det finnes også flere kvantitative undersøkelser man kunne gjort i forhold til å måle effekt av behandlingen som utføres i klinikker. For eksempel i sårbehandling hvor man kan måle fremgangen i såret og sammenligne dette med for eksempel behandling i hjemmesykepleie.

5.0 Konklusjon

Arbeid i kommunale sykepleierklinikker krever høy grad av selvstendighet og beskrives som et godt tilbud til pasienter med kronisk sykdom og pasienter som trenger en høyere grad av oppfølging i kommunen, det kan være nødvendig med større avklaring av rollen sykepleieren skal ha og hvilke pasientgrupper som skal ivaretas i klinikkene. Dagens sykepleierklinikk er et godt tilbud til pasienter som er i sårbehandling og fremstår som et godt eksempel på hvordan pasienter med langvarig og kompleks helsetilstand kan ivaretas i kommunene med mulighet for å motta behandling, veiledning og tilrettelegging av sine lidelser. Selv om klinikkene kan synes å ha utfordringer knyttet til videreutvikling av klinikkene er sykepleiere på sin side dedikerte og klare for flere arbeidsoppgaver. Det kan likevel være behov for større avklaring fra kommunen og ledere innenfor helsesektoren om hvilke pasienter som skal ivaretas og motta tilbud i sykepleierklinikken, og hvordan man skal velge løsninger for å kunne ivareta regjeringens ytringer om større arbeidsglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten vedrørende oppfølging av pasienter med kronisk og langvarig sykdom. Sykepleiere som arbeider i sykepleierklinikk har erfaringer med å anvende kunnskapsbasert praksis i deres arbeid og hadde gode erfaringer knyttet til pasientsentrert omsorg hvor pasientens delaktighet i behandlingen var i fokus for vellykket resultat og et behandlingstilbud som pasientene kunne følge opp hjemme. Utfordringer knyttet til kunnskapsbasert praksis i arbeid dreide seg i hovedsak om at mangel på kollegaer og som konsekvens av dette, mangel på tid og utfordringer knyttet til å utføre forskningssøk og implementering av ny kunnskap alene. Det kan derfor være hensiktsmessig å knytte sykepleiekompetanse i en klinikk for å ivareta de ulike pasientgruppene det er potensialet for å ivareta. Deltakerne erfarte at de hadde utviklet et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og i kommunikasjon med samarbeidspartnere her fungerte også godt. Muligheten for fagutvikling ved å dele erfaringer og kompetanse, samt muligheten for å delta i kurs i regi av sykehusene var tilstede og ble godt mottatt. Erfaringer knyttet til samarbeid med fastlegene var varierende, og dette var knyttet til faktorer som mangel på kjennskap til klinikkene og deres arbeid, lang responstid ved spørsmål vedrørende behandling og erfaringer knyttet til at det er de samme fastlegene som henviser pasientene til sykepleierklinikken.

Referanser

Asselin, M.E. og Fain, J.A. (2013) Effect of Reflective Practice Education on Self-Reflection, insight, and Reflective Thinking Among Experienced Nurses: A Pilot Study, *Journal of Nurses in Professional Development*, 29(3), s. 111-119. Doi: [10.1097/NND.0b013e318291c0cc](https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318291c0cc)

Athey, E.K., Leslie, M.S., Briggs, L.A., Park, J., Falk, N.L., Pericak, A., El-Banna, M.M og Greene, J. (2015) How important are autonomy and work setting to nurse practitioners' job satisfaction?, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(6), s. 320-326. Doi: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12292>

Bentley, M., Stirling, C., Robinson, A. og Minstrell, M. (2016) The nurse practitioner-client therapeutic encounter: an integrative review of interaction in aged and primary care settings, *Leading Global Nursing Research*, 72(9) s. 1991-2002. Doi: [10.1111/jan.12929](https://doi.org/10.1111/jan.12929)

Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M. og Larouche, C. (2017) Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model, *BMC Health Services Research*, 17(437). Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12929>

Cochrane, A. L. (1972) Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. *London Nuffield Provincial Hospital Trust*. Tilgjengelig fra: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/effectiveness-and-efficiency-random-reflections-on-health-services> (Hentet 01. mai 2021).

Corrin, I. (2018) A service evaluation to examine the experience of patients attending wound healing outpatient clinics in South Wales, *British Journal of Community Nursing*, 23(6) s. 6-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.Sup6.S6>

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Delamaire, M-L. og Lafortune, G. (2010) Nurses in Advanced Roles A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, *OECD Health Working Papers*, 54. Doi: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> (Hentet 18. mars 2020).

Elo, S. og Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process, *Leading Global Nursing Research*, 62(1) s. 107-115. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. og Kyngäs, H. (2014) Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness, *SAGE Journals*, 4(1) doi: <https://doi.org/10.1177%2F2158244014522633>

Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R.M., Marrin, K., White, J. og Frosch, D.L (2014) Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems, *Annals of Family Medicine*, 12(3), s. 270-275. Doi: <https://doi.org/10.1370/afm.1615>

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) *Forskrift til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse og omsorgstjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (Hentet: 20. mai 2021).

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk sykepleie (2020) *Forskrift til lov om universitet og høyskoler (universitet og høyskoleloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45> (Hentet 26. april 2021).

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. og Lundman, B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper, *Nurse Education Today*, 56, s. 29-34. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graves, N. og Zheng, H. (2014) Modelling the direct health care costs of chronic wounds in Australia. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 22(1), s. 20-33. Tilgjengelig fra: https://www.awma.com.au/files/journal/2201_02.pdf (Hentet 04. april 2021).

Halcomb, E., Stephens, M., Bryce, J., Foley, E. og Ashley, C. (2016) Nursing competency standards in primary health care: an integrative review, *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), s. 1193-1205. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13224>

Harrison, M.B., Graham, I.D., Lorimer, K., VandenKerkhof, E., Buchanan, M., Wells, P.S., Brandys, T. og Pierscianowski, T (2008) Nurse clinic versus home delivery of evidence-based community leg ulcer care: A randomized health services trial, *BMC Health Services Research*, 8(243). Doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-8-243>

Hatchett, R. (2008) *Nurse-led clinics: 10 essential steps to setting up a service*. Tilgjengelig fra: <https://www.nursingtimes.net/roles/nurse-managers/nurse-led-clinics-10-essential-steps-to-setting-up-a-service-23-11-2008/> (Hentet 11. mai 2020).

Helsebiblioteket. *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (Hentet 20. mars 2021).

Helsedirektoratet (2018) *Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*. (Rapport IS-2822). Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d1c2ade/IS-2822-Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf (Hentet 10.04.2020).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet 18. mars 2020).

Helse og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet 16. mai 2021).

Hoare, K. J., Mills, J. og Francis, K. (2011) The role of Government policy in supporting nurse-led care in general practice in the United Kingdom, New Zealand and Australia: an adapted realist review, *Leading Global Nursing Research*, 68(5), s. 963-980 doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05870.x>

Hofstad, E. (2011) *Norges første 'nurse practitioner'*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2011/04/norges-forste-nurse-practitioner> (Hentet 04. april 2021).

Hussey, P.S., Schneider, E.C. og Rudin, R.S. (2014) Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease, *JAMA Internal Medicine*, 174(5), s. 742-748. Doi: <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjamainternmed.2014.245>

Johannessen, A., Tuft, P.A. og Christoffersen, L. (2017) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Koivunen, M., Niemi, A. og Hipli, M. (2014) The use of electronic devices for communication with colleagues and other healthcare professionals – nursing professionals' perspectives, *Journal of Advanced Nursing*, 71(3), s. 620-631. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12529>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langøen, A. (2014) *Sår og sårbehandling. Sykepleie i hjemmet*. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Leonardsen, A.C.L. (2019) Kartlegging av kompetanse er nødvendig for å sikre gode helsetjenester, *Sykepleien*, 107(79137). Doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79137>

Lewis, R., Neal, R.D., Williams, N.H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., Russel, I., Hughes, D.A., Stuart, N.S.A. og Weller, D. (2009) Nurse-led vs. Conventional Physician-Led Follow-Up for Patients with Cancer: Systematic Review, *Leading Global Nursing Research*, 65(4), s. 706-723. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04927.x>

Lincoln, Y.S. og Guba. E.G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Sage.

Liljeroos M. og Strømberg, A. (2018) Introducing nurse-led failure clinics in Swedish primary care settings, *European Journal of Heart Failure*, 21(1), s. 103-109. Doi: [10.1002/ejhf.1329](https://doi.org/10.1002/ejhf.1329)

Mackey, A. og Bassendowski, S. (2017) The History og Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice, *Journal of Professional Nursing*, 33(1), s. 51-55. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>

Massimi, A., Vito, C.D., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., Rega, M.L., Ricciardi, W., Villari, P. OG Damiani, G. (2017) Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis, *National Library of Medicine*, 10(12). Doi: [10.1371/journal.pone.0173617](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173617)

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. og Petsios, K. (2014) Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration, *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), s. 526-533. Doi: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>

Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (Hentet 31. mars 2020).

Meld. St. 26 (2014-2015) (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1> (Hentet 31. mars 2020).

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> (Hentet: 29. mars 2020).

Micaelsen, T. Knutsen, T.K., Grung, R., Ruiter, F de. Kjerkol I. og Toppe, K. (2016-2017) (2017) *Representantforslag om forebygging og behandling av kroniske sår*. Oslo: Stortinget. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-091s/?all=true> (Hentet 15. januar 2020).

Murchie, P., Campbell, N.C., Ritchie, L.D. og Thain, J. (2004) Effects of secondary prevention clinics on health status in patients with coronary heart disease: 4-year follow-up of a randomized trial in primary care, *Family Practice*, 21(5), s. 567-574. Doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh514>

Murchie, P., Campbell, N.C., Ritchie, L.D. og Thain, J. (2005) Running nurse-led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: qualitative study of health professionals' perspectives, *British Journal of General Practice*, 55(516) s. 522-528. Doi: [16004737](https://doi.org/10.16004737)

Nieminen, A-L., Mannevaara, B. og Fagerström, L. (2011) Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), s. 661-670. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x>

Nordtvedt, M.W og Jamtvedt, G. (2009) Kunnskapsbasert praksis: Engasjerer og provoserer, *Fagutvikling*, 97(7), s. 64-69. Doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0042>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.

Ortiz, M.R. (2018) Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy, *Nursing Science Quarterly*, 31(3), s. 291-295 doi: <https://doi.org/10.1177/0894318418774906>

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. Utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health - Lippincott William & Wilkins.

Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J. og Betihavas, V. (2017) Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 8(73), s. 24-33 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. og Zwarenstein, M. (2017) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(72). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Røkholt, G., Davidsen, L-S., Johnsen, H.N., og Hilli, Y. (2017) Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge, *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(7), s. 195-208. Doi: <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-03>

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wambolt, B. og Dicenso, A. (2011) Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review, *Journal of advanced Nursing*, 67(6), s. 1178-90. Doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x)

Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T. og Vehviläinen-Julkunen, K. (2019) Practicing Healthcare Professionals' Evidence Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), s. 176-185. Doi: [10.1111/wvn.12363](https://doi.org/10.1111/wvn.12363)

Schadewaldt, V. og Schultz, T. (2011) Nurse-led Clinics as an Effective Service for Cardiac Patients: Results from a Systematic Review, *International Journal of evidence-based healthcare*, 9(3), s. 199-214. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00217.x>

Schadewalt, V., McInns, E., Hiller, J. og Gardner, A. (2016) Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practical models in primary healthcare in Australia – multiple case study using mixed methods, *BMC Family Practice*, 17(99). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0503-2>

Streeton, A., Bisbey, C., O'Neill, C., Allen, D., O'Hara, S., Weinhold, M., Miller, J., Bursiek, A. og Grubbs, P. (2016) Improving Nurse-Physician Teamwork: A Multidisciplinary Collaboration, *Medsurg Nursing*; Pitman, 25(1) s. 31-66. PMID: [27044126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27044126/)

Swanson, S.E. (2013) *Evaluering av sygeplejeklinikker i Leire Kommune*. Tilgjengelig fra: <http://www.lejre.dk/media/3194/evalueringssrapport-sygeplejeklinikker-i-lejre-kommune.pdf> (Hentet 27. mars 2020).

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitative metoder*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Tang, C.J., Zhou, W.T., Chan, S.W-C. og Liaw, S.Y. (2017) Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study, *Journal of Nursing Management*, 26(1), s. 11-18. Doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12503>

Tøllefsen, T.O. (2020) Krimkrigen, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Krimkrigen> (Hentet: 25. mai 2021).

Wellborn, J. og Mocerri, J.T. (2014) The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(2), s. 122-126. Doi: <https://doi.org/10.1097/won.000000000000010>

Wettergreen, J., Ekorud, T. og Abrahamsen, D. (2019) *Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>

